

# KVINNLIGA IDROTTARES UPPLEVELSE AV REHABILITERING EFTER FRÄMRE KORSBANDSREKONSTRUKTION

Kvalitativ intervjustudie med ett bio-psyko-socialt perspektiv.

**EMELIE AHLIN**

**ISABELLA BERGGREN**

*Huvudområde:* Fysioterapi

*Nivå:* Kandidat

*Högskolepoäng:* 15 hp

*Program:* Fysioterapeutprogrammet

*Kursnamn:* Fysioterapi: Examensarbete med inriktning mot beteendemedicin

*Kurskod:* FYS010

*Handledare:* Åsa Revenäs

*Examinator:* Thomas Overmeer

*Seminariedatum:* 2019-02-14

*Betygsdatum:* 2019-04-16

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Främre korsbandsskador är vanligt förekommande bland unga kvinnliga idrottare. En rekonstruktion kan återställa knäledens stabilitet. Därefter utförs rehabilitering utifrån ett rehabiliteringsprogram med en fysioterapeut. Känslor förekommer under en längre tid av rehabiliteringen vilket kan påverka idrottarens upplevelse.

**Syfte:** Syftet med studien är att undersöka kvinnliga idrottares upplevelse av rehabiliteringen efter en främre korsbandsrekonstruktion utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv.

**Metod:** Ett bekvämlighetsurval användes där åtta deltagare rekryterades som återgått till idrott efter en korsbandsrekonstruktion. Sex deltagare inkluderades i studien. Deltagarna intervjuades utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Det insamlade materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats.

**Resultat:** Analysen resulterade i sju kategorier och 25 underkategorier som beskriver deltagarnas upplevelse av rehabiliteringen. Kategorierna var; 1) känslor, 2) rehabiliteringsprocessen, 3) delaktighet i laget, 4) socialt stöd, 5) tillit till fysioterapeuten, 6) negativa tankar och 7) struktur/planering.

**Slutsats:** Studiens resultat stärker socialkognitiva teorin då deltagarnas upplevelse av rehabiliteringen påverkas av delar som ingår i teorin. Därmed skulle det möjligtvis finnas ett behov att utforma rehabiliteringen efter en främre korsbandsrekonstruktion utifrån ett bio-psyko-socialt synsätt. Studiens resultat kan möjligtvis peka på att deltagare som fått idrottspecifik rehabilitering upplevde mindre oro/rädsla under rehabiliteringen jämfört med deltagarna som inte fick det.

**Nyckelord:** Socialkognitiv teori, främre korsbandsrekonstruktion, fysioterapi, rehabilitering.

## ABSTRACT

**Background:** Anterior cruciate ligament injuries are common among young female athletes. A reconstruction of the ligament can regain the stability of the knee joint. A rehabilitation program is performed together with a physiotherapist. Emotions are common during a long time of rehabilitation that can affect the athletes' experience.

**Aim:** The aim of the study was to investigate female athletes experiences of rehabilitation after an anterior cruciate ligament injury in a bio-psycho-social perspective.

**Method:** A convenience sampling was used. Eight participants who had returned to their sport after a reconstruction were recruited. Six participants were included and semi-structural interviews were conducted. The material gathered was analyzed with a qualitative content analysis through an inductive perspective.

**Result:** The analysis of the study resulted in 7 categories and 25 subcategories that describe the participants experiences of the rehabilitations. The categories were 1) emotions, 2) the process of rehabilitation, 3) participant in the team, 4) social support, 5) trust to the physiotherapist, 6) negative thoughts and 7) structure/planning.

**Conclusion:** The social-cognitive theory strengthens that the experiences of the rehabilitation is affected of the parts that are included in the theory. Based on the result, the authors can see the positive effect of using a bio-psycho-social perspective. The results might indicate that the participants that got individualized rehabilitation experienced less anxiety/fear during rehabilitation compared to the participants that hadn't got individualized rehabilitation.

**Keywords:** Social cognitive theory, Anterior cruciate ligament reconstruction, physiotherapy, rehabilitation.

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
1.1	Främre korsbandsskada	1
1.2	Knäledens anatomi	1
1.2.1	<i>Främre korsbandets anatomi och funktion</i>	2
1.2.2	<i>Skillnad mellan män och kvinnor</i>	2
1.3	Behandling av främre korsbandsskada	2
1.3.1	<i>Prognos efter främre korsbandsrekonstruktion</i>	3
1.4	Rehabilitering	3
1.4.1	<i>Fysioterapeutens roll</i>	5
1.5	Socialkognitiva teorin	5
1.6	Rädsla och undvikande modellen	7
1.7	Problemformulering	7
<b>2</b>	<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>METOD OCH MATERIAL</b>	<b>8</b>
3.1	Design	8
3.2	Urval	8
3.2.1	<i>Inklusionkriterier</i>	8
3.2.2	<i>Exklusionskriterier</i>	9
3.2.3	<i>Deltagare</i>	9
3.3	Datainsamling	10
3.4	Tillvägagångsätt	10
3.4.1	<i>Rekrytering</i>	10
3.4.2	<i>Intervjuer</i>	10
3.5	Dataanalys	11
3.6	Etiska överväganden	13
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>14</b>
4.1	Känslor	15

4.2 Rehabiliteringsprocessen .....	17
4.3 Delaktighet.....	19
4.4 Socialt stöd.....	20
4.5 Tillit till Fysioterapeuten.....	21
4.6 Negativa tankar .....	22
4.7 Struktur och planering.....	23
5 DISKUSSION .....	24
5.1 Resultatsammanfattning .....	24
5.2 Resultatdiskussion .....	24
5.3 Metoddiskussion.....	28
5.4 Etikdiskussion.....	31
6 SLUTSATSER .....	32
7 UPPSATSENS BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING .....	33
REFERENSLISTA .....	35
BILAGA A	
BILAGA B	

# 1 BAKGRUND

Främre korsbandsrekonstruktioner är ett utav de vanligaste ingreppen som utförs på idrottare. Till följd av en korsbandsrekonstruktion är det en lång tid av rehabilitering för idrottaren vilket innebär att idrottaren exkluderas från träningar och matchspel. Hur idrottaren upplever sin rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion påverkas av både fysiska och psykologiska faktorer. Fysioterapeuten spelar en avgörande roll för att idrottaren ska kunna slutföra rehabiliteringsprocessen och återgå till sin idrott igen.

## 1.1 Främre korsbandsskada

Skadeincidensen för det främre korsbandet är enligt Nordenvall et al. (2012) 78 skador per 100 000 invånare och år. Kvinnor löper 2-5 gånger större risk att drabbas av främre korsbandsskada (Prodromos, Han, Roghwski, Joyce, Shi, 2007). Detta sker framförallt bland idrotter som karaktäriseras av snabba vändningar, accelerationer och plötsliga stopp samt hopp och landning vilket ställer höga krav på ledens stabilitet. I en studie av Renström et al. (2008) presenterades att ungefär 80% av främre korsbandsskador förekommer utan närkontakt. Istället uppträder skadan i många fall i samband med en snabb rotation, vid hopp och snabba vändningar eller en hyperextension av knäleden som är vanligt förekommande i idrotter där närkontakt förekommer (Levangie & Norkin, 2011).

I årsrapporten som Korsbandsregistret (2017) presenterade så var det mest förekommande med korsbandsskador hos idrottare som var mellan 16-25 år gamla. I årsrapporten presenterar de även data som visar att det är fler kvinnor än män som skadar sitt främre korsband. Det är enligt rapporten dock fler män som genomgår en operativ behandling jämfört med kvinnor. I en studie av Joseph, Collins, Henke, Yard, Fields & Cornstock (2013) var främre korsbandsskador mest förekommande bland fotboll och handbollsspelande tjejer.

## 1.2 Knäledens anatomi

Knäledens stabilitet utgörs huvudsakligen av ligament vilket innefattar det mediala och det laterala kollateralligamenten men också de båda korsbanden. Till stabilitet och stöttning av knäleden bidrar också muskulatur, menisk och den bakre ledkapseln. Vid utövande av idrott

är knädistorsioner vanligt förekommande och är en vanlig orsak till skada på de olika strukturerna i leden (Lindgren & Svensson, 2014).

### **1.2.1 Främre korsbandets anatomi och funktion**

Det främre korsbandet går enligt Dauberg & Feneis (2006) dorsokranialt, från area intercondylaris anterior till insidan av laterala femurcondylen och har som funktion att förhindra rörelse av tibia framåt i förhållande till femur. Förutom denna funktion bidrar även ligamentet med stabilitet i rotationsrörelser samt varus och valgus påfrestningar (Shumway & Woollacott, 2011).

### **1.2.2 Skillnad mellan män och kvinnor**

Orsaken till varför kvinnor i större utsträckning än män drabbas av en främre korsbandsskada är omdiskuterad. En av de mest diskuterade faktorerna till varför kvinnor löper en större risk än män är enligt Renström et al. (2008) hur den anatomiska strukturen skiljer sig. Dels diskuteras utrymmet i leden, det som kallas för notch-höjd. Hos kvinnor är notch-höjden högre än hos män vilket gör det trängre för korsbanden. Detta innebär att dessa strukturer lättare hamnar i kläm vid utåtrotation av knäleden.

Renström et al. (2008) beskriver vidare kring anatomiska och fysiologiska skillnader mellan könen. Renström et al. (2018) beskriver att kvinnor har mindre främre korsband jämfört med män samt att dessa innehåller mindre kollagena fibrer vilket innebär ökad laxitet. I studien nämns också hur muskelmassa och muskelstyrka skiljer sig mellan könen där män är både starkare i Quadriceps och Hamstring-muskulatur. Enligt Renström et al (2008) är kvinnor mer "quadriceps dominant". Att vara quadriceps-dominant innebär att personen är starkare i quadriceps än i hamstringsmuskulatur vilket innebär en neuromuskulär imbalans. Imbalansen i muskulaturen resulterar i större belastning på det främre korsbandet vid exempelvis landningar efter hopp.

## **1.3 Behandling av främre korsbandsskada**

Vid skada av det främre korsbandet finns både konservativa och operativa behandlingsmetoder att använda sig av. Den konservativa behandlingsmetoden innefattar rehabiliteringsträning med en fysioterapeut utan ett kirurgiskt ingrepp. Den metod som vanligtvis används vid operativ metod som även kallas för korsbandsrekonstruktion är att

använda sig av kroppsegna senor. Vanligaste senan som man använder är från hamstringsmuskulaturen. (Thomeé, Swärd & Karlsson, 2015)

Ett av de vanligaste ingreppen som utförs på idrottare är främre korsbandsrekonstruktioner. Ungefär 4000 operationer utförs per år i Sverige (Svenska korsbandsregistret, 2016). För en person som utövar en mer krävande idrott är den operativa behandlingen väsentlig då behandlingen syftar på att bidra med mer stabilitet. Val av behandling utgår utifrån en individuell bedömning av patientens tillstånd i samråd mellan patient och vårdpersonal. Valet grundar sig också på individens krav på knäfunktion. Om patienten utför en idrott på hög nivå där stora påfrestningar på knäleden förekommer rekommenderas operation av främre korsbandet. Patienter som har kravet att vilja återfå ett funktionellt knä i vardagen tillråds oftast inte operation av främre korsbandet. Detta på grund av att det finns en ökad risk för att drabbas av infektioner vid kirurgiska ingrepp samt artros i ett senare skede. (Lindgren & Svensson, 2014)

### **1.3.1 Prognos efter främre korsbandsrekonstruktion**

I en studie av Webster och Feller (2018) deltog 1440 personer varav 992 av dem var män och 448 av dem var kvinnor. Syftet med denna studie var att undersöka hur många idrottare som återgick till sin tävlingsnivå efter mindre än 1 års rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion. I studien jämfördes både ålder och könsskillnader. Resultatet visade att ålder spelade en roll för återgången där andelen idrottare som är 25 år gamla återgick med 48% medan det bara var 32% av idrottarna som återgick när de var mellan 26-35 år. Manliga idrottare i åldersgrupperna under 25 år och 25-35 år hade högre antal som kom tillbaka till tidigare tävlingsnivå jämfört med kvinnor. I den sista gruppen där idrottarna var 36 år eller äldre var det fler kvinnor som återgick till tidigare tävlingsnivå.

