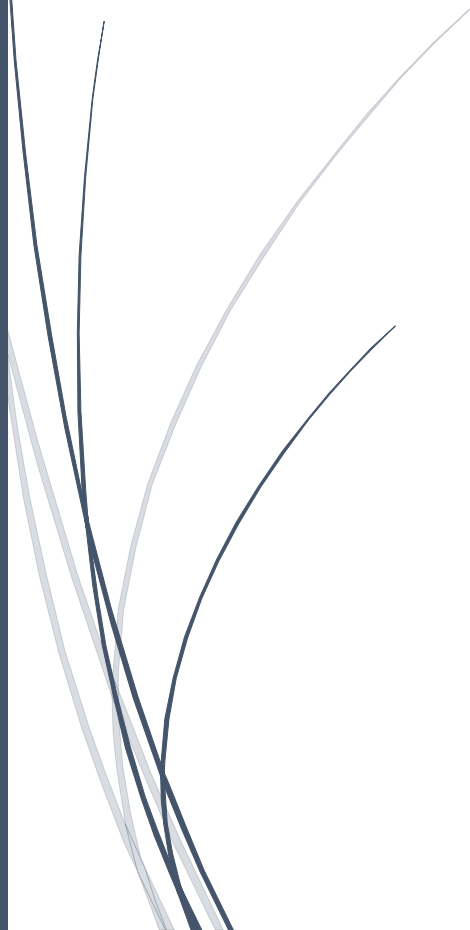


06-06-2019

Udviklingen af et flerstrengt interventionsprogram med formålet om at øge deltagelsen blandt og fastholdelsen af senfølgeramte i rehabilitering

En undersøgelse af mandlige kræftoverlevende med senfølgers, muligheder og barriere for rehabiliteringsdeltagelse



Gr nr: 19gr10305 Camilla Katja Johannesen

ANSLAG: 191.766

VEJLEDER: HENRIK VARDINGHUS-NIELSEN

DAT FOR AFLEVERING: 06-06-2019

Resume

Problemfelt: Mandlige kræftoverlevende med senfølger, har en lav tilslutning til den danske rehabiliteringsindsats. Det estimeres at det blot er hver fjerde der deltager i rehabilitering, som er en mand. Dette gør mandlige senfølgeramte, mere eksponeret overfor udviklingen af senfølger, og skaber ulighed i sundhed og senfølgeforekomst imellem kønnene. Der ses visse barrierer i forhold til rehabiliteringsdeltagelse og, risikofaktorer for senfølgeudvikling hos mænd. Der findes derfor grundlag for forandring på området.

Formål: Formålet med specialet er derfor at undersøge, motivation for og barrierer til rehabiliteringsdeltagelse, samt fastlæggelsen af et beslutningsgrundlag, til at udvikle en intervention, Interventionerne har det formål at højne deltagelse til og fastholdelsen i rehabilitering for mandlige kræftoverlevende med senfølger.

Metode: Til besvarelse af specialets problemformuleringer, er der udført en systematisk litteratursøgning mhp. at afsøge evidensgrundlaget, for hvilke elementer der er en barriere for deltagelse blandt mandlige senfølgeramte, samt hvad der er motivationer herfor. Dernæst blev der indhentet kvalitative data gennem en interviewundersøgelse, baseret på et fokusgruppeinterview. Dette med mhp. at udvikle et flerstrengt interventionsprogram, som danner rammen for interventionsudvikling, til at øge deltagelsen og fastholdelsen i rehabiliteringsindsatser.

Resultat: På baggrund af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning og interviewundersøgelsen, er der udviklet to interventioner. disse skal bidrage til at øge deltagelsen i rehabilitering for mandlige senfølgeramte, samt reducere senfølger. Intervention 1, består af informering og rådgivende samtaler ved udskrivelse efter endt kræftbehandling, samt at flytte kræftkontrol, hvor det er muligt til intervention 2, der foregår i kommunernes sundhedscentre. Intervention 2 består superviserede gruppebaserede og individuelle fysiske træningsaktiviteter kun for mænd. Samt dannelsen af netværksgrupper og inddragelsen af sociale relationer.

Konklusion: Udviklingen af et flerstrengt interventionsprogram, målrettet mandlige kræftoverlevende med senfølger, som har til formål at øge deltagelsen til og fastholdelsen i rehabilitering. Kan tilrettelægges udefra specialets hovedresultater; *oplevelse af rehabiliteringens tilgængelighed, mestringsevne, og høj self-efficacy, den mandlige kønsrolles indflydelse, betydningen af fysisk og psykisk rehabilitering samt netværkets indflydelse.* Ved at implementere det flerstrengede interventionsprogram, vil det øge sandsynligheden for at mandlige kræftoverlevende med senfølger deltager og fastholdes i rehabilitering. Dette vil på sigt kunne reducere senfølger og senfølgers konsekvenser efterfølgende en kræftsygdom.

Abstract

Problem field: Male cancer survivors with late effects have a low uptake to the Danish rehabilitation. It is estimated that it is just every fourth participant in rehabilitation, which is a man. This makes male cancer survivors with late effects, more exposed to the development of late effects, and creates inequality in late effect occurrence in between genders. Some barriers are seen in relation to rehabilitation participation, and risk factors for late effects development in men. There is therefore a basis for change in this area.

Purpose: The purpose of the thesis, is therefore to investigate, motivation for and barriers to rehabilitation participation, and to determine a basis for decision-making, to develop an intervention. The purpose of the interventions is to increase participation and continued participation to rehabilitation, for male cancer survivors with late effects.

Method: To answer the thesis's problems, a systematic literature search has been carried out. to investigate the evidence base for which elements there is a barrier to participation among male cancer survivors with late effects, and what are motivations for participation. Qualitative data was obtained through an interview study, based on a focus group interview. This with the purposes to develop a multi-strain intervention program, that provides the framework for intervention development, to increase participation and continued participation in rehabilitation.

Result: Based on the results of the systematic literature search and the interview study, two interventions have been developed. these should help increase participation in rehabilitation for male cancer survivors with late effects and reduce late effects. Intervention 1 consists of information and advisory talks on discharge after the end of cancer treatment, and to move cancer control, where it is possible, to intervention 2 which takes place in the municipal's health centers. Intervention 2 consists of supervised group-based and individual physical training activities for men only. As well as the formation of networking groups and the involvement of social relations.

Conclusion: The development of a multi-strain intervention program, targeting male cancer survivors with late effects, aimed at increasing participation and continued participation in rehabilitation. The interventions can be organized from the main results; experience of the accessibility of rehabilitation, coping ability and high self-efficacy, the influence of male gender roles, the importance of physical and mental rehabilitation, and the influence of the network. By implementing the multi-strain intervention program, it will increase the likelihood that male cancer survivors with late effects will participate and maintain the participation in rehabilitation. In the long term, these interventions will be able to reduce the consequences of late effects following cancer.

Indholdsfortegnelse

Resume	1
Abstract	2
1.0 Initierende problem.....	5
2.0 Problemanalyse	6
2.2 Senfølgers indflydelse på kræftoverlevende	6
2.2.1 Fysiske senfølger	6
2.2.2 Psykiske senfølger	7
2.2.3 Psykosociale senfølger	9
2.3 konsekvenser af senfølger vedrørende social ulighed.	10
2.3.1 Social ulighed i senfølger af kræft.....	10
2.4 Mestringsstrategier	11
2.5 Indsatser til kræftoverlevende med senfølger	13
2.5.1 Rehabiliteringsindsatser for kræftoverlevende med senfølger	13
2.6 Mandlige kræftoverleverses barrierer for og deltagelse i kræftrehabilitering.....	14
3. Afgrænsning.....	16
4. Problemformulering	17
5. Teoretisk referenceramme	17
5.1 Self-efficacy	17
5.2 Aaron Antonovsky.....	20
5.3 Teorisyntese.....	22
6. Metode	22
6.1 Videnskabsteoretisk position	22
6.2 Udviklingsmodellen	24
6.3 Ethiske overvejelser ved interventionsudvikling.....	26
6.4 Systematisk litteratursøgning.....	27
6.4.1 Indledende søgestrategi	27
6.4.2 Valg af databaser	28
6.4.3 Systematiske litteratursøgning.....	28
6.4.4 Inklusion og eksklusionskriterier.....	31
6.4.5 Udvælgelse af studier	32

6.4.5 Kvalitetsvurdering	35
6.5 Interviewundersøgelsen	36
6.5.1 Fokusgruppeinterview	36
6.5.2 Udvælgelse af informanter	37
6.5.3 Rekruttering af informanter	38
6.5.4 Beskrivelse af informanter.....	39
6.5.5 Udarbejdelse af interviewguide	39
6.5.6 Udførelse af interview	40
6.5.7 Transskription.....	40
6.5.8 Analysestrategi	40
6.5.9 Etiske overvejelser.....	41
7.0 Analyse af resultater.....	42
7.1 Resultater for systematisk litteratursøgning.....	42
7.2 Samlet kvalitetsvurdering.....	46
7.3 Analyse af de inkluderede artikler.....	46
7.4 Analyse af interviewundersøgelsen.....	50
.....	51
8.0 Resultatsyntese	59
9.0 Interventionsforslaget	61
Overvejelser vedrørende evaluering af process og fastholdelse	66
10.0 Diskussion	67
10.1 Diskussion af metode	67
10.1.1 Litteraturstudie.....	67
10.1.2 interviewundersøgelse	69
10.3 Diskussion af intervention	71
11.0 Konklusion	75
Referenceliste.....	77
Bilagsliste	83
Bilag 1: interviewguide	83
Bilag 2: samtykkeerklæring	89
Bilag 3: Søgeprotokol.....	90
Bilag 4: Vurderingstjekliste – CASP til kvalitative studier	95

1.0 Initierende problem

I Danmark er kræft den hyppigste dødsårsag (1). Hver tredje dansker rammes af en kræftsygdom, og sygdommen påvirker tusindvis af individer og familier på årsbasis (1). Ifølge Cancerregisteret, steg udviklingen i nye kræfttilfælde, fra 34.000 i 2007, til 39.000 nye tilfælde af kræft i 2014, samtidig dør 15.000 årligt af kræft (7). Dette indikerer at udviklingen i kræftsygdomme, stadig er stigende. Udvikling af kræftsygdom, vil samtidig stige i fremtiden, eftersom en større andel af ældre i befolkningen, medfører flere nye kræfttilfælde, idet at risikoen for at udvikle visse kræftsygdomme er relateret til aldring(65). Samtidig er der sket væsentlige fremskridt på behandling indenfor kræftområdet, hvormed stadig flere overlever kræft (1). Ifølge Sundhedsdatastyrelsen var der i 2016 62 pct. af mandlige danske patienter, som var i live fem år efter at diagnosen er stillet, mens det for kvinderne var 65 pct(2) Dette skal ses i forhold til at der i 2000 samlet set, blot var 48 pct. som overlevede efter fem år(2). Fremskridtene indebærer udvikling af omfattende screeningsprogrammer, tidligere diagnosestilling, indsatser indenfor forebyggelsesområdet og effektive behandlingstilbud(3). Dette skaber større overlevelsescancer, dog problematiseres det, at kræftoverlever oplever senfølger efter kræftbehandlingen, hvilket fordrer behov for rehabilitering (71). Sundhedsstyrelsen skønner at mindst 50 pct. af kræftoverlever oplever at få senfølger (4). Det kan være forskelligt afhængig af kræftsygdom, hvilke senfølger der er tale om. Senfølger er et bredt udsnit af forandringer, sammensat af komplekse fysiske, psykiske og psykosociale problemer. Senfølger har omfattende negativ betydning, for kræftoverleveres hverdagsliv, sundhedsstatus og livskvalitet (8). disse individer har derfor stadig behandlingsbehov, idet senfølger skader helbred, hverdag og livskvalitet på kort og længere sigt (8). Ifølge Dansk Sygeplejeråd(DSR), er senfølger i forbindelse med kræft, et overset forskningsområde, det vurderes at der vil opstå nye former for senfølger i forbindelse med udviklingen af nye kræftbehandlinger (5). DSR udtaler desuden at kommunerne kommer til kort, når det gælder denne voksende patientgruppe, hvilket indikerer at strategierne, til håndtering heraf kan være utilstrækkelig (5). Specielt er der en udpræget problematik vedrørende mandlig deltagelse i kræftrehabilitering. Det estimeres at blot hver 4. som deltager i det danske kræftrehabiliteringsprogram, er en mand, hvilket skaber ulighed i sundhed kønnene imellem, i relation til senfølger (3,4,9). Dette indikerer at der findes kønsbetingede barrierer i relation rehabiliteringsdeltagelse. Samtidig findes sparsom viden om dette, hvilket vanskeliggør forandring af mandlige kræftoverlever med senfølgers rehabiliteringsdeltagelse (9). Ovenstående indikerer at der bør tilstræbes forandring i rehabiliteringsprogrammet, i relation dets evne til at favne mandlige kræftoverlever med senfølger.

2.0 Problemanalyse

I følgende vil det blive problemanalyseret, i hvilket omfang senfølger af kræft er en relevant folkesundhedsmæssig problemstilling, og hvorledes senfølger af kræft har indflydelse på mandlige kræftoverleveres fysiske- og psykiske sundhedstilstand, samt de sociale forhold. Ydermere fremanalyseres det, hvorledes udfordringer på individ- og samfunds niveau, kan udgøre en barriere for rehabiliteringsdeltagelse i den danske rehabiliteringsindsats. Det vil endvidere undersøges hvilke problematikker, som er i det etablerede rehabiliteringssystem, samt om kønsbetingede udfordringer, kunne have indflydelse på mænds tilgængelighed af og adgang til rehabilitering. Dette gøres med henblik på at specialets resultater, kan bidrage til udviklingen af rehabiliteringsinterventioner, der kan øge tilslutningen til kræftrehabilitering blandt mandlige kræftoverlevende med senfølger.

2.2 Senfølgers indflydelse på kræftoverlevende

I følgende defineres senfølger, samtidig fremanalyseres det hvilke konsekvenser senfølger har generelt men specielt mandlige kræftoverleveres livsførelse og sundhedstilstand. Først og fremmest må kræftoverlevende defineres, således denne kan anvendes til analyse af specialets erkendelsesinteresse. kræftoverlevende betegnes som et individ med kræft i sin forhistorie. Men der er dog ikke fælles konsensus omkring hvad begrebet kræftoverlevende dækker over. Derfor findes der tre definitioner som betegner en kræftoverlevende; 1) *En person er kræftoverlevende, hvis vedkommende har fået diagnosen stillet*, 2) *en person er kræftoverlevende, hvis vedkommende har afsluttet et behandlingsforløb*, 3) *en person er kræftoverlevende når patienten er i live fem år efter diagnostidspunktet*(10). Specialet vælger på baggrund af disse opstillede definitioner at tage udgangspunkt i, at en person er kræftoverlevende hvis vedkommende har fået stillet en diagnose, har afsluttet et behandlingsforløb, og efterfølgende oplever både fysiske, psykiske og psykosociale negative eftervirkninger. Problemanalysen heraf vil tage udgangspunkt i en forståelse af sundhed, jf. den bio-psyko-sociale sygdomsmodel (11). Denne model betoner en helhedsforståelse, hvoraf psykosociale faktorer indarbejdes i forståelsen af sundhed og sygdom som havende indflydelse på sundhed og sygdommes årsager og udvikling (11).

2.2.1 Fysiske senfølger

Fysiske senfølger kommer til udtryk ved bla. kroniske smerter, lymfeødem, udmattelse og træthed, nedsat funktionsevne, vægt- og spiseforstyrrelser, hvilket kan mindske overskud i hverdagen(12). Disse funktionstab kan bevirke at kroppen ikke er i stand til det samme, som forinden kræftsygdom. Dette begrænser helbred og livskvalitet, idet forventninger ændres til den kropslige udfoldelse, ved formindsket funktionsevne (12). Ifølge sundhedsstyrelsen kan der opstå kognitive negative

forandringer hos kræftoverlevende, i form af opmærksomhedsvanskeligheder, og vanskeligheder ved at finde orden, planlægge og multitasking. Den fysiske kognitive påvirkning opstår under behandlingen, og bliver mere udtalt når kræftoverlevende vender tilbage til hverdagen. (4). Fysiske ar og mærker efter kræftsygdom kan forårsage en negativ selvopfattelse, som det opleves for specialiets målgruppe, ved operationsindgreb (13). Studiet af Cappuccio et al.(2018) viste netop at mandlige kræftoverlevende, oplever nedsat livskvalitet på grund af senfølger, som har at gøre med fertilitetsproblemer, nedsat seksualitet og en negativ kropsoptagelse (13). Dette kan betyde at behandlingsindgreb og kræfttype i blandt andet kønsorganerne, påvirker mænds selvbillede, og får betydning for identitetsfølelsen. Dette kan dermed fastholde mandlige kræftoverlevende i en selvopfattelse, hvor kræftsygdommen er en vedvarende psykisk byrde påvirker seksualiteten, og kan skabe skamfølelse (10). Ovenstående betoner at fysiske senfølger, kan få indflydelse på psykologiske og sociale senfølgeproblematikker. Et survey studie af Crist, konkluderer, i tråd hermed, at de fysiske senfølger efter kræft, påvirkede senfølgeramtes arbejdsevne, og dermed reducerer muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet (14). Disse fysiske ændringer, besværliggør opretholdelsen af en almindelig hverdag, og påvirker en forsat svækkelse af kroppen, hvilket kan forlænge eller forværre fysiske senfølger. Af disse grunde kan det udledes at fysiske senfølger, har en omfattende indflydelse på kræftoverlevende med senfølgers tilværelse i relation til fysisk sundhed, som påvirker psykologisk og socialt. Det er derfor essentielt at fysiske senfølger lindres efter fysiske funktionstab. Idet fysiske senfølger, kan forårsage andre senfølgetyper, indikerer dette en gensidig influerende effekt mellem senfølgetyper, hvilket viser senfølgerens kompleksitet. Således kan der argumenteres, for at det er essentielt at undersøge hvilken måde mandlige kræftoverlevende med senfølger påvirkes af fysiske senfølger.

2.2.2 Psykiske senfølger

Kræftoverleveres psykiske senfølger optræder bla. ved angst, depression, følelse af kontrolmangel, opmærksomhedsbesvær mm(8). Ifølge en interviewundersøgelse af Jefford et al. (2018), blev det rapporteret at genoptagelsen af livet efter kræftdiagnosen, var præget af at skulle håndtere en selv-identitetsændring. Denne identitetsændring bevirkede en omstilling til en række ændrede forventninger til livet. Disse nye livsbetingelser, hæmmede således genoptagelsen af livet forinden kræftdiagnose (12). Dette kan give anledning til at revurdere livet, og trang på at opnå kontrol. I den forbindelse er frygt for tilbagefald en faktor, der påvirker mange kræftoverlevende. Denne frygt kan have negativ indflydelse på evnen til at foretage livsbeslutninger, og sætte langsigtede mål for tilværelsen (10). Dette forhold går derfor på kompromis med, evnen til at kunne opretholde en hverdag, som før sygdomsforløbet, og får derfor afgørende betydning for livskvaliteten. ifølge Peter

Elsass er der 20 pct. af kræftoverlevende som får en depression fem år efter kræftdiagnosen og 10 pct. oplever angst, ydermere har kræftoverlevende fordoblet risiko for at blive indlagt med en depression. Kræftoverlevende har altså mellem to og tre gange større risiko for at modtage antidepressiv medicin (8,15). Hvilket viser at den psykiske belastning som forekommer under kræftbehandling, vedvarer efterfølgende. Ifølge Fervaha et al. er forekomsten af depression især en udbredt problematik hos mænd med prostatakræft (16). Da prostatakræft er en hyppigt forekommen kræfttype hos mænd, med lav dødelighedsrate, er biopsykosociale senfølger hyppige hos mandlige kræftoverlevende. Ifølge Fervaha har 1 ud af 6 mandlige patienter oplevet en klinisk depression, tillige er selvmordstanker også prævalente hos prostatakræftpatienter (16). Dette viser at mandlige kræftpatienter med prostatakræft, er særligt udsat for depression og alvor psykisk belastning. Ydermere argumenterer Peter Elsass(2013) for at bevidstheden omkring kræftsygdommens konsekvenser og dens alvorlighed, får kræftpatienter til at opfatte diagnosen som et stort indgreb i individets autonomi, kontrol og personlig integritet, hvilket illustrerer en gennemgribende indflydelse af psykologiske senfølger (15). Tab af kontrol og autonomi i forbindelse med kræft og senfølger, kan for mandlige kræftoverlevende få stor negativ indflydelse. Idet mandlige kræftoverlevende ifølge Handberg et al, tilstræber normalitet og har udpræget behov for kontrol (9). Et review af Rivas et al.(2019) fandt ligeledes sådanne psykologiske udfordringer efter endt kræftbehandlingsforløb, for mandlige kræftoverlevende. mænd oplevede usikkerhed, omkring hvad der anses som rask eller syg, i relation til senfølgerne og identitetsændringer, samt oplevede kønsbetingede vanskeligheder ved emotionel håndtering af senfølger. Ydermere oplevede de mandlige kræftoverlevende problematikker, vedrørende en ændret maskulinitetsfølelse og vanskeligheder ved tab af kontrol over sit liv (72). Reviewet fandt derfor en tendens til at gennemgå ændringer i identitet, fysiske ændringer og følelsesmæssige ændringer på egen hånd, hvilket i varierende grad var succesfuldt for etableringen af en normal hverdag (72). Dette betyder, at mandlige kræftoverlevende, har udpræget behov for kontrol og selvstændig håndtering af senfølger, hvilket kan formindske deres sundhed. Ydermere findes en særskilt problematik i relation til maskulinitetsfølelsen, som påvirkes via ændringer i seksuel ydeevne, tab af autonomi og en ændret selvopfattelse, hvilket udgør kønsbetingede vanskeligheder. Ovenstående viser at kræftoverlevende og studieets målgruppe, mandlige kræftoverlevende med senfølger, gennemgår en omfattende omstillingsproces til nye livsbetingelser præget af senfølger. Senfølger påvirker livssituationen negativt efter behandling. Endvidere ses kontrol og kønsrolle normer angående maskulinitet, som en del af omstillingsprocessen, der er specielt vanskelig for mandlige kræftoverlevende. Selvidentitetsændring og vanskeligheder emotionel håndtering, forårsager og forværrer psykologiske

problemstillinger, som også giver anledning til psykosociale senfølger. Ovenstående problematiserer en kønsbetinget barriere for mandlige kræftoverleveres sundhedsfremme.

2.2.3 Psykosociale senfølger

De psykosociale senfølger kommer til udtryk ved, nedsat seksuel funktion og drift, social isolation, ensomhed, nedsat social funktion, forstået som evnen til at opretholde og indgå i positive sociale relationer, forringede arbejdsmuligheder og økonomisk usikkerhed. Disse kan resultere i formindsket kvalitet og mængde af intime familierelationer, hvilket kan give betydelige sociale udfordringer (10). Et studie af Jones(2013) viste at kræftsygdommen og negative eftervirkninger, har væsentlig negativ psykosociale indflydelse på kræftoverlevende og på helbredsrelateret livskvalitet. På tværs af kræftsygdomme og senfølgetyper, undergår personlige forhold negative forandring (17). Et kvalitativstudie viste også at kræftoverlevende havde vanskeligheder ved at vende tilbage til et normalt liv, og derved mistede de dagligdagsstruktur. Ydermere at de havde vanskeligheder ved at tilpasse sig en ny og forandret selvidentitet, hvilket påvirkede parholdet og familierelationer negativt (12). Bevarelsen af disse relationer er essentiel idet, at sociale relationer anses som afgørende for mental sundhed. Sociale relationer har betydning på flere niveauer, som har at gøre med tilhørsforhold, medborgerskab og psykologisk robusthed, for de nære relationer og samfundsrelationer (73). Negativ forandring af sociale relationer kan dermed have vidtrækkende konsekvenser for mænd, hvilket vanskeliggøre genetableringen af normal livsførelse og mindske tilgængeligheden og brugen af rehabiliteringsmuligheder for de, som mangler social støtte(10). Sociale senfølger vurderes, mandlige senfølgeramte at være specielt udsatte for. Dette på grund af mænds særlige udfordringer ved at holde på intime relationer, som bevirker en mindsket tilbøjelighed, til at benytte det sociale netværk (19). Dette kan på sigt lede til social isolation (10). Ovenstående kan således udgøre en kønsbetinget barriere for sundhedsfremme og rehabiliteringsdeltagelse. Connerty et al. (2013) viste at social støtte spiller en central rolle i at opnå et tilfredsstillende liv efter afsluttet behandling. Ligeledes viste det sig at tilgængelige informationskilder samt øget fysisk aktivitet og livsstilsændringer, understøttede sociale relationer, overordnede helbred og livskvalitet (10,77). Social støtte, medieret gennem fysisk aktivitet og livsstilsændringer, skabte mulighed, for at genvinde en følelse af kontrol med den aktuelle situation (10,77). Genoptræning og mobiliseringen af social støtte lader derfor til at være hensigtsmæssigt i relation til at mindske senfølger hos specialiets målgruppe. Fysisk aktivitet kan være specielt effektiv for mandlige kræftoverlevende da tab af kontrol og kønsrollenormer, fremstår, som nævnt, problematisk for mænd. Hvilket gør fysisk aktivitet et relevant fokusområde

Stigmatisering af senfølger

På trods af at stærke sociale relationer kan styrke kræftoverleve, kan u hensigtsmæssige sociale relationer også svække livskvalitet og helbred ved stigmatiseringen, hvilket kan skabe en sociale distance mellem senfølgeramte og netværk. Dette kommer især til udtryk i sociale begivenheder, da det ifølge Mosher og Danoff-Burg, er sociale netværk der udvikler en bevidsthed om egen dødelighed og dødsfrygt (20). Erving Goffmann bidrager med en forståelse for hvorfor stigmatisering opstår. Goffman beskriver stigma, som værende en afvigelse fra normen, som kan opstå, på baggrund af udseende, holdning eller en bestemt egenskab. Individet som stigmatiseres, identificeres udelukkende udefra sin afvigelse, de stigmatiserede individer opfattes herved ikke som individer, men som repræsentanter for afvigelsen (21). Et studie af Else-quest et al (2009) som inkluderede lunge og prostatakræft patienter, viste at mandlige kræftoverlevende oplevede en internalisering af stigma, hvilket skaber en selvstigmatisering. Ved denne internalisering opstår en følelse af selvbebrejdelse og skyld, hvilket svækker psykologisk omstillingsevne. Dermed kan det argumenteres for at stigma og selvstigmatisering udgør en potentiel barriere for mandlige kræftoverlevers sundhedsfremme(22). Dette kan være specielt problematisk for mandlige kræftoverlevende, med i forvejen mindre tætte intime relationer. Således kan ovenstående problemstillinger og barriere i håndteringen af psykosociale senfølger være relateret til visse kønsbetingede forskelligheder, hvilket skaber ulighed i senfølger hos mandlige kræftoverlevende i relation til psykosociale senfølger og netværk.

2.3 konsekvenser af senfølger vedrørende social ulighed.

Følgende afsnit har til formål at fremanalysere den sociale ulighed hos kræftoverlevende med senfølger, samt dets konsekvenser for udviklingen af senfølger. Ligeledes fremanalyseres det hvilken betydning netværk og sociale relationer, har for senfølgeramtes mentale helbred, og på hvilken måde relationer har indflydelse på mandlige kræftoverlevende med senfølgers sundhed og livsførelse.

2.3 1 Social ulighed i senfølger af kræft

I Danmark ses en social ulighed i forbindelse med udviklingen af kræftsygdomstilfælde og forekomsten af senfølger. Da individer med en kortvarig uddannelse får hyppigere kræft, end individer med en langvarig uddannelse (23). Mousten et al. (2014) viste at højtuddannede har 33 pct. større sandsynlighed for at modtage en henvisning til rehabilitering, end dem som er kortest uddannede, selv efter justering for kræfttype, køn og alder (24), hvilket gør problematikken omkring ulighed gældende for specialets målgruppe. Dette viser ligeledes en social ulighed i relation til uddannelsesniveau for rehabiliteringsdeltagelsen, idet de højest uddannede får flere muligheder for

rehabilitering. Ligeledes ses der en ulighed i relation til indkomstniveau, da kræftoverlevende med lavere indtægter deltager mindre i rehabilitering, trods flere uopfyldte behov for at modtage rehabilitering, end højtuddannede og velstillede kræftoverlevende (26). Endnu en faktor som har indflydelse, er at enlige kræftoverlevende, tillige gør mindre brug af rehabilitering, og har flere uopfyldte rehabiliteringsbehov (25). Denne gennemgående ulighed i kræft- og kræftrehabilitering, kan belyses udefra Diderichsens skildring af social ulighed, som forklaringsmekanisme. Ifølge denne teori, kan stigende udvikling af et øget rehabiliteringsbehov, blandt de lavest uddannede, lavindkomstgrupper, og enlige anses, som et resultat af lavsocial position. Disse socioøkonomiske faktorer, får betydning for hvilke muligheder individet kan have, hvilket kendetegnes som social stratificering (27). Denne sociale stratificering, gør individer med lavsocial position, mere sårbare og mere eksponeret for de samme risikofaktorer, end individer af høj social position. Dette kendetegnes som differentiell eksponering og sårbarhed (27). Disse er også gældende i forhold til senfølger og rehabilitering, hvori en ophobning af risikofaktorer for kræft og senfølgeforværring, såsom tobaksforbrug og inaktivitet er forbundet med lavsocial position (28). Dette kan skyldes at senfølgeramte af lavsocial position, har andre risikopfattelser af sygdom- og sundhed, hvilket kan skyldes flere årsager såsom manglende viden, manglende overskud til at træffe de sunde valg, eller ressourcebegrænsninger. Hvidberg et al. (2014) beskrev om dette, at individer med lavsocial position, har mindre fokus på kræftsymptomer (23). Manglende fokus på symptomer af kræftsygdom, kan antageligvis også kædes sammen manglende fokus senfølgesymptomer efter endt behandling (26). Af dette, kan det udledes at både udviklingen af kræftsygdomme og senfølger af kræft er socialt ulige fordelt blandt kræftpatienter. Social position har derfor betydning, i forhold til adgang til behandling og rehabilitering (23,24). Dette forhold bevirker at specialets målgruppe kan opleve væsentlig nedsættelse af helbred og livskvalitet afhængig af uddannelse- og jobstatus. Hvormed dette fordrer et forandringsperspektiv. Ulighed i sundhed er derfor en kompleks problemstilling, som ligeledes er gældende, i fordelingen af kræft og kræftsenfølger. Dette vil for specialets problemstilling, betyde at mandlige kræftoverlevende med senfølger af lavsocial position, kan opleve barriere i relation til rehabiliteringsdeltagelse og reducerede muligheder for at fremme sundhed relateret til senfølger. Dette fordrer at barriere forbundet med social ulighed, bør undersøges for om dette har betydning for adgang til og brug af tilbud, i relation til rehabilitering hos mandlige kræftoverlevende.

