



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Ulike faktorerers påvirkning på motivasjon i rehabilitering etter en traumatisk ryggmargsskade

The influence of various factors on motivation in rehabilitation after a traumatic spinal cord injury

Lene Sandsund – kandidat nr. 235

Karoline Myklebust Torstensen – kandidat nr. 232

Idrett, fysisk aktivitet og helse

Avdeling for lærer og idrettsutdanning

Veileder: Ole Erik Grinde

Innleveringsdato: 13.12.2019

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Forord

Vi har skrevet denne oppgaven i forbindelse med vår bachelorutdanning i idrett, fysisk aktivitet og helse ved Høgskulen på Vestlandet, avdeling Sogndal. Gjennom studieforløpet har begge hatt spesielt stor interesse for fag og emner hvor vi har lært om tilpasning av fysisk aktivitet opp mot ulike målgrupper. Det var derfor spennende å ha mulighet til å skrive om et tema som interesserer oss når vi skulle i gang med å skrive bacheloroppgave.

Ryggmargsskade og rehabilitering er noe begge synes er et spennende tema. Interessen for temaet har holdt motivasjonen oppe gjennom arbeidet med oppgaven. Prosessen med å skrive bacheloroppgave har vært både lærerik og krevende. Vi har tilbragt lange dager på biblioteket med frustrasjon, diskusjoner og ikke minst mange spennende og gode samtaler. I etterkant av arbeidet vårt sitter vi igjen med mye kunnskap og erfaring som vi tar med oss videre.

Vi ønsker spesielt å takke informantene som var positive til å stille opp til intervju og delte åpent om sine tanker og erfaringer med rehabilitering. Det var veldig interessante og lærerike samtaler. Uten dere hadde ikke bacheloroppgaven vår vært mulig å gjennomføre.

Avslutningsvis vil vi også takke veilederen vår, Ole Erik Grinde, for gode samtaler, råd og tilbakemeldinger underveis i prosessen med oppgaven.

Sogndal, 13.12.2019

Lene Sandsund & Karoline M. Torstensen

Sammendrag

Tittel: Ulike faktorerers påvirkning på motivasjon i rehabilitering etter en traumatisk ryggmargsskade

Formål: Vi ønsket å få et dypere innblikk i rehabilitering etter en traumatisk ryggmargsskade for å se hvordan motivasjon påvirkes av ulike faktorer gjennom rehabiliteringsforløpet.

Problemstilling: *«På hvilken måte kan faktorer knyttet til rehabiliteringsprosessen etter en traumatisk ryggmargsskade påvirke motivasjon gjennom rehabiliteringsforløpet?»*

Metode: For å besvare problemstillingen vår har vi brukt kvalitativ metode i form av semistrukturert intervju. Vi intervjuet tre informanter med ulik erfaring innen rehabilitering etter traumatisk ryggmargsskade, hvorav én fysioterapeut og to personer med traumatisk ryggmargsskade.

Resultat: Ut fra svarene vi fikk i intervjuene forstår vi motivasjon som en svært sentral faktor i rehabiliteringsforløpet. Hovedfunnene våre har vi delt opp i fire kategorier som vi knytter opp mot motivasjon. De fire hovedkategoriene består av fysiske faktorerers påvirkning på motivasjon, motivasjon gjennom målsetting, motivasjon gjennom støtteapparat og psykiske faktorerers påvirkning på motivasjon.

Konklusjon: Gjennom rehabiliteringsforløpet til en person med en traumatisk ryggmargsskade virker motivasjonen å påvirkes av fysiske faktorer, målsetting, støtteapparat og psykiske faktorer. Graden av påvirkning de ulike faktorene har på motivasjon kan imidlertid være forskjellig, ettersom individer er forskjellige og motiveres av ulike faktorer.

Abstract

Title: The influence of various factors on motivation in rehabilitation after a traumatic spinal cord injury

Aim: We wanted to get a deeper insight into rehabilitation following a traumatic spinal cord injury in order to understand how motivation is influenced by various factors through the rehabilitation process.

Research question: *«In what way can factors related to the rehabilitation process following a traumatic spinal cord injury influence motivation throughout the rehabilitation process?»*

Method: To answer our research question we used a qualitative method with a semi-structured interview. We interviewed three informants with different experiences in rehabilitation following a traumatic spinal cord injury. This included a physical therapist and two people with a traumatic spinal cord injury.