## **1.4 Rehabilitering**

Rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion ska enligt Van Melick et al. (2016) ta hänsyn till både fysiska och psykiska faktorer för att uppnå bästa resultat samt funktion. Faktorer som funktionen, hälsa och tilltro till sin egen förmåga påverkar rehabiliteringen och bör därmed inkluderas i rehabiliteringen. Enligt Van Melick et al. (2016) är det därför viktigt att följa upp psykologiska faktorer under rehabiliteringstiden. Psykologiska faktorer kan mätas med ett mätinstrument där ett utav dessa är ett så kallat "Knee Self- Efficacy Scale" (Thomeé et al., 2006) där patientens Self- efficacy i relation till knäets förmåga utvärderas.



Rehabiliteringsprocessen bör inkludera en preoperativ fas och tre stycken postoperativa rehabiliteringsfaser för att uppnå bästa resultat av utförd rekonstruktion. Postoperativ rehabiliteringsprocess ska pågå i ca 9-12 månader om inga komplikationer uppkommer. De tre postoperativa faserna ska vara uppsatta efter olika mål som baseras på International Classification of Functioning, disability and health (ICF) och inte vara tidsbaserade. Första postoperativa fasen startar direkt efter utförd rekonstruktion. Under denna fas påbörjas grundläggande träning för uppbyggnad av muskulatur där man fokuserar på isometrisk träning av Mm. Quadriceps för att återfå kontakten med muskulaturen. I fas två ska rehabiliteringen innehålla mer idrottspecifik träning. Den tredje och sista fasen är den så kallade förberedande fasen. Fokus i sista fasen är på att utföra specifik rehabilitering för just den idrotten som patienten utför. Syftet med den förberedande fasen är att förbereda patienten både psykiskt och fysiskt på vad idrotten innebär att utföra. (Van Melick et al., 2016)

Van Melick et al. (2016) beskriver att det finns stark evidens för att längre rehabiliteringsperioder behövs efter en främre korsbandsrekonstruktion. Detta på grund av att många patienter inte har förmågan att uppnå de avslutande målen på utsatt tid. Därmed anser Van Melick et al. (2016) att beslutet om idrottaren ska få övergå till nästa fas ska grunda sig på om det uppsatta målet har uppfyllts eller inte. Idrottaren får utföra olika objektiva styrke och hopp tester, rörelsekontroller samt psykologiska tester för att se om idrottaren är redo eller inte. Denna metod kallas för "trafikljus" metoden för progression genom olika faser och är relativt ny inom rehabilitering. Van Melick et al. (2016) menar att rehabiliteringen blir mer individualiserad om man utgår från specifika mål som baseras på ICF som ovanstående text beskriver. Rehabiliteringsprocessen bör avslutas men ett stort utbud av olika tester som innefattar minst ett styrketest, ett hopp test och rörelsekontrolltester. Testerna ska visa på max 10% skillnad mellan den friska och det skadade knät för att idrottaren ska vara rent fysiskt redo att återgå till sin idrott. (Van Melick et al., 2016)

Van Melick et al. (2016) skiljer sig något utifrån andra relativt nyproducerade studier Saka, (2014) och Wright et al. (2014) då Van Melick et al. (2016) lägger stor vikt på att man ska ta hänsyn till psykosociala faktorer vid rehabilitering av en främre korsbandsrekonstruktion. Andra studier påvisar också att de psykosociala faktorerna påverkar patienten under rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion. Saka, (2014) tar upp att rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion varierar från person till person och bör därmed fokusera på individen och inte utgå utifrån tid. Samtidigt lägger dessa studier mer vikt på att beskriva olika fysiska faktorer. Van Melick et al. (2016) är relativt ny med den

så kallade trafikljusmetoden där man hela tiden tar hänsyn till patientens fysiska och psykosociala faktorer via olika tester innan man får gå vidare till nästa fas.

Rehabiliteringsprogrammet som studiens kliniker utgår ifrån bygger på sex stycken olika faser och fokuserar mycket på de fysiska faktorerna och tar inte upp de psykologiska faktorerna i de olika faserna. Det finns heller inte några mål uppsatta utifrån ICF komponenter vilket Van Melick et al. (2016) presenterar i sin studie att rehabiliteringsprogrammet ska utgå från. De kliniker detta arbete har rekryterat deltagare ifrån använder sig av olika träningsupplägg men har en liknande utgångspunkt gällande att ett rehabiliteringsprogram alltid ska utgå från idrottaren. Den ena kliniken tar också hänsyn till var idrottaren har opererats. Den andra kliniken modifierar alltid rehabiliteringsprogrammet utifrån individen och vad de har använt för metod gällande val av kroppsegen sena.

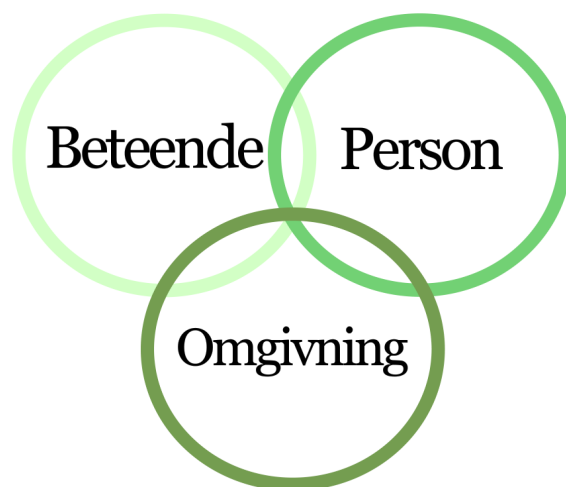
#### **1.4.1 Fysioterapeutens roll**

Oavsett vilken metod som används vid rekonstruktion efter en främre korsbandskada spelar fysioterapeuten en viktig roll i rehabiliteringen. Den fysioterapeutiska professionen innebär enligt Fysioterapeuterna (2016) utredning, diagnos, intervention och utvärdering vilket sker tillsammans med patienten. Huvudmålet för rehabilitering efter den operativa insatsen är att återfå full knärörlighet, bygga upp och bibehålla styrka i nedre extremitet samt återfå den neuromuskulära kontrollen. Inom dessa olika delar i rehabiliteringen kan fysioterapeuten vägleda samt vara ett stöd för patienten mot sin återgång till sin idrott (Bahr, 2015). Enligt Denison och Åsenlöf, (2012) är det fördelaktigt för fysioterapeuter att använda sig av ett arbetssätt som tar hänsyn till både fysiska faktorer och emotionella tillstånd.

### **1.5 Socialkognitiva teorin**

Den socialkognitiva teorin har beskrivits av Albert Bandura, en socialpsykolog som belyser sambandet mellan personen, dess omgivning samt personens beteende (se figur 1). Dessa tre delar påverkar en person inför en beteendeförändring. Denna teori kan beskriva hur rehabiliteringen efter en främre korsbandsrekonstruktion kan påverkas av personens tidigare erfarenheter, attityd samt med stöd av modellinlärning (Denison & Åsenlöf, 2012). Vid utövande av lagsporter är idrottarens omgivning en viktig del. De sociala relationerna har en positiv effekt på hälsan och genom lagkamrater och andra involverade kring en spelare har man ett socialt stöd. Vid en längre period av skada exkluderas idrottare från träningen tillsammans med laget och därmed påverkas dess omgivning. (WHO, 2017)

# Socialkognitiv teori



*Figur 1.* En modifierad figur som beskriver Socialkognitiva teorin (Bandura, 1995).

Socialkognitiva teorin består delvis av utfallsförväntningar och konsekvenser vilket påverkar idrottarens beteenden (Ogden, 2007). Konsekvenser av beteenden styrs enligt teorin genom antingen förstärkningar eller bestraffningar. En förstärkning skulle kunna vara uppmuntran från stöttande föräldrar vilket kan hjälpa idrottaren att fullfölja rehabiliteringen.

Utfallsförväntningar innebär dels hur viktigt det är för en person att nå ett mål vilket i det här fallet skulle kunna vara återgång till idrott. Det kan också innebära hur sannolikt det är att för idrottaren att nå dit. En värdeförväntning är en del av utfallsförväntningar och innebär hur viktigt det är för personen att klara av något vilket kan speglas till en längtan från idrottaren att återgå till sin idrott.

Self-efficacy är ytterligare ett viktigt begrepp inom den socialkognitiva teorin vilket definierats av Bandura (1986) som tilltron till individens egen förmåga att utföra ett specifikt beteende i en specifik situation. Nivån av en idrottarens self-efficacy för en specifik uppgift kan bero på tidigare erfarenheter där man lyckats. Det kan också bero på om man har någon i sin närhet som motiverar idrottaren till att klara av uppgiften. En hög self-efficacy har visat sig öka personers ihärdighet även ifall personen stöter på hinder vilket är vanligt förekommande under längre tid av rehabilitering vilket är fallet vid rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion. (Flosadottir, Frobell, Roos & Ageberg, 2018)

Vid främre korsbandsskada är rehabiliteringstiden lång och många kommer inte tillbaka till tidigare funktionsnivå. Det är därför av stor vikt att dels bibehålla sin tilltro till sin förmåga att ta sig tillbaka till idrotten men detta kan även innebära tilltro till andra aktiviteter som sker under rehabiliteringen. Olika moment i rehabiliteringen kan kräva olika mycket tilltro för att klara av uppgiften. Låg self-efficacy är enligt Bandura (1995) förknippat med

depression och ångest vilket också är vanligt förekommande vid skador som vanligtvis har en långdragen rehabiliteringsperiod. (Gulliver, Griffiths, Mackinnon, Batterham & Stanimirovic, 2014)

## **1.6 Rädsla och undvikande modellen**

Symtom vid en främre korsbandsruptur är bland annat intensiv smärta, svullnad och obehagskänsla. (Ernesto, 2015) Dessa tankar associeras ofta tillbaka till när skadan uppstod vilket kan vara orsaken till att rädsla för återgång till sin idrott efter rehabiliteringstiden uppstår.

Enligt Rädsla-undvikande modellen (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren & Van Eek, 1995) undviker patienter som upplever rädsla de aktiviteter som anses av personen själv vara av hög risk för samma känsla av smärta igen. Det behöver alltså inte vara specifikt personens idrott som orsakar känsla av rädsla utan kan också vara andra idrotter eller situationer som på något sätt liknar situationen då skadan uppkom. Idrottaren som upplevt smärta värderar hur hotfull denna är och överväger samtidigt om aktiviteten kan eller ens bör utföras. Den smärta som uppstår i samband med korsbandsskadan samt bakslag tillhörande dess rehabilitering leder ofta till katastroftankar för idrottaren. Katastroftankar innebär exempelvis avslutad idrottskarriär och kan vara en orsak till inaktivitet, undvikande, funktionsproblem och nedstämdhet/depression. Det kan också handla om tankar kring rädsla att korsbandet kommer gå av igen eller uppkomst av andra skador. Om situationen som uppstått upplevs som överkomlig kommer personen genom en konfrontation mot smärtan och rädslan enligt modellen bli återställd. (Nilsson, 2013)

## **1.7 Problemformulering**

Främre korsbandsrekonstruktioner är ett utav de vanligaste operationer som utförs bland idrottare. Forskning har visat att skador på främre korsbandet kan påverka idrottarens psykologiska hälsa. Under rehabiliteringen efter rekonstruktionen är det vanligt förekommande att idrottaren upplever en känsla av nedstämdhet, oro och rädsla. Dessa känslor kan i sin tur leda till ett undvikandebeteende då idrottaren är orolig för att drabbas av en ny korsbandsskada. Forskning visar att ett bio-psyko-socialt synsätt vid rehabilitering av en främre korsbandsrekonstruktion bör användas där fysioterapeuten har en central roll. Då rehabiliteringstiden är lång är det viktigt för idrottaren att bibehålla sin tilltro till sin förmåga att slutföra sin rehabilitering vilket kan påverkas av idrottarens grad av self-efficacy. Detta kan även påverkas av idrottarens värde och resultatförväntningar. I dagsläget saknas

det forskning som beskriver idrottares upplevelser efter en korsbandsrekonstruktion. Att belysa specifika upplevelser utifrån idrottarens egna perspektiv kan ge förståelse kring vilka faktorer som upplevs vara påfrestande samt underlättande vid rehabilitering.