2.4 Mestringsstrategier

I Nedenstående fremanalyses det hvilken rolle mestringsstrategier, spiller for sygdom- og senfølgehåndtering. Dette kan således udgøre en forklaringsmekanisme, til hvorledes senfølger har

indflydelse på individet. Ligeledes kan mestringsstrategier bidrage til en forståelse af hvad der kendetegner senfølgeramte, som klare sig bedre end andre

Undersøgelser viser at mestringsstrategier har betydningen for hvordan kræftoverlevende har det med sygdommen, og tilværelsen med senfølger, mestring kan derfor være af stor betydning for hvordan senfølger opleves (29). Formålet med mestring, er at reducere den stress, der typisk medfører angst og negative følelser. I relation til kræft, kan formålet med mestring forstås via ønsket om at reducere betydningen af kræftsygdommen og dets senfølger, hvilket muliggøre at vende tilbage til en normal hverdag med mindst mulig senfølger (29). Derfor kan mestringsstrategier, give forståelse for hvilke mekanismer der adskiller de individer som klarer sig bedre, i forhold til andre. I forbindelse med udforskning af kræftoverleveres mestring, benyttes forskellige kategoriseringer af mestring. Ifølge Dorthe Gram kan mestringsstrategier kan inddeles i fem typer, som er følgende; 1) fighting spirit, dette er betegnelsen for en mestringsstrategi, hvor patienten acceptere diagnosen og dets senfølger, men på samme tid har en optimistisk tilgang og tro på egen evne til at bekæmpe denne. Desuden kendetegnes strategien ved aktiv deltagelse, i pleje, rehabilitering mm. 2) undgåelse og benægtelse, denne strategi indebærer et forsøg på at benægte sygdommens alvor, og indflydelse på livet 3) Fatalisme, dette er kendetegnet ved at patienten har en fatalitisk tilgang, som vil sige, at de oplever ikke at have indflydelse på sygdommen og senfølgerne. 4) bekymret optagethed, dette referer til at patienten er konstant optaget af tanker vedrørende sygdommen, og bliver angst for symptomer som kan indikere et tilbagefald. 5) hjælpeløshed/håbløshed, denne forekommer når patienten er overvældet af diagnosen og senfølgerne, som giver en lyst til at give op og have en pessimistisk tilgang (29). Mestringsstrategier skal placeres indenfor et kontinuum. Det væsentlige i relation til disse mestringsstrategier er, at personer ikke udelukkende anvender den ene eller den anden strategi, og at en strategi ikke er mere rigtig end en anden. Brugen af strategier kan være situationsbestemt (30) Det er i den forbindelse tænkeligt, at der findes kønsbetingede forskelligheder i relation til mestring af senfølger og et sygdomsforløb. I studiet af Rivas et al. blev det fundet, at mænd oplevede vanskeligheder, ved at skelne mellem hvad der kunne betragtes som henholdsvis rask eller syg i forbindelse med senfølger (72). Denne usikkerhed, kan formentligt have indflydelse på hvorledes senfølgerne mestres af mænd. Såfremt visse senfølger, ikke bliver håndteret som værende et resultat af kræftsygdommen, er det muligt at passende mestringsstrategier og indstillinger til senfølgen ikke mobiliseres, hvilket kan resultere i forøgede vanskeligheder hermed for mandlige kræftoverlevende. Det kan ligeledes være specielt vanskeligt for mandlige kræftoverlevende at tilpasse mestringsstrategier, såfremt senfølgernes omfang og indflydelse ikke bliver forstået som noget der

kan rehabiliteres. Af ovenstående grunde kan type af mestringsstrategi, forklarer hvorfor nogle kræftoverleverer klarer sig bedre end andre efterfølgende, og at mestringssevner kan relateres til kønsbetingede vanskeligheder.

2.5 Indsatser til kræftoverleverer med senfølger

I det følgende afsnit vil det derfor blive diskuteret hvordan det danske sundhedsvæsen og de danske kommuner rehabiliterer kræftoverleverer, og hvilke elementer der fremstår som problematisk i den forbindelse. Derigennem problemanalyseres det hvorledes samfundsstrukturer og ansvarsfordelinger, har indflydelse på mandlige kræftoverleveres senfølger og rehabiliteringsdeltagelse.

2.5.1 Rehabiliteringsindsatser for kræftoverleverer med senfølger

Samtlige kommuner i Danmark tilbyder rehabilitering for kræftoverleverer. Rehabiliteringen struktureres efter en genoptræningsplan eller henvisningen til et relevant tilbud. Indledende er personalet på sygehusene ansvarlige, dernæst overgår kræftpatienter til almen praksis som skal vurdere patientens behov, samt udfærdige og konkretisere en genoptræningsplan(31). Dette kan være problematisk, idet at almen praksis ikke har udviklet et redskab til behovsvurderinger som understøtter implementeringen. Dette vil betyde, at de behovsvurderingsredskaber som anvendes afhænger af overenskomstaftaler den almen praktiserende læge har med regionen (31). Dette forhold skaber således grundlag for ulighed i ressourcer i hver region, hvilket kan forhindre lige adgang til rehabilitering. Oversigten over de eksisterende rehabiliteringstilbud på sundhed.dk viser et varierende udvalg af tilbud i hver kommune. Forløbsprogrammet, som især henvender sig til kræftpatienter og rehabilitering af kræftpatienter, indeholder elementer såsom, 8 ugers træningsforløb i træningssal og i natur, månedlig undervisning, årlig opfølgning på sundhedsfaciliteter, samtale hos kræftpsykolog og vejledning til livsstilændringer (32). Dog varierer mængden af tilbud i hver kommune væsentlig (31). Dette ses om der tilbydes psykosociale interventioner, og om træning er målrettet og tilpasset kræftoverleverer med senfølgers behov og evne (32). Kræftens bekæmpelses rapport om rehabilitering, indikere dog at genoptræningsindsatserne især henvender sig til kræftpatienter under behandling. Efter endt behandling, anbefales kræftoverleverer selvstændig at følge de nationale anbefalinger vedrørende fysisk aktivitet, som er gældende for almenbefolkningen. Medmindre der vurderes at være specielle risikoforhold (31). Dette skaber en risiko for at rehabiliteringsbehov overses. Senfølgerens kompleksitet, øger ligeledes sandsynligheden for ikke at modtage tilstrækkelig hjælp, og vanskeliggøre selvstændig håndtering heraf. Dette er også problematisk, senfølgeramte med funktionstab, ikke kan deltage på konventionelle træningstilbud. I 2012 blev der udsendt et forløbsprogram for rehabilitering og palliation, for kræftpatienter. Forløbsprogrammet tager

udgangspunkt i at alle kræftpatienter, skal have vurderes deres behov for rehabilitering, og modtage målrettet behandling (31). Trods hensigten om at understøtte kræftoverlevende, samt et politisk fokus på rehabilitering igennem 10 år, peger undersøgelser stadig på at kræftoverlevende med senfølger ikke modtager den fornødne hjælp i kommunerne. Det er estimeret, at det drejer sig om 48% af kræftpatienter, som angiver behov for genoptræning ikke modtager dette(33). Ydermere rapporteres det at af Mandlige kræftoverlevende med behov for rehabilitering efter endt sygdomsforløb, modtager dette i væsentlig mindre grad end den kvinder (33). Det kan af ovenstående grunde problematiseres hvorvidt den nuværende ansvarsfordeling og strukturering af rehabilitering formår at favne alle i rehabilitering og er tilstrækkelig målrettet. Dette gør sig specielt gældende for mandlige kræftoverlevende med senfølger, som foruden at opleve ovenstående fremanalyserede problematikker, ligeledes vurderes til at opleve kønsbetingede vanskeligheder, i forhold til at modtage rehabilitering. Dette forhold skaber kønsulighed i sundhed og mindsker tilgængeligheden af rehabilitering for mænd. Dette problem vil yderligere uddybes i følgende afsnit.

2.6 Mandlige kræftoverleveres barrierer for og deltagelse i kræftrehabilitering

Følgende afsnit, har til formål at udfolde den kønsbetingede ulighed i kræftrehabilitering, som er omdrejningspunktet for specialiets problemstilling. Det fremanalyseres hvorledes mandlige kræftoverlevende er en særlig disponeret gruppe for udvikling af de fremanalyserede senfølge- og senfølgehåndterings problematikker. Ligeledes problemanalyseres det, hvorledes kønsroller, skaber bestemte adfærdsmønstre og opfattelser, hvilket gør mandlige kræftoverlevende særligt udsatte for senfølger, samt udgør en barriere for rehabiliteringsdeltagelse.

Ifølge et dansk evalueringsstudie på kræftrehabilitering, udført på 11 kommuner, viste at mænds deltagelse blot var omkring 16-25 % (75). mandlige kræftoverlevende får derfor ikke gavn af rehabiliteringens positive effekter (9). I tråd hermed viste en dansk MTV-rapport(2010), at mænd på landsplan, deltager i betydelig mindre omfang i rehabiliteringsindsatser end kvinder. Det vurderes at det blot er hver 4. som deltager i danske rehabiliteringstilbud, som er en mand. Dette viser en kønsulighed i rehabiliteringsdeltagelse (76). Ifølge et dansk phd. studie tyder det på, at mænds opfattelse af rehabilitering påvirkes af barrierer som; Frygt for at miste kontrol og en stræben efter normalitet. Det kan udledes heraf, at den nuværende tilgang til rehabilitering, kunne baseres på at være mindre sygdomsfikseret. (9). Det er påvist at mænd udvikler og dør hurtigere af kræftsygdomme end kvinder (34-35). det er ligeledes fundet at mænd generelt, har en tendens til at søge medicinsk hjælp senere end kvinder. Konsekvensen heraf kan således være at kræftsygdommen er mere fremskreden, og at der mindre behandlingsmuligheder til det stadie af sygdom, hvilket skaber større

dødsfald og forværrede senfølger ved overlevelse (35). Endnu et risikoforhold er at mænd har dårligere helbredsvaner, og er mindre interesseret i at føre en sund livsstil, hvilket derfor oftere resulterer helbredsmæssige problemer (9-35). Dette kan betyde, at mænd kan få sværere og hyppigere senfølger end kvinder, hvilket gør mandlige kræftoverlevende særligt udsat.

Don H. Zimmermans teori om kønsroller; *doing Gender*, bidrager i den forbindelse med et relevant perspektiv på disse kønsbetingede forskelligheder. Hertil problematiserer teorien, hvorfor mænd afviger fra kvinder i relation til almen sundhed og livsstil, hvilke kan resultere i senfølger af kræft, og mindsket sandsynlighed for at deltage i rehabilitering. Zimmermans diskussion af kønnene, beskriver at det som konstituerer kønsbetinget adfærd og holdninger, ikke er determineret af interne og individuelle egenskaber, men nærmere determineret af de samfundsmæssige institutioner og arenaers forventning til kønsroller, med andre ord, hvad det vil sige at være mand eller kvinde (36). Zimmerman anser køn og kønsroller, i et interaktionistisk perspektiv, og betegner kønsopfattelse som at individer ”gør køn”. Køn er således en situeret ”gøren”, fremfor et individuel menneskeligt træk, og køn fremtræder derfor som en egenskab medieret af en social situation (36). Zimmerman argumenterer endvidere for at mennesker, er disponible til at opfatte og forstå adfærd på en bestemt måde. Mennesket anskuer altså verden og skelner mellem køn og kønsroller, baseret på socialt skabte ideer og normer, omkring hvad vil det sige at være mand, og hvad der er en mands rolle. Således er det forventeligt, at mænd agerer efter de normative opfattelser omkring attituder og aktiviteter, som er passende for individets kønskategori (36). Det kan udledes heraf, at mænd agere og handler efter nogle sociale og samfundsskabte normer, som er rammesættende. De kønsbetingede forskelligheder, i relation til hensigtsmæssig adfærd til fremme af senfølger og rehabilitering, kan derfor argumenteres for at være samfundsskabte og ikke afhængig af individuelle egenskaber. Mænds adfærd og holdninger omkring senfølger og rehabilitering, kan altså være bestemt af de sociale kønsrollernormer og rammer, som samfundet forventer at de lever op til. Det kan dermed problematiseres hvorvidt den samfundsmæssige håndtering og forudindtaget opfattelse af mandlige kræftoverlevende med senfølger, kan være årsagen til at skabe uligheden kønnene imellem, i relation til senfølgeudvikling og rehabiliteringsdeltagelse. (9).

Disse fund kan være et resultat af forventningen til den mandlige kønsrolle, hvilket kan mindske mandlige kræftoverlevendes tilbøjelighed, til at modtage rehabilitering, trods behov herfor, hvilket kan udgøre en barriere specifik for mænd. Som beskrevet tidligere af Holm et al.(2013), er enlighed identificeret som en barriere for at indgå i rehabiliteringsinterventioner,(25). Dette kan specielt for mandlige kræftoverlevende, antages at være en større barriere, da det er velkendt, at mænd bibeholder

mindre følelsesmæssige intime relationer end kvinder, og ligeledes mobilisere mindre social støtte under stressfulde begivenheder end kvinder (38,37). Denne socialiseringsvanskelighed, kan gøre enlige mænd mere sårbare ved håndtering af senfølger, og kan derfor mindske tilgængeligheden af rehabilitering, idet disse i mindre grad bliver understøttet socialt. Ovenstående fund underbygger behovet, for at undersøge hvilke kønsbetingede forskelligheder der skaber ulighed i mænds deltagelse i kræftrehabilitering. I den forbindelse er det essentielt at identificere kønsbetingede problematikker som udgør barriere og muligheder for tilgængeligheden til og brugen af kræftrehabilitering, blandt mænd. Selvom det er velkendt at mænd deltager i betragtelige mindre grad end kvinder i rehabilitering, er viden om hvad denne adfærd skyldes sparsom, i en dansk kontekst (9). Således fremstår dette som et videnshul. Ved at afsøge dette videnshul, kan det blive muligt at ændre tilgange til mandlige kræftoverlevende og kræftpatienter, da dette formodentlig kan have betydning for mænds deltagelse i kræftrehabilitering. Viden opnået i nærværende speciale, kan derfor bidrage til udviklingen af interventionerne, målrettet de kønsbetingede forskelligheder, således mænds deltagelse i kræftrehabilitering kan højnes.

3. Afgrænsning

Gennem problemanalyse af senfølger, blev det fundet at kræftoverlevende oplever komplekse senfølge problemer vedrørende fysiske psykiske og psyko-sociale senfølger, som nedsætter livskvalitet og sundhed. Litteraturen indikerer at mandlige kræftoverlevende er særligt udsatte i forhold til kvinder, når det kommer til adskillige af senfølgetyperne, ydermere at der eksisterer kønsbetingede barriere i relation rehabilitering og senfølgehåndtering, idet mænd deltager betydeligt mindre i kræftrehabilitering, trods samme behov. På trods af køns ulighed, findes der sparsom viden, om hvad der forårsager dette. Det er derfor essentielt at afsøge hvilke muligheder og barriere mandlige kræftoverlevende med senfølger oplever, i forhold til at deltage i kræftrehabilitering. Endvidere hvorledes disse resultater kan anvendes til udviklingen af interventioner, som kan højne mænds deltagelse i senfølge rehabilitering. Disse videnshuller udgør således specialets erkendelsesinteresse i specialet, undersøger derfor kræftoverlevende, som har gennemgået et kræftbehandlingsforløb, med en dertilhørende erklæring, om at være sygdomsfri. Der afgrænses derfor, fra undersøgelse af kræftpatienter, som er under behandling for den aktuelle kræfttype. Denne afgrænsning anvendes, da en inklusion af kræftpatienter, ville kunne skabe en forveksling mellem behandlingsbivirkninger og senfølger. Endvidere afgrænses der fra undersøgelse, af en bestemt kræftsygdomstype i målgruppen. Der bliver således ikke taget noget fravalg i kræfttyper, men senfølger af samtlige kræfttyper er af interesse. Endvidere afgrænses der fra at undersøge, en bestemt senfølge, hvorfor alle typer af

senfølger som kan opleves af mandlige kræftoverlevende inkluderes. Der afgrænses derfor i forhold til mænd, idet denne gruppe er særligt disponeret for ikke at deltage i rehabilitering, trods behov herfor, endvidere findes mænd specielt disponible for at få senfølger, på grund af kønsbetingede udfordringer. Der afgrænses desuden til at undersøge holdninger til og opfattelse af rehabilitering, til at afhjælpe senfølger, med fokus på at øge tilslutning til rehabilitering af kræftsenfølger og bedrøvelse af helbred og trivsel med senfølger. Der afgrænses yderligere til at undersøge hvilke muligheder, og barrierer som mandlige kræftoverlevende oplever i forbindelse med at indgå i rehabilitering, da der forefindes et behov for viden omkring hvorfor mandlige kræftoverlevende deltagere mindre i rehabilitering. Da den eksisterende litteratur er sparsom på dette område. Disse resultater vil derefter indgå i udviklingen af rehabiliteringsinterventioner målrettet mænd.

4. Problemformulering

1. Hvilke muligheder og barrierer oplever mandlige kræftoverlevende med senfølger ift. at deltage i kræftrehabilitering?
2. Hvordan kan studieets resultater, bidrage til udviklingen af et beslutningsgrundlag for rehabiliteringsinterventioner mhp. at øge tilslutningen, blandt mandlige kræftoverlevende med senfølger.

5. Teoretisk referenceramme

I Følgende afsnit vil studieets teoretiske referenceramme præsenteres. Brugen af teori har til formål at nuancere forandrings- og omstillingsprocessen som senfølger medfører, samt fremanalysere hvorledes og hvordan, en rehabiliteringsaktivitet fremstår som meningsfuld at indgå i. Indledende præsenteres Albert Banduras teori Self-efficacy, dernæst Antovskys OAS teori, slutteligt udledes en teorisyntese heraf, hvoraf det vil fremgå, hvorledes disse teorier komplementere hinanden.

5.1 Self-efficacy

I forhold til forandringslæring, har psykolog Albert Bandura udviklet læringsteorien self-efficacy, som bidrager med et relevant perspektiv, på håndteringen af senfølger. Self-efficacy omhandler individets evne til at tro på sig selv, samt tro på egen evne til at have indflydelse over de begivenheder, som påvirker livet(39). Self-efficacy er ifølge Bandura bestemmende for hvordan individet føler, tænker, motivere sig selv, og regulere adfærd. Denne tro på sig selv, influere gennem fire processer, kognitiv, motivationsmæssigt, affektivt og selektion(39). en stærk self-efficacy fremmer personlig trivsel og følelse af at nå sine personlige mål. Individet med en høj tiltro til deres evner, anser svære opgaver og livsbegivenheder, som udfordringer der skal håndteres frem for trusler der skal

undgå(39). Et sådant syn, kan for kræftoverlevende med senfølger, fordrer et stærkt engagement til rehabilitering, og tiltro på egne evner til at overkomme sygdommen og et liv med senfølger. Manglende tiltro på egne evner, forringer derved engagementet til rehabilitering, og fremstår som en barriere for at minimere og afhjælpning af senfølgeproblematikken. Endnu et aspekt vedrørende en stærk self-efficacy er, at når individet oplever at fejle, øger og vedholder det engagementet til opgaven. Ydermere genvinder de deres tro på sig selv hurtigt efter at fejle eller blive sat tilbage i relation til deres senfølge udfordringer og sygdom. Ligeledes anser de grunden til deres udfordringer og fejl, til at være manglende viden eller evner, som kan erhverves (39). Stærk self-efficacy kan derfor producere opnåelse af personlige mål, reducere stress og mindsker risikoen for depression (39). Ifølge Bandura, findes der fire kilder til self-efficacy og motivation for adfærdssændring. Disse er mestringsoplevelser, andenhåndserfaringer, verbal overtalelse, og fysiologiske og affektive tilstand(39). Disse vil i det følgende uddybes og relateres til specialets erkendelsesinteresse.

Mestringsoplevelser

En oplevelse af mestring defineres ved; at være oplevelser hvori et individ, modtager direkte erfaring ved at opnå succes med en bestemt handling. Denne direkte oplevelse, er ifølge Bandura, den som er af mest indflydelse, af de fire kilder til at opnå self-efficacy. Herunder finde det overbevisende belæg, for at individet fysisk er i stand til at mestre. På samme tid, er mestring en betydningsfuld kilde til at øge self-efficacy, og et nederlag vil kunne medføre en nedregulering af self-efficacy altså individets tro på sig selv. At få en mestringsoplevelse, kan dog ikke endvidere omsættes til en stærk self-efficacy, dette afhænger af ens tidligere opfattelse af evner(39). Individer med høj self-efficacy vil være i stand til at begrunde et nederlag med manglende indsats og ikke evner hertil, som en lav self-efficacy ville medføre(39). I relation til mandlige kræftoverlevende med senfølger, kan nogle af disse formodentlig være påvirket af senfølger, i en grad, således rehabilitering og især fysisk rehabilitering kræver en stor arbejdsindsats, for at kunne opnå succes. Dette forhold understreger at aktiviteter tilpasses deres fysiske og psykiske kunnen, således der ikke skabes rum for nederlagsfølelser.

Andenhåndserfaringer

I forhold til andenhåndserfaringer, forstås det at et individ ser et andet individ udfører en given handling, og igennem sammenligning, fortager en evnevurdering af sig selv. Bandura kalder dette fænomen for modellering. Igennem modelleringen, får individet en fornemmelse af sin egen self-efficacy, og erfaringer hermed (39). Individer sammenligner sig selv med individer fra deres hverdag, som deltager i de aktiviteter individets selv deltager i. Yderligere sammenlignes der i relation til en

gruppens normer, som et givent fysisk arbejdsniveau på jobbet. En øgning af self-efficacy vil i den forbindelse være, at individet placere sig over gennemsnittet i kunnen, modsat nedvurderes denne, såfremt individets kunnen er under gennemsnittet (39). Her kunne vanskeligheder opstå på motionshold som et led i rehabilitering, hvis dette tilbud er henvendt til den almene befolkning, som kræftoverleverne henvises til efter endt kræftbehandling. Således kan der skabes situationer hvori mandlige kræftoverleverne med senfølger, observere en anden mande udøve aktiviteter med succes, de ikke selv er i stand til, vil ned svækkelse af self-efficacy opstå.

Såfremt modellering skal indvirke positivt, skal der være lighed imellem deltagere på rehabiliterings tilbuddene, således der realistisk kan sammenlignes. En positivt sammenligningen styrker individets self-efficacy(39). Ligheden kan være linket til at modellen, er af tilsvarende alder, køn, etnicitet osv(39). Det kan udledes heraf, at mandlige kræftoverleverne med senfølger, vil have gavn af at mødes og deltage i rehabilitering med ligesindede mænd, for at udøve bla. Fysisk aktivitet. Dette skaber trygge rammer og grobund for en positiv udvikling af self-efficacy

Verbal overtalelse

Verbal overtalelse viser sig ved, at et individ oplever styrket self-efficacy, hvis der modtages positiv feedback fra andre, som kan øge troen på egne evner. Hvis individet undergå en vanskelig periode, vil det være nemmere at beholde en stærk self-efficacy, hvis det sociale netværk udviser tro på individets evner, til at mestre situationen. Hvis overtalelse skal have effekt, skal den given feedback være positivt formidlet, som fokus på realistisk mål. Feedback kan derimod, hvis given i negativ form underminere individets self-efficacy. For at verbal overtalelse skal øge self-efficacy skal den ligeledes være gentagende og ikke levere enkelt gang (39). Verbal overtalelse positive virkninger, forudsætter dog at individet har en høj tro på egne evner, hvis det skal virke troværdigt, derfor skal overtalelsens vurdering være moderat og realistisk for at have virkning(39). I forhold til specialets erkendelsesinteresse, vil der være essentielt at det sociale netværk, sætter sig ind i rehabilitering behovene og de tilknyttede sundhedsprofessionelle udviser forståelse for de kønsbetingede uligheder, for at fremstå troværdig og skabe forandring. Yderligere kan verbal overtalelse imellem deltagere som er lig dem selv opstå. Dette kan være på grund af et kendskab til senfølgeproblematikker og holdninger omkring liv og rehabilitering.

Fysiologiske og affektive tilstande

Udførelse af eller forestillingen om at udføre en handling, giver bestemte fysiologiske og affektive tilstand. Ifølge bandura er disse tilstande, relevant i forhold til handlinger, som vedrøre kroppens formåen fysisk, som det er tilfælde med motionshold og fysisk aktivitet. Under udfoldelser af anstrengende karakter aktiveres kroppen og bliver presset. Disse fysiske udfoldelser, processeres kognitivt og giver affektive tilstand. Disse tolkninger afføder en selvsvurdering, i relation til den givne aktivitet(39). Denne tolkning kan således virke befordrende eller begrænsende i relation til den givne aktivitet(39). Hvis kroppen presses således, at der opleves væsentlige smerter og træthed, kan dette ses som et tegn på fysisk ineffektivitet. En handling, som grundet tidligere erfaringer er forbundet med en negativ følelse af utilstrækkelighed, kan derfor skabe angst hos individet og medfører modvillighed mod aktiviteten, som nedsætter self-efficacy (39). I visse tilfælde vil senfølgeproblematikker, være en fysisk begrænsning eller dysfunktion, hvilet giver anledning til en demotiverende indstilling til rehabiliterings aktiviteter. Af denne grund kan mandlige kræftoverlevende med senfølger have en forudindtaget holdning til disse aktiviteter, der kan fungere som en barriere for udførelsen af disse.

5.2 Aaron Antonovsky

Oplevelse af sammenhæng

Antonovsky anvender begrebet i sin teori, kaldet *oplevelse af sammenhæng*, betegnet OAS. Oplevelse af sammenhænge er et udtryk for menneskets globale indstilling og betinger hvordan livet opleves. Begrebet udtrykker den udstrækning i hvilken individet, har en gennemgående tillid til at de stimuli der kommer fra det indre og ydre miljø, er forudsigelige og forståelige. Ligeledes er der tilstrækkelige ressourcer til at klare de krav et stimuli stiller. Ydermere er disse kravs udfordringer værd at engagere sig selv i (30). OAS kan være svag og stærk, men spreder sig på et kontinuum. En høj grad af OAS, vil medføre at individet klarer sig godt i livet. Ifølge Antonovsky vil forskellige individer klare sig forskellige under de samme forhold, afhængigt af hvor høj OAS individet besidder(30). Dette kan forklare hvorfor nogle kræftoverlevende med senfølger er i stand til at klare sig bedre end andre med samme senfølger. OAS er opbygget af tre erfarings typer, som er forbundne, og influere på den måde hvorpå forandringer håndteres for senfølgeramte. Erfaringstyperne er meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed. Hvoraf antonovsky betoner meningsfuldhed som værende mest afgørende for en stærk OAS. Dette skyldes at mennesker med et stort mod på livet, er mere villig til at tilegne sig ressourcer og forståelse, til at håndtere senfølge udfordringer(30). Ifølge antonovsky, skal disse tre erfaringstyper forstås som værende en proces. Igennem denne proces, opbygger individet en

forståelse for verdenen, samt en tro på og tillid til at være i stand til at håndtere de livsomstændigheder, som de oplever (30). Af disse grunde er begreberne tæt forbundne.

Begribelighed

Begribelighed omhandler et individs egenskab til at forstå og opleve, fænomener som sker i miljøet og kognitivt. Disse fænomener kan både være eksterne og interne stimuleringer, som et individ oplever og konfronteres med. Såfremt et individ har en oplevelse af begribelighed som er stærk, vil stimuli som opleves forventes at være forudsigelige. Hvis stimuli fremstår som uventet, vil disse tilpasses i relation til en sammenhæng, og derfor kunne forklares (30). Mandlige kræftoverlever vil derfor kunne få gavn af, at besidde stærk oplevelse af begribelighed, således vil det være forståeligt, hvorledes senfølger påvirkes hverdagen, og giver derfor mulighed for at håndtere forandringer som kræften medfører. På denne vis, kan mandlige kræftoverlevers helbred og livskvalitet øges. Funktionstab og begrænsninger, kan mindske følelsen af begribelighed, med en oplevelse af manglende forudsigelighed. Dette kan inducere frygt for hvordan disse håndteres, og begrænse livsudfoldelser.

Håndterbarhed

Håndterbarhedsbegrebet handler om et individs oplevelse af de ressourcer vedkommende har, og hvorvidt disse er tilstrækkelig til at håndtere krav og stimuli, som mødes i hverdagen. Ressourcerne forstås som det individet selv har til rådighed. Det kan modtages fra andre, som en tillidsfuld person eller ægtefælle mm. Individet vil kunne opnå en stærk følelse af håndterbarhed, hvis vedkommende føler der er tilstrækkeligt ressourcer og støtte fra andre, til at håndtere en hverdagshandling (30). Såfremt mandlige kræftoverlever oplever en stærk håndterbarhed, vil disse kunne være istand til at håndtere sine senfølger konstruktivt. Endvidere styrkes håndterbarheden, hvis der er et stærkt socialt netværk.

Meningsfuldhed

Begrebet meningsfuldhed dækker over væsentlighed af at forstå mening med omstændighederne og udfordringerne livet byder. Individet vurderer selvstændigt, om et emne opleves som meningsfuldt og værd at engagere sig i. Det handler derfor særligt om motivationen for, og forstå meningen med livet, for at kunne klare sig igennem dets udfordringer. En stærk følelse af meningsfuldhed opstår derfor, når livet følelsesmæssigt giver mening og er værd at engageres i. Dette vil medføre at udfordringer håndteres mere positivt fremfor negativt (30). I specialets vil det derfor højst sandsynligt, være de

kræftoverleverer som er mest motiveret for at forstå sine senfølger, der ser relevans i at arbejde med de begrænsninger, som måtte opleves i relation til senfølger, og dermed indgå i rehabilitering.

5.3 Teorisyntese

Som nævnt, anvendes der teoretiske begreber fra Bandura og Antonovskys teorier, i relation til at analysere på speciales samlede empiri. Teorier har det til fælles, at de tematisere det at begå sig i, og mestre miljøet og omstændighederne, som et individ oplever. Det vurderes dog, at de to teoretiske begreber, har potentiale til at supplere hinanden. At anvende en kombination af teorier, har til formål at specialets erkendelsesinteresse som ønskes undersøgt, undersøges med en større nuancering og dybde, end det havde været muligt med inddragelse af en enkelt teori. Aaron Antonovskys meningsfuldhed, fremtræder ikke på samme vis i Banduras teoretiske begrebsapparat. Meningsfuldheden, er dog et centralt element til at belyse hvorvidt en kræftoverleverer ser en rehabiliteringsaktivitet, som værende værd at engagere sig i. Denne nuancering kan afdække hvorvidt og hvorledes kræftoverleveren er motiveret for at deltage, og fremanalysere de barrierer som måtte være, i forbindelse med det ikke fremgår meningsfuldt at indgå i rehabilitering. Ydermere anvender Antonovskys håndterbarhedsbegreb, hvilket beskæftiger sig med om individet har ressourcerne til at udføre og indgå i en handling. Dette kan således relateres i Banduras self-efficacy, som består af, et andet begreb om kilden til ressourcer, i relation til at blive motiveret til en rehabiliterende handling. Derfor bidrager Banduras teori til en kompleks forståelse af ressourcerne, og kommer med konkrete bud på hvor ressourcerne kan fremkomme, hvilket komplimenterer Antonovskys mere abstrakte perspektiv.(39-30).

6. Metode

6.1 Videnskabsteoretisk position

I det følgende afsnit vil der redegøres specialets videnskabsteoretiske position, og det udfoldes hvorledes specialets forforståelse har ændret sig undervejs i forskningsprocessen. Ydermere videnskabelige paradigme, som specialet indfinder sig under, som grundet projektets problemstilling vil afspejle et bestemt paradigmatisk ståsted, som også vil fremføres.