Results: Based on the answers we received in the interviews, we find motivation as a very central factor in the rehabilitation process. We divided our findings into four categories that all linked to motivation. The four main categories are: the influence of physical factors on motivation, motivation through goals, motivation through support systems and the influence of psychological factors on motivation.

Conclusion: Throughout the rehabilitation process for someone with a traumatic spinal cord injury, motivation seems to be influenced by physical factors, individual goals, support systems and mental factors. However, the degree of influence of the various factors on motivation may vary, as individuals are different and motivated by different factors.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Disposisjon av oppgaven	7
2.0 Teori	8
2.1 Ryggmargen og traumatisk ryggmargsskade	8
2.2 Rehabilitering ved ryggmargsskade	9
2.2.1 Ulike faser av rehabilitering etter ryggmargsskade	10
2.3 Faktorer ved rehabiliteringsprosessen	11
2.3.1 Motivasjon	11
2.3.2 Målsetting	12
2.3.3 Støtteapparat	13
2.3.4 Komplikasjoner.....	14
2.3.5 Fysisk form før skade.....	14
2.3.6 Psykologiske faktorer.....	14
3.0 Metode.....	17
3.1 Valg av metode	17
3.2 Valg av informanter.....	18
3.3 Forberedelser, gjennomføring og etterarbeid av intervju	19
3.4 Analyse og tolkning av data	20
3.5 Etske problemstillinger.....	20
3.6 Reliabilitet og validitet	21
4.0 Resultat og diskusjon	22
4.1 Resultat av våre funn	22
4.2 Fysiske faktorerers påvirkning på motivasjon	23
4.3 Motivasjon gjennom målsetting	26
4.4 Motivasjon gjennom støtteapparat.....	29
4.5 Psykiske faktorerers påvirkning på motivasjon	32
5.0 Konklusjon	37
Litteraturliste	39
Vedlegg	42

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv.....	42
Vedlegg 2 – Samtykkeskjema	44
Vedlegg 3 – Intervjuguide	45
Vedlegg 4 – Intervjuguide terapeut	47
Vedlegg 5 – Definisjon av rehabilitering	48

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Rehabilitation after spinal cord injuries seeks the fullest possible physical and psychological readjustment of the injured person to his permanent disability with a view to restoring his will to live and working capacity» (Guttman, 1979, s.6).

Ludwig Guttman er grunnleggeren av den moderne behandlingen og rehabiliteringen av ryggmargsskade. Han beskrev rehabilitering som krevende både fysisk og psykisk (Hjeltnes, 2004). Vår interesse for fenomenet ryggmargsskade var til stede i utgangspunktet, men ble ytterligere forsterket etter å ha lest Guttmans sitat. Sitatet vekket nysgjerrigheten vår og tente «en gnist» til å ville lære mer om ryggmargsskade og rehabilitering.

En traumatisk ryggmargsskade, avhengig av skadens omfang, har som oftest alvorlige følger og går sterkt utover en persons psykiske og fysiske helse, samt livskvalitet (Dijkers, 2005). Etter en traumatisk ryggmargsskade følger en omfattende rehabiliteringsprosess som handler om tilpasning til ny livssituasjon, samt opptrening for å kunne fungere så optimalt som mulig i samfunnet (LARS, 2012). Denne type skade og aspektene ved den finner vi svært interessant.

Det finnes en del teori om rehabilitering generelt og om spesifikk rehabilitering etter ryggmargsskade i Norge. Det er tidligere gjort en del studier som omhandler ulike fysiske utfordringer og livskvalitet hos personer etter en ryggmargsskade. Landsforeningen for Ryggmargsskade (LARS) har skrevet gode bøker og hefter basert på forskning hvor det presenteres teori og retningslinjer for ryggmargsskade og rehabilitering etter skaden.

Det er blant annet skrevet en doktoravhandling hvor det er gjort analyse av folks erfaringer i rehabiliteringsprosesser etter ryggmargsskade og samspill mellom mottakere og utøvere i rehabilitering (Martinussen, 2008). I denne avhandlingen var fokuset å forstå hvordan livet oppleves og erfares når kroppen endres radikalt, hvordan en lærer seg å tilpasse seg livet med endret kropp og nye forutsetninger, hva slags innsats ryggmargsskadde gjør i rehabiliteringsprosessen de to første årene og hvordan samspillet mellom ryggmargsskadde og de som bistår dem fungerer (Martinussen, 2008). En nederlandsk studie fra 2008 (Vissers et al., 2008) har sett på barrierer og tilretteleggende faktorer for daglig fysisk aktivitet etter utskrivelse fra rehabiliteringssenter. Funnene handler om hvordan opplevelsene av de ulike faktorenes innvirkning har endret seg i løpet av tiden etter utskrivelse. Det er også gjort en