## **2 SYFTE**

Syftet med studien är att undersöka kvinnliga idrottares upplevelse av rehabiliteringen efter en främre korsbandsrekonstruktion utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv.

## **3 METOD OCH MATERIAL**

### **3.1 Design**

Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Valet av design grundades på att författarna på ett organiserat sätt skulle kunna analysera intervjuerna. Valet gjordes också då författarna vill beskriva deltagarnas upplevelser om något (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

Analysen bygger på individers egna upplevelser och är fördomsfri vilket gör att den är av induktiv ansats. (Lundman & Hällgren, 2017)

### **3.2 Urval**

Bekvämlighetsurval av sex stycken aktiva kvinnliga idrottare som återgått till sin idrott efter en främre korsbandsrekonstruktion.

#### **3.2.1 Inklusionkriterier**

Kvinnliga aktiva idrottare som utför en kontaktsport som exempelvis innebandy, handboll och fotboll på en tävlingsnivå. Ålder var minst 18 år. Deltagarna i studien har genomgått en kirurgisk rekonstruktion efter en främre korsbandskada. Deltagarna har genomfört sin

rehabilitering och återgått till sin idrott för mellan tre till tolv månader sedan. Deltagarna har utfört ordinerad rehabilitering av en fysioterapeut.

### 3.2.2 Exklusionskriterier

Kvinnor med skador i andra extremitetsleder eller sjukdomar som påverkar rehabiliteringen efter en främre korsbandsskada. Personer som valt att avsluta sin idrott efter utförd rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion. Kvinnliga idrottare som är under 18 år.

### 3.2.3 Deltagare

Tabellen ger en beskrivning av deltagarna som deltog i intervjustudien gällande bakgrundsinformation om ålder, hur många främre korsbandsrekonstruktioner som deltagaren har utfört, när rehabiliteringen avslutades samt vilken nivå deltagarna utför sin idrott på (Se tabell 1). Sammanlagt var det sex deltagande i studien i åldrarna 20-25 år. Tre av deltagarna hade tidigare erfarenhet av en främre korsbandsrekonstruktion då de skadat sig två gånger på samma knä eller en gång i vardera knä.

Tabell 1 En beskrivning av deltagarna i studien.

Ålder	Antal främre korsbands skador	Färdig med rehabilitering	Nivå inom sin idrott
21 år	2	September 2017.	Division 1
23 år	1	November 2018.	Elitnivå
20 år	1	November 2017.	Division 2
25 år	2*	September 2017.	Elitnivå
22 år	2*	Oktober 2017.	Elitnivå
20 år	1	December 2017.	Division 3

2\* Betyder att deltagaren drabbats av en korsbandsskada en gång i vardera knä.

### **3.3 Datainsamling**

I arbetet har enskilda, semistrukturerade intervjuer utförts och utgått från intervjuguiden (bilaga A). Intervjuguiden har utformats utifrån studiens syfte där bio-psyko-sociala delar inkluderades. Bakgrundsfrågor ställdes i första hand och utvecklades sedan till att bli mer inriktade mot syftet. (Hedin, A, 2011)

Bakgrundsfrågorna frågorna innefattade allmän information om deltagarna. De inriktade frågorna innefatta information som svarar på syftet. Under intervjun förekom det också följdfrågor som författarna upplevde var relevanta för studiens syfte.

### **3.4 Tillvägagångsätt**

#### **3.4.1 Rekrytering**

Utvalda kliniker i Mellansverige kontaktades för att tillfråga fysioterapeuter som var villiga att hjälpa till med att rekrytera deltagare. Författarparet fick godkännande från verksamhetschef. Därefter kontaktade fysioterapeuterna patienter som uppfyllde inklusionskriterierna och frågade dessa personer angående intresse och tillåtelse till att skicka ut kontaktuppgifter till författarna. Efter godkännande gällande utlämning av kontaktuppgifter kontaktades de intresserade personerna sedan av författarna.

Deltagarna kontaktades skriftligen via mail och tillfrågades om deltagande i studien. Deltagarna informerades skriftligt via ett informationsbrev och muntligt vid intervjutillfället om studiens innehåll. Vid godkännande om medverkan i studien bokades en tid och plats via mail för intervju med varje deltagare enskilt. Informationsbrevet till deltagarna innehöll information om studien samt dess syfte och villkor angående deltagandet. Då det var frivilligt att delta i studien tydliggjordes det att patienterna fick avbryta deltagandet utan att behöva ange någon orsak (Bilaga B). Totalt tillfrågades 16 kvinnor av fysioterapeuterna om intresse för deltagande i studien och tillåtelse till att lämna ut kontaktuppgifter. Samtliga 16 kvinnor medgav ett godkännande till detta. Därefter tillfrågades åtta stycken kvinnor om deltagande i studien av författarna. Författarna uteslöt sammanlagt åtta kvinnor då de inte uppfyllde alla inklusionskriterier samt på grund av praktiska skäl.

#### **3.4.2 Intervjuer**

Sammanlagt utfördes åtta intervjuer där ett fysiskt möte anordnades mellan författare och deltagare. De två första intervjuerna uteslöts från studien då ändringar gjordes i

intervjuguiden på grund av att de ursprungliga frågorna inte gav adekvat information för att besvara syftet. Dessa två intervjuer fick agera som provintervjuer. Resterande sex intervjuer inkluderades i studien då inga ytterligare ändringar infördes. Samtliga intervjuer spelades in på en diktafon och tog mellan 30 -40 minuter att genomföra. Alla intervjuer delades upp mellan författarna så var och en totalt fick fyra intervjuer var att utföra. Medan den ena författaren intervjuade agerade den andra författaren som åhörare och kunde eventuellt ställa följdfrågor.

Efter varje intervju fördes det inspelade materialet över på ett USB- minne. Den inspelade ljudfilen raderades omgående från diktafonen på plats. Transkribering av intervjuerna delades upp mellan författarna då det skulle blivit för invecklat att sitta tillsammans på grund av olika hemorter. Transkribering av insamlat material skedde inom samma vecka som intervjun genomförts. Vid transkribering uteslöt författarna överflödiga ord som eeee, liksom, typ och långa pauser. Avidentifiering av samtliga deltagare gjordes genom att utesluta platser och personer som nämnts i intervjuerna. Dessa namn eller platser ersattes med xxxx vid transkribering av intervjuerna. För att inte deltagarna ska kunna identifieras namngavs de som siffror 1 till 6 i det transkriberade materialet. Allt inspelat material samt personuppgifter från intervjuerna raderas efter användning och godkänt arbete med hänsyn till sekretesslagen (SFS 2009:400).

### **3.5 Dataanalys**

Insamlad data från intervjuerna har analyserats utifrån en kvalitativ innehållsanalyserande metod med en induktiv ansats. Induktiv ansats innebär att det insamlade materialet inte analyseras utifrån en förutbestämd teori. Vid användning av en kvalitativ innehållsanalyserande metod kan textinnehållet tolkas utifrån olika nivåer. Nivåerna avser likheter och skillnader angående det insamlade materialet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

Efter transkribering av inspelade materialet läste författarna samtliga intervjuer ett flertal gånger på varsitt håll. Samtidigt som författarna läste intervjuerna markerades meningsenheter ut som svarade på syftet. Meningsenheter innebär att meningar, ord eller stycken från en text tas ut (Lundman & Granheim, 2012). Författarna träffades sedan fysiskt och diskuterade de uttagna meningsenheterna och placerade de som var adekvata för studien i en tabell i Word.



För att lära sig hur en kvalitativ innehållsanalys går till använde sig författarna sig av post it lappar och analyserade en utav intervjuerna skriftligt för hand. Resterande intervjuer analyserades via användning av en tabell i Word fram tills att koderna skulle kategoriseras.

Efter att författarna tagit fram samtliga meningsbärande enheter gjordes en kondensering för att få fram det betydande innehållet för studiens syfte. En kod skapades sedan till varje meningsbärande enhet. Slutligen skapades kategorier utifrån kodernas innehåll.

Kategorierna skapades genom att författarna skrev ner samtliga koder på post it lappar och placerade framför sig för att få en överblick över materialet. Därefter sorterades koder med liknande innehåll ihop med varandra och en underkategori eller kategori skapades utifrån kodernas innehåll. Koderna formulerades så att de endast kunde placeras under en kategori.

Underkategorier skapades för att kunna placera koder med liknande innehåll under en och samma huvudkategori. Se tabell 2 för en beskrivning om tillvägagångssättet vid utförande av analysen. Underkategorierna placerades sedan med liknande innehåll i samma huvudkategori (Lundman & Hällgren- Granheim, 2012). Efter att varje underkategori och kategori tagits fram sammanställdes dessa med koderna i ett så kallat kodschema i en tabell i Word. Se tabell 3 för ett exempel från studien på hur en meningsbärande enhet blivit en kod som sedan kategoriserats.

Därefter plockade författarna ut citat utifrån varje kategorierna för att på så sätt få en mer detaljerad information om deltagarens åsikter. För att få en variation i resultatet valdes citat ut från alla deltagare.

*Tabell 2.* Beskrivning av vad varje komponent i en kvalitativ innehållsanalys innebär. (Lundman och Granheim, 2012)

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Ord, meningar och stycken från intervjuerna som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang.	Meningsbärande enheten görs kortare och mera lätthanterlig med endast det centrala innehållet kvar.	En etikett för meningsenheten som beskriver den kondenserade meningsenheten.	Utgörs av flera koder men liknande innehåll och är textnära.	Underkategorier som har liknande innehåll placeras under en och samma kategori som är mer övergripande.

Tabell 3. Exempel från vår studie hur analysen har utförts.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>"Måste bara sluta tänka så mycket och bara köra på men det är det som är det svåra. Det är mitt huvud som är problemet."</i>	Måste sluta tänka och köra på för jag är hel men det sitter i huvudet.	Det sitter i huvudet.	Rädsla/Oro	Negativa tankar

### 3.6 Etiska överväganden

Studien har utgått från etiska principer enligt Helsingforsdeklarationen (2013), § 26 samt riktlinjer och regler för forskningsetik (<http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>). Kvinnorna som intervjuades informerades därför om att deltagandet i studien var frivilligt och gav författarna ett muntligt samtycke innan intervjun startade. Denna information var något som upprepades via mail innan intervjuerna utfördes samt muntligt vid intervjutillfället. Samtliga deltagare tilldelades också ett informationsbrev angående dess medverkande i studien, dess syfte samt information om dess villkor.

Som författare var vi förberedda på eventuella avhopp gällande deltagarna då hänsyn tagits enligt självbestämmandeprincipen vilket innebär att deltagarna har rätt att avbryta sitt deltagande när de ville. Författarna tog även hänsyn till att information som deltagaren givit under intervjun eventuellt skulle behövas raderas om denne inte ville att viss information från samtalet skulle vara med i studien.

Intervjuguiden godkändes från handledare innan utförandet av intervjuerna. Allt material som deltagarna delade med sig av vid intervjuerna hanterades konfidentiellt för att säkerställa deras integritet (SFS 1998:204). Författarna var noga med att ta hänsyn till att intervjuerna skedde på en plats där ingen annan person kunde ta del av samtalet.

Materialet från intervjuerna placerades direkt från diktafonen till ett USB-minne och raderades därefter från diktafonen. USB-minnet förvarades oåtkomligt för obehöriga. Transkriberingarna av intervjuerna förvarades på låsta datorer. Materialet på USB-minnet kommer att raderas efter slutfört och godkänt arbete. Deltagarnas anonymitet säkrades genom att vid transkribering av materialet utesluta namn och idrott av deltagarna.