I relation til det videnskabelige paradigme, forstås en forskers grundlæggende anskuelse af verden, hvilket videre er styrende for forskningen (40). Specialets paradigmatiske ståsted, er derfor styrende for den type viden der efterspørges, de metoder som anvendes og er derfor bidragende til at danne specialets kernespørgsmål (40). Specialet efterspørger en type af viden, der fokuserer på at klarlægge betydninger, subjektive holdninger og ansuelser af fænomenet, mænds oplevelser af barriere og

muligheder for rehabilitering. Dette fokus afspejler hermed en forankring i det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor fortolknings af subjektive meningsindhold anses som vidensidealet (40). Dette dannede baggrund for valget af hermeneutikken (42). Specialets interviewundersøgelse tager afsæt i den filosofiske hermeneutik, af Hans-Georg Gadamer, som den valgte videnskabsteoretiske position. Grundtanken i den filosofiske hermeneutik, er at alle individer, anses i bund og grund som tolkende væsener, som er forankret historisk. Dette betyder at individerne, i sig selv, ikke kan forholde sig objektivt til forskellige fænomener og situationer. Dette kan ikke lade sig gøre, idet individuelle erfaringer sætter rammen for forståelsen af verdenen(41). Den ontologiske grundantagelse i den filosofiske hermeneutik, er jævnfører Gadamer, at subjekter ikke kan opnå objektiv viden, om det foranderlige. Betingelsen for viden i sig selv, er at individer forstår gennem fortolkning. Kriteriet for gyldig viden, fremstår altså forforståelsen (41).Individets forståelse og forforståelse er centrale begreber i den filosofiske hermeneutik. Ifølge Gadamer vil forforståelsen altid være tilstedeværende, og forforståelsen sætter betingelserne for at kunne forstå. Subjektet og objektet kan derfor ikke betragtes som værende adskilt fra hinanden, men er sammenhængende. På denne vis er subjektets forforståelse en del af måden hvorpå et objekt, en situation, samt et fænomen kan forstås (41). Denne filosofiske tilgangs formål er således at danne en forståelse, for individets væren-i-verden. For det er muligt må forståelseshorisonen udvides i undersøgelsessituationen (41). Forståelsen for de mandlige kræftoverleveres perspektiv og forståelse af virkeligheden, er muligt at opnå via dialogen. Dialogen muliggøre, at horisonter bliver delt mellem forskere og udforskede, Dialogen er på denne vis et medie for hermeneutikken. Det er via denne dialog, at horisontsammensmeltningen mellem de mandlige kræftoverlever med senfølger og forskeren kan ske, idet der forsøges at opnå en ny forståelse for, hvordan de to parter virkelighed forstås(41). Specialets forfatter og de udforskede kræftoverlever med senfølger, er derfor en del, det som kaldes en hermeneutisk cirkel. Den hermeneutiske cirkel betegner den vekselvirkning der opstår i fortolkningsprocessen, mellem helhed og del. Delene kan ikke fyldestgørende forståelse, uden forståelse af helheden. Omvendt forstås helheden heller ikke uden delene. Det er altså sammenhængen mellem helhed og delene, som er meningskabende i dialogen. Denne vekselvirkning sætter rammen for erkendelse, og er en ontologisk grundtanke i hermeneutik(41). Ifølge Hans-Georg Gadamer, vil forskeren altid besidde en forventning, om den viden som der ønskes at opnå. Specialets forfatter og de inkluderede informanter, vil derfor altid indtræde i den hermeneutiske cirkel, idet forforståelsen og forståelsen er betinget af hinanden(41). denne forud-forståelse skal af disse grunde ikke opfattes som en begrænsning, eller som værende absolut, derimod bør forforståelsen, betragtes

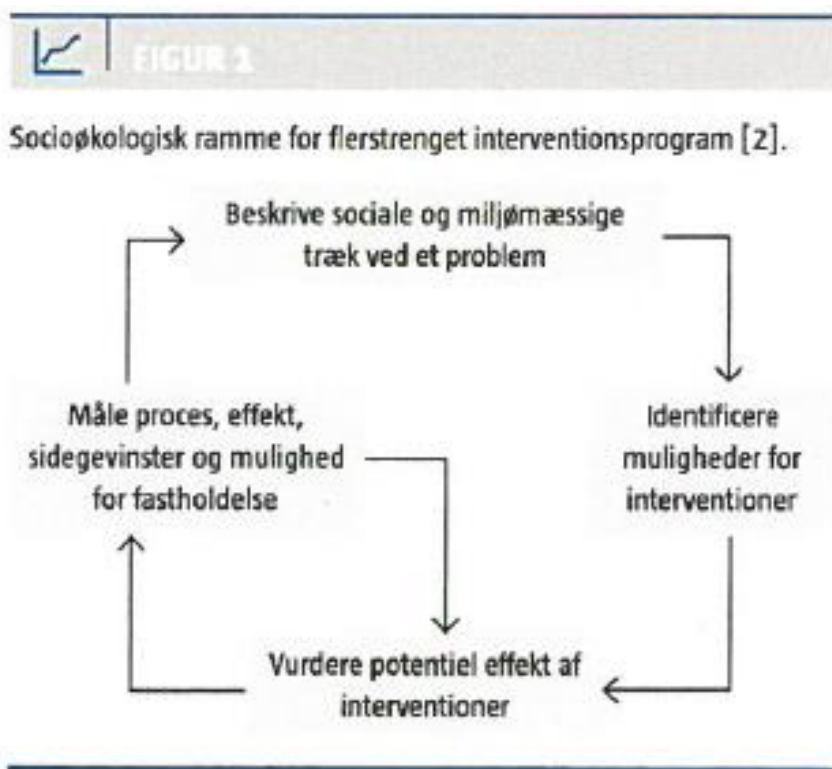
som en ressource, der man medvirke til at finde frem til de mekanismer som kan højne mænds deltagelse i kræftrehabilitering. Det er derimod essentielt at forholde sig åbent overfor emnet, og tillade nye perspektiver at fremtræde, således en ny forståelse af problemstillingen er mulig at skabe (41). En ny forforståelse må altså sættes på prøve, og aktivt bringes i spil med den måde hvorpå andre individer forstår emnet på(42). Ved udførelse af interviews med mandlige kræftoverlevende og litteratursøgningen, samt teoretisk analyse, blev den nye forståelse sat på prøve, og medvirkede til en horisontsammensmeltning mellem forfatter og informanternes forståelse(42).

6.2 Udviklingsmodellen

I følgende afsnit vil specialets udviklingsmodel udfoldes. Igennem problemanalysen blev senfølgers indflydelse på mandlige kræftoverlevende belyst fra forskellige vinkler, med henblik på at fremstille problemstillingens kompleksitet. Ydermere blev det belyst hvorledes senfølgeramtes livssituation og helbred, påvirkes af adskillige faktorer på individniveau og samfundsniveau. Dette forhold repræsenterer problemstillings komplekse karakter. Da specialets formål er at udvikle interventioner, som skal påvirke en kompleks problemstilling, vil der tages udgangspunkt i et *flerstrengt interventionsprogram* (FIP). En FIP model benyttes til udviklingen af sundhedsfremmende programmer med fokus på komplekse interventioner, og påviser kontekstens betydning for specialets problemstilling(43).

Det flerstrengede interventionsprogram har oprindelse, i et begrebsmæssigt skifte, på måden hvorpå sundhed forstås. Denne nye forståelse af sundhed blev markeret i 1986 ved Ottawa Charteret fra World Health Organisation. Dette indebar et fokusskifte fra individuelle årsager påvirkede individets sundhed, til at sundhed påvirkes af såvel sociale, økonomiske, politiske som kulturelle faktorer, som ofte ligger udenfor individets egen kontrol. Denne anerkendelse af, at sundhed har nogle forbundne determinanter herfor, nødvendiggjorde et design af sundhedsfremmende programmer, som skulle favne mere komplekse problemstillinger (43). Således opstår et behov fra enkeltinterventioner, til flerstrengede interventioner, hvilket indebærer en erkendelse af kontekstens betydning for sundhed, som i denne udviklingsmodel fremstår central for interventionerne (43). Ifølge Bak og Andersen (2012) er et flerstrengt interventionsprogram, sammensat af to eller flere interventioner, som tillige involvere to eller flere systemniveauer. Den væsentlige forskel mellem enkeltinterventioner og flerstrengede interventioner, består af at der stilles krav, om at der arbejdes på forskellige systemniveauer (433). Et FIP består af en kombination af interventioner, som der kan anvendes til at nå de forskellige systemniveauer, som eksempelvis individuelle, nærmiljørelaterede samt sektorer som eksempelvis uddannelse, sundhed mm. indenfor et socioøkologisk system (43). Interventionerne

kan gennemføres gennem flere kanaler, altså gennem offentlige og private organisationer samt interessegrupper, og i forskellige regi som i hjemmet, i skolen eller på arbejdspladser (43). Den overordnede analytiske ramme i et FIP, består af 4 trin. Disse trin er som følgende 1) en beskrivelse af de socioøkologiske funktioner og træk ved et sundhedsproblem 2) identificering af mulighederne for intervention 3) vurdering af hvorledes potentielle effekter kan optimeres og 4) en måling og evaluering af effekterne og bæredygtigheden (43).



Figur 1. Flerstrengt interventionsprogram; den socioøkologiske ramme for interventionsudvikling (Bak and Andersen 2012).

Trin 1 beskriver hvorledes et FIP design udspringer af et socioøkologisk perspektiv, over hvordan sundhed påvirkes. Sundhed og sygdom forstås, i dette interventionsdesign, som værende i tæt sammenspil mellem mennesker og dagligdagsmiljøet. Med andre ord, er sundhedsfremme både orienteret mod individet og orienteret mod strukturelle påvirkninger (43). Af disse grunde er det væsentlig at inddrage flere niveauer, således både individ, familie, sociale fællesskaber og lokalsamfund undersøges, for at kunne forstå den sundhedsmæssig problemstilling og på baggrund heraf udvikle en effektiv intervention. Denne tilgang til interventionsudvikling, findes specielt relevant for specialiets problemstilling. Gennem problemanalysen blev fundet at senfølger påvirkes af både individ, de sociale relationer, arbejdspladsen og kommunernes evne til at favne denne gruppe af

kræftoverlevende med senfølger. Sundhed og trivsel må således forstås udefra en erkendelse om, at senfølger og sundhed dels formes i det sociale liv, og der må derfor tages udgangspunkt i den sociale kontekst, som indvirker på livskvalitet og sundhedsadfærd. Den socioøkologiske model er således central, for sundhedsforståelsen i FIP (43). I relation til optimeringen af potentielle effekter, vurderes det hvordan virkningen af interventioner kan kombineres således maksimalt udbytte sikres. Det skal herunder overvejes om der er tilstrækkelige ressourcer, og intensitet til at opnå de ønskede sundhedsfremmende resultater (43). I forhold til evaluering af programmet effekter og bæredygtighed, er det essentielt at denne konstant justeres på proaktiv vis, det vil sige at de interventionsansvarlige, skal være parate på uventede ændringer i konteksten, da et FIP inddrager så mange systemer (43).

6.3 Etiske overvejelser ved interventionsudvikling

I forbindelse med en interventionsudvikling indenfor forebyggelses- eller sundhedsfremmeområdet, må det overvejes hvilke etiske problemstillinger, som kan være forbundet hermed (44). I følgende afsnit vil etikbegrebet analyseres og der reflekteres over, hvilke overvejelser som bør gøres i forbindelse med udvikling og implementering af interventioner målrettet mandlige kræftoverlevende med senfølger. I udviklingen af interventionerne, vil refleksionerne og specialiets fundene, afgøre hvordan interventionerne planlægges.

Etik har ikke en entydig definition, midlertidig kan etikbegrebet defineres ved forståelse af dets historiske oprindelse. Etik leder tilbage til det græske *Ethos*, som betyder sædvane og kan fortolkes som det sædvanlige (44). Det sædvanlige er således, det der er blevet en del af menneskers personligheder, såfremt der handles etik retmæssigt, handles der efter sædvanen. Aristoteles omformulerede sidenhen dette til, i højere grad, at omhandle det at tage ved lære at sine handlinger og ansvar for dem. Herigennem hænger etik sammen med skildringen af det rigtige og forkerte (44). I nutidens etikbegreb tales der om den rigtige og forkerte etiske handling, og ikke personlighedens sædvane. Etikken defineres derfor som, det vi sædvanligt ikke gør og det vi retter os efter i samfundet. Således pålægges der ved interventionsudvikling med formålet om at øge tilslutningen til rehabilitering af kræftsenfølger blandt mænd, pligter og regler af interventionsudvikleren selv og samfundets sædvaner. disse regler både kan være uskrevne og skrevne (44). At tilbyde rehabilitering til kræftoverlevende med senfølger, har det formål at mindske sygelighed og øge livskvaliteten blandt befolkningen. Måden hvorpå dette opnås, kan konflikte med etiske hensyn til individet, og dermed skabe utilsigtede konsekvenser af den intendede effekt. Overordnet set indebærer forebyggende og sundhedsfremmende tiltag utilsigtede konsekvenser i form af bekymringskabelse og sygeliggørelse,

stigmatisering, samt konflikten i forholdet mellem autonomi og paternalisme(44). Interventioner som sigtes mod en bestemt gruppe, der fokuserer på risikoen ved ikke deltagelse i kræftrehabilitering, kan skabe bekymring blandt kræftoverlevende, hvilket kan være uetisk grundlag at øge tilslutning på. Interventioner, som disse, der søger at højne tilslutningen i rehabilitering blandt mænd, kan fremstå som kønsdiskriminerende og derfor medfører en stigmatisering, af det at være mandlige kræftoverlevende med senfølger. Interventioner må endvidere sikres for at der er en balanceret forhold mellem individets autonomi og sundhed professionelles rådgivning, således at potentielle deltagere i interventionerne ikke oplever paternalisme. Risikoen for paternalisme kan opstå, når der handles udenom eller imod den deltagende, hvorfor det er afgørende at der handles efter mandlige kræftoverlevende med senfølger egne præferencer(44). Disse refleksioner vil tilsammen være med til at afgøre hvilke elementer som bør afvejes med den intendede effekt, og danne grundlag for kvalificerede overvejelser omkring etiske hensyn.

6.4 Systematisk litteratursøgning

For at kunne besvare problemformuleringen forskningsspørgsmål; *Hvilke muligheder og barriere oplever mandlige kræftoverlevende med senfølger ift. at deltage i rehabilitering*, Hvad der udtrykker den systematiske litteratursøgningens erkendelsesinteresse, foretages en litteratursøgning på fire udvalgte databaser for medicinsk og sundhedsfaglige litteratur. I følgende afsnit redegøres der for den systematisk litteratursøgning, hvori valg af databaser, søgestrategi, in- og eksklusionskriterier, udvælgelsesprocessen for den fundne litteratur, samt kvalitetsvurdering heraf vil indgå. I Bilag 3 ses søgeprotokolle. Protokollen indeholder en oversigt over de inkluderede databaser, udvalgte søgeord og resultat af den systematiske søgning. Ligeledes vil afspejle den anvendte facetsøgning, og fungere som dokumentation for søgeprocessen.

6.4.1 Indledende søgestrategi

Indledningsvist anvendes de ustrukturerede søgninger, med det formål at identificere relevant litteratur for specialets problemfelt, ligeledes med det formål om at udforske, hvorledes den relevante litteratur er indekseret, for der igennem at opnå kendskab til de relevante kontrollerede emneord. Ved at udføre disse ustrukturerede søgninger, opnås et kendskab og en fortrolighed med emnet og den medtagne litteratur. Dette forhold fungerer som grundlaget for opbyggelsen af den systematiske litteratursøgning (45).

6.4.2 Valg af databaser

Der er foretaget systematiske litteratursøgninger i fem databaser; Pubmed, Embase, Cinahl og Cochrane library. Pubmed anses som en af de største medicinske databaser, samt er en af de meste anvendte og dækkende databaser, hvorfor denne er anvendt i specialets systematiske litteratursøgning (46). Tillige inkludere Embase tidsskrifter fra mere end 90 lande, og er på lige fod med Pubmed, et af de største medicinske databaser, hvorfor der forefindes stor sandsynlighed, for at finde relevante litteratur til besvarelse af problemformuleringen (47). Desuden indeholder Embase en betragtelig mængde af europæisk litteratur, hvilket ikke medtages i Pubmed, derfor supplere en søgning i Embase, pubmed. Dette vil øge søgningen grundighed(47). Cochrane Library medtages i den systematiske litteratursøgning, da denne indeholder RCT-studier, systematisk reviews samt metaanalyser, hvorfor denne database indeholder litteratur, som skal leve op til strenge inklusionskrav, hvilket kan øge dets kvalitet(47). Dette vil være anvendeligt til afsøgning af om bestemte rehabiliteringsstrukturer kan øge tilslutningen til rehabilitering af senfølger.

Yderligere er der søgt i databasen Cinahl, da denne ligeledes har et stort indhold af sundhedsfaglig litteratur til sygepleje (48). Indenfor netop sygeplejefaget, forefindes der righoldig litteratur på netop senfølgeproblematikkerne og rehabiliteringsstrategier. Samlet set vurderes disse databaser, til at udgøre en grundig og fyldestgørende afdækningen af litteratursøgningens erkendelsesinteresse. Databaserne blev afsøgt den 03-04-2019.

6.4.3 Systematiske litteratursøgning

I den systematiske litteratursøgning, er der anvendt facetsøgning. Såfremt facetsøgningen er veldokumenteret, øges chancerne for at denne søgning kan genskabes (50). Dette forhold er væsentligt, da dette skaber transparens, hvilket er af betydning for om læser har mulighed for at genkende, samt vurdere kvaliteten af den udvalgte litteratur (49). Udfra problemformuleringen, blev der opstillet tre facetter. Første facet afspejler den udvalgte målgruppe; *mandlige kræftoverlevende med senfølger*. Første facet afspejler derfor målgruppen i form af de kontrollerede emner ord Cancer, Cancer survivor, Cancer survival og men(mænd) i visse databaser fandtes der dog ikke en kontrolleret emneord for men(mænd) og cancersurvival hvormed disse blev søgt som fritekstord. Anden facet rummer søgeord der beskriver senfølger, og kræftoverlevelse. Herunder anvendes både fritekstord og kontrollerede emneord, fritekstsordene er fundet gennem den indledende søgning på områder, efter termer anvendt i litteraturen, dette gøres ved at se øvrige relevante artiklers keywords. Tredje facet omhandler en intervention, som var målrettet at afhjælpe senfølger af kræft og eller øge tilslutningen til rehabilitering blandt mandlige kræftoverlevende, eller oplevelser af rehabilitering. Ydermere

indeholder tredje facet søgeord som indfanger individers opfattelse af barrierer og motivationer for rehabiliteringsindsats. De kontrollerede emneord suppleres, med fritekstsøgning, hvilket tilsammen vurderes som værende dækkende for søgningens tredje facet intervention. Specialets facetsøgning fremstilles i nedenstående tabel 1.

Tabel 1

Database	Facet 1: Mandlige kræftoverlevende	Facet 2; Senfølger	Facet 3; Motivation og barrierer for Senfølgerehabilitering se	
Embase	"malignant neoplasm"(Emtree) "men*" "cancer survivor" (Emtree) "cancer survival" (Emtree)	Side effects"(Emtree) "survivorship issues*" "Survivorship*" "late effects*"	"survivorship care pan" (Emtree) "cancer rehabilitation" (Emtree) "motivation" "barriers" (Emtree)	
Pubmed	neoplasme[Mesh] men[Mesh] cancer survivors [Mesh] "Cancer survival*"	"Adverse effects"[Mesh] "Survivorship"[Mesh] "survivorship issues*" "side effect*" "late effect*"	rehabilitation[Mesh] "Survivorship care plan*" "survivorship protocol*" Motivation[Mesh] "Barrier*"	
Cinahl	Neoplasme(Headings) Men (Headings) cancer survivors(Headings) "Cancer survival*"	"side effect*" "late effect*" Survivorship(Headings) "Survivorship issues*"	Rehabilitation(Headings) "Survivorship care plan*" "survivorship protocol*" Motivation(Headings) "Barrier*"	

Cochrane library	neoplasme[Mesh] men[Mesh] cancer survivors [Mesh] "Cancer survival	"Adverse effects"[Mesh] "Survivorship"[Mesh] "survivorship issues*" "side effect*" "late effect*"	rehabilitation[Mesh] "Survivorship care plan*" "survivorship protocol*" Motivation[Mesh] "Barrier*"	
-----------------------------	--	--	---	--

De kontrollerede emneord, benævnes forskellig afhængig af database. I databasen Embase betegnes disse som Emtree, i Pubmed betegnes disse som Mesh-termer, denne betegnelse for kontrollerede emneord anvendes ligeledes i Cochrane Library. I databasen Cinahl betegnes dette som Headings. Indenfor hver facet, blev der afsøgt kontrollerede emneord ved hjælp af thesaurusøgninger, dog var dette ikke muligt for alle facetter. Da der for visse emneord, ikke fandtes kontrollerede emneord, hvorfor denne udelukkende bestod af fritekst. Alle databaser havde kontrollerede emneord for kræft og rehabilitering. Termer fremstod ikke som homogene på tværs af databaser, da der for nogle databaser var kontrollerede emneord for mænd som værende mennesker, mens det for Pubmed også indebar dyr og planter, hvorfor søgeordet mænd, blive anvendt som fritekst. Anvendelsen af kontrollerede emneord i en systematisk litteratursøgning bevirker en præcisering af søgninger. Samtidig undgås der støj, hvilket kan optræde i form af irrelevante artikler, som kan medføre at relevante artikler overses (47). I databaserne er der afsøgt litteratur med kontrollerede emneord og fritekstord. Fritekstord anvendes med henblik på at udvide søgningen, således relevant litteratur med emneord som ikke er indekseret medtages i søgningen. Denne kombination anvendes da flere relevante ord, var så specifikke, at der ikke fandtes en matchende indeksering. Ligeledes er alle artikler i databaserne ikke alle opdaterede i forhold til indeksering af kontrollerede emner, hvoraf det risikeres af ekskludere relevant litteratur ved søgning, bestående udelukkende af disse. Af denne grund er alle kontrollerede emneord suppleret med fritekstord. Denne kombination medvirker til at det er muligt at opfange resterende artikler, som ikke er indekseret med kontrollerede emneord (47). De forskellige kontrollerede emneord og fritekstord, er indenfor hver facet kombineret med den boolske operator OR, dette gøres med formålet om at udbrede søgningen. Dernæst kombineres de facetterne med AND, for at indsnævre søgningen til den mest relevante litteratur, i relation til relevant besvarelse af specialets problemformuleringer. I den nedstående tabel 2 ses et eksempel på en søgestrategi i Embase

Tabel 2

Nr.	Søgeord	Hits
1	Malignant neoplasme [Emtree]	198,870
2	Cancer survival[Emtree]	301,115
3	Cancer survivor[Emtree]	22.135
4	"Men*"	676,727
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	1,167,850
7	"Late effect*"	10,159
8	"Side effect*"	1,149,553
9	'survivorship issues*'	350
10	'rehabilitation' [Emtree]	554,142
11	survivorship care plan [Emtree]	489
12	'survivorship protocol*'	5
13	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	1, 697, 456
14	Motivation [Emtree]	130,911
15	'barrier*'	350.227
16	#14 OR #15	475,070
17	#5 AND #13 AND #16	665

6.4.4 Inklusion og eksklusionskriterier

In- og eksklusionskriterier, er udformet for at strukturere sorteringsprocessen i de fire databaser, samt at gøre vurderingen af litteraturen homogen. Ydermere sikres det at den inkluderede litteratur er den mest relevante til besvarelse af specialets forskningsspørgsmål. I relation til studiedesigns, bliver ingen litteratur ekskluderet på baggrund af design. Dog udføres en kvalitetsvurdering af et udvalg af den relevante litteratur, hvis det vurderes at resultaterne er upålidelige, ekskluderes studiet. For at litteraturen kunne bedømmes som relevant skulle det omhandle mandlige kræftoverlevende, således at de oplevelser af barriere og muligheder for at indgå i rehabilitering, kunne relateres til kønsbetingede forskelligheder. Litteratur som også omhandler kræftpatienter i rehabilitering, ekskluderes ikke. Det vurderes at litteratur, som både omhandler overlevende af kræft samt patienter i bedring, som indgår i rehabilitering, er tilstrækkelig sammenlignelige i relation til specialets erkendelsesinteresse; *mænds barriere og muligheder for at indgå i kræftrehabilitering, samt hvorledes dette bidrager til udviklingen af et beslutningsgrundlag med potentialet, til at øge tilslutningen til kræftrehabilitering*

blandt mandlige kræftoverleveres. Endnu et inklusionskriterie er at den medtagne litteratur, skal omhandle mandlige kræftoverleveres oplevelse af, eller synspunkter på rehabiliteringstiltag. Samtidig er der sat begrænsninger i forhold til litteraturens ophavsland. Da kulturen i hvad der kan klassificeres som u-lande, ikke er sammenlignelig med en dansk målgruppe. Ydermere kan lande med væsentlig forskellig sundhedssystemer, som for eksempel USA, have vanskeligheder med at kunne overføres til en dansk målgruppe, hvormed der også er sat begrænsninger i relation til dette. Tillige ekskluderes litteratur om kvinder, da specialets erkendelsesinteresse omhandler mænds oplevelse af barrierer til og muligheder for brug af kræftrehabilitering. I nedenstående tabel 3 fremstilles specialets inklusion- og eksklusion kriterier.

Tabel 3

Inklusionskriterie	eksklusionskriterie
Litteratur med mandlige kræftoverleveres som målgruppe/ eller både inddrager kræftpatienter og kræftoverleveres i målgruppen.	Lande som ikke er sammenlignelig med Danmark, kulturelt eller via sundhedssystemet.
Litteratur som omhandler. Kræftrehabiliteringsindsatser.	Litteratur som omhandler kvinder.
Litteratur som omhandler de rehabilitering af senfølge virkninger	Litteratur som omhandler børn.
Litteratur som omhandler mænds oplevelser af kræftrehabilitering.	Litteratur som vurderes som værende af for lav kvalitet.

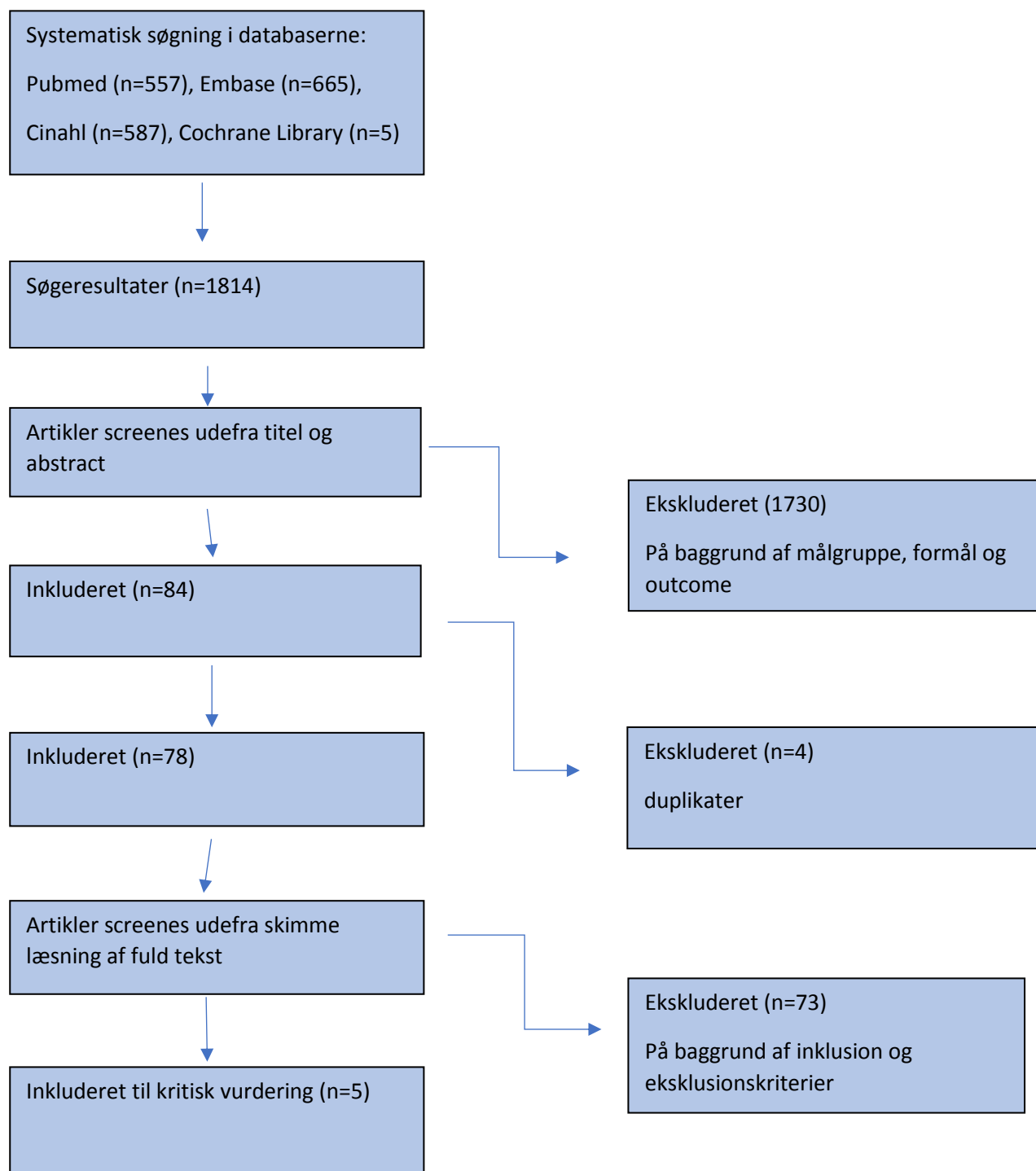
6.4.5 Udvælgelse af studier

Den systematiske litteratursøgning i Embase, Pubmed, Cochrane Library, og Cinahl, gav et fund på 1814 artikler, 557 artikler blev generet fra Pubmed, 665 fra Embase, 5 fra Cochrane library, og 587 fra Cinahl. Herefter blev 1730 artikler ekskluderes på baggrund af ikke relevant titel og abstract, dernæst blev 51 artikler ekskluderet på baggrund af in- og eksklusion kriterierne, og dermed ikke vurderet relevante. Yderligere 4 antal studier blev ekskluderet, da disse var duplikater. Efter gennemlæsning af hele artiklen af de resterende, blev der yderligere ekskluderet 75 grundet at disse udelukkende omhandlede opsporing og behandling af kræft i sygehussektoren, og at målgruppen ikke var sammenlignelig med specialets målgruppe i forhold til køn, etnicitet eller kulturelt. Artikel som udelukkende omhandlede seksuel rehabilitering og parterapi blev ligeledes ekskluderet, da en bredere

rehabiliteringsindsats er af interesse. Sidst blev litteratur som kun var udgivet i abstract form ekskluderet.

En total på 5 (n=5) artikler er dermed medtaget i den kritiske litteraturtur vurdering. Nedstående figur 2 viser resultaterne af den systematiske litteratursøgning i et flowdiagram

Flowdiagram



På baggrund af denne ovenstående proces blev følgende artikler udvalgt til videre kritisk vurdering, for at vurdere hvorvidt artiklernes resultater anses som pålidelige.