studie hvor motivasjon knyttet til fysisk aktivitet blir tatt opp (Kehn & Kroll, 2009). Fokuset i denne studien var å forstå barrierer og fasiliteter som påvirker motivasjon til å være fysisk aktiv. Ut fra disse studiene forstår vi at ulike faktorer kan påvirke motivasjon til å ha et fysisk aktivt liv. Denne forskningen har vært med på å skape vår interesse til å få en dypere forståelse av hva som motiverer og påvirker motivasjon gjennom en helhetlig rehabilitering etter en traumatisk ryggmargsskade.

1.2 Problemstilling

«På hvilken måte kan faktorer knyttet til rehabiliteringsprosessen etter en traumatisk ryggmargsskade påvirke motivasjon gjennom rehabiliteringsforløpet?»

Vi ønsker med denne problemstillingen å presentere en forståelse av rehabilitering etter traumatisk ryggmargsskade. Samtidig ønsker vi å gå i dybden på opplevelser av ulike faktorerens påvirkning på motivasjon gjennom et rehabiliteringsforløp, sett fra et pasientperspektiv og en fysioterapeuts perspektiv.

1.3 Disposisjon av oppgaven

I oppgaven vil vi først gjøre rede for teorien som danner grunnlaget for undersøkelsen vår. Sentrale emner som vil presenteres er teori om hva en traumatisk ryggmargsskade er og hvilke utfordringer som oftest følger med slik skade. Vi skal så gjøre rede for rehabiliteringsprosessen etter en ryggmargsskade og kort om de ulike fasene ved den. I tillegg vil vi presentere de ulike faktorene som vi forstår som viktige ved rehabiliteringsprosessen ut fra artikler og avhandlinger som er skrevet om rehabilitering for ryggmargsskadde. Videre vil vi presentere metode og fremgangsmåte som vi har brukt i undersøkelsen vår. Avslutningsvis skal vi presentere vår drøfting hvor vi har trukket linjer mellom våre funn og tilgjengelig teorigrunnlag.

2.0 Teori

2.1 Ryggmargen og traumatisk ryggmargsskade

Ryggmargen består av nervefibre og er bindeleddet mellom hjernen og det perifere nervesystemet. Den ligger i virvelsøylen, godt beskyttet av ryggmargshinner og cerebrospinalvæske og strekker seg fra hjernen og ned til mellomvirvelskiven mellom 1. og 2. lendevirvel (Sand, Sjaastad & Haug, 2014). Fra ryggmargen går det spinalnerver ut på hver side gjennom 31 individuelle segmenter som danner ulike nivåer i virvelsøylen. Spinalnervene forgrener seg og står i kontakt med muskler og andre organer perifert i kroppen, avhengig av hvilket segment de strekker seg ut fra (Sand et al., 2014).

En ryggmargsskade er en skade på nervebanen i ryggmargen. Ved en slik skade ødelegges eller forstyrres nerveforbindelsen mellom nervebanen som ligger over skadenivået, og den delen av ryggmargen som ligger under skadenivået (Hjeltnes, 2009). Det skilles mellom atraumatisk og traumatisk ryggmargsskade. Atraumatisk ryggmargsskade oppstår som følge av en infeksjon, blødning, svulst, betennelse, slitasje eller aldring, mens en traumatisk ryggmargsskade oppstår som følge av en ytre skade (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). Ut fra hvor i ryggmargen skaden sitter, skilles det mellom paraplegi og tetraplegi. Ved tetraplegi sitter skaden i den cervikale delen av ryggmargen, og rammer både armer, kroppsstammen og beina. Dersom skaden sitter i den thorakale, lumbale eller sakrale delen av ryggmargen, rammes nedre del av kroppsstammen og beina (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). Tap av sensorisk og/eller motorisk kontroll, samt tap av autonome prosesser bestemmes av skadens alvorlighetsgrad. Skader som fører til fullstendig tap av motorisk og sensorisk kontroll under skadestedet betegnes som komplette skader. Dersom det er noe nerveforbindelse mellom ryggmargen over og under skadenivået, med enten sensorisk og/eller motorisk kontroll, betegnes skaden som inkomplett (Hjeltnes, 2009). Skadeomfanget klassifiseres ut fra American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale i ulike klasser fra A til E. Klasse A betegnes som komplett skade, mens klasse B til E innebærer inkomplett skade, med gradvis økende sensorisk følelse og motorisk kontroll (Krishblum et al., 2011).