## 4 RESULTAT

Utifrån analysen av det insamlade materialet framkom det flera olika faktorer som beskriver deltagarnas upplevelse av rehabiliteringen efter en främre korsbandsrekonstruktion.

Resultatet presenteras nedan med rubriker som utgår från kategorierna som författarna tagit fram under sin analysprocess. Underkategorierna är i kursiverad text i textstyckena under rubrikerna. Om inte någon underkategori har använts saknar textstyckena kursiverade ord.

Resultatet genererade i 7 kategorier och 25 underkategorier. Kategorierna beskriver deltagarnas upplevelser av rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion (Se tabell 4).

*Tabell 4.* En sammanställning av samtliga kategorier och underkategorier.

<b>Underkategorier</b>	<b>Kategorier</b>
Negativa känslor	Varierande känslor
Vill dölja känslor	
Positiva känslor	
Motivation	
Tufft i början av rehabiliteringen	Rehabiliteringsprocessen
Tidigare erfarenhet underlättar	
Framsteg i rehabiliteringen	
Jobbigt med bakslag	
Individanpassad rehabilitering	

Påfrestande att inte vara delaktig i laget	Delaktighet i laget
Delaktig på träningar	
Roll som lagledare	
Positivt med administrativa uppgifter	
Fysiska framsteg påverkar delaktigheten i laget	
Fysioterapeut	Socialt stöd
Familj	
Tränare	
Lagkompisar	
"Ingen underkategori"	Tillit till Fysioterapeut
Rädsla/oro	Negativa tankar
Låg tilltro för att återgång till sin idrott	
Låg tillit till knät	
Andra skador/gå av igen	
Eget ansvar	Struktur/ planering
Föra träningsdagbok för utvärdering	
Planering av sin träning	

#### 4.1 Varierande känslor

I samband med en främre korsbandsskada upplevs många olika känslor. Dessa kan vara både positiva och negativa och dessa känslor hanteras av idrottarna på olika sätt.

Efter en främre korsbandsskada förekommer många *negativa känslor* då deltagarna bland annat beskrivit att de varit oroliga för att de inte kommer kunna återgå till sin idrott. De har även beskrivit en oro för att mista relationer i sitt lag. Deltagarna i studien har även nämnt vid flertalet tillfällen under intervjuerna det som hemskt att inte kunna vara delaktiga på matcher och träningar. Detta beror enligt deltagarna dels på att det fått dem att känna sig värdelösa men också obetydelsefulla för laget vilket nedanstående citat beskriver:

”Kände mig ju värdelös i början... Var ju inte direkt betydelsefull för laget.” (Deltagare 6)

Deltagare i studien har hanterat dessa olika negativa känslor genom att antingen stänga av dem eller att *vilja dölja känslorna* i hopp om att inte behöva prata med andra om dessa. Enligt deltagarna har det tagit för mycket energi och fokus från deras rehabilitering eftersom det påverkat dem väldigt mycket emotionellt. De menar att de framförallt i början av rehabiliteringen sparade mycket energi genom att inte prata om känslorna och istället försöka tänka positivt.

”Försökte dölja mina känslor, gick liksom i min bubbla vilket hjälpte mig. Blev för ledsen annars.”  
(Deltagare 1)

I samband med att deltagarna upplevt framgång i sin rehabilitering har de också upplevt många *positiva känslor*. De positiva känslorna kommer enligt deltagarna dels ifrån lagkompisar och andra relationer då de fungerat som ett stöd. Dessutom kommer också mycket positiva känslor i samband med att deltagarna nått nya faser i rehabiliteringen.

”Det har ju inte alltid varit dåligt, min familj har ju gjort mig glad många gånger genom att stötta och peppa.” (Deltagare 1)

Deltagarna har beskrivit att *motivationen* varierat väldigt mycket under rehabiliteringsperioden. Under några perioder har det varit svårare att bevara den och enligt deltagarna har det berott på hur svårt eller lätt det varit att ta sig fram i rehabiliteringen. Relationer till deltagarna har bidragit med stöttning vilket det enligt deltagarna gjort att motivationen antingen bibehållits eller till och med höjts. En annan positiv känsla som gjort att majoriteten av kvinnorna bibehållit sin motivation för rehabiliteringen är dess längtan att få utöva sin idrott igen.

”Det är klart att det är lite läskigt men jag längtade ju så mycket att få spela tillsammans med mitt lag igen.” (Deltagare 2)

Idrotten är en stor del av deltagarnas liv då de utfört sin idrott i större delen av sitt liv. Då idrotten är av en sådan stor betydelse för deltagarna så gav det automatiskt motivation till att komma tillbaka. Deltagarna beskriver samtidigt betydelsen av att få motivation och skapa den under en rehabiliteringsprocess efter en främre korsbandsrekonstruktion. Deltagarna uppgav också att det var viktigt att se sin målbild och ha ett långsiktigt mål med sin rehabilitering. Nedan beskrivs idrottens betydelse samt vilka strategier deltagarna använde sig av för att skapa motivation:

”Jo men min motivation har alltid varit bra från början då idrotten är viktig för mig.”  
(Deltagare nr 6)

”Jag tror att det hjälpte mig mycket att vara nere på träningarna. Det gav mig en push men det var ju självklart också jobbigt att se dem spela typ match.” (Deltagare nr 4)

## 4.2 Rehabiliteringsprocessen

Det framgår tydligt att deltagarna upplevde rehabiliteringsprocessen som krävande både mentalt och fysiskt. Den mentala påfrestningen upplevdes som mer krävande då det fysiska påverkades och styrdes av det mentala. Vad för typ av mental påfrestning och känslor som uppkommit har varierat något mellan deltagarna generellt under hela rehabiliteringsprocessen. Dock kan liknande upplevelser påvisas av rehabiliteringen i olika faser.

Deltagarna belyser att det är *tufft i början av rehabiliteringen* precis efter utförd rekonstruktion. De beskriver att det varit både en mental och fysisk påfrestning vilket nedanstående citat beskriver:

”Första tiden efter operationen var skitjobbig. Jag var ju bara ledsen hela tiden och tyckte att allting gick emot mig.” (Deltagare nr 3)

”Den första tiden efter operationen var ganska tuff och jobbig. Man känner sig så himla svag och... ja det var man ju... ” (Deltagare nr 5)

Samtidigt påvisades en avvikande upplevelse hos deltagarna som utfört en främre korsbandsrekonstruktion mer än en gång. Deltagare som har *tidigare erfarenhet av rehabilitering* efter en främre korsbandsrekonstruktion upplever inte tiden direkt efter rekonstruktion som lika jobbig och tuff. Deltagarna beskriver att de upplever rehabiliteringen som att vara lättare och mer lugn jämfört med första gången. Följande citat beskriver hur två av tre deltagare upplevde skillnad mellan första och andra rehabiliteringen:

”Det gick bättre andra gången. Då var det mer lugnt men jag körde hårdare med andra knät men med mer kontroll.” (Deltagare nr 4)

”Andra gången var det lite lättare för då visste man ju hur man skulle gå tillväga om man säger, man visste vad man hade framför sig, de var inte lika tungt att gå till träningen.” (Deltagare nr 5)

*Framsteg i rehabiliteringen* är något som upplevs som positivt och som en form av lättnad och glädje. Framstegen är dock lite olika för varje deltagare. Samtidigt beskriver deltagarna att framsteg oftast innebär när de kan göra något som är kul och kunnat göra innan utförd

rekonstruktion av främre korsbandet. Framsteg innebär därmed inte endast om deltagaren kan gå vidare till nästa fas i rehabiliteringsprogrammet utan det är också när deltagaren kan utföra saker de känner igen och har gjort innan. Deltagarna upplevde att det ”vände eller att det äntligen gick framåt” när de fick utföra dessa moment vilket nedanstående citat beskriver:

”Och när jag kunde göra det igen, alltså marklyft och knäböj, asså det var så kul för att då kändes det som att man är på gång med saker.” (Deltagare nr 2)

Samtidigt som deltagarna beskriver framsteg så beskrivs det även att *bakslag* förekommit under rehabiliteringsprocessen. Upplevelsen av bakslagen var att det var jobbigt mentalt och att det uppkom en frustration i samband med detta. Bakslagen upplevdes som ett hinder för att komma vidare och bli bättre. Deltagarna beskrev att frustrationen uppkom då det var brist på förståelse om varför bakslagen inträffade.

”Nej jag har haft bakslag det var ganska tidigt det var ganska jobbigt mentalt.”  
(Deltagare nr 2)

”En gång fick jag bakslag och jag blev så frustrerad för jag förstod inte vad jag gjorde för fel.” (Deltagare nr 1)

Deltagarna i studien utför en idrott på tävlingsnivå och belyste att det var viktigt med *individanpassad rehabilitering*. Det deltagarna menade med individanpassad rehabilitering var att rehabiliteringsprogrammet skulle vara inriktat mot den idrott de utför. Det framkom att individanpassade rehabiliteringsprogram där övningar och träningsmoment var mer inriktat mot den idrott som deltagarna utför användes. Exempel på detta kunde vara att de utförde speciella övningar där moment som ingår i den specifika idrotten inkluderades. Detta upplevdes som positivt av deltagarna då det skapade motivation. Nedanstående citat beskriver hur deltagare som haft idrottsspecificerad rehabilitering upplevde detta:

”Och något annat som var riktigt bra var att hon la upp träningen så att det var specifikt mot min idrott. Så jag fick komma tillbaka stegvis. Tyckte det var väldigt bra, det blev roligare.” (Deltagare nr 3)

Deltagare som inte fått någon idrottsspecifik rehabilitering uppgav missnöjet angående detta och hur det påverkade andra viktiga faktorer i en rehabiliteringsprocess. Deltagarna beskrev att de hade utgått från ett standardprogram och upplevde frustration över att det kändes som att deltagarna inte var idrottare. Deltagarna upplevde istället att det kändes som att man var en patient som ville få ett bra liv och funktion i vardagen. De uppgav att detta påverkade motivationen och förståelsen till varför vissa övningar utfördes vilket nedanstående citat beskriver:

”Rehabiliteringen var inte idrottsinriktad. Jag gjorde nog bara standardprogrammet och det var lite tråkigt för det var ibland svårt att hålla motivationen uppe ibland.”  
(Deltagare nr 6)

### 4.3 Delaktighet

Deltagarna i studien har nämnt att deras identitet går hand i hand med den idrott som de utövar då de både har tränat och tävlat under många års tid. De beskriver också att många av deras närmsta vänner spelar i det lag som de är delaktiga i. Detta har i sin tur gjort att de inte haft tid att umgås med sina vänner i samma utsträckning som när de kunde utöva sin idrott.

Därför har deltagarna i studien belyst att det varit *påfrestande att inte vara delaktig i laget* under framförallt den första tiden efter operationen när de inte kunnat vara med någonting alls. Delaktigheten i det här fallet innebär bland annat att sitta bredvid och kolla på lagets träningar men framförallt under matcher. Att kolla på träningar och matcher var väldigt jobbigt för deltagarna då de diskuterade betydelsen för dem att själva kunna utöva idrotten.

”Det jobbigaste var ju att komma ner på matcher och inte få vara med och påverka det som hände på planen.” (Deltagare 6)

”Jag var ju alltid nere på laget träningar... eller ja i alla fall de sista sex månaderna så var jag alltid nere och körde min rehab samtidigt. De första sex månaderna ville jag liksom inte ens åka ner på träningarna för jag kände bara att jag ville spela.”  
(Deltagare 3)

Att kunna vara *delaktig på träningarna* är något som har varit viktigt för deltagarna. Detta berodde bland annat på av att de uppgav en oro inför att mista relationer med lagkompisar. Deltagarna nämner att det bland annat beror på att rehabiliteringen är lång och många övningar måste göras i gymlokaler och inte där resten av laget tränar. Deltagarna har hanterat denna situation genom att utföra vissa av sina rehabiliteringsövningar vid sidan av planen för att ändå känna sig delaktiga trots att det enligt dem inte varit helt optimalt. Under den sista delen av rehabiliteringen har deltagarna kunnat delta i delar av lagets träning och därför också upplevt en större gemenskap.