1. Handberg et al. (2014) men's reflections on participating in cancer rehabilitation: a systematic review of qualitative studies 2000-2013. Danmark
2. Medina-Perucha et al. (2017) Barriers to medical help-seeking among older men with prostate cancer. England
3. Cormie et al. (2015) A qualitative exploration of men with prostate cancer involved in supervised exercise programs.
4. Ettrigde et al. (2017) "Prostate cancer is far more hidden": perceptions of social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. Australien
5. Sheill G. et al. (2017) the views of patients with metastatic prostate cancer towards physical activity: a qualitative exploration. Tyskland.
6. Andersen et al. (2012) Exercise for male cancer patients – a practical research project based on intervention, focus group interviews and participating observation. Danmark

6.4.5 Kvalitetsvurdering

Til kvalitetsvurdering af de enkelte studier i den systematiske litteratursøgning, er den valgte tjekliste valgt i overensstemmelse med dets egnethed til studierne design. De inkluderede kvalitative studier af Handberg et al. (2014), Medina-Perucha et al. (2017), Cormie et al. (2015) og Ettrigde et al. (2017) vurderes disse ved hjælp af tjeklisten CASP, da denne anvendes til kvalitetsvurdering af kvalitative interviews. Indledende besvares to overordnede spørgsmål omkring, om studiet har en klar fremstilling af sit formål og om det er velvalgt at belyse problemstillingen med en kvalitativ metode. Såfremt disse spørgsmål besvares med ja, forsættes der til efterfølgende kvalitetsspørgsmål. Såfremt der svares nej, forkastes studiet på grund af lav kvalitet, til at kunne forsætte. Dernæst vurderes studiet med mere detaljerede spørgsmål, vedrørende studiedesign, udvælgelsestrategi, dataindsamling og etiske overvejelser. Desuden vurderes dataanalysens stringens, hvorvidt der er en klar resultat præsentation og hvad studiet bidrager med i forhold til den eksisterende viden.

Til studiet af Handberg et al (2014) anvendes en weights of evidence vurdering modificeret af Bond (2011), som vedrører 12 vurderingspunkter. Denne modificerede tjeklistes 12 vurderingspunkter, omhandler vurdering af kvalitet og metodologi, som giver en indikator for forskningskvalitet. Denne

er baseret på nogle kriterier, som er passende for evaluering af kvalitative studier, hvilket reviewet af Handberg udgøres af (57). Kriterierne er som følger;

1) passende design, 2) tydelig rationale for dataindsamling, 3) veludført dataindsamling, 4) analyse tæt på data, 5) fremtræden teori relateret til problemstillingen, 6) eksplicit refleksivitet over resultater 7) omfanget af dokumentation, 8) negative case analyse, 9) klar og koherent rapportering 10) bevis på forsker-deltager interaktion, 11). overførbarhed af konklusion, 12) hensynstagen til etiske retningslinjer. De vurderede studier modtager en score på 1 for at fuldstændigt at leve op til vurderingspunktet, en score for 0,5 for delvis at leve op til vurderingspunktet, og 0 for ikke at leve op til vurderingspunktet (58). Hernæst bliver den samlede score vurderet for samlet kvalitet af det systematiske review, såfremt scoren ligger mellem 0-4 betragtes reviewet som at være af lav kvalitet, melle 5-8 betragtes reviewet som værende at rimelig kvalitet, og mellem 9-12 som høj kvalitet (57). Det anerkendes at disse anvendte kriterier, har oprindelse i vurderingen af kvalitativ forskning. Dog anses denne som tilstrækkelig sammenlignelige med vurderingen af kvalitet og metode af systematiske reviews af udelukkende kvalitativ forskning⁸ (57)

6.5 Interviewundersøgelsen

I følgende afsnit belyses specialets kvalitative metodiske overvejelser, dette med henblik på at skabe en gennemsigtig proces. Det anses som fordelagtig i besvarelse af specialets problemstilling, at anvende en kvalitativ tilgang. Baggrunden herfor er at den kvalitative metode kvalificerer sig, idet metoden kan bidrage til at udforske individers forståelsesverdener og perspektiver. Et studie udført af Kjær et al (2011), beskriver i forhold til oplevelsen af symptomer og sygdomsbyrde, at det er forskellige individer imellem, hvordan en senfølge opleves (58). Dette betyder at individet kan opleve, hvad der anses som den samme senfølge forskelligt. Hvorfor det er essentielt at inkludere flere informaners perspektiver i specialets interviewundersøgelse, og at denne også suppleres med perspektivet fra specialets litteraturstudie. Det vurderes endvidere at en interviewundersøgelse, er fordelagtig til at undersøge individets subjektive oplevelser og få dybdegående viden herom. Denne tilgang kan bidrage til afdække hvilke muligheder, og barrierer som mandlige kræftoverlevende med senfølger oplever, i forhold til deltagelse i rehabilitering. Derfor valgt at udarbejde et fokusgruppe interview.

6.5.1 Fokusgruppeinterview

Halkier (2010) beskriver at vidensinteressen for et bestemt fænomen, bestemmer hvilken interviewform der kan anses som passende, i forhold til at besvare en undersøgelses problemstilling (59). For at kunne besvare specialets problemstilling, indhentes empiri fra et fokusgruppeinterview.

Interview var inspireret af et semistruktureret interview. Et semistruktureret interview er forudbestemt mht, formål og struktur, hvormed det sikres at indhente relevant information, ved besvarelsen af en række forudbestemte spørgsmål. Der er imidlertid en vis fleksibilitet idet, at interviewer kan belyse de valgte forskningsspørgsmål, men samtidig vende tilbage til et spørgsmål, såfremt dette vurderes til ikke at blevet belyst grundig nok i relation til datamætningspunktet. Desuden kan et semistruktureret interview bidrage til skabelsen og opretholdelsen af en naturlig dialog mellem interviewer og informanter (60). Det semistrukturede interview, blev udført i overensstemmelse med en interviewguide, som havde til formål at sikre relevant viden, men samtidig åbnede op for andre uventede perspektivér, og opfølgende spørgsmål udenfor interviewguidens rammer. Det vurderes at fokusgruppeinterview vil være en velvalgt tilgang til indhentelse af kvalitativt data, idet specialet søger at belyse de perspektiver som mandlige kræftoverlevende med senfølger har, i forhold til erkendelsesinteressen og desuden kan indhente viden om den oplevede dagligdag udefra det subjektive perspektiver. Derfor findes det relevant at inddrage deres perspektiver herom i åben dialog. Fordelen som findes ved indsamling af data udefra en gruppedialog, er at informanterne igennem den sociale interaktion, vil kunne give en nuanceret og mere kompleks reflekteret belysning af emnet. I denne interviewform, kan der opstå en erfaringsudveksling imellem de deltagende individer, som kan medvirke til at emner bliver belyst, som ellers ikke ville have opstået i en individuel interviewsituation (59). Desuden kan et fokusgruppeinterview indsamle en større mængde af data, hvor den samtidig er tidsbesparende, hvilket anses som fordelagtigt grundet specialers tidshorisont, og de tilgængelige ressourcer.

6.5.2 Udvalgelse af informanter

I specialet fortages udvælgelsen af informanter analytisk selektivt, hvilket vil sige at informanter er udvalgt på den baggrund, at de anses om repræsentative. Repræsentativiteten opstår i at de udvalgte informanter stemmer overens med de karakteristika som er formuleret i specialet afgrænsning og problemstilling (59). Idet specialet beskæftiger sig med mandlige kræftoverlevende med senfølger, og at der forefindes kønsbetingede forskelligheder i rehabiliteringsdeltagelse, blev der opstillet inklusionskriterier. Disse kriterier skulle sikre at alle informanter, som blev inkluderet til specialets interviewundersøgelsen, var mandlige senfølgeramte, med afsluttet kræftbehandlingsforløb. Desuden blev det valgt, at individer med disse karakteristika, blev inkluderet uanset kræftform, da adskillige af studierne fundet i de indledende søgninger og dels litteraturstudiet, omhandlede specifikke kræfttypegrupper såsom prostata og testikelkræft, hvorfor der findes et behov for viden om andre

kræftformer og mindre fokus på udelukkende prostatakraft, da adskillige senfølgeproblematikker anses som universelle.

6.5.3 Rekruttering af informanter

Idet specialet ønsker at opnå et indblik i kræftoverleverens livsverden, og idet interviewet kan indeholde personlige spørgsmål, kan det fremstå som vanskeligt at rekruttere informanter, som vil deltage. Af denne grund er det væsentligt at vælge en rekrutteringsmetode, der sikrer informanter, som er villige til at deltage i interviewet. Thagaard (2004) beskriver at tilgængelighedsudvalg anvendes, ved denne form for rekruttering (61). Baggrunden herfor er at rekruttering er baseret på tilgængelighed af informanter, men at denne rekrutteringstype på samme tid fordrer til inklusion af relevante og repræsentative informanter, til besvarelse af specialets problemstilling. Tilgængelighedsudvalg blev derfor rekrutteringsmetoden for informanterne til specialet. Der er dog visse problematikker ved denne rekrutteringsmetode idet, der ses en tendens til at de individer som er mest sandsynlig til at deltage i interviews, ligeledes er de individer med den højeste uddannelse, hvormed perspektiver som måtte fremtræde udefra interviewet får karakter af en ensartet forståelse af senfølger og rehabilitering. Ydermere at det oftest, er de individer som allerede er villig til at indgå i rehabilitering af senfølger. Dette giver derfor en fremstilling af specialets problemstilling, som ikke til fulde favner den del af målgruppen, som der ønskes at øge tilslutningen til rehabilitering blandt. Thagaard (2004) beskriver at der på denne baggrund kan opstå en skævhed, idet individer som ikke behersker deres situation i livet med senfølger, vil have et problem med at forskeren får indblik i denne situation. Dermed blive bestemte individer underrepræsenteret, selvom det kan være denne gruppe, med andre problematikker som findes mest ønskværdig at undersøge (61). I rekrutteringen af de inkluderede informanter, blev disse hvervet igennem den danske forening for senfølger. Dette blev gjort for at sikre, at alle inkluderede informanter, har oplevet senfølger og været igennem et rehabiliteringsforløb. Den indledende kontakt foregik gennem senfølgeforeningens formand i Aalborg afdelingen, hvorefter specialets forfatter blev sat i kontakt med en mandlige repræsentant for et motionstilbud for senfølgeramte og pårørende. De ønskede karakteristika af personerne blev formuleret gennem telefonsamtale, og repræsentanten hvervede således to yderligere informanter med de passende karakteristika, som bestod af henholdsvis at være mand med senfølger af kræft, som levede op til specialets definition af kræftoverlevende, og som havde været tilbudt et rehabiliteringsforløb. De inkluderede informanter, bestod således af tre mandlige kræftoverlevende med senfølger.

6.5.4 Beskrivelse af informanter

De inkluderede informanter var medlemmer af en netværksgruppe, som hørte under senfølgeforeningens aktiviteter i Danmark. Alle informanter havde senfølger i varierende grad, og havde henholdsvis oplevet knoglemarvskræft, strubekræft og lymfekræft og var alle i pensionsalderen. Ydermere var alle informanterne aktive i rehabilitering baseret på frivillige organisationers tilbud,

6.5.5 Udarbejdelse af interviewguide

Den udviklede interviewguide indeholdte på forhånd fastlagte temaer og spørgsmål, og er derfor semistruktureret (60). Dette valg blev foretaget på baggrund af at specialets forfatter var interesseret i at berøre forskellige emner i forbindelse med interviewet, men på samme tid var interesseret i at informanten, var i stand til at frembringe emner og udtalelser udover det fastlagte(60). Elleve temaer blev dannet på baggrund af problemanalysens opnåede forforståelse, samt forståelsen opnået gennem den systematiske litteratursøgnings resultater til interventionsudvikling. For hvert tema, er der udarbejdet et forskningsspørgsmål, med henblik på at sikre besvarelse af specialets problemstilling. Forskningsspørgsmålene blev dernæst oversat til et hverdagssprog til selve interviewspørgsmålene, dette med henblik på at sikre, at informanten kunne forstå og besvare spørgsmålet, på denne vis vil dette give mulighed for spontane og righoldige svar fra informanterne (60). Ydermere blev interviewspørgsmålene udarbejdet ud fra en tematisk og dynamisk dimension. Den tematiske sikrer at interviewspørgsmålene på tilstrækkelig vis belyser de temaerne. Den dynamiske dimension, sikrer her for at samtalen holdes i gang og fremmer et positivt sammenspil imellem interviewer og informanter, således bliver informanten stimuleret til samtale om sine perspektiver og oplevelser (60). En semistruktureret interviewguide vælges idet den har en fleksibel struktur og har åbne spørgsmål. Som giver mulighed at ændre i rækkefølgen af de adspurgte temaer, samt åbner op for at informanten kan berøre emner, som der på forhånd ikke var indtænkt som værende af betydning. Desuden blev der anvendt åbne spørgsmål, for at fremme til refleksivitet hos informanterne. Et eksempel på åbne spørgsmål kan ifølge kval og brinkmann være et indledende spørgsmål såsom; *hvilke senfølger oplever i eller hvordan oplevede i introduktionen til kræftrehabilitering?*. Et sådant et spørgsmål bidrager til spontane beskrivelser om informantens viden om rehabilitering. Dette vil jævnføre kval og brinkmann(2015), bidrage til et sikkert grundlag for analyse og bidrage til at informanterne føler sig lyttet til(60).

6.5.6 Udførelse af interview

Omdrejningspunktet for interviewene er at besvare specialets forskningsspørgsmål, dermed undersøge om hvilke barrierer og muligheder for rehabiliteringsdeltagelse som mandlige kræftoverleverer oplever. Dette gøres igennem relevante temaer om oplevede vanskeligheder, som kan relateres til om mandlige kræftoverleveres senfølgeproblemer, som jf. problemanalysen kan have betydning for mænds tilslutning. Ydermere blev relevant teori inddraget, for at undersøge hvilke muligheder og barrierer de inkluderede informanter, havde for deltagelse i kræftrehabilitering jf. problemanalysens fund omkring mestringsstrategiers betydning.

6.5.7 Transskription

Ved en transskribering oversættes et interviews materiale fra talesprog til skriftsprog, og bliver derved den første fase, efter selve interviewet er udført, hvor resultaterne forbedres til videre analyse(60). Det udførte fokusgruppe interview blev transskriberet af interviewer selv, med henblik på at sikre interviewsituationens detaljer, dette kan for eksempel dreje sig om ironi, eller bestemt ordlyd, som kunne findes relevant for den videre analyse(60). Ydermere påbegyndes transskriberingen dagen efter gennemførelse, da interviewet således stod frisk i erindringen. Transkription fra lyd til tekst, er forbundet med at der kan opstå tekniske og fortolkningsmæssige problemer(60). Af denne grund forbedres nogle guidelines for udførelsen af transskribering forinden start heraf. Disse guidelines tog udgangspunkt i tangaard og brinkmann(64). For at formindske risikoen for at væsentlige elementer gik tabt, blev interviewet transskriberet ordret, hvorfor passager med væsentlig meningsindhold ikke blev oversat(60). Dog blev der ikke medtaget fyldord som bekræftende ja eller ”øh”, medmindre at dette skitserede en underliggende tvivl, som blev vurderet central for forståelsen af udsagnet. For at øge transskriptionens reliabilitet, blev dette gennemlæst af den tilstedeværende eksterne medinterviewer, mens lydfilen blev gennemlyttet. Medinterviewerens rolle var at sikre interviewguiden blev gennemgået til fulde, men førte ikke samtale med informanterne under interviewet

6.5.8 Analysestrategi

I det følgende udfoldes den analysestrategi, som er anvendt i analysen af fokusgruppeinterviewet. Analysestrategien er udarbejdet ifølge Dahlager og Fredslunds (2017) fire analysetrin af interviewmateriale. Disse fire trin består af 1)helhedsindtryk 2)identifikation af meningsbærende enheder 3) operationalisering samt 4)rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning (62). De tre indledende trin består af en dekontekstualisering, det vil sige, at interviewet pilles fra hinanden, men henblik på at opnå dybere indsigt i det sagte. Det fjerde trin består derimod af en rekontekstualisering, hvori interviewmaterialet sættes sammen, på en ny måde (62). Denne analysestrategi af dahlager og fredslund, er kendetegnet ved sin stringens, og ved

at have fastlagte procedurer, hvilket fastholder forskeren. Denne strategi besidder desuden en styrke, i at det stadig er muligt at gå åbent til interviewmaterialet, således analysen ikke udelukkende blev præget af specialets forforståelse som fx at manglende deltagelse i rehabilitering for mænd, afhænger af at føle en mindsket kontrol over situationen. Ved at gå åbent til materialet, blev det muligt at forståelser mellem forsker og de udforskede kan mødes og nuancere hinanden, hvormed en tredje forståelse kan opstå (62).

Det analysetrin bestod således i specialets forfatter læser transskriptionen fra fokusgruppeinterviewet igennem. Dette blev gjort med henblik på at blive bekendt med det indsamlede materiale, og dermed få skabt sig et helhedsindtryk. I det andet trin blev de meningsbærende enheder identificeret, som kunne have relevans for besvarelse af problemstillingen, eller der fremstod som et uventet relevant tema. Disse meningsbærende enheder blev fundet udefra transskriptionen, og selve teksten er på dette trin centralt. Specialets forfatter forholdte sig i den fase så åbent som muligt, således alle potentielle relevante enheder blev medtaget. Dernæst blev der foretaget meningskategorisering. Jævnfører Dahlager og Fredslund bevirker det at meningsbærende enheder reduceres og struktureres til at indgå i nogle kategorier (62). De forskellige meningsbærende enheder blev reduceret til seks kategorier. Til at struktur disse kategorier blev der anvendt det teknologiske analyseprogram Nvivo version 12. I analysens tredje trin, blev en operationalisering af de fremkomne kategorier nødvendigt, idet disse kategorier i flere tilfælde overlappede hinanden emnemæssigt, således kondenseres materialet til færre kategorier ifølge Dahlager og Fredslund (62). I analysens fjerde trin, blev interviewmaterialet rekontekstualiseret, med andre ord, blev interviewets forskellige dele sat sammen på en ny måde, med en ny forståelse af problemstilling (62). Ifølge Dahlager og Fredslund giver en rekontekstualisering indenfor den hermeneutiske fortolkning at dele ses i lyset af en større helhed og i sin kontekst (62). På denne vis ses altså en bevægelse fra del til helhed, og den fremkomne analyse må således reanalyseres. Informanternes udsagn, blev sat i en brede kontekst, hvilket gav en nuanceret forståelse af mandlige kræftoverlevende med senfølgers perspektiver og barriere i forhold til specialets fokus på rehabiliteringsdeltagelse. Analysen med teori tog udgangspunkt i Alberts Banduras self-efficacy og antonovskys, idet disse teorier blev fundet relevante udefra de givne udsagn samt litteraturen. Denne teorisyntese, muliggjorde en rekontekstualisering indenfor en bredere teoretisk ramme, som bidrog til mere nuancerede fortolkninger.

6.5.9 Ethiske overvejelser

I følgende præsenteres hvilke etiske overvejelser, der blev gjort i forbindelse med specialets interviewundersøgelse, idet dette, jævnfører Kvale og Brinkmann, bør overvejes allerede i interviewundersøgelsens begyndelse(60). De etiske overvejelser, som er blevet gjort i forbindelse med interviewundersøgelsen, er derfor inspireret af Kvale og Brinkmanns (2015) fire etiske retningslinjer, som lyder; Informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle(60).

Der blev i interviewundersøgelsens begyndelse, indhentet informeret samtykke fra samtlige informanter. Dette sikrede at de inkluderede informanter opnåede viden omkring interviewets formål og bidrag til specialet, samtidig sikrede det at informanterne var bevidst om at deltagelse var frivilligt, og at disse kunne til enhver tid trække sig fra specialets undersøgelse(60). Det informerede samtykke, har sit fundament i individuel autonomi og tilgodesende (60). Det informerede samtykke blev desuden uarbejdet, således det stemte over ens med datatilsynets vejledning omkring samtykke(63). fortroligheden omhandler at private data, som kan muliggøre genkendelse af deltagerne ikke afsløres.(60). Yderligere bør det fra forskerens side overvejes, hvilke konsekvenser deltagelse i interviewundersøgelsen måtte have for den enkelte informant (60). Formålet for denne interviewundersøgelse, er at opnå forståelse for perspektiver på, og barriere for, deltagelse i rehabilitering, for mandlige kræftoverlevende med senfølger. Hvorfor at interviewet kan berøre nogle personlige og private emner, i relation til deres tilværelse med senfølger. Med dette menes, at det muligvis ikke er et bevidst fravalg, da det jævnfører problemanalyse, kan være et resultat at komplekse livsproblemer i relation til, tab af socialt netværk, psykologiske og eksistentielle udfordringer med senfølger eller det at være arbejdsløs. Dog vurderes det, at den viden som det er muligt at opnå i specialet, kan væsentligt forbedre mandlige kræftoverlevende med senfølgers helbred ved udviklingen af sammensatte interventioner.

7.0 Analyse af resultater

I det følgende afsnit vil specialets analyse og resultater udfoldes. Først præsenteres resultaterne fra den systematiske litteratursøgning. Resultaterne analyseres derefter udefra fra to fundne centrale temaer den *mandlige kønsrolles betydning og betydningen af fysisk aktivitet*. Dernæst præsenteres specialets interviewundersøgelse, hvor 5 centrale identificerede temaer analyseres. Efterfølgende vil de samlede fund samles til en resultatsyntese, hvori hovedresultater fremføres.

7.1 Resultater for systematisk litteratursøgning

I det følgende vil de seks studier, som blev inkluderet via den systematiske litteratursøgning blive kvalitetsvurderet og analyseret med henblik på besvarelse af specialers problemformulering 1) *Hvilke muligheder og barriere oplever mandlige kræftoverlevende med senfølger ift. at deltage i kræftrehabilitering?* Og 2) *Hvordan kan specialets resultater, bidrage til udviklingen af et beslutningsgrundlag for en rehabiliteringsintervention mhp. at øge tilslutningen blandt mandlige kræftoverlevende med senfølger*. En besvarelse heraf vil bidrage med viden om hvordan der kan udvikles et beslutningsgrundlag, til udviklingen interventioner som kan øge tilslutningen til kræftrehabilitering for mandlige kræftoverlevende med senfølger. De inkluderede artikler fremføres i hver sin matrix, hvilket indeholder design, formål, deltagere, resultater og kvalitetsvurdering. Slutteligt fremanalyseres det samlede evidensgrundlag, ved artiklernes samlede resultater.

Tabel 4: Matrix for de seks inkluderede studier

Forfatter (årstal) titel og land	Handberg et al. (2014) men's reflections on participating in cancer rehabilitation: a systematic review of qualitative studies 2000-2013. Danmark
Design	Systematisk review
Formål	At rapportere udefra et systematisk review udgjort af kvalitative studier, mænds refleksioner omkring kræftrehabilitering.
Deltagere	Mandlige kræftoverlevende og kræftpatienter
Resultater	Udefra analyse af artikler, fremstod fire centrale temaer; <i>ændret livsperspektiv, maskulinitetsfaktoren, trangen til normalisering og betydning af arbejde</i> . Ydermere fremstod 6 decentrale temaer; <i>betydningen af konteksten, musik, fysisk træning, religion, humor og det unævnelige</i>

Forfatter (årstal) titel og land	Medina-Perucha et al. (2017) Barriers to medical help-seeking among older men with prostate cancer. England
Design	Kvalitativ interviewundersøgelse
formål	At undersøge oplevede barrierer til at opsøge medicinsk hjælp blandt ældre mænd med prostatakraft, som har modtaget en diagnose, og været igennem et kræftbehandlingsforløb.
Deltagere	20 mandlige kræftoverlevende af prostatakraft
resultater	Udefra analyse af interviewmateriale fremstod tre centrale temaer; <i>mandlige kønsroller, frygt og pinlighed</i> , som fremstod som barrierer for at opsøge medicinsk og rehabiliteringshjælp

Forfatter (årstal) titel og land	Cormie et al. (2015) A qualitative exploration of men with prostate cancer involved in supervised exercise programs.
Design	Kvalitativ interviewundersøgelse
formål	Bidrage med dybdegående beskrivelser af oplevelserne med superviseret træningsprogrammer, blandt mænd med prostata kræft. Dette med henblik på at blotlægge afgørende elementer i relation til at optimere engagement til fysisk aktivitet og vedblivende deltagelse.
Deltagere	12 kræftpatienter deltagende i et superviseret træningsprogram
resultater	Fysiologiske og psykologiske helbredsforbedringer, reducerede senfølger, positivt påvirket self-efficacy såvel som peer-support var essentiel for at øge motivation til motion og vedblivende deltagelse til rehabilitering, baseret på fysisk aktivitet.

Forfatter (årstal) titel og land	Ettridge et al. (2017) "Prostate cancer is far more hidden": perceptions of social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. Australien
Design	Kvalitativ interviewundersøgelse
formål	Bidrage med dybdegående indsigt i oplevet stigma, selvbefejdelse, social isolation og evne til at søge hjælp til rehabilitering, samt ikke mødte rehabiliteringsbehov.
Deltagere	20 mænd med diagnosticeret prostata kræft
resultater	Deltagere oplevede stigmatisering ved kræft generelt, deltagere oplevede isolation og emotionel mistrivsel. Social støtte og omsorgstagen opleves som minimal efter endt kræftbehandling, Ydermere søgte deltagere ikke hjælp til psykosociale senfølger, grundet pinlighed, trang til selvstændighed, uønsket sympati og for ikke at lægge andre til byrde.

	Studiet fandt at mænd har behov for at aktiv opfordring både unde og efter behandling, for at overkomme barriere og øge tilgængeligheden til rehabiliteringsydelser, for især psykologiske og sociale senfølger.
--	--

Forfatter (årstal) titel og land	Sheill G. et al. (2017) the views of patients with metastatic prostate cancer towards physical activity: a qualitative exploration. Tyskland.
Design	Kvalitativ interviewundersøgelse
formål	Udforske mænd diagnosticeret med fremskreden prostatakræft, med spredning til andre områder i kroppen, synspunkter på fysisk aktivitet. Dette med henblik på at anvende denne viden i træningsinterventioner, til mandlige kræftpatienter med fremskreden kræftsygdom.
Deltagere	20 mænd med fremskreden prostatakræft
resultater	Af interviewmaterialet fremstod fire centrale temaer; <i>barrierer til fysisk aktivitet, fordele ved fysisk aktivitet, reduktion i fysisk aktivitet post diagnose, social støtte til fysisk aktivitet</i>

Forfatter (årstal) titel og land	Andersen et al. (2012) Exercise for male cancer patients – a practical research project based on intervention, focus group interviews and participating observation. Danmark
Design	Praktisk forskning; antropologisk studie.
formål	Undersøgelse af motiverende faktorer, som fremstår igennem et rehabiliteringsprogram baseret på fysisk aktivitet, udelukkende for mænd. Ydermere er formålet at afdække gruppedynamikker og kulturer som opstår imellem de deltagende mandlige kræftpatienter.
Deltagere	13 mandlige kræftpatienter med en tidligere eller nuværende kræftdiagnose.

resultater	Fem temaer fremstod; <i>at være en mand mellem mænd, refleksion, sammenhold, at være en mand påvirket af sygdom og baggrund for registrering</i>
-------------------	--

7.2 Samlet kvalitetsvurdering

Til kvalitetsvurdering af udvalgte inkluderede kvalitative interviewundersøgelser af henholdsvis Medina-Perucha et al. (2017) og Ettrigde et al. (2017) blev tjeklisten Critical Appraisal Skills Programme (CASP) anvendt (Se bilag 4– Kvalitetsvurderinger). Til vurdering af det systematiske review af Handberg et al (2014) blev tjeklisten Weight of evidence anvendt. Ifølge Weight of evidence vurderes et studie til at være af god kvalitet, såfremt studiet lever op til 12 vurderingspunkter vedrørende til transparent forskning og god metodologisk tilgang (57). De kvalitetsvurderede kvalitative studier vurderes samlet set til at være af overordnet god kvalitet, dog med visse forbehold. Begge studier er velegnede til en kvalitativ metode og beskriver studiedeltagere inkluderet til undersøgelse, etiske overvejelser, interviewmetoder samt analysemetoder tilstrækkeligt. Ydermere vurderes det at der er en klar fremstilling af studiernes resultater og overførbarhed til anden forskning, samt anvendelse i praksis. Resultaterne er grundigt diskuteret, dog vurderes begge studier, til ikke at diskutere datamætning og forfatternes egen indflydelse på potentielle bias, hvilket kan være kvalitetsnedsættende. Endvidere diskuterer studiet af Medina-Perucha et al. ikke praksis for rekruttering i særlig høj grad, hvilket ligeledes fremstår som kvalitetsnedsættende. Studiet af Ettrigde et al. beskriver desuden ikke, hvorledes data er indhentet til analyse eksplicit, selvom det implicit beskrives. Dette nedsætter studiets transparens hvilket ligeledes er kvalitetsnedsættende. På trods af disse nævnte problematikker, synes begge studier at leve op til de fleste retningslinjer for god kvalitativforskning ifølge tjeklisten CASP (74) . Derfor kan studierne resultater anvendes med visse forbehold. Studiet af Handberg et al. vurderes ligeledes til at være af overordnet rimelig kvalitet med en wegiths of evidence score på 8,5. Det vil sige, at studier er 0,5 point, for at blive klassificeret som værende af høj kvalitet. Reviewet lever op til de fleste vurderingspunkter, i relation til design, rationale for dataindsamling, analyse tæt på data og omfattende dokumentation. Det fremgår ikke af reviewet, at der anvendes nogle teoretiske perspektiver til analyse, hvilket kan ifølge den afvendte tjekliste være kvalitetsnedsættende. Ydermere beskrives det ikke, hvorvidt der er foretaget nogle etiske overvejelser i forbindelse med udførelse af studiet, hvilket er kvalitetsnedsættende. På trods af disse problematikker, synes studiet overordnet til at være af rimelige kvalitet, hvormed resultater opnået i dette review kan anses som pålidelige.

7.3 Analyse af de inkluderede artikler

De seks inkluderede studier fra den systematiske litteratursøgning, er alle undersøgelser som udforsker forholdet mellem mandlige kræftoverlevende og patienter og rehabiliteringsindsatser. Dette gøres ved enten at undersøge mandlige kræftoverlevende- og patienters oplevelser af barrierer og motivationer for kræftrehabilitering, eller ved eksponering overfor en rehabiliteringsintervention, baseret på fysisk aktivitet.

Litteratur hvori kræftpatienter indgik som en del af studiets målgruppe, blev inddraget på trods af at kræftpatienter ikke er specialets målgruppe. Dette gøres på baggrund af at adskillige senfølger, opstår under kræftbehandlingen og vedvarer efter, hvilket bevirker at kræftoverlevende og kræftpatienter, oplever ens udfordringer med senfølger. Ydermere blev litteratur omhandlende udelukkende prostatakræft patienter inkluderet, selvom specialets målgruppe omhandler alle kræfttyper. Dette på baggrund af at prostatakræft er en udbredt sygdom blandt mænd med høj overlevelsesrate og som ligeledes er aldersrelateret. Dette vil medføre af denne kræftsygdom vil være mere forekommen i fremtiden, i takt med en aldrende befolkning(65). Af ovenstående grund vil en stor del af mandlige kræftoverlevende med senfølger være overlevende af prostatakræft, og derfor vil udgøre en betragtelig del af danske mandlige kræftoverlevende med senfølger. Desuden findes adskillige af de oplevede barrierer og motivationer for rehabilitering, som værende lignende kræftoverlevende af andre kræftsygdommes oplevelser, hvormed relevansen retfærdiggøres. I det følgende vil resultaterne analyseres via to fremanalyserede temaer.