”När jag var på sidan av planen och gjorde mina övningar kände man ju sig lite mer delaktig i alla fall även fast jag inte riktigt kunde göra alla övningar ordentligt.”  
(Deltagare 5)



För att inte känna sig isolerade från laget beskrivs en strategi av deltagarna i studien att vara delaktiga kring sitt lag på något annat sätt än bara vid träning och matchspel. Deltagarna blev därför tilldelade andra uppgifter i laget av deras tränare vilket exempelvis kunde innebära en roll som *lagledare* eller *administrativa uppgifter*. Deltagarna som varit en del av sitt lag genom delar/större delen av eller hela rehabiliteringstiden har uppskattat detta i efterhand. Deltagarna nämner också i intervjuerna de uppskattat att de varit delaktiga på grund av att de bevarat sina relationer och dessutom under tiden även fått mycket stöd.

”Mina tränare involverade mig lite mer i laget, jag fick andra roller... exempelvis lite administrativa saker så jag kände mig mer delaktig i laget.” (Deltagare 1)

Deltagarna nämner att *fysiska framsteg påverkat delaktigheten i laget*. Deltagarna menar att det framförallt upplevdes som befriande och som en lättnad när de fick börja springa i en av faserna i rehabiliteringsprocessen. Att få börja springa påverkade deltagarna inte bara fysiskt utan också som spelare i laget. Deltagare i studien uppger att de blev mer delaktiga på träningar och kunde delta på dessa mer vilket även gav en positiv påverkan mentalt också. Detta är något som ytterligare deltagare i studien belyser på ett annat sätt. De menar att när man kommit till en fas i rehabiliteringsprocessen där de blivit mer aktiva och starkare så upplever dem att det också påverkar delaktigheten i laget.

”Det som var mest jobbigt var nog ändå hela tiden att nå fram tiden tills det att man fick börja springa. För när man kunde springa kunde man kanske vara med på några övningar med laget. Då kände man sig delaktig.”(Deltagare nr 5)

#### **4.4 Socialt stöd**

Samtliga kvinnor som deltagit i studien belyste vikten av att ha ett socialt stöd från sin omgivning i samband med rehabiliteringen efter korsbandsrekonstruktionen. För att ta sig ur tuffa perioder umgicks några av deltagarna mycket med sina föräldrar, vänner och lagkompisar. Dessa relationer uppmuntrade deltagarna att fortsätta och påminde dem om vad de skulle komma tillbaka till efter rehabiliteringen. Vart ifrån deltagarna fått sitt sociala stöd har varierat mellan deltagarna men samtliga har vänt sig till någon i sin omgivning.

En viktig del i rehabiliteringen vid återgång till idrott är idrottarens *fysioterapeut*. En upplevelse av deltagarna är att ett stort stöd från fysioterapeuter är en fördel i rehabiliteringen. Stödet från fysioterapeuten under rehabiliteringstiden har enligt deltagarna gjort att de fått en stark relation till sin fysioterapeut. Stödet har enligt deltagarna också byggts av fysioterapeuters stora kunskap, tillgänglighet och engagemang.

”Hon sa att jag alltid fick ringa om jag undrade något som rörde knät, det är ganska sjukt faktiskt... vilken stöttning man fick.” (Deltagare 3)

Deltagare har nämnt att deras *familj* har varit en av de mest centrala delarna i rehabiliteringen. Både föräldrar och syskon har varit väldigt uppmuntrande för fortsatt rehabilitering under perioder som varit mer problematiska, både mentalt och fysiskt. Detta stöd har betonats som en väldigt viktig del i rehabiliteringen från samtliga deltagare.

”Jag har tänkt såhär... asså nej nu lägger jag av men då har min familj stöttat mig och fått mig på rätt spår igen. De har varit jättestöttande.” (Deltagare 5)

Deltagare i studien belyste även hur deras *tränare* spelat en viktig roll i rehabiliteringen men framförallt övergången mellan slut-testerna och fullt spel. Det var av stort värde för deltagarna att få bli sedda av sina tränare och att ha en känsla av att de brydde sig om dem. Deltagarna upplevde framförallt att det var skönt att tränaren inte bara brydde sig om knät utan också hur deltagaren mårde mentalt.

”Vid träningarna frågade han alltid mig hur dags-status såg ut... asså både hur knät mårde men också hur hela jag mårde”. (Deltagare 5)

Deltagarna i studien har även diskuterat mycket kring hur *lagkompisar* varit en stor bidragande faktor för återgång till idrotten. När deltagarna kom ner till träningar med laget under deras rehabiliteringstid har lagkompisarna bidragit med mycket stöd och motivation. Deltagare har fått sällskap av någon eller några lagkompisar till gymmet för att utföra rehabiliteringen vilket varit väldigt uppskattat eftersom det bidragit till att bevara sociala relationer. Framförallt har lagkompis/-ar som också genomgått en främre korsbandsrekonstruktion och därmed har liknande erfarenhet kunnat bidra med en annan typ av förståelse. Dessa personer har även kunnat bidra med exempelvis råd från sin egen rehabilitering.

”Jag skrev till en i laget som kommit tillbaka från sin korsbandsskada att allt kändes hopplöst. Hon svarade då att hon hade känt samma men att aa det är bara att kämpa på för du kommer tillbaka”. (Deltagare 1)

#### **4.5 Tillit till Fysioterapeuten**

Det betonades att *tillit till sin fysioterapeut* var viktigt för deltagare under rehabiliteringsprocessen. Genom att känna tillit till sin fysioterapeut upplevde deltagarna en trygghet och att fysioterapeuten i fråga bar på mycket kunskap. Detta underlättade för

deltagare då de vågade ställa frågor och veta om att de får svar. Dock är det deltagare som beskriver att det var något bristfälligt på informationen om varför de gjorde saker och ting i deras rehabilitering. Deltagarna i studien menade då att det förmodligen handlade om pedagogiken och inte kunskapen för deltagarna upplevde stor tillit till sin fysioterapeut ändå. Nedanstående citat bevisar att tillit till fysioterapeuten är något som är av stor vikt under rehabilitering efter främre korsbandsrekonstruktion:

”Jag har verkligen litat på fysioterapeut det känns som att han kan allt, det är en sån trygghet.”(Deltagare nr 2)

”Samarbetet med min fysioterapeut var bra. Jag litar ju på honom till 100% så det gick ju bra.” (Deltagare nr 4)

#### 4.6 Negativa tankar

Under en lång tid av rehabilitering förekommer många negativa tankar vilket i sin tur påverkat den psykologiska delen hos deltagarna. De negativa tankarna har förekommit under olika delar av rehabiliteringen och är mer påtagliga direkt efter operationen enligt deltagarna.

Deltagarna i studien har nämnt att de hade många tankar kring *rädsla och oro* under deras rehabilitering. Rädslan som fanns hos deltagarna berodde dels på att skadorna på de främre korsbanden hade förekommit utan närkontakt. Detta innebar att rädslan inte bara kom vid exempelvis motlägg eller närkamper utan även vid snabba vändningar och hopp. Deltagarna i studien har även beskrivit att det var en stor oro för att förlora relationer med vänner i laget.

”Jag hade jätteofta dippar, jag är en person som alltid antytt mig mycket till idrotten så när jag inte kunde köra så var jag under perioder väldigt ledsen... Jag gick under, var helt förstörd.” (Deltagare 3)

Under olika perioder av rehabiliteringen har deltagare i studien haft *låg tilltro för att återgå till sin idrott*. De hade någon gång under rehabiliteringen tankar på att ge upp och ville därför sluta med sin idrott. En orsak till detta var enligt deltagarna att rehabiliteringstiden var väldigt lång och därför de ifrågasatte de ifall det var nog värdefullt för dem att återgå till sin idrott igen.

”Man tänkte ju ibland att man inte skulle komma tillbaka...Var liksom all rehabilitering i onödan?” (Deltagare 5)

Deltagarna i studien har även beskrivit att de haft *låg tillit till sitt knä*. Även fast slut-tester utförts efter månader av rehabilitering och dessa visat att de är fysiskt redo för återgång så litade deltagarna inte på sina knäleder vid återgången till idrotten. De nämner att det var framförallt det mentala som påverkade dem att inte återgå tidigare till idrotten.

”Det var ju mer att jag verkligen inte litade på knät när jag skulle börja utöva idrotten igen.” (Deltagare nr 6)

Deltagarna uppgav också att det hela tiden fanns en tanke om att det skulle förekomma *andra skador* eller att det främre korsbandet skulle *gå av igen*. Dessa tankar och känslor uppkommer enligt deltagarna fortfarande i vissa situationer. Speciellt de situationer som liknar händelsen när deras korsband gick av vilket varierat bland deltagarna.

”Jag trodde liksom att det skulle gå av igen..jag var jätterädd för det.” (Deltagare 6)

#### 4.7 Struktur och planering

Något som nämndes under intervjuerna var att det är av stor vikt att både ha disciplin och struktur under en lång rehabiliteringsprocess. Deltagarna i studien har därför beskrivit det som att det inte bara är fysioterapeutens ansvar att rehabiliteringen utförs. De beskriver snarare att de även måste *ta eget ansvar* som individ och idrottare för bästa möjliga resultat. Detta är något som deltagarna belyser vid flertalet tillfällen under intervjuerna och trycker på att detta både är viktigt och lärorikt.

”Nej asså, jag tror att det är viktigt att jag tar eget ansvar för rehabiliteringen också men jag fick stöd av min fysioterapeut såklart.” (Deltagare 4)

Deltagare i studien har utfört *planering av sin träning*. Att planera sin träning har hjälpt deltagare att kunna utföra viss del av rehabilitering på gymmet men också en del vid sidan av planen. Detta har i sin tur bidragit till att deltagarna upplevt att det kändes som en trygghet och som något positivt att veta vad de skulle göra vid varje tillfälle.

”Det var skönt att ha sin träning planerad, visste liksom vart och när jag skulle göra olika saker.” (Deltagare 4)

Det framgick även att föra träningsdagbok användes som en strategi för att strukturera upp och utvärdera rehabiliteringsträningen. I dessa träningsdagböcker noterade deltagarna vilka vikter och övningar som använts under träningarna. På det här sättet kunde de enkelt gå tillbaka till vad de gjort vid tidigare träningstillfällen. På det sättet kunde även fysioterapeuterna ha koll på hur det gick för deltagarna i rehabiliteringen. Att föra en dagbok

var fysioterapeutens rekommendation för att kunna få ner utvecklingen skriftligt så både fysioterapeuten och deltagaren kunde se utvecklingen. Citatet nedan beskriver upplevelsen av att föra en träningsdagbok:

”Planerade alltid vad jag skulle göra i en dagbok och var väldigt disciplinerad och det har hjälpt mig under min rehabilitering.” (Deltagare nr 2)

## **5 DISKUSSION**

### **5.1 Resultatsammanfattning**

Syftet med studien var att undersöka kvinnliga idrottares upplevelser om rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion. Resultatet påvisade att olika faktorer var av betydelse för deltagarnas upplevelse av rehabiliteringen. Faktorerna som framkommit under intervjuerna har varit allt från deltagarens egna tankar och känslor till hur deras upplevelse av fysioterapeuten och omgivningen har varit under rehabiliteringsprocessen. Utifrån resultatet kan ett flertal faktorer kopplas samman med socialkognitiva teorin och rädsla undvikande modellen vilket diskuteras i diskussionsavsnittet.

### **5.2 Resultatdiskussion**

Studiens resultat kan beskrivas utifrån den social-kognitiva teorin där deltagarnas rehabilitering påverkats av dess omgivning och olika beteenden. Efter analysen av resultatet har författarparet noterat att kvinnliga idrottares omgivning spelar en central roll i upplevelsen av rehabiliteringen. Rehabiliteringen är lång och under perioder där deltagarna varit nedstämda har relationer uppmuntrat för fortsatt rehabilitering trots att deltagarna ibland velat ge upp. Utifrån studiens resultat kan man tolka att idrottaren får en positiv förstärkning av omgivningen i samband med rehabiliteringen.

Resultatet från vår studie visar två typer av tilltro till sin förmåga. Det handlade dels om tilltron till knäts stabilitet och funktion men också tilltron till återgång till idrotten. En stor del i teorin handlar också om self-efficacy vilket enligt Bandura (1986) innebär tilltro till sin förmåga att klara av en specifik situation vilket speglar vårt resultat. Deltagarna i studien hade generellt låg tilltro till både knät samt inför deras återgång till idrotten. Författarparet

upplever därför att det möjligtvis kan vara betydande att stärka idrottares tilltro till sin förmåga att ta sig tillbaka till idrotten.

Utifrån analysen av det insamlade materialet påvisades också att deltagarna hade minskad tillit till knät. Detta är något som Van Melick et. al, (2016) beskriver vara en del av rehabiliteringsprocessen som påverkar patienten negativt och bör därmed tas hänsyn till. Van Melick et. al, (2016) menar på att patientens tillit till knät bör beaktas och detta via användning av olika tester. "Self- efficacy knee scale" (Thomeé et al., 2006) är ett test som man kan använda sig av som mäter patientens tilltro i relation till knäts förmåga. Utifrån studiens resultat kan författarparet se att det möjligtvis kan finnas ett behov att använda sig av ett bio-psyko-socialt arbetssätt för idrottare som genomgått en korsbandsoperation. Det bio-psyko-sociala arbetssättet tar inte bara hänsyn till skadan utan också hur individen mår psykiskt.

Deltagarna beskriver även en längtan att återgå till idrotten. Deltagarna i studien upplever att en anledning till att de har varit så ihärdiga med rehabiliteringen trots att tiden för återgång är väldigt lång beror att de längtat efter att återgå till idrotten. Detta trots motgångar, negativa tankar och bakslag. Den social-kognitiva teorin kan därmed beskriva hur resultat och värdeförväntningar påverkar återgången till idrotten då beteenden enligt Dension & Åsenlöf (2015) styrs efter föreställningar och konsekvenser.

Utifrån studiens resultat framkommer det att deltagarna upplever att fysioterapeuten bör ta hänsyn till vilka resultat och värdeförväntningar som idrottaren har under rehabiliteringen. I en studie av Hildingsson, Fitzgerald & Alricsson (2018) beskrivs det att förväntningar samt hur viktigt det är för idrottaren att komma tillbaka till tidigare tävlingsnivå spelar en roll i hur ihärdig idrottaren är i sin rehabilitering. Deltagarna nämner vid flertal tillfällen under intervjuerna att det är viktigt att deras fysioterapeut försökt att bidra till att idrottaren bibehåller en god inställning till träning samt återgång under hela rehabiliteringen.

Samtliga deltagare i studien nämner att deras rädsla för återgång till sin idrott påverkat dem på grund av att de varit väldigt oroliga för en ny korsbandsskada ska uppstå. Enligt en studie av Hsu, Meierbachtol, George & Chmielewski (2017) leder rädsla inför återgång till både fysiologiska och psykologiska förändringar vilket kan påverka resultaten för rehabiliteringen negativt. Den negativa påverkan kan exempelvis vara att rehabiliteringstiden blir längre samt att deltagaren kan få ökad rädsla och minskad motivation inför återgång.

De kvinnliga idrottare som ingått i vår studie beskriver att de identifierat sig med sin idrott och har velat återgå så snabbt som möjligt. Rehabiliteringstiden är lång och negativa tankar och känslor har under vissa perioder tagit över då deltagarna beskrivit rädsla och oro inför

återgång. De negativa känslorna har framförallt berott på bakslag eller en frustration över att inte ta sig fram i rehabiliteringen. Eftersom deltagarna i studien uppfattat det som ett hinder kan det möjligtvis vara en viktig aspekt att ta hänsyn till både som fysioterapeut och anhörig. Enligt rädsla-undvikande modellen som beskrivs av Vlayen & Linton (2012) beskrivs smärtupplevelsen och rädslan idrottarens katastroftankar vilket nämnts vid flertal tillfällen under intervjuerna.

Författarna kan utifrån sin analys av intervjuerna se att deltagarna katastroftankar minskar då idrottaren fått utsättas för sin rädsla. De deltagare som fått en mer idrottsspecificerad rehabilitering där moment som liknar deltagarens idrott ingår, beskriver att de inte har haft dessa katastroftankar i lika stor utsträckning. Detta kan möjligtvis tala för att en mer inriktad rehabilitering mot sin idrott påverkar idrotten positivt gällande tilltron till sin förmåga. Deltagarna upplevde att en inriktad rehabilitering även kan bidra till att minska rädslan och katastroftankarna för återgången till idrotten. Detta kan i sin tur också leda till ökad tilltro för återgång efter att slut-tester gjorts. Det beskrivs i studien av Vlayen & Linton (2012) att om en patient inte utsätter sig för sina rädslor och katastroftankar så kan det resultera i ett undvikande beteende. Vlayen & Linton (2012) nämner även att genom en konfrontation av sin rädsla kan patienten bli återställd.

Samtliga deltagare har nämnt att de under flertal perioder under rehabiliteringen mått väldigt psykiskt dåligt och beskrivit att de haft negativa tankar vilket har påverkat deras sociala liv. Några av deltagarna har dragit sig undan från sina relationer för att inte behöva prata om sin skada. Resultatet stärks av tidigare studie av Wu, Liu, Dines, Kelly & Garcia (2016) där de diskuterar att det är vanligt att rörelserädsla kan leda till social isolering. Deltagarna upplever att det är av stor betydelse att öka delaktigheten kring laget efter en främre korsbandsskada. Majoriteten av deltagarna nämner att de varit väldigt ensamma under rehabiliteringen vilket i sin tur väckt negativa tankar. I en studie av Hao-Hua, Max Liu, Joshua, John & Grant (2016) har de diskuterat hur man ska ta hand om en patient som fått en depression i samband med korsbandsskadan. Deltagarna upplever att det är viktigt att uppmärksamma deras mående för att minska risken att de avslutar sin idrottskarriär. Enligt Wu, Liu, Dines, Kelly & Garcia (2016) är det vanligt med negativa tankar efter operationen och dessa kan bidra med psykosociala hinder. De nämner också att dessa olika faktorer kan störa återställningsprocessen.

Det sociala stödet som deltagarna fått har varit väldigt viktigt för dem, framförallt under de perioder som det varit lite tuffare. Både familj, lagkompisar och fysioterapeut har bidragit med att ge uppmuntran till fortsatt rehabilitering när motivationen under perioder varit sämre. Majoriteten av deltagarna har exempelvis haft någon person som följt med dem till gymmet vid rehabiliteringen för att inte behöva gå dit själva då de upplevt att det varit

påfrestande. Det sociala stödet har ökat deltagarnas välmående vilket deltagarna också tror kan vara en bidragande orsak till fullföljande av rehabilitering. Detta kan stärkas av en studie av Reblin & Uchino (2008) där de undersökt vikten av hur socialt och emotionellt stöd genom olika relationer bidrar till bevarande av psykisk hälsa.

Det har varit viktigt för deltagare i studien att ha tillit till sin fysioterapeut. Tilliten byggdes upp genom att fysioterapeuten bidragit med kunskap, stöd och engagemang under rehabiliteringstiden. Studiens resultat visar att det kan möjligtvis vara viktigt för deltagare att kunna få svar på sina frågor då dessa varit många. Deltagarna upplever det som något positivt att fysioterapeuten är väl påläst. Författarparet har inte hittat vetenskapligt stöd för hur tillit till fysioterapeuten påverkar en idrottare vid främre korsbandsskada vilket kan vara uppslag för vidareforskning.

Det var påfrestande för majoriteten av deltagarna i studien att kolla på träningar och matcher vilket påverkade delaktigheten i laget. Detta på grund av att de undvek framförallt matcher eftersom de gärna hade velat vara med själva och påverkat spelet. Utifrån analysen av resultatet noterades en skillnad kring vilken fas under rehabiliteringen som deltagarna drog sig undan från sitt lag. När deltagarna inte kunde vara delaktiga alls på lagets träningar, det vill säga framförallt under de första månaderna efter operationen så uttryckte deltagarna att det var mest påfrestande att sitta vid sidan. Majoriteten av deltagarna upplevde att det var viktigt för dem att tränaren fick information om detta och se till att deltagarna blir mer delaktiga direkt efter utförd rekonstruktion. Några av deltagarna i studien fick andra uppgifter och roller i laget för att fortsätta känna sig delaktiga i laget vilket kvinnorna i efterhand uppskattat. Författarna har inte hittat vetenskapligt stöd för hur delaktighet i laget under rehabiliteringstiden påverkar den skadade idrottaren. Detta kan vara intressant för vidareforskning.

Utifrån resultatet påvisas en skillnad mellan olika faser i rehabiliteringsprocessen gällande hur deltagarna upplever sin rehabilitering. Det framgår tydligt att då deltagarna får börja springa eller utföra träningsmoment som de gjorde innan rekonstruktionen gav en positiv påverkan. Deltagarna får en känsla av framgång och ökad delaktighet. Deltagarna upplever att delaktigheten påverkas eftersom att deltagaren kan delta och vara mer aktiv på träningarna. Detta kan möjligtvis stödja att man som fysioterapeut bör delvis ordinera rehabiliteringsträning som kan utföras på träningar samt som är inriktade mot idrotten. I studien av Reblin & Uchino (2008) nämner de att om en person inte har en känsla av att vara del av en grupp och ett sammanhang så kan det leda till psykisk ohälsa.

Att planera träning och ha struktur i sin rehabilitering var något som hjälpte deltagarna. Detta var något som de fick ta eget ansvar för men de fick också verktyg och förslag av sin



fysioterapeut för att genomföra detta. Dessa verktyg innefattade bland annat träningsdagbok där deltagare kunde se hur deras tidigare träningar gått, om de uppfattat någon känsla som påverkat träningen och vilka vikter som använts. Att föra träningsdagbok på detta sätt ansågs som positivt både av deltagare och fysioterapeut. Vidareforskning inom detta område skulle vara intressant att utforska då det vetenskapliga stödet är bristfälligt.

### **5.3 Metoddiskussion**

Studien är av kvalitativ design med en induktiv ansats. Då studiens syfte grundar sig på individens upplevelser av rehabiliteringen efter en främre korsbandsskada ansåg författarna att det var fördelaktigt att använda sig av vald design. Detta på grund av att induktiva ansatsen innebär att författarna utgår från vad deltagarna beskriver i intervjuerna och slutligen kopplar det till en teori. Användning av en deduktiv ansats skulle å andra sidan innebära att författarna utgår från en teori. Därefter skapas en hypotes som sedan bekräftas utifrån observationen (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Nackdelen med användning av en induktiv ansats kan vara att man som författare inte är lika förberedd och påläst på ämnet. Vid en deduktiv ansats kan det vara fördelaktigt då författaren redan innan datainsamling är påläst om teorin som man ska utgå ifrån.

Analysen av det insamlade materialet ska enligt den induktiva ansatsen utföras av författarna utan någon förutfattad tanke angående resultatet. Valet av ansats lämpade sig därmed då studien utgår från människors berättelser och upplevelser utan någon förbestämd teori. Det som stärker valet av ansats och design ytterligare är att underkategorier och kategorier inte tagits ut i förväg innan utförd datainsamling (Granskär & Höglund- Nielsen, 2012).

Författarna la ner mycket tid och energi för att ta fram adekvata delar som bygger på deltagarnas beskrivningar från materialet som svarade på syftet. Analysen blev därmed grundligt utförd på ett fördomsfritt sätt.