Tema 1: Den mandlige kønsrolles betydning

Studierne af Handberg et al., Medina-Perucha et al., Andersen et al og Ettrigde et al har alle gennem henholdsvis kvalitative interviews og et systematisk review, fundet at den mandlige kønsrolle var et væsentlig element i mandlige kræftoverlevende- og patienters refleksioner omkring kræftrehabilitering (51, 52 ,56,54). Mandlige kræftoverlevende- og patienter havde i alle nævnte studier, en tendens til at ville fremstå maskuline, at være i kontrol, stærk og usårlig, dette image blev oplevet som vanskelig at opretholde ved senfølger af kræft. Dette blev identificeret som at udgøre en barriere for mænd Kønsrolleopfattelser og vanskeligheder ved italesættelse af sociale og psykologiske senfølger, blev derfor identificeret som at udgøre en betragtelig barriere for at opsøge rehabilitering. Dog rapporteres positive effekter ved sociale støtte, givet af individer i lignede situation i rehabilitering (51, 52, 56,54). Specielt sammenvær med andre mandlige kræftoverlevende fremstod i studierne af Handberg et al. og Andersen et al. som havende positiv indflydelse på mænds oplevelser med rehabilitering. Dette indikerer at udøvelse af social støtte, på en måde som er kønsspecifik, har positiv virkning (51,56.). I studiet af Handberg et al. blev kønsspecifik sociale støtte, karakteriseret ved brugen af humor, fremstod som en måden hvorpå mænd håndterede vanskelige oplevelser, forårsaget af senfølger (51). Studiet af Medina-Periucha et al fandt endvidere at den mandlige kønsrolle opfattelse udgjorde en barrierer for at deltage i rehabilitering, idet at mandlige kræftoverlevende har udpræget behov for uafhængighed og kontrolbevarelse (2). Bekymringer og usikkerheder forbundet med kræft og angst for kræft tilbagefald, synes ligeledes at påvirke liv og hverdag, ved hverdagen indrettes efter at have kræft, eller senfølger af kræft (51). I Studiet af Handberg et al. beskrev mandlige kræftoverlevende, at en normal livsførelse efter en kræftbehandling, bestod af at undertrykke sin sårbarhed og at besidde en psykologisk robusthed, som hindrede senfølger af kræft i at styre livet. Specielt følelsen af at opnå kontrol over situationen efter behandling, var et element mandlige kræftoverlevende tilstræbte(51). Dette afspejler en trang til at vende tilbage til normalen, hvilket kan være

forbundet med den mandlige kønsrolle, og som forhindre mandlige kræftoverlevende at deltage i rehabiliteringsindsatser.

Studiet af Ettrig et al fandt endvidere at pinlighedsfølelsen, kan udgøre en barriere for at opsøge kræftrehabilitering for mænd. Oplevelsen af pinlighed og trang til at holde senfølgeproblematikken for sig selv, blev identificeret som især forbundet med kræft i kønsorganerne. Hvormed dette udgør en specifik barrierer for at indgå i rehabilitering for overlevende af prostatakraft, penis- og testikelkraft (54). Ydermere blev denne pinlighed, set som værende mere end en let ubekvemhed, men bar præg af skamfølelse og oplevelse af stigmatisering (54). social skam og stigmatisering, ved senfølger som bla. nedsat seksuel funktion og inkontinens, kan derfor som være forbundet med en efterlevelse af mandlige kønsrolle normer, som kan udgøre en barriere for rehabiliteringsdeltagelse. Reviewet af Handberg et al fandt frem til, at mandlige kræftoverlevende oplevede et ændret syn på livet efter en kræftbehandling. Et ændret livsperspektiv havde dog også positiv indflydelse på mænds refleksioner omkring kræftrehabilitering, idet det blev anerkendt at rehabilitering havde hjulpet dem igennem en svær periode. Dette gav lyst til at have sammenvær med andre kræftoverlevende. Ydermere bevirkede det ændrede livsperspektiv, at mandlige kræftoverlevende var mere taknemmelige over deres hverdag, og at denne nye indsigt opstod som et resultat af rehabiliteringsprocessen eller sygdomsprocessen (51). Det kan udledes heraf, at rehabiliteringsprocessen har positiv virkning for mandlige kræftoverleveres mentale trivsel, og et ændret livsperspektiv kan fremgå som en motivation for at deltage i kræftrehabilitering, og som kan gøre op med forståelsen af en mandlige kønsrolle. Samlet set kan det udledes at mandlige kræftoverleveres syn på kræftrehabilitering, er præget af forestillingen om, hvad det vil sige at være mand, og er styret af hvilken adfærd og indstilling, som er passende for mænd. Derfor kan kønsrollenormer, udgøre en reel barriere for tilgængeligheden af rehabilitering og dermed nedsætte mandlige kræftoverleveres helbred og trivsel efter en kræftbehandling, dermed forværre oplevede senfølger. Dette er derfor væsentlig at medtænke i udviklingen af interventioner, som har til formål at øge mandlige kræftoverleveres tilslutning til kræftrehabilitering.

Tema 2: Betydningen af fysisk aktivitet

Studierne af Cormie et al, Sheil G. et al. og Andersen et al. undersøgte alle mandlige kræftoverlevende- og patienter oplevelser af og holdninger til rehabilitering baseret på en fysisk træningsintervention. I studiet af Andersen et al. blev denne træningsintervention givet som eksponering i undersøgelsen, hvor det i studierne af Cormie et al og Sheil G et al. var en del af en allerede etableret rehabiliteringsindsats (53, 55, 56). Mandlige kræftoverlevende- og patienter rapporterede i alle studier fysiske og psykologiske helbredsforbedringer, som medførte reducerede senfølger, på grund af deltagelse i en kræft-træningsintervention. Dette blev rapporteret som værende motiverende elementer, i relation til at vedblive og indgå i en rehabilitering (53, 55 56). I tråd hermed rapporteres det i Handberg et al. at fysisk træning var en motiverende og primære grund faktor til deltagelse i rehabilitering for mænd. De fysiske fordele, såsom forøget styrke og reducerede senfølger, og

sammenværet med andre deltagere, blev identificeret som motiverende. Fysisk træning og sammenvær med ligesindede udgjorde en konstruktiv håndteringsmetode for senfølger og kræftsygdom (51). Det udledes heraf at fysisk træning, både kan optræde som en motiverende faktor for indledende deltagelse i rehabilitering og at vedblive rehabiliteringsindsatser for mandlige kræftoverlevende. Cormie et al. fandt desuden at en superviseret træningsintervention som var kræft-specifik og kun for mænd, positivt påvirkede mandlige kræftoverlevendes self-efficacy og bidrag til en følelse af kontrol, som influerede positivt på deltagernes mestringsstrategier. Denne øgede tro på egne evner og følelse af kontrol, blev anset som afgørende motivation for mænds rehabiliteringsdeltagelse og øgede mænds sandsynlighed for at vedblive rehabilitering. Desuden blev social støtte, både praktisk og emotionelt fundet som en motiverende faktor for rehabiliteringsdeltagelse. Social støtte, udøvet af andre kræftoverlevende- og patienter, som benævnes peer-support, fordrede til diskussion af delte oplevelser med senfølger, og gav et social tilhørsforhold til andre mandlige deltagende (53). Således vurderes det at den sociale støtte og det tilhørsforhold der skabes til andre mandlige kræftoverlevende, er et element som øger rehabiliteringsdeltagelse og bidrager til bedring af psyko-social senfølger. Hvormed denne strukturering af et rehabiliteringstiltag, bør medtænkes i en intervention med henblik på at øge rehabiliteringsdeltagelse hos mandlige kræftoverlevende. Ydermere bør understøttelse af mandlige kræftoverlevendes self-efficacy indtænkes i interventionsudvikling, idet dette er en motiverende faktor for rehabiliteringsdeltagelse- og tilslutning.

Sheil G et al. fandt endvidere at mandlige kræftpatienter, oplevede at fysiske senfølger og fysiske behandlingsbivirkninger var en barriere i forhold til at indgå i træningsrehabilitering. Emner såsom træthed, smerter og muskeltræthed, blev fremhævet i forbindelse hermed. Endvidere udgjorde andre faktorer såsom dårligt humør og lav selvtillid en barriere i relation til deltagelse i træningsrehabilitering (55.). Disse senfølger og behandlingsbivirkninger, bevirkede et lavt motivationsniveau i forhold til fysisk træning, dog anerkendte størstedelen af deltagere at fysisk træning gav positive helbredsmæssige effekter, samt at det var en måde hvorpå opmærksomheden kunne afledes fra kræftsygdom og senfølger (55). Det kan derfor udledes, at der skal tages højde for hver enkeltes udgangspunkt for at kunne udøve fysisk aktivitet, således vanskeligheder med fysiske senfølger, ikke medfører et frafald i deltagelse. Studiet omhandler dog deltagere på livsforlængende behandling, hvorfor visse senfølger kan være svære, end mandlige kræftoverlevendes. Dog ses adskillige af de rapporterede senfølgeproblematikker som ens med kræftoverlevendes senfølger, hvorfor studiets deltagere anses som sammenlignelig med specialets målgruppe. Samlet set tyder det på, at en fysisk træningsintervention som kræftrehabilitering, er en motiverende for mænds deltagelse i kræftrehabilitering. Det tyder desuden på fysisk rehabilitering i sammenvær med andre mandlige kræftoverlevende, fordrer til øget deltagelse, og styrker social støtte. Betydningen af social støtte, understøttes endvidere i studiet af Ettrigde et al. da social isolation og mangel på støtte, blev identificeret som en barriere for deltagelse i kræftrehabilitering. Social isolation var forbundet med både konsekvens af senfølger og mangel på netværk, hvormed kræftrehabilitering med fokus på skabe sammenhold mellem deltagere, kan have en positiv effekt på rehabiliteringsdeltagelse (54). Desuden

kan en fysisk træningsintervention bidrage positivt udvikling af mænds udvikling af en positiv self-efficacy, hvilket kan forbedre mulighederne for bedre at mestre livet med senfølger for mænd. Det anbefales derfor at ovenstående indtænkes i interventionsudviklingerne.

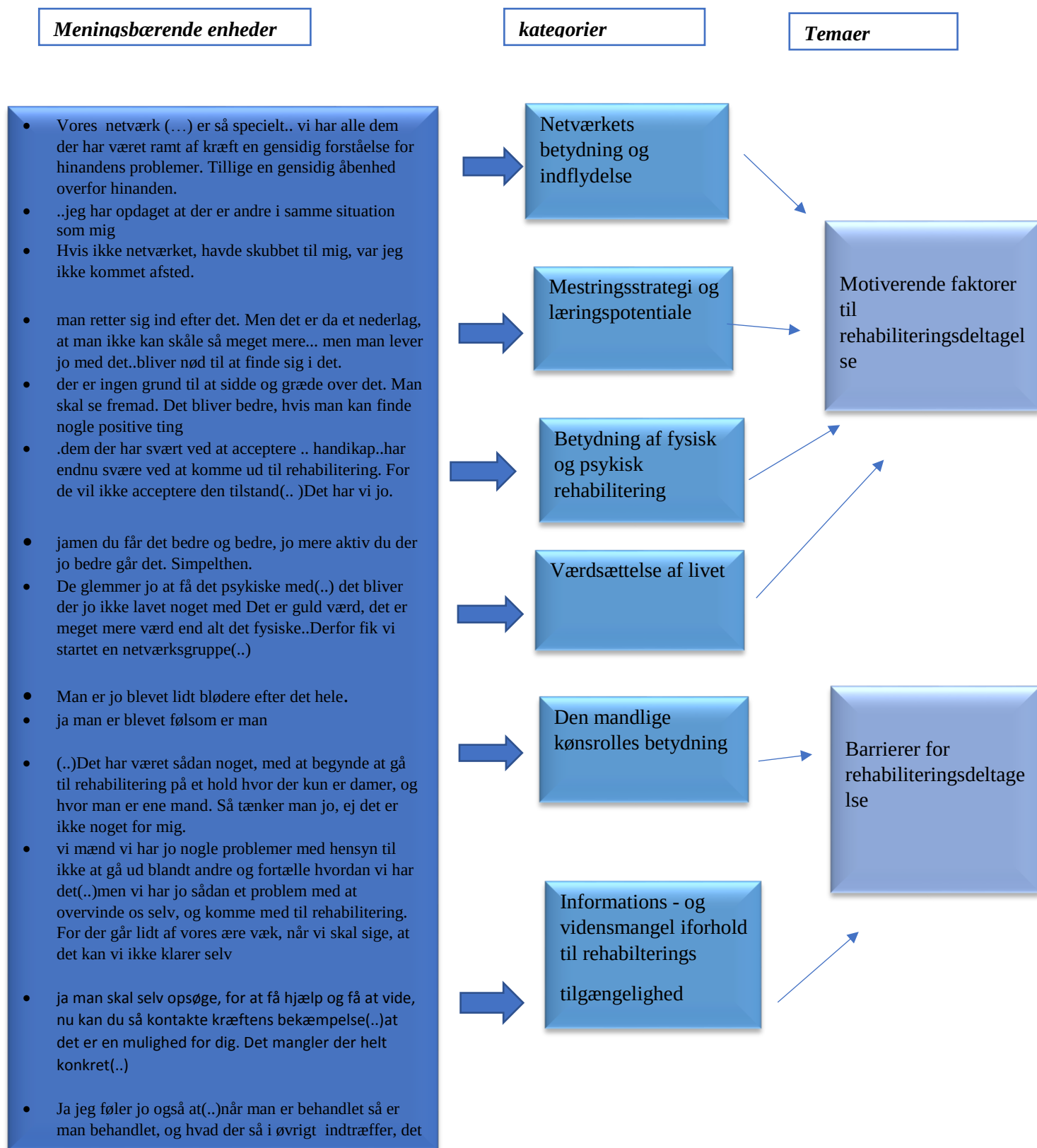
7.4 Analyse af interviewundersøgelsen

I følgende vil fokusgruppe interviewet blive analyseret. Indledningsvist vil mændenes karakteristika blive udfoldet, dernæst præsenteres specialets kodetræ. I den venstre kolonne vil de mest sigende meningsbærende enheder udvælges. I midterste kolonne fremgår de analyserede meningskategorier, i den højre kolonne findes de overordnede temaer til disse meningskategorier. Disse temaer vil blive analyseret adskilt, med henblik på at opnå en dybere analyse, og på baggrund heraf få en nuancere forståelse.

Tabel 5 Karakteristika af informanter i interviewundersøgelse

	beskæftigelse	Alder	uddannelsesbaggrund	Oplevede senfølger
Informant 1	Folkepensionist	69 år	Værkfører uddannelse	Spisebesvær, muskelsmerter, hjerteblim, angst for tilbagefald, føleforstyrrelser, refluks, hørebesvær, mavebesvær
Informant 2	Folkepensionist	75 år	Elektriker og maskinarbejder	Muskelsmerter, træthed, nedsat syn, påvirket balance, knoglesvækkelse, hørebesvær
Informant 3	Folkepensionist	70 år	Uden uddannelse	Lymfædemer, mave og afførings vanskeligheder, hjerteproblemer

Figur 2 kodetræ



7.4.1 Mændenes oplevelse af rehabiliteringens tilgængelighed

Samtlige informanter i fokusgruppeinterviewet, beskrev deres oplevelser med rehabilitering i forhold til tilgængelighed. Informanterne beskrev i hvilken grad de blev opfordret til rehabilitering, samt overgangsprocessen fra sygehus ophold til hverdag i hjemmet. Ligeledes beskrev hvordan der fik kendskab til rehabilitering efter kræftbehandling. Gældende for alle informanter, var oplevelsen at de modtog mangelfuld viden om senfølger og dets konsekvenser ved udskrivelse. Ydermere berettede alle informanter om, at der ikke blev given nogen rådgivning eller information, omkring hvilke rehabiliteringstilbud som tilbydes senfølgeramte. Et forhold som blev beskrevet som værende en barriere i relation til at opsøge rehabiliteringsindsatser for senfølger, og gjorde det vanskeligt at skelne mellem hvad der kunne betragtes som en senfølge, og hvad der ikke kunne betragtes som senfølgerelateret. Til dette udtalte Informant 2:

”ja man skal selv opsøge, for at få hjælp og få at vide, nu kan du så kontakte kræftens bekæmpelse(..)at det er en mulighed for dig. Det mangler der helt konkret, det manglede jeg i hvert fald, at der er en oversigt et sted(..)”(I2). Ligeledes udtalte informant 1 til dette emne: *”(..)man mangler at få noget at vide om, hvor man kan gå hen for at få viden, det behøver jo ikke være hjælp, men bare viden så man ved noget om, hvor er der nogen i samme situation. Så det mangler der” (I1).*

Informant 2, fulgte op på denne diskussion og validerede informationsmangel og ufuldstændige rådgivning efter endt kræftbehandling, gjorde det vanskeligt at vide, hvorvidt senfølger kunne rehabiliteres ved enten rehabiliteringstilbud eller selvstændigt *”(..)vi ved heller ikke hvad man kan gøre, for eksempel selv.” (I2).* Ovenstående afspejler en grundlæggende problematik, omhandlende utilfredshed vedrørende overgangsprocessen fra behandlingsforløb til rehabiliteringsforløb, hvilket vanskeliggjorde og forsinkede retmæssig rehabilitering af senfølger.

Til dette gav informant 2 udtryk for at efterfølgende kræftbehandling, var senfølgerne heraf, op til dem selv at være informeret omkring og opsøge hjælp til:

” Ja jeg føler jo også at(..)når man er behandlet så er man behandlet, og hvad der så i øvrigt indtræffer, det er ikke af nogen interesse.” (I2).

I tråd hermed berettede informant 1 at sundhedspersonalet ved udskrivelse, ikke havde viden om senfølger, samt hvad de næste trin var i overgangen til hverdag:

” men det at lægen bare kommer hen og siger, du skal være glad for at du lever. Ja tak, men jeg vil jo også gerne have en større livskvalitet” (I1).

Det identificeres ligeledes, at informanterne oplevede barrierer til rehabiliteringsdeltagelse, i forhold til mangelfuld rådgivning og handlingsplan fra den iboende kommune. Ydermere at den tilbudte rehabilitering i

kommunen, er på frivillig basis, hvilket kan gøre rehabiliteringen ustabil og mindre målrettet. Hertil udtalte informant 1 og 2:

(...) Jeg har ikke hørt noget til dem overhovedet. De har da hjulpet med hjælpemidler, det har de stillet til rådighed, men udover det har jeg ikke fået andet at vide. Helt fraværende. (I2) og (..) i øjeblikket har de ikke arbejdet ret meget i senfølger, og derfor heller ingen rehabilitering af senfølger undtagen det frivillig arbejde, det er ikke inde i systemet(..)det er min vurdering af det.”(I1).

En barrierer for rehabiliteringsdeltagelse identificeres derfor som mangelfuld viden om senfølgehåndtering og rehabiliteringstilbud, og samt uorganiserede rehabiliteringsindsatser i sundhedssystemet, hvilket viser nogle strukturelle problematikker, der udgøre en barrierer til rehabiliteringsdeltagelse, blandt specialiets informanter. Dette bevirkede at de frivillige organisationer er en stor drivkraft i mobiliseringen af senfølgerehabilitering af social, psyko-sociale og fysiske senfølger, hvorfor dette kan skabe en risiko, for at mandlige kræftoverlevende med senfølger ikke er opmærksomme på rehabilitering, ved udskrivelse og overgangen til kommunal rådgivning. Disse strukturelle problematikker, gjorde det vanskeligt for samtlige informanter at opsøge rehabilitering, og medførte at specielt informant 2 havde en selvstændig tilgang til den fysiske rehabilitering af sine senfølger. Dette kan være en problematisk tilgang, idet det ifølge Bandura kan være vanskeligt for individet at mestre senfølger, uden understøttelse i overgangsprocessen, såfremt vedkommende ikke har en høj self-efficacy, altså lav tro på egen evne til at kunne forbedre sine senfølger og livssituation (39). Specialiets informanter var repræsentanter af en høj self-efficacy, da de trods disse strukturelle udfordringer forsat troede på at kunne forbedre senfølgerne, og alle senere deltog i rehabilitering ved senfølgerforeningen. Dette understreger at en høj self-efficacy, kan fordrer engagement til rehabilitering. Ydermere fremstår den manglende viden og informationsgiven om senfølger, som problematisk idet dette kan gå på kompromis med informanternes begribelighed jf. Antonovsky, med andre ord funktionstab og begrænsede livsudfoldelser vil fremstå som uventet, og derfor være vanskelig at tilpasse til en sammenhæng, derved være uforklarlige (30). Hvilket blev afspejlet ved at både informant 1 og 2, indledende oplevede det var vanskeligt at skelne mellem senfølger og håndtere disse.

Gennem analyse og fortolkning fremstod flere aspekter som havende betydning i forhold for mandlige kræftoverlevende med senfølgers, valg af rehabilitering. Tilstrækkelig information og viden omkring senfølger og relevante rehabiliteringstilbud synes at have betydning for mænds tilvalg af senfølgerrehabilitering og forårsager forsinket deltagelse i rehabilitering. Videre syntes forbedret strukturering af overgangsprocessen fra endt kræftbehandling, at have betydning for tilvalg af rehabilitering af kræftsensfølger. Af disse grunde bør rådgivning, og bedre samarbejde mellem sygehuset, kommunen og de frivillige organisationer overvejes. Disse strukturelle problematikker giver ligeledes større risiko for at individer med lav self-efficacy og OAS, bliver tabt i overgangsprocessen hvilket udgør en barrierer for rehabiliteringsdeltagelse. Samtidig kan en høj grad af self-effiacy og Antonovskys mestringsbegreber, have betydning for rehabiliteringstilslutning, hvorfor dette

ligeledes bør indtænkes i interventionsudvikling. Oplevelse af rehabiliteringens tilgængelighed synes af disse grunde relevant, at indtænke i udviklingen af de flerstrengede interventioner, med det formål at øge mandlige senfølgeramtes deltagelse i rehabilitering.

7.4.2 Den mandlige kønsrolles betydning

Et andet centralt tema, er den mandlige kønsrolles betydning, i forhold til mandlige kræftoverleveres barrierer og motivation for rehabiliteringsdeltagelse. Da der blev spurgt ind til betydningen af kønsroller, tilkendegav informanter at kønsroller havde betydning, og at havde oplevet tøven til rehabiliteringsdeltagelse baseret på kønsrollenormer (36). De identificerede barrierer i henhold til kønsroller, trangen til at fremstå stærk, være uafhængig, besidde høj grad af kontrol og autonomi i relation til at opsøge rehabilitering. I den forbindelse udtalte informant 1 ”

vi mænd vi har jo nogle problemer med hensyn til ikke at gå ud blandt andre og fortælle hvordan vi har det(..)men vi har jo sådan et problem med at overvinde os selv, og komme med til rehabilitering. For der går lidt af vores ære væk, når vi skal sige, at det kan vi ikke klarer selv”(I1).“

Dette afspejler at den mandlige kønsrolle, kan udgøre en barriere for at indgå i rehabilitering for mandlige senfølgeramte. Udtalelsen afspejler specielt at udfordringerne, er forbundet med besiddelsen af kontrol og autonomi. Den kontroloverdragelse og formindsket autonomi, som blev forbundet med deltagelse i rehabilitering, blev opfattet som et udtryk for sårbarhed og bevirkede tab af stolthed, hvilket med sandsynlighed kan have betydning for til- og fravalg af rehabilitering for mænd. Ovenstående afspejler ligeledes en vanskelighed, ved at italesætte emotionelle problematikker vedrørende senfølger, og identificeres som værende forbundet med mandlige kønsrollenormer. Vanskeligheder ved at tale om psyko-sociale og sociale senfølger, udgjorde en barriere for deltagelse i netværksgrupper, og kan derfor resultere i flere senfølger, i forhold til kvinder. Dette kan ligeledes udgøre en barriere for rehabiliteringsdeltagelse, og resultere i komplet fravalg heraf. Til dette udtalte informant 1 endvidere:

”ja det kommer det jo igen med mænd, vi er bange for at erkende, eller vil ikke erkende at vi skal have andre til at hjælpe sig, og derfor er der ikke ligeså mange mænd, som er med til rehabilitering. Vi kan nok klarer vi nok selv, vi er mænd, vi er stærke.” (I1).

Det skal nævnes hertil, at informant 1 som var ansvarlig for netværksgruppen, og havde observeret at mænd deltog betragtelig mindre end kvinderne i kommunens rehabiliteringstilbud, og at deres deltagelse afhang i særlig grad af partners opfordring. I relation til anvendelsen af netværksgruppe blev det udtalt.

”som for eksempel vores netværk, der er jo ikke så mange i vores netværk som er mænd. Jeg har indtrykket af, at mange gange, så er det konerne der får mændene med, fordi de har behov for at snakke.” (I1)

Denne udtalelse afspejler derfor, at de tætte sociale relationer, spiller en væsentlig rolle i forhold til at tilskynde rehabiliteringsdeltagelse, og opfordrer til at italesætte sociale og psykologiske senfølger hos mandlige kræftoverlevende. Derfor kan netværkets tilstedeværelse nedbryde barrierer forbundet med kønsrolle normer, og kan med fordel indtænkes i interventionsudvikling. De sociale relationer kan jf. Antonovsky styrke mandlige kræftoverleveres ressourcer, og derved opnå en stærk følelse af håndterbarhed, hvilket kan øge sandsynligheden for rehabiliteringsdeltagelse (30). Samtlige informanter havde stærke netværk, som understøttede dem, hvilket indikere at sociale relationer er væsentlige, i at styrke målgruppens self-efficacy jf. Bandura (39). Da der blev spurgt ind til motiverende elementer for mænds deltagelse i rehabiliteringsindsatser, blev det udpeget at indsatserne, bør have et klart mål med et håndgribeligt resultat. Ydermere blev det udpeget at indsatsen bør være velorganiseret, med fokus på fysisk genoptræning og give mulighed for at møde ligesindede. Til dette udtalte Informant 2:

”jeg tror mænd er meget resultatorienteret.” (I2) og ”det skal være godt tilrettelagt, så man ved hvad det er man arbejder efter, arbejder henimod.” (I2). Informant udtalte ydermere barrierer forbundet med, at indgå i rehabilitering hvor størstedelen af deltagende, består af kvinder ”(..)Det har været sådan noget, med at begynde at gå til rehabilitering på et hold hvor der kun er damer, og hvor man er ene mand, Så tænker man jo, ej det er ikke noget for mig.” (I1)

denne udtalelse viser, at det kan være fordel at udvikle interventionerne kun for mandlige kræftoverlevende med senfølger, for at højne deltagelse og motivation for vedblive rehabilitering. Dette kan ifølge Bandura, have betydning, idet at opleve ligesindede, altså individer der er tilstrækkelig sammenlignelig, kan overkomme senfølger eller og forbedre sine fysiske begrænsninger, vil derved styrke individets egen self-efficacy, i forhold til verbal overtalelse, andenhåndserfaringer og derved give mulighed for at skabe mestningsoplevelser (39). Udefra ovenstående findes den mandlige kønsrolle, som havende betydning for deltagelse i rehabilitering af senfølger, for mandlige kræftoverlevende. Det er derfor relevant at medtænke disse barrierer og muligheder forbundet med det mandlige køn, i udviklingen af sammensatte interventioner med henblik på at øge mænds, deltagelse i rehabilitering af senfølger. Endvidere findes det gavnligt at interventionerne er struktureret således de er resultatorienteret, målrettet, velorganiseret og mindre sygdomsfikseret for at mindske barrierer angående kontrol og usårlighed, samt tiltalte mandlige værdisæt. Ovenstående kan forbedre mandlige kræftoverleveres self-efficacy, samt oplevelse af sammenhæng, og derigennem øge tilslutningen til rehabilitering af senfølger.

7.4.3 Netværkets indflydelse og betydning

Gennem interviewet fremgik netværkets indflydelse ligeledes som et gennemgående tema. Alle informanter udtalte at de sociale relationer, var afgørende igennem sygdomsforløbet og i håndteringen af senfølger efterfølgende. De tætte sociale relationer, bevirkede større villighed til at opsøge rehabilitering, og opfordrede informanterne til at forbedre og arbejde med senfølger. Endvidere blev deltagelse i netværksgrupper og at

møde ligsindede, identificeret som specielt vigtigt i håndteringen af senfølger, og var en essentiel del af en rehabiliteringsindsats. Til dette udtalte informant 1:

"vores netværk (...) er så specielt vi har alle dem der har været ramt af kræft en gensidig forståelse for hinandens problemer. Tillige en gensidig åbenhed overfor hinanden." (I1) og informant 2 *"vi snakker meget sammen.(...) man skal have noget hjælp til at komme videre. Hun er jo med til alting"* (I2). Samtlige informanter havde altså stærke netværk, hvilket ifølge antonovsky, øger ressourcerådigheden og dermed bedre evne til at handle hensigtsmæssigt vedrørende senfølger (30). Ydermere udtalte informant 1 og 2, at netværksgrupper og at tale med andre kræftoverlevende med senfølger var af betydning:

"jeg har opdaget at der er andre i samme situation som mig" (I2) og *"for mig er det jo en stor hjælp at tale med andre om senfølger"* (I1). I forbindelse hermed udtrykker informant 1 ligeledes, at netværket var direkte skyld i at indlede rehabilitering af senfølger *"Hvis ikke netværket, havde skubbet til mig, var jeg ikke kommet afsted."* (I1). Ovenstående afspejler at verbal overtalelse og andenshåndserfaringer, ifølg jf, bandura, var af betydning for mænds oplevelse af motivation for rehabilitering(39). Dette indikerer at gruppebaserede indsatser kan øge mænds tilbøjelighed til at indgå i og vedblive rehabilitering af senfølger. Specielt rehabilitering af psykiske senfølger, blev flere gange påpeget som mangelfuld i de etablerede indsatser. Således blev der påpeget, et for stor fokus på fysisk rehabilitering, trods dette var en motiverende faktor. Som analyseret i afsnit 7.4.2, blev samtale om emotionelle vanskeligheder identificeret som en barriere for rehabilitering deltagelse. Dog viser ovenstående udtalelse positive virkninger herved, og at denne barrierer er en indledende og kan overkommes. Dernæst fremstår netværksgrupper som en motivation til deltagelse. Et andet tema tæt forbundet med netværkets indflydelse, var værdsættelse af livet og af de tætte sociale relationer. Informant 1 og 2, udtalte at sygdomsoplevelsen og de efterfølgende vanskeligheder med senfølger, styrkede tilknytningen til de nærmeste relationer og bidragede til at informanterne blev mere følsomme og emotionelle, hertil udtalte informanterne

"ja man er blevet følsom er man"(I2) og *"Man er jo blevet lidt blødere efter det hele"* (I1). Denne følsomhed, kan være medvirkende til at øge motivationen for rehabiliteringsdeltagelse, ved forøget opmærksomhed på værdien af livet og samlivet, hvilket antages at havde betydning for tilbøjeligheden til at handle efter netværkets opfordringer. Endnu et afledt tema heraf, er stigmatisering. Informant 1 og 2 berettede om oplevelsen af berøringsangst omkring senfølger, og især kræftsygdommen, der kan klassificeres som stigmatisering. Informanterne berettede om at den fjernere omgangskreds og lokalsamfundet, undgik informanterne.. Hertil udtalte informanterne:

"Man har ikke talt så meget om kræft, fordi det har nærmest været en eller anden slags spedalskhed, kan man sige. Det har man fornemmet."(I2) og *"Ja det har jo være lidt et tabu, at spørge om hvis man har og har haft kræft, så går man over på den anden side at fortovet. Fordi det er farlige at spørge om sådan noget (..) han dør jo nok inden længe.."*(I1).