Kvalitativ design utgår från att man på ett sammanhängande sätt vill beskriva personens uppfattning, upplevelse eller tankar och känslor om något. Målet med att använda sig av en kvalitativ metod är att försöka förstå det specifika vilket stärker författarnas val av design på studien. (Hedin, 2011) Om studien istället skulle utgå från en kvantitativ design skulle analysen utförts utifrån ett mer objektivet perspektiv då den bygger på faktiska värden. Målet med studien skulle därmed istället vara att beskriva, förklara och bevisa samband (Carter & Lubinsky, 2016). Fördelen med att använda sig av kvantitativ design kan vara att resultatet blir konsekvent och utgår från exakt samma frågor där inga följdfrågor kan ställas. Resultatet kan därmed bli mer överförbart och trovärdigt.

En främre korsbandsrekonstruktion innebär en lång rehabiliteringsprocess som både påverkar idrottaren psykologiskt och fysiskt. Att utföra intervjuer ökar möjligheten till att få med deltagarens tankar och känslor. Ytterligare en fördel med att utgå från en kvalitativ design med intervjubaserad datainsamling är att man via ett fysiskt möte kan bygga upp ett förtroende. Förtroendet mellan författaren och deltagaren kan resultera i ett mer nyanserat och starkare resultat då deltagaren vågar öppna upp sig mer (Kvale & Brinkman, 2014). Detta var något som författarparet upplevde under samtliga intervjuer. Författarparet har även tagit hänsyn till att deltagarna i studien inte vågat diskutera kring de negativa delarna av rehabiliteringen då författarparet är studenter från fysioterapeutprogrammet.

Författarparet har varit aktsamma på att en nackdel med denna metod är att deltagarnas svar kan tolkas fel av författarna. För att undvika feltolkning och öka *tillförlitligheten* övade författarna på att utföra intervjuer genom två stycken provintervjuer. *Delaktigheten* av författarna var så neutral som möjligt under intervjuerna då ett försök till att inte samspela allt för mycket utfördes. På det sättet kan författarna försöka att minska påverkan på resultatet. Samtidigt förekom det följdfrågor från författarparet vilket påverkar delaktigheten och kan ha påverkat resultatet genom att ytterligare upplevelser uppkommit med hjälp av följdfrågorna (Lundman & Granheim, 2012).

Ett bekvämlighetsurval användes för rekrytering av deltagare i studien. Valet av urval grundade sig på praktiska skäl för att underlätta utförandet av intervjuer. 16 stycken kvinnliga deltagare tillfrågades av fysioterapeuterna och samtliga medgav ett godkännande till att ge ut sina kontaktuppgifter till författarna. Utifrån information om samtliga deltagare som tillfrågades kunde därmed författarna välja ut och tillfråga de personer som var mest lämpliga att delta i koppling till studiens syfte samt utifrån studiens inklusionskriterier. Via användning av detta val ökas studiens *giltighet* då en djupare förståelse för hur rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion upplevs eventuellt kan uppnås. För att stärka giltigheten ytterligare valde författarna kvinnliga idrottare med olika idrotter. Detta bidrar till att en bredare bild skapas angående ämnet (Lundman & Hällgren, 2012). Å andra sidan kan det vara till en nackdel att deltagarna utför olika idrotter i en liten studie som denna. Detta på grund av att rehabiliteringen samt idrottens påfrestning eventuellt kan se olika ut beroende på vilken idrott man utför. Detta är något som bidrar till att studiens mättnad är låg.

Totalt utfördes åtta intervjuer varav de två första var provintervjuer och inkluderades inte i analysen. Därmed inkluderades sex stycken intervjuer i studien. Då det endast är sex stycken deltagare från två olika kliniker leder det till minskad *variation*. Risken med detta är att det inte uppnås ett relevant resultat som är varierat och kan överföras till andra kliniker. Å andra sidan kan ett större antal deltagare leda till att analysen av det insamlade materialet inte blir

lika utförligt på grund av tidsbrist. Det låga deltagarantalet anses vara för lågt för en *överförbarhet* av studiens resultat. Utifrån studiens resultat och urval värderar författarna resultatets överförbarhet och *tillförlitlighet* till att vara lågt på grund av det låga antalet deltagare samt den låga variationen. Då studien inriktar sig på kvinnliga idrottare är det även läsaren som måste göra en bedömning angående överförbarheten till andra idrottare som är under rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion.

Vidare studier där studiens ämne kan belysas mer djupgående och jämföras mellan olika grupper skulle vara av intresse. Författarnas tanke är att det eventuellt kan bidra till en mer individanpassad rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion då fysioterapeuten lättare kan ta hänsyn till idrottarens upplevelser. Samtidigt kan den utförliga beskrivningen av hur studien utförts underlätta för läsare. En värdering kan därmed lättare föras av läsaren angående om resultatet kan appliceras till andra aktiva idrottande som utfört eller ska utföra en korsbandsrekonstruktion (Lundman & Granheim, 2012). Vid användning av ett bekvämlighetsurval har författarna tagit hänsyn till att deltagarna som valt att delta i studien kan vara mer positivt inställda till rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion. Detta kan möjligtvis resultera till ett resultat utifrån ett mer positivt perspektiv. Med ett mer varierat urval med fler deltagare från fler kliniker i Sverige kanske en mer varierad syn med både positivt och negativt perspektiv framkommit. (Hedin, 2011)

Klinikerna som studien rekryterat deltagare från använde sig av liknande rehabiliteringsprogram som grund. Det som utmärkte sig vid jämförelse av klinikernas upplägg var att beroende på vilken fysioterapeut deltagaren haft, samt vilken metod man använt sig av vid rekonstruktionen kan olika varianter av rehabiliteringsövningar förekommit. Båda klinikerna hade en och samma utgångspunkt i rehabiliteringsupplägget då de alltid försökte modifiera rehabiliteringen utifrån individen. Skillnaden mellan klinikernas rehabiliteringsupplägg var därmed inte stora. Detta stärker studiens resultat då deltagarna haft liknande rehabiliteringsupplägg men olika upplevelser.

Fördelen med att deltagarna skulle avslutat sin rehabilitering och återgått till sin idrott mellan 3 -12 månader var att det fortfarande ligger nära minnet. Kravet att det ska ha gått 3 månader efter avslutad rehabilitering är också av fördel för studien. Deltagarna har därmed fått chansen att bearbeta vad som faktiskt har hänt och kunnat processa det i minnet och tänka tillbaka på vad som faktiskt hände. Nackdelen med urvalet var att en av författarna kände igen en utav deltagarna. Denne författare intervjuade deltagaren vilket kan påverka resultatet av intervjun då en förutfattad bild av deltagarens berättelse kan finnas innan utförd intervju. Fördelen med att intervjuaren kände igen deltagaren kan samtidigt vara att det finns en trygghet och tillförlitlighet redan innan intervjun. Detta kan få deltagaren att öppna upp sig mer och beskriva upplevelsen mer nyanserat och detaljerat vilket upplevdes av

författarna efter utförd intervju. En utav författarna har erfarenhet av två korsbandsrekonstruktioner sedan tidigare. Författarens tidigare erfarenheter kan vara till nackdel då dessa kan påverka författarens följdfrågor och på så vis styra deltagarens svar. Författarparet har å andra sidan utgått från intervjuguiden och lyssnat på vad deltagare säger för att kunna ställa adekvata följdfrågor och på så sätt minskat författarens påverkan av egna erfarenheter. Situationer som ovanstående text beskriver hade undvikits genom att den oerfarna författaren utfört samtliga intervjuer.

Författarna anser det som en styrka att ha tagit ut meningsbärande enheter på varsitt håll innan analysprocessen utfördes tillsammans. Detta på grund av att det insamlade materialet analyseras utifrån olika perspektiv. Enligt författarna är det ytterligare en styrka att resterande delar av analysprocessen genomförts tillsammans. Studiens *tillförlitlighet* ökar på så sätt då samtliga steg i analysen diskuteras tillsammans (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Kritisk granskning av analys samt arbete har utförts av kursdeltagare och forskningserfarna handledare vilket stärker studiens *tillförlitlighet* ytterligare.

Författarna har ingen tidigare erfarenhet av att utföra en studie på denna nivå vilket kan anses vara en svaghet i studien. Den brist på erfarenhet kan ha påverkat intervjuerna genom att exempelvis författarparet använt sig av ledande följdfrågor vilket kan ha påverkat studiens resultat. Författarna har tagit hänsyn till oerfarenheten genom att läsa kurslitteratur och haft handledningstillfällen med erfaren handledare. (Lundman & Granheim, 2012)

## 5.4 Etikdiskussion

Studien har följt etiskt riktlinjer enligt Helsingforsdeklarationen (2013) samt enligt (<http://www.codex.yr.se>). Kvinnorna som deltog i studien garanterades konfidentialitet och integritet genom att varje deltagare tilldelades en siffra av författarna vid analys av material från ljudfiler. Deltagarna i studien blev därmed varken namngivna vid transkribering eller fortsatt arbete med innehållsanalys. Genom att tilldela siffror till deltagarna så skyddades därför dessa från att obehöriga personer skulle få reda på vilka som var delaktiga i studien. När studien är godkänd raderas allt insamlat material av författarna som exempelvis innefattar ljudfiler från USB-minne och transkriberingar. Alla transkriberingar har förvarats på författarnas låsta datorer samt USB-minne.

Efter nyttjande av diktafonen var båda författarna noggranna med att säkerställa att den var tom vid återlämnande till ansvarig. Detta för att diktafonen skulle kunna användas av andra studenter utan att dessa kunde ta del av materialet som författarparet samlat in. Information från deltagarna under intervjun som skulle ha kunnat kopplas till deltagarens fysioterapeut

eller andra personer i omgivningen har tagits bort av författarparet. Information om vilken idrott som deltagarna utför har också uteslutits. Detta på grund av att denna information inte ska kunna härledas tillbaka till varken deltagaren, någon annan person eller deltagarens fysioterapeut.

Då författarparet ville ta hänsyn till att frågor i intervjuguiden kunde vara känsliga för deltagarna så analyserades den noggrant tillsammans med handledare. Efter godkänt och avslutat arbete kommer alla deltagare kunna ta del av resultatet från studien.

## **6 SLUTSATSER**

Studiens resultat är i linje med både den socialkognitiva teorin samt rädsla och undvikande modellen då deltagarnas upplevelse av rehabiliteringen påverkas av delar som ingår i de olika teorierna/modellen. Sociala stödet från deltagarens omgivning och att känna sig delaktig i laget var något som påverkade deltagarna positivt. Detta kan möjligtvis påvisa att behov finns av att få en roll inom laget trots att idrottaren inte kan utföra idrotten. Ytterligare en upplevelse var hur fysioterapeuten spelade en central roll under rehabiliteringen gällande upplägget, mentala stödet och tilliten. Resultatet pekar på att deltagare som fått idrottsspecifik rehabilitering möjligtvis upplevde mindre oro/rädsla under rehabiliteringen i jämförelse med deltagarna som inte fått detta. Därmed skulle det eventuellt finnas ett värde i att lägga upp rehabiliteringen utifrån ett bio-psyko-socialt synsätt med fokus på att individanpassa rehabiliteringen utifrån idrottarens idrott. Där faktorer som individens tankar, känslor, tilltro till sin förmåga samt det sociala stödet beaktas och inte bara de fysiska faktorerna som träning. Överförbarhet av resultatet är begränsat då det är en liten studie med få antal deltagare samt att den inriktar sig på kvinnor. Studien kan istället vara en grund för att belysa upplevelser som kan förekomma under rehabiliteringsprocessen där både biologiska, psykologiska och sociala faktorer påverkar. Att förstå hur dessa faktorer påverkar idrottaren under rehabiliteringen kan göra rehabiliteringsinsatserna mer inriktade mot dessa och eventuellt underlätta.