Da der blev spurgt om dette udgjorde en barriere, for at indgå i rehabilitering og vanskeliggjorde håndteringen af senfølgerne, udtalte alle informanter at det havde det ikke. Det kan dog være muligt at mandlige senfølgeramte, der er mindre ressourcestærke og med lav self-efficacy kan påvirkes negativt (39,30). Udefra ovenstående synes det sociale netværk at være afgørende for mandlige kræftoverleveres motivation til rehabiliteringsdeltagelse. Stærke sociale netværk og indflydelsen af at indgå i støttegrupper med individer i samme situation, lader til at kunne styrke informanternes self.-efficacy niveau og mestring jf. Antonovsky. Samtlige informanter var ressourcestærke i forhold til netværk, hvilket understøttede dem i at håndtere og se mening i rehabiliteringsdeltagelse, dette øgede self-efficacy og fordrede til rehabiliteringsdeltagelse. Af ovenstående grunde anbefales dette i udviklingen af komplekse interventioner, som netop har det formål at motivere til indledende deltagelse, og at de vedblive rehabilitering af senfølger for mænd.

7.4.4 Mestring – og læringsstrategier

Mestring og læringsstrategier i forhold til senfølgehåndtering, har endvidere været et gennemgående tema i interviewet. Informanterne beskrev i relation til forskellige temaet under interviewet, deres tiltro til egne evner til arbejde med og overkomme de oplevede senfølger. Informanterne kunne ligeledes se rehabilitering som meningsfulde. Tilstande som ikke var kroniske senfølger, virkede informanterne til at have en tiltro til, at kunne erhverve sig færdigheder til, som kan bedre deres livskvalitet og fysiske funktionsevne. Informanterne havde yderligere en tro på at være kræftfrie og forblive kræftfrie, hvilket gav en positiv indstilling til de udfordringer, som informanterne oplevede i forbindelse med senfølger. Hos to ud af tre informanter var disse specielt vanskelige især fysisk og psykologisk. Informant 1 udtalte i relation hertil:

”man retter sig ind efter det. Men det er da et nederlag, at man ikke kan skåle så meget mere... men man lever jo med det, bliver nød til at finde sig i det.”(I1). Denne udtalelse afspejler en accept af tilstanden, hvilket skabte en konstruktiv tilgang til rehabiliteringsdeltagelse. Informant udtalte ligeledes *”der er ingen grund til at sidde og græde over det. Man skal se fremad. Det bliver bedre, hvis man kan finde nogle positive ting”(I2)*

Udtalelserne understreger deres grundlæggende positive indstilling og høje self-efficacy og mestringsevne. Ifølge antonovskys og Banduras tematisering af hvordan individer mestre omstændighederne, besidder informanterne adskillige karakteristika for at have et højt self-efficacy niveau, og anse rehabilitering som relevant, håndterbart og meningsfuldt.(30,39) Høj self-efficacy og mestringsevne, gjorde at forbedring af den nuværende tilstand, er værd at engagere sig i, trods visse blivende tilstande. Som et udtryk herfor udtalte informant 2 *”Hænderne de gør ondt, men der er jo ikke så meget andet, end at arbejde med dem, så bliver de nok gode igen. Min gang er også blevet væsentlig bedre, efter alt den træning jeg har gjort ” (I2).*

Informanterne havde ligeledes et stort netværk, hvilket bla. gjorde dem ressourcestærke, ifølge Antonovskys håndterbarhedsbegreb giver flere ressourcer mulighed for at indgå i rehabilitering, ved ansue senfølgerne som håndterbare. Banduras anskuelse af motivation som forbundet med social interaktion, viste sig ligeledes

relevant for informanterne, idet alle udtalte at interaktion med andre senfølgeramte, var en motiverende faktor til rehabiliteringsdeltagelse (30,39). Informanterne udtalte således, i relation til ovenstående analyse:

"vi lever i nuet, ved vi har udviklet et forhold sammen over døden. Jamen kommer den igen, jamen så er det jo, vi skal jo alle sammen væk. Vi har en fantastisk i det netværk, en fantastisk tillid til hinanden." (I1), samt "altså hvis man først kender de folk man sidder med i lokalet, så er det slet ikke så vanskeligt(..), så skulle jeg da lige se de folk an, hvordan man kunne tackle dem faktisk. Så kunne man snakke om hvordan de havde det." (I3).

udtalelsen givet af informant 3, viste dog at der skulle være tillid mellem de deltagende, således der blev skabt trygge rammer. Dette kunne være forbundet med, deres førnævnte vanskeligheder omkring samtale om emotionelle emner. Samtidig fremstod social interaktion som en væsentlig motivation for rehabiliteringsdeltagelse. Ydermere blev vanskeligheder omkring accept af senfølgetilstanden forbundet med fravalg af rehabilitering, hertil udtalte informant 2:

"dem der har svært ved at acceptere .. handicap..har endnu svære ved at komme ud til rehabilitering. For de vil ikke acceptere den tilstand(..)Det har vi jo." (I2). Dette viser såfremt tilstanden ikke accepteres, kan dette mindske self-efficacy og mindske sandsynligheden for at rehabilitering anses som meningsfuldt, håndterbart og sammenhængende(30,39). Ovenstående analyse viser at self-efficacy niveau, og hvorvidt rehabilitering opleves som værd at engagerer sig i, er af stor betydning, for hvorvidt rehabilitering tilvælges. Hvormed et højt self-efficacy niveau og en oplevelse af sammenhæng, meningsfuldhed og håndterbarhed fremstår motiverende faktorer til rehabiliteringsdeltagelse, dette anbefales at indtænkes i interventionsudviklingen mhp. At øge målgruppens rehabiliteringsindsats.

7.4.5 Betydning af fysisk og psykisk rehabilitering

Et andet tema under interviewet, fremstod betydningen af fysisk og psykisk rehabilitering som motiverede for deltagelse i rehabilitering af kræftsenfølger. Informanterne udtalte i relation hertil, at de oplevede fysisk genoptræning og psykisk rehabilitering, som en af de primære grunde til at deltage i rehabiliteringen af senfølger, Yderligere blev det offentlige systems tilgang hertil, kritiseret for ikke at tage hånd om de psykiske senfølger, og de psykiske senfølger som konsekvens af en fysisk senfølge. Informanterne udtalte at fysiske træning og genoptræning var essentiel for deres livskvalitet og levevis, men at den psykiske rehabilitering var mindst af ligeså stor betydning, hertil udtalte informant 1

"De glemmer jo at få det psykiske med(..) detvbliver der jo ikke lavet noget med Det er guld værd, det er meget mere værd end alt det fysiske..Derfor fik vi startet en netværksgruppe(..)" (I1). Samtidig gav informanten udtryk for at fysisk form var af betydning, for motivationen til rehabiliteringsdeltagelse *"jeg tror det fysiske velvære har meget at sige."* (I1), hvilket informanten 2 og 3 nikkede genkendende til, ved at bekræfte informant 1's udsagn.

Da der blev spurgt ind til om fysisk aktivitet var et vigtigt sammenholdspunkt for deres fællesskab i netværksgruppen, gav alle informanter udtryk, for at det var det. Ligeledes uddybede et af informanterne hertil, at den fysiske aktivitet også gav plads til humor, ved at genopbygge kroppen

"ja, der er, at man gøre grin med det og sådan" (I2). informanten 1 udtalte ligeledes i denne forbindelse "ja det er fordi vi skal have musklerne genopbygget, det er såre enkelt"(I1).

Ovenstående viser af fysisk træning, lader til at fordrer større engagement til rehabilitering, og at disse aktiviteter skabte rum for humor omkring sygdom og senfølger, hvilket var kendetegnet for måden hvorpå informanterne fortalte og håndterede senfølger på. Dog påpegede et af informanterne, at disse aktiviteter, i det offentlige systems tilbud, manglede struktur og såfremt aktiviteterne blev organiseret kunne fysisk aktivitet være vigtig motivation for at vedblive rehabilitering,:

"hvis det var organiseret på en eller anden, kunne man forestille sig det havde en betydning."(I2). Informant 1 udtalte i relation til indflydelsen af fysisk aktivitet, at det også havde betydning, ved at lede opmærksomheden fra senfølger, hvilket blev opfattet som værende en positiv effekt "Når man er i gang med at lave noget, som er interessant, altså man holder sig i gang. Så er tankevirksomheden jo væk, så bliver tankerne ikke fokuseret på de senfølger man har" (I1). Ligeledes beskrev informanten, at det essentielle ved den fysiske aktivitet, var ikke typen af aktivitet, men blot at det holdte dem beskæftigede og styrkede kroppens funktioner, hertil udtalte han "at man har det godt fysisk også, at kroppens funktioner de også er i gang. Så man ikke bare sidder hjemme og falder hen. Motionen er godt uanset hvilken type det er." (i1) samt "jamen du får det bedre og bedre, jo mere aktiv du der jo bedre går det. Simpelthen". (I1).

Ovenstående afspejler at den fysiske træning og den psykiske rehabilitering, var essentiel for de deltagende mandlige kræftoverlevende med senfølger. Den fysiske træning, blev oplevet som at være en afgørende motivation for at deltage og vedblive rehabilitering, ydermere blev den psykiske rehabilitering oplevet som ligeså vigtig for mænds deltagelse, og var ligeledes det som blev opfattet som mangelfuldt i det etablerede system. Derfor må både fysisk træning, og psykisk rehabilitering indtænkes i interventionsudviklingen, for at højne mandlige kræftoverlevende med senfølger deltagelse.

8.0 Resultatsyntese

I følgende afsnit vil specialets hovedresultater blive identificeret, som videre anvendes i udviklingen af sammensatte interventioner, med det formål at højne mandlige senfølgeramtes rehabiliteringsdeltagelse.

8.0.1 Hovedresultaterne

Igennem resultatanalysen blev der fremanalyseret flere gennemgående temaer fra henholdsvis interviewundersøgelsen og den systematisk litteratursøgning. Disse temaer havde alle betydning for oplevelsen

af motivationer for og barrierer til senfølger rehabilitering, og vil i følgende sammenkædes, med det formål at danne fem hovedresultater.

Første hovedresultat er *oplevelse af rehabiliteringen tilgængelighed*, det identificeres gennem interviewundersøgelsen, at mandlige kræftoverlevende med senfølger oplevede barrierer i forhold til nedsat tilgængelighed til rehabilitering. Dette blev mindsket gennem manglende information om senfølger og rehabilitering, manglende handlingsplaner, samt mindsket til manglende rådgivning fra kommunerne. Andet hovedresultat drejer sig om self-efficacy, mestringsevne, samt motivation til at lære jf. Antonovsky. Det blev fundet dels gennem den systematiske litteratursøgning og i interviewundersøgelsen at, mandlige senfølgeramtes, *mestringsevne, høj self-efficacy* samt positive indstillinger til rehabilitering og senfølger, var forbundet med motivation for rehabiliteringsdeltagelse. Mestringsevne og self-efficacy blev styrket gennem fysiske aktiviteter og det sociale netværk især. Tredje hovedresultat omhandler *den mandlige kønsrolles indflydelse*, dette blev fundet som et gennemgående tema, i begge empiriske undersøgelser. Kønsrollenormer udgjorde en barriere for mænds tilvalg af rehabilitering, men belyste ligeledes hvordan intervention tilrettelægges således den tiltaler mandlige kønsrolle værdier, som øger sandsynligheden for deltagelse. Det fjerde hovedresultat er *betydning af fysisk og psykisk rehabilitering*, det blev fundet i den systematiske litteratursøgning, at fysisk aktivitet var en afgørende motivation, for at deltage i rehabilitering blandt mandlige kræftoverlevende med senfølger. En af studierne fandt at den fysiske aktivitet, havde størst indflydelse på deltagelse, når det udelukkende var med andre mænd og superviseret (53). Dette blev endvidere bekræftet i interviewundersøgelsen, dog blev den psykiske rehabilitering udpeget som ligeså vigtig for deltagelse, fysisk og psykisk rehabilitering blev derfor identificeret som en motivation for rehabilitering. Ydermere blev ustrukturerede fysiske aktiviteterne identificeret som en barriere. Det femte hovedresultat identificeres som *netværkets indflydelse*, igennem interviewundersøgelsen fremstod de sociale relationer og netværket, som at spille en central rolle for mænds motivation for at deltage rehabilitering og håndtere oplevede senfølger. Det drejede sig både om det tætte netværk, men tillige støttegrupper. Et stærkt netværk identificeres som sammenhængende med en høj-self efficacy og mestringsevne samt, evne til at overkomme mandlige kønsrolle barrierer.

Matrix 6. muligheder og barrierer for mandlige senfølgeramtes rehabiliteringsdeltagelse

Muligheder for deltagelse	Barrierer for deltagelse
Fysisk træning og psykisk rehabilitering	Mandlige kønsrollenormer
Høj self-efficacy og mestringsoplevelser	Mangel på viden omkring senfølger og rehabilitering
Social støtte og tæt netværk	Ustrukturerede træningsaktiviteter

Værdsættelse af livet	Manglende social støtte
Resultatorientering og målrettede rehabilitering	Lav selvtillid og smerter ved kropslig funktionsevne

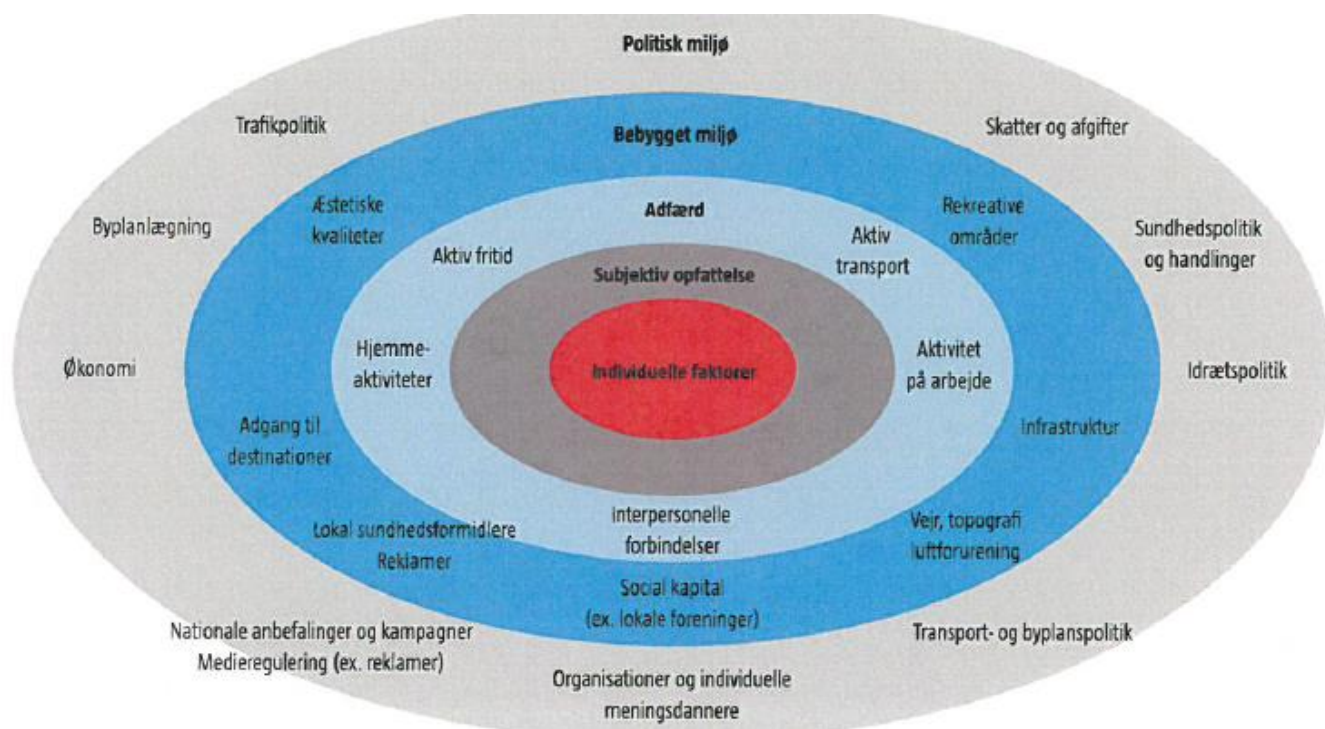
9.0 Interventionsforslaget

Udviklingen af forebyggende og sundhedsfremmende interventioner, er muligt at tilrettelægge på forskellig vis. Generelt set, kan sådanne interventioner enten være massestrategier eller højrisikostrategier (66). Interventionsudviklingen baserer sig på en højrisikostrategi, der tager udgangspunkt i et flerstrengt interventionsprogram, som betyder at flere interventioner udvikles, på forskellige systemniveauer i den socioøkologiske model. (43). Derfor vil interventionerne bestå af to interventioner, den første inddrager distale systemniveauer med lokalitet på sygehuset, og den anden inddrager proximale systemniveauer, med lokalitet på sundhedscentre, begge målrettet mandlige senfølgeramte. Disse samarbejder med henblik på at skabe en synergieffekt (43). Formålet hermed, er at øge tilslutningen til rehabilitering af senfølger, og mindske mandlige kræftoverleveres senfølger. problemstillingen er som nævnt kompleks, hvilket gør et FIP design velvalgt. Denne tilgang favner netop både individuelle og strukturelle faktorer, hvilket viste sig at have betydning.

Intervention tager udgangspunkt i de omtalte trin 1, 2 og 3 i den overordnede analytiske ramme. (43). Med andre ord er fokus på udviklingsfasen af interventionerne, samt en vurdering af dets potentielle effekter og hvorledes disse kan optimeres. I det første trin, er evidensgrundlaget blevet identificeret via en systematisk litteratursøgning, samt en interviewundersøgelse. Begge empiriske studier har bidraget til at identificere muligheder og barrierer for rehabiliteringsdeltagelse blandet specialets målgruppe, og bidrager til et beslutningsgrundlag til udviklingen af interventionerne. Albert Bandura Self-efficacy og Aaron antonovskys teorier omkring mestring af miljø og omstændigheder, er anvendt som teoretiske ramme, til at få en dybere og nuanceret forståelse af empirien. Interventionerne udarbejdes efter specialets hovedresultater. Interventionens opbygges endvidere efter den socioøkologiske model som strukturel teori. Interventionernes elementer udfoldes og fremstilles dernæst i en matrix , hvorefter overvejelser omkring den analytiske rammes trin fire udfoldes

Nedenstående illustration af den socioøkologiske model, viser systemniveauerne og relevante elementer på tværs af systemniveauer.

Figur 3. Den socioøkologiske model



Bak and Andersen, 2012(43)

Specialets interventioner tilrettelægges efter to faser. Intervention 1 omhandler første fase, hvori mandlige kræftoverlever med senfølger, udskrives efter kræftbehandling på sygehuset, hvilket vil omhandle overgangprocessen til hverdag. Intervention omtales udslusningsfasen, her inddrages det politiske miljø i den socioøkologiske model, forandringen skabes her i relation sundhedspolitik- og handlingsplan på sygehuset og i regionerne, ligeledes inddrages økonomiske plan til finansiering. Ydermere inddrages det bebyggede miljø, ved skabelse af lettere adgang til destinationer, målgruppens ressourcer i forhold social kapital og social understøttelse, samt infrastruktur, ved samarbejde mellem sygehus og regioner (43). Intervention 2 omhandler anden fase, hvor mandlige kræftoverlever rehabiliteres efter udskrivelse. Dette omtales rehabiliteringsfasen, her inddrages det bebyggede miljø i form af adgang til sundhedscentre og kommuner, konkret forandring af målgruppens sundhedsfremmende adfærd, forandring af subjektive holdninger. I systemniveauet bebyggede miljø, interagerer interventionerne med hinanden, hvor henvisning og ansættelse af fysioterapeuter, til specialets intervention 2 indgår. Intervention 2 aktivere yderligere forøgelse af social støtte, altså social kapital, rekreative områder inddrages til rehabilitering og de lokale sundhedsformidlere, i form af inddragelse af den frivillige sektor på sundhedscentrene. Forandring sker af interpersonelle forbindelser mellem interventionens deltagere, giver grundlag for selvstændig motivation til motion og rehabilitering. Systemniveauerne påvirker derfor af ovenstående hinanden gensidigt (43).

Under følgende punkter, fremstilles interventions 1's elementer.

Ressourcer:

Ressourceforbruget ligger primært på sygehusene som varetager kræftbehandling i intervention 1. sygeplejerskers varetagelse af rådgivning og informering af mandlige kræftoverlevende omkring senfølger, bevirker at der bruges ressourcer på arbejdstimer, mens sundhedsvæsenet bidrager med løn og brug af computere, telefon, udprint mm. til samarbejdet mellem sygeplejersker og regionen. Regionen som er ansvarlig for at udvikle en informeringspjece og henvisning til intervention 2 i kommunerne, kræver ligeledes økonomiske ressourcer.

Aktiviteter:

Hovedresultaterne, *oplevelse af rehabiliteringens tilgængelighed, den mandlige kønsrolles betydning* samt systemniveauerne politisk miljø og bebygget miljø jf. den socioøkologiske model, danner baggrund for aktiviteterne i intervention 1 (43). Det er interventionens hovedformål at øge tilgængeligheden til rehabilitering. Dette gøres ved overgangen fra endt kræftbehandling til rehabilitering, hvorfor dette fordrer forandring af sundhedspolitik og handlingspraksisser på sygehuset og i regionerne. Dette betinger at der bruges økonomiske ressourcer. Manglende information og viden omkring senfølger og rehabiliteringsmuligheder, blev identificeret som en barriere for deltagelse i rehabilitering blandt mænd. Af disse grunde nedsættes en arbejdsgruppe af sygeplejersker, som skal informere omkring senfølger og behov for rehabilitering ved en rådgivende samtale under udskrivelse af sygehuset. Endvidere skal sygeplejerskerne henvise til rehabiliteringsmuligheder, herunder henvisning til intervention 2. Ydermere skal rehabilitering blive en integreret del af kræftbehandlingen, hvormed det anses som fordelagtig at flytte kræft kontrol, hvor det er muligt, til sundhedscentrenes tilknyttede sygeplejerske i intervention 2. Denne tilgang kan eksponere mandlige kræftoverlevende indirekte eksponeres overfor intervention 2. Dette kan skabe større sammenhæng mellem sygdomsbehandling og senfølgerrehabilitering. Denne indirekte eksponering, kan øge sandsynligheden for deltagelse, da det i hovedresultatet *den mandlige kønsrolles betydning og netværkets indflydelse*, blev fundet at målgruppens deltagelse, blev drevet af social støtte og pres fra pårørende. Den sociale støtte, gjorde det muligt at nedbryde barrierer som kontrolbevarelse og maskulinitetsfaktorer forbundet med kønsroller. Desuden kan mandlige kræftoverlevende med senfølger, som har et svagt netværk eller mangler social støtte, stadig favnes ved indirekte eksponering overfor intervention 2.

Udfald:

Det er interventions mål på længere sigt, at øge tilgængeligheden til rehabilitering indsatser for kræftsensfølger, for mandlige kræftoverlevende med senfølger. Dette skal sikre et større samarbejde imellem offentlige systemer og frivillige organisationer, hvilket kan give større adgang til rehabiliteringsindsatser. Denne struktur bidrager til at interventioner bliver mere velorganiserede og resultatorienteret i overgangsprocessen, hvilket ligeledes blev anset som en motiverende faktor mænds deltagelse i hovedresultatet *den mandlige kønsrolles betydning*.

Matrix 7: interventionsudvikling til intervention 1

Matrix over Intervention 1 – Udslusningsfasen interventionsindhold	
Ressourcer	• Arbejdstimer og lønafgifter (sygeplejersker og regionsansatte) • Computer og telefon • Penge fra sundhedsbudgettet
Aktiviteter	• Informationspjece og rådgivning om senfølger • Informationspjece om vedrørende rehabiliteringsindsatser • Rådgivningssamtale omkring senfølgehåndtering • kræftkontroller flyttes til sundhedscentre
Udfald	• Forøget samarbejde mellem sygehus, kommune og de frivillige organisationer • Øge antallet af mandlige kræftoverlevende med senfølger, som henvender sig til sundhedscentre

Ressourcer:

I denne intervention 2, rehabiliteringsfasen, ligger ressourceforbruget primært på økonomiske omkostninger, som har at gøre med lønninger til at fastansætte en ansvarlige fysioterapeut til organisering af træningsaktiviteter, samt ekstra opgaver ved kræftkontrol til sundhedscentrenes sygeplejerskens, og dermed lønninger hertil. Disse økonomiske midler skal komme fra kommunale understøttelse. Ydermere ligger ressourceforbruget, også i form af aktivitetsarealer, de frivillige organisationers arbejde og sundhedscenterets tilknytning, som lokalitet for intervention 2.

Aktiviteter:

Hovedresultaterne *den mandlige kønsrolles indflydelse, self-efficacy og mestringssevne, betydning af fysisk og psykisk rehabilitering* samt *Netværkets indflydelse*, danner rammen for intervention 2's aktiviteter. Den teoretiske referenceramme er grundlag, for den handlingsrettede teori til udvikling af relevante aktiviteter. Aktiviteterne foregår på kommunens sundhedscentre. Aktiviteterne består af træningstilbud som både er gruppebaserede og selvstændige. Ydermere danner aktiviteterne også rammen for en netværksgruppe, der fremstår som psykiske rehabilitering. Intervention 2's aktiviteter er endvidere udelukkende for mænd da jf. litteraturstudiet, blev anset som en motivation for målgruppen, at have sammenvær med andre mænd(51,56). Ydermere blev det anset som en motivation at møde ligesindede, samtidig blev rehabilitering med en overvægt af kvinder anset som en barriere jf. interviewundersøgelse. Endvidere viste begge empiriske studier at fysisk aktivitet udgjorde en primær motivation for rehabiliteringsdeltagelse og fastholdte målgruppen i rehabilitering (53,55,56). Interviewundersøgelserne fund understregede at psykisk rehabilitering og sammenvær med andre, er væsentlig for målgruppens deltagelse. Hvormed netværkets relevans understreges. Yderligere betyder fysisk

træning som både er individuel og gruppebaseret, at der er mulighed for at justere efter funktionsevne, med henblik på at skabe mestringsoplevelser. Denne tilgang sikrer den sociale interaktions gavnlige effekt på self-efficacy. interviewundersøgelsen viste ligeledes at høj self-efficacy og mestringsoplevelser skabte mulighed for rehabiliteringsdeltagelse. Informanternes mestringssevne og self-efficacy blev højnet ved verbal overtalelse, andenshåndserfaringer, oplevelse af mestring og affektive tilstande. Dette kom til udtryk ved at informanterne understregede betydningen af socialt netværk og netværksgrupper, og mødet og træning med ligesindede virkede positivt for senfølgehåndtering. Forbedring af fysiske tilstande motiverede samtidig til at vedblive rehabilitering (39). Ydermere viste informanternes udtalelser at mangel på viden om senfølgers konsekvenser påvirkede graden af senfølgerne som håndterbare, meningsfulde og begribelig, hvilket svækkede målgruppens oplevelse af sammenhænge. Derfor bør de deltagende være sammenlignelige hvad angår funktionsevne og senfølgetyper, for at styrke oplevelse af sammenhæng.(30,39)Træningsaktiviteterne er ligeledes superviseret af en relevant fysioterapeut da det jf. litteraturstudie blev fundet at superviserede træningsinterventioner, styrkede mandlige kræftoverleveres self-efficacy. Interventionens aktiviteter navngives med et navn som imødekommer maskuline kønsrolle værdier, for at imødekomme kønsrollenormer. Da det ifølge de empiriske studier blev fundet at mandlige kønsrolleværdier såsom maskulinitet og usårlighed, udgjorde de barrierer for deltagelse. Da de fysiske aktiviteter dels består af holdsport, fjernes fokus fra de sygdomsforbundne senfølger, hvormed kønsrolleværdier ligeledes imødekommes. Således er det interventionens formål at tilpasse sig de mandlige kønsrollebarrierer, ikke ændre disse kønsrollenormer, som det kunne lægge op til ved brug af Zimmermans, *doing gender* som teoretisk referenceramme (36). Ligeledes udføres aktiviteter, hvor sociale netværk indrægges, da det blev fundet at det tætte netværk var af betydning for indledende deltagelse i rehabilitering jf. interviewundersøgelsen. Dette kan skabe grundlag for de pårørendes involvering. Ydermere udgør netværksgruppen et social netværk, for de individer i målgruppen, som har vanskeligheder ved at udtale sig om emotionelle emner eller mangler netværk jf. hovedresultat den mandlige kønsrolles indflydelse.

Udfald:

På længere sigt er det interventionens formål at øge tilslutningen til rehabiliteringsdeltagelse blandt mandlige kræftoverleveres med senfølger. Denne intervention kan ligeledes være bidragende til at mindske uligheden blandt kønnene, når det kommer til senfølgerne omfang og senfølgeforekomst.

Matrix 8: interventionsudvikling til intervention 2

Matrix over Intervention 2 – rehabiliteringsfasen interventionsindhold	
Ressourcer	• Lønafgifter • Kommunale støtteindsatser • Aktivitetsarealer • De frivillige organisationer • Sundhedscentre
Aktiviteter	• Superviserede træningsaktiviteter • Tilpasset gruppebaseret fysisk træningsaktivitet, bestående af holdsport. • Netværksgruppesamtaler • Aktiviteter som pårørende involveres i (motion, spilleaftener, madaftener)
Udfald	• At øge tilslutningen til rehabiliteringsdeltagelse blandt mandlige kræftoverlevende med senfølger • Mindske senfølger hos mandlige kræftoverlevende

Overvejelser vedrørende evaluering af process og fastholdelse

I følgende afsnit, vil specialets overvejelser omkring det fjerde trin i den analytiske ramme for FIP-modellen præsenteres. Da det ifølge Bak og Andersen, er essentielt at måle en interventions effekt, proces, sidegevinster samt mulighed for fastholdelse (43).

Evaluering af interventionerne

Overvejelserne omkring evaluering finder allerede sted i vurderingen af potentielle effekter af interventionerne, i den analytiske rammes tredje trin, mens det faktiske evalueringen sker i det fjerde trin. Dette trin er kendetegnet ved at der anvendes en pro-aktiv tilgang til programimplementeringen. Med andre ord, skal interventionen være parat til uventede ændringer, i konteksten af miljøet. Der skal således være mulighed for modificering af interventionens aktiviteter. Dette betegner altså en vekselvirknings imellem den analytiske rammes trin, hvilket netop viser designet villighed til omstilling (43). Ifølge Dahler-larsen kan evalueringen heraf, basere sig på en række evalueringsspørgsmål. Da komplekse interventioner betinger, at der stilles flere evalueringsspørgsmål (67). I evalueringen af de specialets FIP udviklede interventioner, lyder evalueringsspørgsmålene som følger; *Har interventionerne målrettet mandlige kræftoverlevende med senfølgers deltagelse i rehabilitering af senfølger, haft en effekt på tilslutningen til rehabilitering af kræftsensfølger? på hvilken måde virker de? For hvem virker de? Under hvilke betingelser virker de? og er de omkostningseffektive.* Ved at bevare sådanne evalueringsspørgsmål, vurderes dette at være fyldestgørende for FIP-modellen sidste trin(67). Denne evalueringstilgang afspejler en procesevaluering, hvilket kan evaluere

mulighed for fastholdelse, effekt og potentielle sidegevinster. Ligeledes er det centralt, at udføre en effektevaluering. Formålet hermed er at finde ud af, hvorvidt resultaterne af interventionerne, kan betegnes som at være et resultat af interventionerne (68). I forbindelse med disse interventioners samlede effekt, vil der måles på om flere mandlige kræftoverlevende som oplever senfølger tilslutter sig rehabilitering. Til sådan et formål, er det nødvendigt ved interventionernes begyndelse og afslutning efter en tre-årig prøve periode, at registrere registerdata over hvor stor en andel af mandlige kræftoverlevende med identificerede senfølger, der henholdsvis deltager og ikke deltager i rehabilitering. Ved implementering kan. denne effektevalueringstilgang, måle forekomsten af senfølger via spørgeskemaundersøgelser, blandt brugere af interventionerne. Reduktionen i oplevede senfølger, vil formodentlig først indtræde efter en længere periode, hvoraf det er muligt at få indikationer af senfølgeudviklingen, blandt målgruppen efter den tre-årige prøveperiode. I dette speciale, vil det endvidere være fordelagtigt at udføre kvalitative interviews og spørgeskemaer, således der indhentes information om tilslutning til interventionerne blandt flere i målgruppen. Endvidere vil de kvalitative interviews bidrage med at afklare hvorvidt interventionen har styrket målgruppens self-efficacy, mestring af miljø og formår at nedbryde barriere forbundet med mandlige kønsrollenormer. Ovenstående kan tilsammen, benyttes til at afklare hvorvidt interventionen har virket i sin kontekst, og hvilke modificeringer der potentielt burde implementeres.