## 7 UPPSATSENS BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Att öka kunskap och förståelse för kvinnliga idrottarens upplevelser kring deras rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion är viktigt för både fysioterapeuter och andra nära relationer till idrottaren. Resultat av studien visar att det möjligtvis kan vara en fördel för fysioterapeuter att använda sig av ett bio-psyko-socialt tillvägagångssätt vid rehabiliteringen. Resultatet pekar på att det kan vara viktigt att ta hänsyn till idrottarens mentala och psykiska tillstånd, då dessa två komponenter enligt studiens resultat kan påverkas mycket under vissa perioder. Denna kunskap kan bidra till att annan vårdpersonal och anhöriga exempelvis kan ge mer information till idrottarna om komplikationer som kan uppkomma med känslor som påverkar. Författarparet ser ett behov av vidare forskning där studiens ämne kan belysas mer djupgående och jämföras mellan olika grupper. Detta kan göras med kvalitativa studier där fler deltagare med mer variation inkluderas. Författarnas tanke är att det eventuellt kan bidra till en mer individanpassad rehabilitering efter en främre korsbandsrekonstruktion då fysioterapeuten eventuellt lättare kan ta hänsyn till idrottarens upplevelser. Genom att belysa faktorer som påverkar idrottarens upplevelser under rehabiliteringstiden kan en vidareutveckling av rehabiliteringsupplägget eventuellt arbetas fram för fysioterapeuter.



## REFERENSLISTA

- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (ED.), *Handbook of personality* (2nd ed.,) 154-196. *New York: Guilford publications* (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press). Från <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1999HP.pdf>
- Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). *Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Carter, R.E. & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation research: principles and applications*. (Fifth edition). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Dauberg, W., & Feneis, H. (2006). *Anatomisk bildordbok* (5.ed.). Solna: Liber.
- Denison, E. & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ernesto, M. (2015). *Korsbandsskada*. Hämtad 1 juni, 2018, från Vårdguiden, <https://www.1177.se/Vastmanland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Korsbandsskada/?ar=True>
- Flosadottir, V., Frobell, R., Roos, E. M., & Ageberg, E. (2018). Impact of treatment strategy and physical performance on future knee-related self-efficacy in individuals with ACL injury. *BMC Musculoskeletal Disord*, 13; 19(1):50. doi: 10.1186/s12891-018-1973-2
- Fysioterapeuterna. (2017). *Specialist inom fysisk aktivitet och idrottsmedicin*. Hämtad 24 juli, 2018, från Fysioterapeuterna: <https://www.fysioterapeuterna.se/Om-forbundet/Sektioner/Fysisk-aktivitet-och-idrottsmedicin/Kurser/>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Mackinnon, A., Batterham, P. J., & Stanimirovic, R. (2014). The mental health of Australian elite athletes. *Journal of Science and Medicin in Sport*, 18(3), 255-261. doi: 10.1016/j.jsams.2014.04.006
- Hedin, A. (2011). *En liten lathund om kvalitativ metod med tonvikt på intervju*. [Brochyr]. Uppsala: Uppsala Universitet. Från <https://www.scribd.com/document/348099643/Liten-Lathund-Om-Kvalitativ-Metod-Med-Tonvikt-På-Intervju-11-08-25>
- Helsingforsdeklarationen. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Från Helsingforsdeklarationen: [www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/)



- Hildingsson, M., Fitzgerald, U. T., & Alricsson, M. (2018). Perceived motivational factors for female football players during rehabilitation after sports injury – a qualitative interview study. *J Exerc Rehabil*, 14(2), 199-206. doi: 10.12965/jer.1836030.015
- Hsu, C.J., Meierbachtol, A., George, S. Z., & Chmielewski, T. L. (2017). Fear of Reinjury in Athletes. *Sports Health*, 9(2),162-167. doi: 10.1177/1941738116666813
- Joseph, A. M., Collins, C. L., Henke, N. M., Yard, E. E., Fields, S. K., & Cornstock, R. D. (2013). A multisport epidemiologic comparison of anterior cruciate ligament injuries in high school athletics. *J Athl Train*, 48(6), 810-7. doi: 10.4085/1062-6050-48.6.03
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3.rev.uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Levangie, P. K., & Norkin, C. C. (2011). *Joint Structure and Function: A Comprehensive Analysis* (5.ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Lindgren, U. & Svensson, O. (2014). *Ortopedi*. (4. Uppl.) Stockholm: Liber.
- Linton, J. W., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*,153(6), 1144-7. doi: 10.1016/j.pain.2011.12.009.
- Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2012). *Kvalitativ innehållsanalys*. I M.
- Granskär & B. Höglund- Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, B., & Dahlén, S. (2013) *Överaktiva smärtpatienter i riskzonen för långvarig smärta: rehabilitering behövs trots till synes god funktion*. Hämtad: 21 maj, 2018 från Läkartidningen, <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=19360>
- Ogden, J. (2007). Health Beliefs. I A. Ogden (Ed.), *Health Psychology*. (s. 20). NewYork: Two Penn Plaza.
- Prodromos CC, Han Y, Rogowski J, et al. A meta-analysis of the incidence of anterior cruciate ligament tears as an function of gender, sport, and a knee injury-reduction regimen. *Arthroscopy*, 2007;23(12):1320-5
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Curr Opin Psychiatry*, 21(2), 201-205. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89
- Renström, P., Ljungqvist, A., Arendt, E., Beynnon, B., Fukubatashi, T., Garrett, W., & Engebretsen, L. (2008). Non-contact ACL injuries in female athletes: an International Olympic Committee current concepts statement. *British Journal of Sports Medicine*, 42(6), 394-412. doi: 10.1136/bjism.2008.049834
- Roos, H., Forssblad, M., & Karlsson, J. (2007) *Menisk- och korsbandsskador*. Läkartidningen, 104(19) Hämtad 19 maj, 2018 från <http://www.lakartidningen.se/>

- Saka, T. (2014). Principles of postoperative anterior cruciate ligament rehabilitation. *World Journal of Orthopedics*, 5(4), 450-459. doi: 10.5312/wjo.v5.i4.450
- Sernert, N. (2010). *Könsaspekter på främre korsbandsskada*. Hämtad 18 maj, 2018 från <https://centrumforidrottsforskning.se/article/konsaspekter-pa-framre-korsbandsskador/>
- SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslag. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 1998:204. Personuppgiftslag. Stockholm: Justitiedepartementet  
<http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Shumway-Cook, A. & Woollacott, M. H. (2011). *Motor control: translating research into clinical practice* (4.ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Allmänt om forskningsansatser med kvalitativ metod*. Hämtad 21 maj, 2018, från Statens beredning för medicinsk utvärdering,  
[https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_bilaga11.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_bilaga11.pdf)
- Svenska korsbandsregistret (2016). *Svenska korsbandsregistrets årsrapport*. Hämtad 28 maj, 2018, från Svenska korsbandsregistret,  
<https://aclregistret.nu/info/rapport2016.pdf>
- Svenska korsbandsregistret. (2017). *Svenska korsbandregistret: Årsrapport 2016*. Stockholm: XBase.  
<https://aclregister.nu/media/uploads/Annual%20reports/rapport2017.pdf>
- Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, BI., & Karlsson, J. (2006). A new instrument for measuring self-efficacy in patients with anterior cruciate ligament injury. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 16(3): 181-7.
- Thomeé, R., Swärd, L., & Karlsson, J. (2015). *Nya Motions - och idrottskador och deras rehabilitering*. (1.uppl.). Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Van Melick, N., Van Cingel, R., Brooijmans, F., Neeter, C., Van Tienen, T., Hullege, W., & Nijhuis-van der Sanden, M. (2016). Evidence-based clinical practice update: practice guidelines for anterior cruciate ligament rehabilitation based on a systematic review and multidisciplinary consensus. *British Journal of Sports Medicine*, (50), 1506-1515. doi:10.1136/bjjsports-2015-095898
- Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A, M., Boeren, R. G., & Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3):363-72. doi: 10.1016/0005-7967(83)90009-8
- Webster, K. E., & Feller, J. A. (2018). Return to Level I Sports After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: Evaluation of Age, Sex and Readiness to Return Criteria. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 6(8), 127-130. doi: 10.1177/2325967118788045

- WHO. (2017). *The determinants of health*. World Health Organization.  
<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> Hämtad: 23maj, 2018
- Wu, H.H., Liu, M., Dines, J.S., Kelly, J.D. & Garcia, G.H. (2016). Depression and psychiatric disease associated with outcomes after anterior cruciate ligament reconstruction. *World Journal of Orthopedics*, 7(11), 709-717. doi: 10.5312/wjo.v7.i11.709
- Wiggins, A. J., Grandhi, R. K., Schneider, D. K., Stanfield, D., Webster, K., E & Myer, G. D. (2016). Risk of Secondary Injury in Younger Athletes After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review and Meta Analysis. *Am J Sports Med*, 44(7) 1861-76. doi: 10.1177/0363546515621554.
- Wright, R. W., Haas, A. K., Anderson, J., Calabrese, G., Cavanaugh, J., Hewett, E. T., Loring, D., McKenzie, C., Preston, E., Williams, G. (2014). Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Rehabilitation: MOON Guidelines. *Sportshelath*, 7(3). doi:10.1177/1941738113517855

# BILAGA A

## Bakgrundsfrågor

- Ålder?
- Idrott?
- När skadade du dig?
- När opererade du dig?
- När blev du färdig med rehabiliteringen?
- Hur lång var din rehabiliteringstid?

## Intervjufrågor

- Berätta hur du upplevde din rehabiliteringsprocess efter främre korsbandsrekonstruktionen?
  - Vad upplevde du som svårt/jobbigt?
  - Vad tycker du var bra med din rehab?
- Kan du berätta på vilket sätt påverkade din omgivning och relationer dig under rehabiliteringen? (med relationer och omgivning syftar vi till familj, laget, tränare, fysioterapeut och jobb)
- Vilket stöd fick du av din fysioterapeut under rehabiliteringen?
- Hur upplevde du samarbetet mellan dig och din fysioterapeut?
- Kan du berätta för mig hur det var för dig när du skulle ta steget tillbaka till din idrott efter utförd rehabilitering. Hur kände du kring det?
- Hur såg din tilltro för återgång till din idrott ut?
- Slutligen kan du berätta generellt vilken uppfattning har du angående rehabiliteringsprocessen efter en främre korsbands- rekonstruktion?

# BILAGA B

## Informationsbrev

Till dig som gjort en främre korsbandsrekonstruktion och sedan återgått till din idrott.

Vi är två studenter från fysioterapeutprogrammet på Mälardalens högskola i Västerås som ska skriva ett examensarbete på kandidatnivå inom Fysioterapi. På programmet har vi en inriktning mot beteendemedicin vilket också kommer vara en del av arbetets innehåll. Vi har fått ditt namn och dina kontaktuppgifter via fysioterapeuten som du fått hjälp av under din rehabiliteringstid.

Syftet med denna studie är att undersöka idrottares uppfattning om rehabiliteringen efter en främre korsbandsrekonstruktion. Vi vill därför intervjua personer som genomgått en rekonstruktion efter en främre korsbandsskada. Frågor kommer dels att ställas kring rehabiliteringen och känslor kring den men också om andra delar som rör området. Intervjun kommer ta max en timme och kommer ske individuellt tillsammans med studenterna. Intervjuerna kommer spelas in med diktafon och sedan analyseras. Den information som du delger under intervjun kommer aidentifieras, dvs namn på personer och orter kommer tas bort, vilket innebär att ingen kommer veta vart informationen kommit ifrån. Ifall vi behöver ytterligare information efter den utförda intervjun kan vi behöva kontakta deltagaren i efterhand.

Att vara med i denna studie är helt frivilligt. Om du har deltagit i en intervju men sedan vill avbryta ditt deltagande under studiens gång så får du göra det när du vill utan förklaring. Under studiens gång kommer materialet bevaras på ett säkert sätt och kommer endast att hanteras av författarparet. Materialet kommer efter godkänt arbete att raderas. Detta innefattar bland annat att personliga uppgifter, ort samt intervju.

Det godkända arbetet kommer presenteras i form av ett examensarbete vid Mälardalens högskola.

Vid övriga frågor får du gärna ta kontakt med oss.

### Studenter:

Emelie Ahlin: 070-3681886, [ean16019@student.mdh.se](mailto:ean16019@student.mdh.se)

Isabella Berggren: 076-0504664, [ibn16001@student.mdh.se](mailto:ibn16001@student.mdh.se)

**Handledare: Åsa Revenäs, [asa.revenas@mdh.se](mailto:asa.revenas@mdh.se)**





**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)