10.0 Diskussion

Følgende afsnit, har til formål at diskutere speciales valg og brug af metoder, den teoretiske referenceramme, samt den udviklede intervention. Indledningsvist diskuteres specialets anvendte metoder i forbindelse med den systematiske litteratursøgning, hvilket vedrører databasevalg, søgestrategi, in-og eksklusionskriterier, samt kvalitetsvurderingen af de udvalgte artikler. Endvidere diskuteres specialets interviewundersøgelse, herunder valget af fokusgruppe interviews som dataindsamlingsmetode, den valgte rekrutteringsstrategi, interviewets udførelse og fortolkning. Hernæst diskuteres specialets teoretiske referenceramme, i forhold til hvorledes dette valg, kan være af betydning for specialets hovedresultater. Dette udfoldes med henblik på at klarlægge hvilke styrker og svagheder, der måtte fremkomme ved interventionen.

10.1 Diskussion af metode

10.1.1 Litteraturstudie

Følgende vil indeholde en diskussion af metoden anvendt i den systematiske litteratursøgning. Dette vil indeholde diskussion af valg af database, søgestrategi, de anvendte in-og eksklusionskriterier, samt de anvendte tjeklister som er anvendt i visse af de inkluderede artikler.

Men henblik på at sikre et repræsentativ udsnit af forskningsartikler, blev der i litteraturstudiet, søgt i databaserne; Pubmed, Embase, Cinahl og cochrane library. Databaserne blev valg på baggrund af deres akademiske relevans, hvilket vil sige at databaserne blev udvalgt efter, hvad som var passende for specialets

forskningsspørgsmål (48). Sociological abstracts blev fravalgt som database, idet Pubmed blev vurderet til også at inkludere socialvidenskabelige artikler, hvorfor Sociological abstracts blev fravalgt af ressourcemæssige årsager (69). Dog er det muligt, at denne database kunne have bidraget med relevante artikler, dog kunne inklusion heraf bevirke overfladiske analyser af den inkluderede litteratur. Samtidig blev der i den systematiske søgning, fundet flere duplikatorer, hvilket indikere at søgningen var udtømmende, og artikler i denne fravalgte database, fremgik i de afsøgte databaser.

Søgestrategi

Med henblik på at øge transparensen og reproducerbarheden af den systematiske litteratursøgning, blev der udført en dokumenteret facetsøgning. For at øge sandsynligheden, for at søgningen var dækkende, blev de kontrollerede emneord udvalgt nøje efter relevans. Som det fremgår af afsnit 6.4.3 er de anvendte thesauri i visse tilfælde forskellige databaser imellem, dog forlagde der en nøje vurdering af hvorvidt disse thesauri terme omhandlede samme fænomener. Det er dog muligt, at de forskellige thesauri har visse afvigelser, således de ikke er komplet ens. Dette kan påvirke, hvilke resultater som fremsøges. Dette kan være årsag til den relativt store mængde af forskningslitteratur, som gik videre til vurdering på baggrund af titel, hvoraf der opstår en vis mulighed, for at relevante forskningsartikler kan overses. Dog synes en stor del af artiklerne at være relevante, hvorfor de anvendte søgeord vurderes til dækkende. Ydermere kan det diskuteres at forskning, som omhandlede rehabilitering af kræftpatienter på hospitalet, er et stort forskningsområde, der ikke blev frasorteret i kombinationen af søgeord, et forhold som skaber støj i søgningen. Søgningens præcision kompromitteres ved brugen af fritestord, derfor blev disse fritestord nøje udvalgt, således de skabte mindst muligt støj. Det er dog muligt at anvendelsen af fritestord, har været for omfattende idet der var relative store antal hits i databaserne. Brugen af fritestordet cancer-survival, blev anvendt for at højne søgningens præcision, da de fremsøgte studier omhandlede medicinske behandling af kræftsygdommen, uden fritest. Anvendelsen af det kontrollerede emneord *men*, og *men* i fritestord såfremt ordet ikke fandtes i kontrollerede emneord, bevirkede at litteraturen omhandlede mandlige kræftoverlevende af prostatakraft i høj grad, selvom der blev søgt på hele kræftbegrebet, gennem det kontrollerede emneord cancer eller malignant neoplasme. Det viste sig derfor at mange af de inkluderede studier omhandlede prostatakraft, hvilket ikke er direkte overførbart til specialets målgruppe, idet overlevende af alle kræftformer er af interesse. Dette forhold kan være et udtryk for at forskningen på mandlige kræftoverlevende af prostatakraft, i vid udstrækning er overrepræsenteret i forhold til andre typer af kræft. Hermed er specialets interesse et videnshul i et vist omfang. ligeledes kan der argumenteres for at prostatakraft, er den mest dominante problemstilling i forhold til senfølger blandt mænd, hvormed specialets målgruppe i et stort omfang vil være i samme situation.

In- og eksklusionskriterier

In- og eksklusionskriterier opstilles med det formål, at sikre en ensartet udvælgelse i de udvalgte databaser, og dermed være et redskab til at frasortere ikke relevant litteratur. Disse fastlagte kriterier, skulle opfyldes

tilstrækkeligt ved gennemgangen af artiklernes titel, eller fremkomme ved læsning af artiklens abstract. Benyttelsen af kriteriet, om at litteratur både måtte omhandle kræftoverlevende med senfølger, samt kræftpatienter med senfølger, bevirker at litteraturen som indfanges, er mindre præcis i forhold til målgruppe. Dette blev gjort idet, at litteraturen i mange tilfælde omhandlede både patienter i og efter kræftbehandling, og at disse oplevede ens til sammenlignelige barrierer og motivationer for i forhold til rehabilitering af senfølger. Endvidere opstår adskillige senfølger under behandlingstiden, hvormed det må antages at disse oplever ens problematikker i forhold til senfølger.

Kvalitetsvurdering

Da de inkluderede artiklerne primært var kvalitative interviewundersøgelser, blev tjeklisten CASP anvendt til kvalitetsvurdering af udvalgte artikler. Endvidere blev tjeklisten Weight of evidence modificeret af Bond (2011) anvendt til vurdering af det systematiske review udgjort af kvalitativ forskning alene. Det kan dog diskuteres hvorvidt Weight Of Evidence, har været den rette tjekliste at benytte. Det fremstod problematisk af fremfinde en tjekliste, som var komplet velegnet til vurderingen af et systematisk review, som udelukkende bestod af kvalitative undersøgelser, hvorfor CASP modificeret til metaanalyser og reviews ikke vurderes til at være overførbare. Derfor blev den anvendte tjekliste, fremfundet i et andet review som lignede det inkluderede review til litteraturstudiet. Dette kan bevirke at specialets forfatter, kan have mistolket visse vurderingspunkter idet forfatteren ikke var velkendt med tjeklisten og at denne ifølge Bond (2011), kan være fortolket forskelligt(57). Dog blev samtlige studier vurderet til at være af enten god eller rimelig kvalitet med visse forbehold, hvormed det vurderes at studierne resultater har en rimelig overførbare, dermed kan anvendes til specialets interventionsudvikling.

10.1.2 interviewundersøgelse

Det følgende afsnit vi diskuterer metoderne anvendt i forbindelse med udformningen og udførelsen af specialet interviewundersøgelse, herunder fokusgruppe interview som dataindsamlingsmetode, rekrutteringsstrategien, udførelsen af interview og analyse og fortolkning af dette.

Fokusgruppeinterview

Et fokusgruppe interview blev valgt som dataindsamlingsmetoden til specialets interviewundersøgelse, idet interviews er velegnet til at opnå forståelse af informanternes personlige oplevelser (64). Da forskningsspørgsmålet fodrer at opnå viden omkring subjektive holdninger og oplevelser af i motivationsfaktorer og barrierer til rehabiliteringsindsatser, hos mandlige kræftoverlevende, og hvorledes dette har påvirket til- og fravalg af rehabilitering af senfølger, findes netop interview som en velvalgt dataindsamlingsmetode. Ydermere blev interviewet udført ved et fokusgruppe interview, denne interviewtilgang bidrager blandt andet til viden omkring sociale interaktioner (59). Dette blev anset som en styrke, idet at informanterne kunne bruge den sociale interaktion, til at reflektere over og diskutere de spørgsmålene undervejs i interviewet. Fokusgruppe interviewet tillod endvidere, at adskillige informanterne

kunne interviewes på samme tid, hvilket blev anset som tidsbesparende, og gav mulighed for en mere dybdegående analyse indenfor specialets rammer. Det kan dog diskuteres hvorvidt individuelle interviews kunne have været velegnet, idet at senfølger kan være et følsomt emne, og være vanskeligt at dele i et fokusgruppe interview, hvilket kan gøre at visse emner bliver tilbageholdt under interviewet. Risiko for dette vurderes dog som relativt lav, da informanterne deltagere i motion sammen og derfor antages det at informanterne komfortable med at dele disse emner med hinanden.

Rekrutteringsstrategi

Informanterne blev rekrutteret ved hjælp af en analytisk selektiv rekrutteringsstrategi, idet at informanterne skulle passe til bestemte karakteristika, for at kunne bidrage med viden, som kunne besvare specialets forskningsspørgsmål (59). Derfor bestod de rekrutterede informanter alle af mænd, som var kræftoverlevende med senfølger, og som havde deltaget i en rehabiliteringsindsats. Det kan dog diskuteres, at de inkluderede informanter, ikke bestod af de mandlige kræftoverlevende, som ikke deltager i rehabiliteringsindsatser, hvilket er de mænd som det ønskes at indfange i specialets udviklede intervention. Dette kan resultere i en ensartet viden omkring motivationer og barrierer for rehabiliteringsdeltagelse. Det vurderes dog, at det er fordelagtigt at opnå viden omkring motivationer og barrierer fra både de mandlige kræftoverlevende som deltager og de som ikke deltagere. Endvidere supplere specialets litteraturstudie, med viden omkring de barrierer og motivationer for rehabilitering fra mandlige kræftoverlevende som ikke deltager i ligeså høj grad, hvormed begge grupper vurderes til at være repræsenteret.

Udførelse af interviewet

Den semi-strukturerede interviewguide blev pilottestet og herefter justeret. Disse justeringer indebar ændringer i spørgsmålsformuleringer, og ligeledes blev der tilknyttet flere uddybende hjælpespørgsmål. Interviewet varede 1 time og 20 minutter, hvilket på den ene side afspejler, at der blev givet tilstrækkelige uddybende svar, og at den sociale dynamik sikrede yderligere refleksion end det vil have været opnået ved individuelle interviews. På den anden side, kan interviewets længde afspejle, at informanternes udtalelse i større grad ikke var relevante for specialets erkendelsesinteresse. Det kan ligeledes diskuteres hvorvidt samtlige informanter bidragede med relevant information ligeligt. Informant 3 deltog betydelig mindre end de øvrige to informanter. Dette kan til dels skyldes, at informanten ikke havde oplevet svære senfølger, og dels at specialets forfatter er relativt uerfaren som interviewer. Intervieweren er ifølge Kvale og Brinkmann en interviewundersøgelses mest væsentlige forskningsredskab (60). Kvalifikationer til at udføre interviews, får derfor betydning for den indhentede empiri, da vanskeligheder ved at stille tilstrækkelige opfølgende spørgsmål, kan bevirke at væsentlig information ikke blotlægges (60). Der blev dog taget hånd om denne problemstilling, ved at have supplerende interviewer tilstede, som sikrede tilstrækkelig gennemgang af den semi-strukturerede interviewguide. Ydermere vurderes det at alle informanter bidragede med relevant information.

Analyse og fortolkning

Interviewet blev transskriberet kort efter de havde fundet sted, for at sikre interviewets gyldighed. Denne gyldighed kaldes spejlkriteriet, dette omhandler hvorvidt informanten er i stand til at genkalde meninger som er oversat til transskribering af det udledte interviewmateriale (40). At udføre transskriberingen umiddelbart efter interviewet, sikrer at kropssprog og stemninger medtages, hvilket kan have betydning for udsagnets betydning. Informanterne fik dog ikke mulighed for at læse materialet, hvormed det kan diskuteres hvorvidt spejlkriteriet er mødt. Dog blev transskriberingen gennemlæst flere gange, samtidig med at interviewet blev afspillet, hvormed det vurderes at transskriberingen er tro mod de givne udsagn. I forbindelse med den empiriske analyse og kodning, kan det dog diskuteres om det lykkes at fralægge sig forforståelsen, under identifikation af de meningsbærende enheder, som det anbefales i specialets valgte analysestrategi (62). Visse af de udledte kondenseringer, er tæt forbundne med emner fremanalyseret i specialets problemanalyse, hvormed det er muligt at forforståelsen har haft indflydelse i denne analysefase. Der blev dog fundet adskillige nye kategorier og perspektiver, hvormed det vurderes at forforståelsen ikke har været for styrende

10.3 Diskussion af intervention

Specialets FIP udviklede interventioner er baseret på baggrund af de to empiriske undersøgelsers hovedresultater. Resultaterne er derfor samlet i fem hovedresultater, som afspejler de muligheder for og barrierer for mandlige kræftoverlevende med senfølgers deltagelse, i rehabilitering af senfølger. Disse resultater er som nævnt *Oplevelsen af rehabiliteringens tilgængelighed, mestring- og læringsstrategier, Den mandlige kønsrolles indflydelse, Netværkets indflydelse og betydningen af fysisk og psykisk rehabilitering*. Disse hovedresultater vil i det følgende være udgangspunktet for diskussion

Oplevelse af rehabiliteringens tilgængelighed

En af den første interventions strategier, er at øge tilgængeligheden og adgangen til rehabilitering af senfølger for målgruppen. Dette gøres ved at tilbyde en rådgivende samtale ved udskrivelse. Denne samtale skal sikre at mandlige kræftoverlevende med senfølger, er velinformeret omkring senfølgers betydning, samt hvilke rehabiliteringstilbud der foreligger, heriblandt henvisning til den udviklede intervention 2. Da dette viste sig som et centralt tema i specialets interviewundersøgelse. Det kan diskuteres, hvorvidt ekstra information og understøttelse i udskrivelsesfasen, ville have haft en indflydelse under de gældende omstændigheder, idet informanter havde være kræftfri i minimum et år. Dermed udtaler disse informanter sig udefra nogle erfaringer de ikke have på daværende tidspunkt. Anvendelsen af disse strategier kan være værdifuld, i forhold til at øge vidensniveauet hos målgruppen, samt at styrke mændenes mestringsevner i relation til senfølger, ved at øge håndterbarheden og forudsigeligheden af de kommende senfølgers konsekvenser jf. Antonovsky (30). På den anden side, kan disse strategier anvendt i interventions 1, pålægge ekstraomkostninger på sygehuset, ved udskrivelse af patienter, i form af rådgivning og mere tid til den enkelte mandlige kræftoverlevende med senfølger. Da sundhedsvæsenet har knappe ressourcer (70) vil dette fordre en omprioritering af ressourcer,

såfremt interventionerne skal implementeres optimalt. Konsekvensen heraf, er at nogle sygdomsgrupper må nedprioriteres. Implementeringen af intervention 1 afhænger dermed af om besparelserne der kan opnås ved reducerede senfølger og øget rehabiliteringstilgængelighed, opvejes af implementeringens omkostninger. Ligeledes kan flytningen af kræftkontroller og henvisninger til intervention 2, om dirigere målgruppen fra sygehuset og den praktiserende læge, til intervention 2, hvilket kan frigive flere ressourcer i de involverede instanser. Det kan i den forbindelse ligeledes diskuteres, hvorvidt det er muligt at flytte kræftkontroller for alle mænd i målgruppen, idet kontroller kan afhænge af kræfttype og kontroltype. Derfor kunne interventionerne forbindes yderligere gennem lægelig henvisning efter endt kræftbehandling, fremfor at flytte kontroller, for at favne alle i målgruppen. Samtidig kan det diskuteres, at en henvisning til intervention 2, pålægger individet mest ansvar, hvilket kan gøre tilgangen individorienteret. En ulempe forbundet med en henvisning, kan være at kræftoverleveren selv skal tage initiativ til deltagelse i intervention 2. Dette initiativ kan være svært at tage, såfremt kræftoverleveren ikke er bevidst om interventionens gavnlige effekter, eller lider af senfølger i forbindelse med stress, som mindsker troen på egne evner til at kunne deltage og mindske senfølger.

Self-efficacy og mestringsevne

Den anden udviklede intervention, har som en af sine strategier, udarbejdet fysiske aktiviteter, og netværksaktiviteter efter self-efficacy og mestringslære som teoretisk grundlag. Dette blev gjort da interviewundersøgelsens informanter, kunne karakteriseres som havende en stærk self-efficacy og mestringsevne, hvilket motiverede dem til at indgå i rehabilitering, hvorfor at styrke disse læring- og mestringsstrategier, blev fundet relevant. Dette for at fastholde og motivere til rehabiliteringsdeltagelse blandt målgruppen. Det kan dog diskuteres, hvorvidt self-efficacy og mestring, havde spillet ligeså stor en rolle ved identificeringen af målgruppens muligheder for at deltage i rehabilitering af kræftsenfølger i specialets interviewundersøgelse, såfremt informanterne havde bestået af mænd. som ikke deltog i en rehabiliteringsindsats. Samtidig viste studiet af Cormie et al. i specialets litteraturstudie, dog at succesoplevelser og aktiviteter som styrkede mænds self-efficacy, blev som motiverende for målgruppens tilslutning og fastholdning i rehabilitering af kræftsenfølger (53). Resterende inkluderede studier, viste ligeledes at succesoplevelser og oplevelse af mestring i forhold til reducerede senfølger, motiverede til rehabiliteringstilslutning(51,5,56). Derfor vurderes self-efficacy og mestringsevne jf. Antonovsky stadig at være relevant i forhold til interventionsudviklingen, idet disse studier også inkludere meninger fra individer i målgruppen, som ikke indgår i en rehabiliteringsindsats. Dette sikrer endvidere at dette hovedresultat, ikke blot repræsenterer en ensidig syn på problemstillingen. Det kan desuden diskuteres, om mandlige kræftoverleverer med senfølger som har en lav self-efficacy og mestringsevne, vil afholde sig fra intervention 2, rehabiliteringsfasens, aktiviteter. Dette på grund af usikkerhed på egne evner, samt blandt andet mangel på forudsigelighed og mangel på oplevelse af sammenhæng, kan opleves så svære, at indledning til interventionen fremkommer uoverskuelig. Det vurderes dog, at interventionernes introduktion til rehabilitering

af kræftsenfølger, kan mindske disse barrierer igennem rådgivning, viden og indirekte eksponering overfor miljøet i intervention 2. Ydermere tilskyndes self-efficacy og mestringssevne, ved at aktiviteterne tilpasses gruppens funktionsevne som giver succesoplevelser til mandlige kræftoverlevende med senfølger, der har lav self-efficacy og uhensigtsmæssige mestringssevner.

Den mandlige kønsrolles indflydelse

Det blev fundet igennem begge empiriske undersøgelser, at den mandlige kønsrolle udgjorde en væsentlig barrierer i forhold til rehabiliteringsdeltagelse, og holdning til at søge hjælp med medicinske problematikker. Det blev fundet at værdier forbundet med at bevare kontrol, virke maskulin, og uvillighed til at søge hjælp blev tilskrevet en indflydelse af den mandlige kønsrolle. Endvidere blev samtale om emotionelle konsekvenser af senfølger fundet vanskeligt for mandlige kræftoverlevende med senfølger. Af disse grunde blev den anden intervention, rehabiliteringsfasen, udformet således de fremstår attraktive for mænd som oplever disse barrierer, ved at arbejde med kønsroller, fremfor at ændre disse. Dette gøres ved at de fleste interventionernes aktiviteter kun er for mænd, sport er omdrejningspunktet og at aktiviteterne er navngivet på en måde, som stemmer overens med disse kønsrolleforestillinger, da dette blev nævnt som havende betydning jf. Interviewundersøgelsen. Det kan diskuteres hvorvidt, det ville være mere hensigtsmæssigt at mindske påvirkningen af disse kønsrollenormer, med henblik på at fjerne eller mindske denne faktor i uligheden mellem kønnene i denne problemstilling. Ifølge Don. H. Zimmerman, skabes kønsrollenormer i de sociale rum, og er dynamiske af natur. Det vil sige, at de accepterede sociale normer omkring køn er socialt skabt mellem mennesker, og handlinger forstærker en vis kultur omkring hvad der anses som henholdsvis mandigt eller kvindeligt. (36). Denne teori forslår, at det som forårsager hvorfor målgruppen handler som de gør, på baggrund af deres kønsidentitet, kan ændres via af dennes dynamisk og skabelsesgrundlag. Derfor ville det kunne tænkes at en intervention, som nedbryder den mandlige kønsrolles indflydelse som barrierer, ville kunne øge tilslutning og reducere senfølger for flere i målgruppen på sigt, og fjerne en væsentlig faktor i kønsuligheden. Det vurderes dog, at dette mål ligger udenfor rammerne af disse interventioner, og de valgte strategier, vil have en større effekt på kortere sigt. Dette er fordelagtigt, da interventioner implementeres i en relativ kort tidsperiode på tre år, hvormed sandsynligheden for en vedblivende implementering er højere, med hurtigere resultater. På den ene side, kan det anses som en styrke at interventioners aktiviteter er udviklet til at tage hensyn til den mandlige kønsrolles betydning, dermed mindske de oplevede barrierer. På den anden side, kan modificering efter kønsrollenormer være en ulempe for målgruppens tilslutning, såfremt det anses som kønsdiskriminerende. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt det vil være nødvendigt at foretage visse ændringer, efter implementering.

Netværkets indflydelse

Et af studielets hovedresultater er yderligere, at det sociale netværk udgør en væsentlig motivation for rehabiliteringsdeltagelse, og et svagt netværk kan derfor ligeledes udgøre en reel barriere for de mandlige

kræftoverleverne med senfølger der mangler netværk. Derfor er dette aspekt medtaget i udviklingen af specialets interventioner. Dette gøres ved direkte involvering af individets tættere relationer, og idet at netværksgruppen udgør et socialt netværk, der både kan mindske senfølger, og fastholde disse i interventionerne. Empiri om dette hovedresultat blev fundet, i specialets interviewundersøgelse. Overførbarheden til andre i interventionens målgruppe, kan dog diskuteres i dette tilfælde. Dette på baggrund af at informanter kun bestod af individer, som førnævnt, deltagere i en rehabiliteringsindsats. Ydermere var de inkluderede informanter mellem 69 år og 75 år, hvilket bevirker at erfaringer og oplevelser med muligheder og barriere for rehabiliteringsdeltagelse, fremstilles ensidigt i forhold til alder. Det er derfor usikkert at netværket havde spillet en ligeså stor rolle for yngre individer i målgruppen, udefra den indsamlede empiri. Det blev dog fundet i problemanalysen at sociale isolation og forandringer af sociale relationer, var en af flere væsentlige senfølger (Jones, 2013. Wittrup kræftsygepleje). Derfor kan det tænkes at inddragelsen af strategier der involvere og styrker det sociale netværk, stadig har relevans. Ydermere fandt Ettrigde et al (2017) i litteratursøgningen, at mandlige kræftoverleverne med senfølger, havde brug for aktiv opfordring af netværket både under og efter behandling, hvilket tillige bekræfter strategiens relevans (54). Det vurderes endvidere at interviewundersøgelsens inkluderede informanter, vil udgøre en stadig voksende gruppe i tilfælde af kræftoverleverne med senfølger, således favner interventionen flere aldersgrupper, og en betragtelige del af mandlige kræftoverleverne med senfølger i fremtiden.

Betydningen af fysisk og psykisk rehabilitering.

Interventionerne er endvidere tilrettelagt således, at de skal bidrage til reducerede senfølger og specielt forøget tilslutning til rehabilitering, blandt mandlige kræftoverleverne med senfølger. Dette opnås igennem fysisk og psykisk rehabilitering af senfølger, da dette ifølge specialets empiriske undersøgelser, blev identificeret som udtalt en motivation for målgruppens rehabiliteringsdeltagelse, dermed udgøre dette en mulighed for målgruppens rehabiliteringsdeltagelse. Det kan dog diskuteres, om hvorvidt et tilbud, som interventions 2, med omfattende fysisk træning og sport som omdrejningspunkt for fysisk og psykisk rehabilitering blandt mandlige kræftoverleverne med senfølger, kan udgøre en barriere for rehabiliteringsdeltagelse, blandt individer i målgruppen, hvor senfølger er så omfattende, at evne til at indgå i rehabilitering er uoverskuelige eller urealistiske. Med andre ord, individer i målgruppen med lav self-efficacy (39). Det er derfor essentielt, at måden hvorpå aktiviteterne præsenteres på i intervention 1 under den rådgivende samtale, er detaljeret omkring den anden interventions aktiviteter. Med andre ord, skal det diskuteres eksplicit, at alle aktiviteter i den anden intervention, er modificeret efter funktionsevne og udføres sammen med andre individer af nogenlunde samme funktionsevne. Dette vil med fordel kunne understøtte individer i målgruppen, som oplever svære senfølger efter udskrivelse af kræftbehandlingsforløbet. Det kan endvidere diskuteres om gruppebaserede fysiske aktiviteter, kan have nogle utilsigtede konsekvenser. En utilsigtet konsekvens heraf, kunne være at kræftoverleverne presser sig selv fysisk, i sådan en grad, at det kan pådrage dem skader. Dette kan ske, hvis

de igennem fællesskabet, kan tro at de er i stand til at varetage samme fysiske belastninger, som forinden sygdomsforekomst. Det vurderes at denne utilsigtede konsekvens tages hånd om, idet de gruppebaserede fysiske aktiviteter er superviseret og modificeret funktionsevne. Ved denne supervisering, kan der oplyses omkring forebyggelse af skader, i forhold, til udøvelsen af fysisk aktivitet. Dog skal det overvejes hvordan superviseringen udøves, idet at dette kan bevirke, at de som tvivler på egne evner, forholder sig inaktive grundet afskrækkelse. Dette understreger relevansen af interventionernes inddragelse af kompetente fagpersoner. Ved differentiering af interventionernes aktiviteter ,kan det samtidig diskuteres hvorvidt en utilsigtede konsekvens heraf, er af de individer i målgruppen, som er af lav self-efficacy og mestringssevne, forbliver inaktive for ikke at opleve nederlag ved at engagere sig i aktiviteterne (30,39).

11.0 Konklusion

Udviklingen af flerstrengede interventionsprogrammer målrettet mandlige kræftoverlevende med senfølger. Som har det formål at øge tilslutningen til og fastholdelsen af rehabiliteringsdeltagelse for mandlige kræftoverlevende med senfølger, kan tilrettelægges udefra specialets hovedresultater. *Oplevelsen af rehabiliteringens tilgængelighed, høj self-efficacy og mestringsstrategier, Den mandlige kønsrolles indflydelse, Netværkets indflydelse og betydningen af fysisk og psykisk rehabilitering.* Mindsket tilgængelighed af rehabilitering, i form af manglende viden, struktur og henvisninger til relevante rehabiliteringsindsatser, udgjorde en barriere for målgruppens deltagelse. Tilgængeligheden øges ved rådgivning, viden, samt henvisning og at flytte kontroller til intervention 2, hvilket udgør et stærkt bindeled mellem de flerstrengede interventionsprogrammer. Høj self-efficacy og Mestringsstrategier, har endvidere en betydning for mændenes muligheder og barrierer for rehabiliteringsdeltagelse. En stærk self-efficacy og mestringssevne jf. Bandura og Antonovsky, udgjorde en mulighed for tilslutning til og fastholdelse i rehabilitering, hvorfor interventioners aktiviteter er udformet således de skaber mestringsoplevelser og styrker tro på egne evner (Bandura, 1997, Antonovsky, 2000). De udviklede aktiviteter udformes ligeledes efter at handle om fysisk rehabilitering og sportsliges aktiviteter som fokus, samt netværk og inddragelse af sociale netværk, Da fysisk og psykisk rehabilitering udgjorde en mulighed for målgruppens rehabiliteringsdeltagelse. Ydermere indrettes interventionerne således, at de indarbejdes efter mandlige kønsrolleværdier, ved kun at være for mænd, primært omhandle sport, og inddrage humoristiske navne for interventionerne. Dette på grund af at mandlige kønsrollenormer udgjorde en væsentlig barriere for målgruppens deltagelse i rehabilitering af kræftsenfølger. Med interventionernes fokus på at mindske omtalte barrierer for mandlige kræftoverlevende med senfølger, og øge fokus på at øge mulighederne for disse, formodes interventioner at kunne øge tilslutningen til og fastholdelsen af mandlige kræftoverlevende med senfølger til rehabilitering. Ved at implementere interventioner forventes dette, at øge tilgængeligheden til rehabilitering for mænd og reducere senfølger og uligheden i senfølger mellem køn.

Referenceliste

1. 2016, Kræftens bekæmpelse ”Patienternes kræftplan”
https://www.sum.dk/Temaer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Kraeftplan-IV-aug-2016/Kraeftplan-IV-Patienternes-aug-2016.ashx
2. 2018, Sundheds- og ældreministeriet ”Endnu flere kræftpatienter overlever kræft”
<https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Kraeft/2018/Juni/Endnu-flere-kraeftpatienter-overlever-kraeft.aspx>
3. 2016 Sundhedsstyrelsen ”Senfølger af kræft”
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/77801F0EF2AD41A18F1C542B8CC60095.ashx>
4. 2017 Sundhedsstyrelsen ”tusinder overlever en kræftsygdom, mange af dem dør med alvorlige følger resten af livet” <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/tusinder-overlever-en-kræftsygdom-mange-af-dem-doejer-med-alvorlige-foelger-resten-af-livet> (4)
5. 2016 Sygeplejersken ”De oversete senfølger efter kræft”<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2016-1/de-oversete-senfoelger-efter-kraeft>
6. 2018 Propatienter ” Formand for Senfølgerforeningen: ”Flere bliver helbredt for kræft – men er ikke raske” <https://propatienter.dk/nyheder/1542-formand-for-senfolgerforeningen-flere-bliver-helbredt-for-kraeft-men-er-ikke-raske.html>
7. 2019 Esundhed.dk
”Cancerregistre”<http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR01/Sider/Tabel.aspx>
8. Johansen C. Kræft Senfølger og rehabilitering. 1st ed. Johansen C, editor. København K: Hans Reitzels Forlag; 2013.
9. 2013 Handberg et al. men’s reflections on participating in cancer rehabilitation: a systematic review of qualitative studies 2000-2013.
10. Prip A, Wittrup K. Kræftsygepleje: I et forløbsperspektiv. 1. ed. København: Munksgaard Danmark; 2014.
11. 2016, Det etiske råd ”Hvad er sygdom?”
12. 2008 Jefford M, Karahalios E, Pollard A, Baravelli C, Carey M, Franklin J, et al. Survivorship issues following treatment completion-results from focus groups with Australian cancer survivors and health professionals. J Cancer Survivor.
13. 2018 Cappuccio F, Rosetti S, Cavaliere C, Ivoane G, Taibi R, D aniello C et al. Health-related quality of life and psychosocial implications in testicular cancer survivors. A literature review.
14. 2013 Crist Patricia. Functional challenges among late effects cancer survivors: A preliminary report on work engagement issues.
15. Johansen C. Kræft, Elsass Peter ” kap navn” Senfølger og rehabilitering. 1st ed. Johansen C, editor. København K: Hans Reitzels Forlag; 2013
16. 2019 Fervaha, Gagan, Izard, Jason P, Tripp, Dean A., Rajan, Selina, Leong, Darryl P, Siemens, D. Robert Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician s. 282-288

17. 2013 Jones, Jesse Jenkin The relationship between the sense of community and health-related quality of life of female cancer survivors
18. 2012, Ross et al. Are different groups of cancer patients offered rehabilitation to the same extend? Support Care Cancer; 20: 1089-1100.
19. 2001 Kawachi I. & Berkman L. F Social ties and mental health. Journal of Urban Health
20. 2007 Catherine E. Mosher & Sharon Danoff-Burg Death Anxiety and Cancer-Related Stigma: A Terror Management Analysis
21. 2009 Goffman E. Stigma :om afvigerens sociale identitet
22. 2009 Nicole M. Else-Quest , Noelle K. LoConte , Joan H. Schiller & Janet Shibley Hyde Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients
23. 2014 Hvidberg L, Pedersen AF, Wulff CN, Vedsted P. Cancer awareness and socio-economic position: results from a population-based study in Denmark. BMC Cancer, 14:581
24. 2014. Moustén et al. Social position and referral to rehabilitation among cancer patients. Acta Oncological, under review,
25. 2013 Holm LV et al. Social inequality in cancer rehabilitation: A population-based cohort study. Acta oncological 52:410-422.
26. 2012, Ross et al. Are different groups of cancer patients offered rehabilitation to the same extend? Support Care Cancer, 1089-1100.
27. 2011 Diderichsen F Andersen, I Manuel C Uilighed i sundhed-årsager og indsatser, sundhedsstyrelsen
28. 2008 Dalton SO, Schüz J, Engholm G, Johansen C, Kjær SK, Steding-Jessen M, et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. Eur J Cancer:2074–85
29. 2004 Gram, Dorte Zachariae, Bobby, Mimi Yung Mehlsen ”Psykologiske reaktioner på kræft” Kræftens psykologi. Psykologiske og sociale aspekter ved kræft. København K: Hans Reitzels Forlag
30. Antonovsky A. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. 1st ed. København: Hans Reitzel Forlag; 2000. 231 p.
31. 2015 Kræftens bekæmpelse ”fra viden til handling i rehabiliteringsindsatsen mod kræft” <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/2/6552/1502879721/rapport-om-rehabilitering.-endelig-16.2-2015-national-arbejdsgruppe.pdf>

32. 2019, Sundhed.dk ”rehabilitering og senfølger, den rehabiliterende indsats”
URL: <https://www.cancer.dk/fagfolk/rehabilitering-og-senfoelger/>
33. 2013 Kræftens bekæmpelse Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet - Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse.
34. 2011 Pedersen, A. F., Olesen F., Hansen R.P, Zachariae R, Vedsted P. Social support, gender and patient delay. *British journal of cancer* 104, 1249-1255
35. 2011 White A., de sousa B., De visser., Hogston R., Madsen S.A., Makara P., Richardsen N., Zantonski W. The state of mens health in Europe. European union. European commission and general DG health and consumers 25 august
36. 1987 Doing Gender. Candace West; Don H. Zimmerman. *Gender and Society*, Vol. 1, No. 2., pp. 125-151
37. 2001, Kawachi I. & Berkman L. F. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*
38. 2010 Belle, Kirsten, Salmon, amy, Bowers, michele, Belle, Jennifer, McCullough smoking, stigma and tobacco denormalization. Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on social science and medicines stigma, prejudice, discrimination and health special issue (67:3)
39. 2004 Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* ;31(2):143–64.
40. 2017 Launsø, Laila, Olaf Rieper, And leif Olsen. forskning om og med mennesker. 7th ed. Eds. Martin Toft and An-Magritt Erdal. København: Munksgaard
41. 2012 Juul. Hermeneutik, kapitel 4 I: Juul & Bransholm Pedersen Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. En indføring. Hans Reitzels Forlag
42. 2017 Dahlager, Lisa and Hanne Fredslund. ”hermeneutisk analyse” in forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab, ed. Martin Toft københavn. Munksgaard Denmark, 157-82
43. 2012, Bak, Kronborg, Carsten, T., Andersen, Pernille anvendelsen af flerstrengede interventionsprogrammer i sundhedsfremmende projekter.
44. 2011 Birkler J. Ethiske teorier. In: Etik i sundhedsvæsenet. 1st ed. København: Munksgaard Danmark. p. 43–98.
45. 2017 Riencker, Lotte, Jørgensen, Stray, Peter den gode opgave
46. The. US National library of medicine “about Pubmed Health”
47. 2006 Korsbek, Lisa, Ane F. Bendix and kristian Kidholm

48. Buus N, Tingleff EB, Rossen CB, Kristiansen HM. Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken [Internet]. 2008;108(10):2–8. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreberstrategier-og-modeller#>
49. Kristensen FB, Sigmund H. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København S; 2007
50. 2014 Frandsen, Tove Faber et al. ”en guide til valide og reproducerbare systematiske søgninger.
51. 2013 Handberg et al. men’s reflections on participating in cancer rehabilitation: a systematic review of qualitative studies 2000-201
52. Medina-Perucha et al. Barriers to medical help-seeking among older men with prostate cancer.
53. 2015 Cormie et al. A qualitative exploration of men with prostate cancer involved in supervised exercise programs.
54. 2017 Ettridge et al.”Prostate cancer is far more hidden”: perceptions of social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. Australien
55. 2017 Sheill G. et al. the views of patients with metastatic prostate cancer towards physical activity: a qualitative exploration.
56. 2012 Andersen et al. Exercise for male cancer patients – a practical research project based on intervention, focus group interviews and participating observation.
57. 2018 Rainart Fayette & Caroline Bond A systematic literature review of qualitative research methods for eliciting the views of young people with ASD about their educational experiences, European Journal of Special Needs Education, 33:3, 349-365, DOI: 10.1080/08856257.2017.1314111
58. 2011 Kjaer TK, Johansen C, Ibfelt E, Christensen J, Rottmann N, Høybye MT, et al. Impact of symptom burden on health related quality of life of cancer survivors in a Danish cancer rehabilitation program: A longitudinal study. Acta Oncol (Madr);50(2):223–32.
59. 2010, Halkier B. Fokusgrupper. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder - en grundbog. 1st ed
60. 2015 Brinkmann, Svend and Steinar Kvale. ”interview”, introduktion til et håndværk. 2 edition. Ed. Henriette Thiesen. København: Hans Reitzels forlag
61. 2004. Thagaard T. Problemstilling og forskningsoplæg. In: Systematik og indlevelse: en indføring i kvalitativ metode. 1st ed. København: Akademisk Forlag p. 47–64. 57.

62. 2017 Dahlager, Lisa and Hanne Fredslund. "hermeneutisk analyse" in forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab, ed. Martin Toft københavn. Munksgaard Denmark, 157-82
63. 2017 datatilsynet, Justitsministeriet. Samtykke (internet) (cited 2019 Apr. 28) p. 1-18, Available from: https://www.datatilsynet.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/vejledning_om_samtykke_for_materet_.pdf
64. 2015 Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitativ metoder - en grundbog. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag;. p. 29–55.
65. 2004 Courneya KS, Vallance JKH, McNeely ML, Karvinen KH, Peddle CJ, Mackey JR. Exercise issues in older cancer survivors. Crit Rev Oncol Hematol.;51(3):249–61.
66. 2001 Rose, Geoffrey "commentary: sick populations and sick individuals" international journal of epidemiology 30(3) 433-34
67. 2015 Dahler-Larsen P. Evaluering. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder - en grundbog. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag; p. 181–96
68. 2016 Krogstrup, Hanne, Kathrine. Evalueringsmodeller, 3rd ed. Kbh. Hans Reitzel Forlag
69. Proquest.com 2019 "Sociological abstracts" Proquest.com <https://www.proquest.com/products-services/socioabs-set-c.html> (Maj 28, 2019)
70. 2015 Pedersen, Kjeld Møller 2013. Sundhedsøkonomi 1st ed. København: forfatteren og munksgaard. Prioritering i sundhedsvæsenet. 1 edition. København munksgaard Danmark.
71. 2008 Hansen, Ploug, Helle, Tjørnhøj-Thomsen, Tine Cancer rehabilitation in Denmark: The growth of a new narrative.
72. 2019 Rivas C. Matheson L., Nayoan J., Glaser A., Wright P, Gavin A, Watson E., Wagland R. A large synthesis of qualitative papers on the prostate cancer experience:
73. 2007 Barry M. Jenkins, R implementing mental health promotion. Elsevier
74. Critical Appraisal Skills Programme. 10 questions to help you make sense of qualitative research [internet]. 10 questions to help you make sense of qualitative research. 2013 [cited 2019 May 25] p. 1-6. Available from: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2019/CASP-qualitative-checkliste.pdf%0ahttp://Media.wix.com/ugd/dded87_29c500b2d99342f788c6ac670e49f724.pdf
75. 2010 La Cour K and Johannesen H kommunal kræftrehabilitering – [experiences from 11 municipalities]. SDU syddansk universitet institute for sundhedstjenesteforskning

- 76.2010 Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakæft. En medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen
- 77.2013 Connerty T.J and Knott. V. Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth. Eur J cancer care 22 (3) 344-44

Bilagsliste

Bilag 1: interviewguide

Briefing

- Mange tak, fordi i gerne vil deltage i min interviewundersøgelse. Interviewet vil formentlige tage omkring 30-40 min
- Jeg er i forbindelse med mit speciale, i gang med at lave en undersøgelse om mænds oplevelse af barrierer og muligheder for at deltage i kræftrehabilitering. Formålet er derfor at finde ud af, hvorfor nogle mænd tilvælger og fravælger rehabilitering i forbindelse med overlevelse af kræft og oplevelsen af senfølger.
- Interviewet vil forgå på den måde, at jeg stiller nogle spørgsmål, hvoraf de første er nogle baggrundsspørgsmål, mens de følgende vil være mere åbne. Jeg kunne rigtig godt tænke mig, at høre om jeres oplevelser og erfaringer omkring emnet, og derfor er der selvfølgelig ingen rigtige og forkerte svar. I må meget gerne diskutere spørgsmålene med hinanden undervejs, og hvis i har spørgsmål til mig, så spørg endelig.
- Jeg vil gerne optage interviewet, så jeg ikke glemmer hvad i har sagt, og det så kan nedfældes i skrift, og som slettes fra optageenheden straks efter.
- Inden vi går i gang, vil jeg gerne, at i underskriver disse samtykkeerklæringer. Med jeres underskrift, giver i samtykke til, at i underforstået med interviewet og dets formål. Jeres oplysninger, som måtte fremkomme under interviewet, vil indgå i anonymt i specialet, og vil derfor ikke kunne føres tilbage til jer. I har altid muligheden, for at tilbagekalde jeres samtykke.

Tema	Forskningsspørgsmål	interviewspørgsmål
Informantens kontekst	Hvilken baggrund har informanterne i forhold til senfølger og sygdom? Hvilken socioøkonomisk status er informanten kendetegnet ved?	Hvad er jeres alder? Hvilken kræftsygdom har i haft? Hvor længe har i været helbredt for kræft? Hvilke senfølger oplever i? Hvad laver i til daglig? Hvilken uddannelsesbaggrund har i? Er i et forhold? Har i børn?
maskulinitet og kønsrolle normer	Hvilken betydning tillægger informanten, kønsrolle normer og maskulinitetsfaktorer, i deres oplevelse af kræftrehabilitering og senfølgehåndtering?	Har i oplevet at det har været vanskeligt at opsøge hjælp til jeres senfølger? - Hvorfor? - Hvorfor ikke? Har i oplevet at nogle bestemte værdier, såsom selvstændighedstrang, har påvirket jeres til- eller fravalg af rehabilitering? - Kan i uddybe hvordan?

		Har i oplevet nogle vanskeligheder da/hvis i påbegyndte rehabilitering? som for eksempelvis en tøven med det, og hvad den grundede i. - Kan i uddybe hvordan? har i oplevet, at skulle opretholde en facade, når det kommer til at håndtere jeres senfølger? Såsom at i udad til, skulle fremstå anderledes, end hvordan i havde det - Hvis ja: hvordan kom det til udtryk? Og har det haft en betydning for jeres til- eller fravalg af rehabilitering - Hvis nej: hvorfor ikke tror i? Hvilken betydning tillægger i det at, tale om jeres problemer om senfølger med andre? - Er det nemmere at tale med andre mænd om det? Har i oplevet at det har været svært at tale åbent om senfølger? - Hvorfor? - Hvorfor ikke? Har i oplevet, at opfattelsen af kønsrollenormer, har været en årsag til at tøve eller fravælge rehabilitering? - Hvilken betydning tror i det har spillet for jeres til- eller fravalg?
Oplevelse af den etablerede kræftrehabilitering	Hvordan oplever informanten den etablerede kræftrehabiliteringsindsats, i forhold til problematikker og styrker, i forhold til at øge tilslutning til kræftrehabilitering blandt mænd?	Hvordan oplevede i introduktionen til kræftrehabilitering? I hvilken udstrækning oplevede i tilbuddene som relevante for jeres senfølger? - Hvis ja: hvorfor? - Hvis nej : hvorfor ikke?

		oplever i at rehabilitering stadig er relevant, efter i er kommet tilbage til en hverdag, hvor i har senfølger? - Kan du uddybe hvorfor/hvorfor ikke? Har i oplevet, at der fra kommunens side, har været tilgængelig støtte og rådgivning, efter jeres sygdomsforløb? - Hvis ja hvordan? - Hvis nej kan du uddybe?
Social isolation	Hvorledes spiller social isolation en rolle for hvordan informanten oplever kræftrehabilitering af senfølger?	Har i oplevet at senfølger har haft en indflydelse på jeres sociale relationer? - Hvis ja: hvordan? - Hvis nej hvorfor ikke? Har i oplevet at jeres sociale relationer, har påvirket jeres til- eller fravalg af rehabilitering? - Hvis ja: hvilken betydning har det haft? - Hvis nej: hvorfor ikke? har i, i forbindelse med jeres sygdom og senfølger, oplevet en vis isolation? - Hvis ja; hvilken betydning har det haft på jeres håndteringen af senfølger? - Hvis nej: så jeres netværk har været stærkt hele vejen igennem?
Sociale relationer og støtte	Hvilken betydning tillægger informanten sociale relationer og støtte, for hvordan rehabilitering af kræftsenfølger opleves?	Hvilken rolle har støtte fra andre, haft for jeres håndtering af senfølger? - Kan du uddybe Hvilken betydning har social støtte, haft for jeres til- eller fravalg af kræftrehabilitering? - Hvordan? - Hvis ikke; hvorfor ikke?

		Hvilke af jeres sociale relationer har haft størst indflydelse på jeres til- eller fravalg af kræftrehabilitering? Hvilken betydning, tror i fællesskabet fra jeres arrangement her, har haft for jeres senfølger?
Stigmatisering	Hvorledes oplever informanten stigmatisering af at være kræftoverlever, som hæmmende for rehabiliteringsdeltagelse og senfølgehåndtering?	Har i mødt fordomme, ved at være kræftoverlever med senfølger? - Hvilke fordomme? - Hvordan påvirkede det jer? Har i oplevet at de fordomme har været en barrierer i forhold til at indgå rehabilitering? - Kan i uddybe Hvordan?
Self-efficacy og OAS	Hvordan opleves self-efficacy og OAS, som gavnlende for kræftrehabiliteringsdeltagelse og senfølgehåndtering?	Oplever i senfølgerne som værende uforudsigelige, eller føler i kontrol over dem? - Har rehabilitering påvirket jeres oplevelse af det? Føler i at, i havde/har indflydelse til at kunne, gøre noget ved jeres senfølger? - Hvis ja: hvordan kommer det til udtryk? - Hvis nej: hvorfor ikke, tror i? - Har det spillet en rolle, i forhold til at til- eller fravælge rehabilitering? Har i oplevet en følelse af nederlag i forbindelse med jeres sygdom og senfølger? Såsom at visse senfølger ikke kunne håndteres. - har i følt i kunne ændre dette nederlag til noget positivt, gennem en indsats? Har i oplevet at sammenvær med andre kræftoverlever gennem rehabilitering, har influeret positivt

		eller negativ, på jeres håndtering af senfølger? - Hvordan? - Hvis nej: hvorfor ikke? Har social støtte fra andre med senfølger, haft en betydning for at vedblive rehabilitering? - Hvis ja: På hvilken måde? - Hvis nej nej: Hvorfor ikke tror i? Har i oplevet/eller oplever i at rehabilitering er relevant eller meningsfuld at deltage i? - Kan i uddybe hvordan?
mestringsstrategier	Hvilken betydning har mestringsstrategier for informantens indstilling og oplevelse af kræftrehabilitering af senfølger?	Har i oplevet at jeres indstilling til senfølger og sygdomsforløb, har haft betydning for, for jeres til- eller fravalg af rehabilitering? - Kan i uddybe hvordan? Har i følt, at i kunne ændre jeres senfølger, på baggrund af rehabiliteringsdeltagelse? - Hvis ja på hvilken måde? - Hvis nej hvorfor ikke? har i oplevet, efter at blive erklæret raske, at det har været vanskeligt at skelne mellem, hvad der kunne betragtes om senfølge eller ikke? - Hvis ja: hvordan påvirkede det jeres holdning til at søge hjælp omkring senfølger? - Hvis nej: hvorfor ikke?
Fysisk aktivitets betydning	Hvordan oplever informanten fysisk aktivitet som havende betydning for tilslutning til kræftrehabilitering?	har i oplevet at fysisk aktivitet forbedrede jeres senfølger? - Hvis ja: på hvilken måde? - Hvis nej: hvorfor ikke tror i/du? Er det at rehabilitering, har indeholdt fysisk træning været en

		vigtig motivation for at starte rehabilitering? - Hvis ja hvorfor? - Hvis nej hvorfor ikke? Er fysisk træning en vigtig motivation for at vedblive rehabilitering? - Hvis ja: Kan i uddybe hvordan? - Hvis nej: Hvorfor ikke tror i? Føler i at fysisk træning, er et vigtigt sammenholdspunkt for fællesskabet? - Hvis ja: hvordan ? - Hvis nej :hvorfor ikke tror i?
Intervention	Hvilke strategier og strukturer oplever informanten, som havende betydning for tilslutning til kræftrehabilitering?	Har i følt, at i har været velinformeret omkring jeres rehabiliteringsmuligheder? Hvis nej: hvad har der manglet? Har i følt, at i er blevet tilbudt den hjælp i havde brug for, til rehabilitering af jeres senfølger? - Hvis ja: hvordan kom det til udtryk? - Hvis nej: hvorfor tror du? Hvad mener i, er de bærende elementer, for en rehabiliteringsindsats, med henblik på at øge mænds tilslutning?
Væsentlige pointer fra informanten	Oplever informanten, at der er andre vigtige områder, vedrørende hvad der udgør barrierer og motivationer for kræftrehabilitering, som der ikke er blevet berørt.	Er der noget i tænker, vi ikke har været omkring, som har haft betydning, for jeres til-eller fravalg af kræftrehabilitering?

Debriefing:

Nu er vi ved at være færdige, har i noget i vil sige inden jeg slukker optageren?

Tak fordi i vil deltage, hvis i er interesseret i at se specialet, udgives det på senfølgerforeningens hjemmeside. Jeg kan sende jer et kopi, hvis i ønsker dette.

I er altid velkomne til at kontakte mig efterfølgende, hvis der skulle være noget.

Bilag 2: samtykkeerklæring

Undersøgelsens formål

Denne interviewundersøgelse indgår som led i et kandidatspeciale, i folkesundhedsvidenskab, på Aalborg universitet. Formålet med dette interview, er at undersøge hvilke muligheder og barrierer mandlige kræftoverlevende med senfølger oplever ifht. deltagelse i kræft- og senfølgerehabilitering. Disse informationer vil dermed bidrage til at danne et beslutningsgrundlag, til udviklingen af en intervention, med henblik på at øge mandlige kræftoverlevende med senfølgers, tilslutning til rehabilitering.

Din deltagelse er frivillig

Din deltagelse i denne interviewundersøgelse er frivillig, og du kan til enhver tid vælge at tilbagekalde dit samtykke.

Håndtering af dine oplysninger

Alt hvad der bliver talt om under dette interview anvendes kun i anonymiseret form. Dette betyder altså at du som deltager, ikke nævnes ved navn, og at der ikke vil inddrages nogle informationer som kunne være medvirkende til at identificere dig. Interviewet optages på to optageenheder, efterfølgende transskriberes dette til et tekst materiale. Denne tekst anvendes hernæst til analyse i specialet, i den forbindelse vil udvalgte citater indgå i specialet. Dine oplysninger vil opbevares på en krypteret enhed, hvorefter disse slettes efter endt eksamen.

Dit samtykke til deltagelse

Ved at underskrive denne samtykkeerklæring, giver jeg hermed mit samtykke til at de indsamlede informationer, må anvendes i anonymiseret form i specialet. Jeg er informeret om at min deltagelse er frivillig, og at mine oplysninger håndteres på forsvarligvis. Endvidere er jeg informeret om, at jeg vil enhver tid kan tilbagekalde dette samtykke.

Informantens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Ønsker du at modtage en kopi af det transskriberede materiale?

Ja: _____ (sæt x) nej: _____ (sæt x)

Hvis ja: skriv din mailadresse herunder, så sendes det transskriberede materiale til dig når det foreligger

Mail: _____

Erklæring fra informationsafgiveren

Efter min overbevisning, er der givet tilstrækkelig med information til at der kan træffes en beslutning vedrørende deltagelse i interviewundersøgelsen.

Navnet på den der afgiver information

Dato: 1/06-2019 Underskrift: Camilla Katja Johannesen

Bilag 3: Søgeprotokol

Standardbilag til beskrivelse og dokumentation af informationssøgning og – udvælgelse

Problemformulering:

1).Hvilke muligheder og barriere oplever mandlige kræftoverlevende med senfølger ift. at deltage i kræftrehabilitering?

2)Hvordan kan specialets resultater, bidrage til udviklingen af et beslutningsgrundlag for rehabiliteringsinterventioner mhp. at øge tilslutningen blandt mandlige kræftoverlevende med senfølger.

Facetsøgning:

Den systematiske søgning tager udgangspunkt i facetsøgninger, som skal favne både målgruppe og outcome.

Facet 1	Facet 2	Facet 3
Mandlige kræftoverlevende	Senfølger	Motivation og barrierer for Senfølgerehabilitering

Databaser:

Database/Website/referenceliste/r	Begrundelse for valg af kilde:
essourceperson	
mm.	

Embase	Inkludere tidsskrifter fra over 90 lande, er ligeledes en af de største medicinske databaser. Indeholder europæisk litteratur, som ikke findes i Pubmed.
Pubmed	Indeholder videnskabelig litteratur fra 4800 tidsskrifter, dækker både emner indenfor lægevidenskaben, psykiatrien og socialvidenskab
Cinahl	Indeholder en stor mængde sundhedsfaglige litteratur, relevant for rehabiliteringsområdet
Cochrane library	Indeholder systematiske reviews og metaanalyser af høj kvalitet, grundet strenge inklusionskrav

Resultat af de udførte søgninger:

Embase: 03-04-2019.

Nr.	Søgeord	Hits
1	Malignant neoplasme [Emtree]	198,870
2	Cancer survival[Emtree]	301,115
3	Cancer survivor[Emtree]	22.135
4	”Men*” (fritekst)	676,727
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	1,167,850
7	”Late effect*” (fritekst)	10,159
8	”Side effect*”(fritekst)	1,149,553
9	'survivorship issues*'(fritekst)	350
10	'rehabilitation' [Emtree]	554,142
11	survivorship care plan [Emtree]	489
12	'survivorship protocol*'(fritekst)	5

13	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	1, 697, 456
14	Motivation [Emtree]	130,911
15	'barrier*' (fritekst)	350.227
16	#14 OR #15	475,070
17	#5 AND #13 AND #16	665

Pubmed: 03-04-2019.

Nr.	Søgeord	Hits
1	Neoplasme [Mesh]	3177048
2	men[Mesh]	2975
3	cancer survivors [Mesh]	1784
4	"Cancer survival*" (fritekst)	5610
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	31180
7	"Adverse effects"[Mesh]	12426
8	"Survivorship"[Mesh]	140
9	"survivorship issues*" (fritekst)	182
10	"side effect*" (fritekst)	23585
11	"late effect*" (fritekst)	6253
12	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	120
13	rehabilitation[Mesh]	17678
14	"Survivorship care plan*" (fritekst)	22
15	"survivorship protocol*" (fritekst)	1
16	Motivation[Mesh]	7174
17	"Barrier*" (fritekst)	26652
18	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	204122
19	#5 AND #12 # AND #18	557

Cinahl: 03-04-2019.

Nr.	Søgeord	Hits
1	Neoplasme(Headings)	50984

2	Men (Headings)	3953
3	cancer survivors(Headings)	7128
4	“Cancer survival*”	1893
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	62658
7	“side effect*”	34876
8	“late effect*”	1537
9	Survivorship(Headings)	93
10	“Survivorship issues*”	106
11	#7 OR #8 OR #9 OR #10	106
12	Rehabilitation(Headings)	10449
13	“Survivorship care plan*”	366
14	“survivorship protocol*”	1
15	Motivation(Headings)	36140
16	“Barrier*”	74449
17	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	70455
	#5 AND #11 AND #17	587

Cochrane: 03-04-2019.

Nr.	Søgeord	Hits
1	neoplasme[Mesh]	70316
2	men[Mesh]	51
3	cancer survivors [Mesh]	136
4	“Cancer survival*”	11925
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	1910
7	“Long term Adverse effects”[Mesh]	24
8	“Survivorship”[Mesh]	7
9	”side effect*”	8876
10	”late effect*”	96
11	7 OR #8 OR #9 OR #10	118
12	rehabilitation[Mesh]	32038

13	“Survivorship care plan*”	92
14	“survivorship protocol*”	0
15	Motivation[Mesh]	7969
16	“Barrier*”	8931
17	#12 OR #13 OR #14 OR #16	8931
18	#5 AND #11 AND #17	5

Inklusion og eksklusion kriterier:

Inklusionskriterie	eksklusionskriterie
Litteratur med mandlige kræftoverlevende som målgruppe/ eller både inddrager kræftpatienter og kræftoverlevende i målgruppen.	Lande som ikke er sammenlignelig med Danmark, kulturelt eller via sundhedssystemet.
Litteratur som omhandler. Kræftrehabiliteringsindsatser.	Litteratur som omhandler kvinder.
Litteratur som omhandler de rehabilitering af senfølge virkninger	Litteratur som omhandler børn.
Litteratur som omhandler mænds oplevelser af kræftrehabilitering.	Litteratur som vurderes som værende af for lav kvalitet.

Dato

og

identifikation:

ovenstående søgninger blev foretaget d. 03-04-2019. af Camilla Katja Johannesen.

Kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab 4. semester

Bilag 4: Vurderingstjekliste – CASP til kvalitative studier

Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

*Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.
De første 2 spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.
Hvis nej, er der ingen grund til at fortsætte.*

Forfatter: Titel: Tidsskrift:	Nøgleord:
Overordnede spørgsmål 1) Har studiet en klar fremstilling af sit formål? • fremgår det hvad der er målet med undersøgelsen? • fremgår det hvorfor undersøgelsen er vigtig og relevant? 2) Er det valgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode? • tilstræber studiet at fortolke eller belyse handlinger og subjektive oplevelser hos de personer, der indgår?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)	
3) Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? • har forfatteren begrundet valg af studiedesign?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
4) Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? Overvej: • har forfatteren beskrevet, hvordan studiepersonerne blev udvalgt? • har forfatteren forklaret, hvorfor de blev udvalgt i forhold til den type viden, studiet skal afdække? • er der nogen diskussion af rekrutteringsforhold (fx hvorfor nogle valgte ikke at deltage)?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
5) Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet? • er rammerne for dataindsamlingen begrundet? • er det klart, hvordan data blev indsamlet (fx fokusgruppe, semistruktureret interview)? • har forfatteren begrundet den valgte metode? • har forfatteren tydeliggjort metoden (er det beskrevet, hvordan interviews blev udført? Var der en interview guide)? • blev metoderne ændret i løbet af studiet? Har forfatteren forklaret hvordan og hvorfor? • er datatype tydelig (fx båndoptager, video, noter)? • har forfatteren diskuteret mætning af data?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
6) Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet? • har forfatteren undersøgt sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under:	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐

○ formulering af spørgsmål? ○ ved dataindsamlingen, rekrutteringen og valg af sted? • står det klart hvordan forfatteren forholdt sig til begivenheder i forløbet og om man overvejede ændringers eventuelle indflydelse på studiedesignet?	
7) Er etiske spørgsmål blevet overvejet? • er der detaljer om hvordan studiet blev forklaret til studiepersonerne, så det kan vurderes om etiske standarder er overholdt? • har forfatteren diskuteret spørgsmål, der udsprang af studiet (fx informeret samtykke og hvordan man håndterer den effekt studiet kan have på studiepersonerne under og efter studiet)? • er der søgt om godkendelse af den etiske komité?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
8) Er dataanalysen tilstrækkelig stringent? Overvej: • er der en dybdegående beskrivelse af analyseprocessen? • bruges der tematisk analyse? Står det da klart, hvordan temaerne blev udledt af data? • beskriver forfatteren, hvordan de præsenterede data blev valgt ud fra den oprindelige mængde for at demonstrere analyseprocessen? • er der præsenteret nok data til at underbygge resultatet? • i hvilken udstrækning tages modstridende data i betragtning? • undersøger forfatteren kritisk sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under analyse og udvælgelse af data til præsentation?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
9) Er der en klar fremstilling af resultatet? • fremgår det tydeligt, hvad resultaterne er? • er der tilstrækkelig diskussion af evidensen for og imod forfatterens argumenter? • har forfatteren diskuteret troværdigheden af resultaterne (fx triangulering, validering af respondenter, mere end én analytiker)? • er resultaterne diskuteret i forhold til de oprindelige	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐

spørgsmål?

10) Hvor værdifuld er studiet?

Kommentarer

- diskuterer forfatteren hvad studiet bidrager med i forhold til eksisterende viden?
- sættes resultaterne i forhold til gældende praksis og politik eller i forhold til relevant litteratur?
- identificerer forfatteren nye områder hvor forskning er nødvendig?
- har forfatteren diskuteret, om og hvordan resultaterne kan overføres til andre populationer eller overvejet om resultaterne kan bruges på anden måde?