Ryggmargsskade fører til forandringer i evne og mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet. Skadeomfanget har stor betydning i denne sammenheng (Hjeltnes, 2009). Andre utfordringer ved ryggmargsskade kan være spastisitet, trykksår og smerte (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). I tillegg kan endring i metabolsk funksjon resultere i

andre tilstander og sykdommer som overvekt, insulinresistens diabetes type-2 og hjerte- og karsykdommer (Hjeltnes, 2009).

Autonome prosesser i kroppen kan også rammes dersom skaden sitter over spinalnervene som går til disse organsystemene. Skaden kan påvirke lungefunksjon, hjerterefrekvens, blodtrykk og regulering av kroppstemperatur. I tillegg vil urinering, tarmtømming og seksualfunksjon påvirkes (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). Enkelte får også komplikasjoner som blodpropp og ortostatisk hypotensjon, som vil si fall i blodtrykk ved stillingsforandringer, i akutfasen etter skaden eller etter operasjon. Autonom dysrefleksi, som kjennetegnes av plutselig blodtrykksøkning, er en komplikasjon som kan oppstå når som helst i forløpet (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013).

2.2 Rehabilitering ved ryggmargsskade

Ut fra §3 i forskriften om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator sin definisjon (se vedlegg 5), forstår vi rehabilitering som veien mot å gjenvinne kontrollen over eget liv. Gjennom samarbeidsprosesser på ulike nivå og arenaer, hvor den enkelte pasients mål og livssituasjon er utgangspunkt, oppfatter vi at målet med rehabilitering er å ha muligheten til å leve et så selvstendig liv som mulig, samt å kunne delta i samfunnet med det som den enkelte finner meningsfullt (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Riktig behandling og rehabilitering kan forebygge komplikasjoner som forbindes med ryggmargsskade. I tillegg kan det bidra til at personen som har vært utsatt for en slik skade fortsatt kan leve et rikt og meningsfullt liv. Det tyder også på at passende behandling og rehabilitering reduserer dødelighet, samsykelighet og funksjonshemming hos personer med ryggmargsskade (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013).

I Norge finnes det tre spinalenheter som gir tilbud til ryggmargsskadde og som ivaretar de internasjonale anbefalingene gjennom ansvar for behandling, rehabilitering og livslang oppfølging av den skadde. Spinalenhetene i Norge er lokalisert til Sunnaas sykehus, St. Olavs hospital og Haukeland universitetssykehus (Hagen, Rekand & Grønning, 2012). På spinalenhetene vil den ryggmargsskadde bli fulgt opp av et tverrfaglig rehabiliteringsteam bestående av sykepleier, lege, fysioterapeut, idrettspedagog, ergoterapeut, psykolog, sosionom, brukerkonsulent og eventuelt pedagog (Höfers, Lannem, Wedege & Opheim, 2014).

2.2.1 Ulike faser av rehabilitering etter ryggmargsskade

Rehabiliteringsprosessen etter en ryggmargsskade består av tre faser: akuttfasen, primær rehabilitering og livslang oppfølging (Höfers et al., 2014).

2.2.1.1 Akuttfasen

Pasienten tilbringer den første perioden etter at skaden har oppstått på akuttsykehus hvor rehabiliteringsprosessen starter med livsviktig behandling og ivaretagelse av kroppens funksjoner (LARS, 2012). Når pasienten er medisinsk stabil, blir den overført til primærrehabiliteringen ved en av de tre spinalenhetene (Höfers et al., 2014).

2.2.1.2 Primærrehabilitering

Første fase i primærrehabiliteringen er den subakutte fasen. I denne fasen er det fortsatt risiko for komplikasjoner, og det følger derfor ofte restriksjoner på belastningsgrad og bevegelighet. Dette resulterer i at mobiliseringen er begrenset og fasen kan vare en stund. Tiltakene i denne fasen er for det meste passive, med fokus på å forebygge nedsatt bevegelighet i ledd, trykksår, lungekomplikasjoner, samt å vedlikeholde/forbedre lungekapasiteten (Höfers et al., 2014).

Mobiliseringsfasen starter når pasienten er mobilisert til rullestol, men det kan fortsatt foreligge enkelte restriksjoner for hvilke bevegelser pasienten kan gjøre. Det er fortsatt fokus på leddbevegelighet og lungefunksjon, men balanse, kondisjon og styrketrening er også en viktig del av treningen i denne fasen. Pasienten blir mer aktiv utover i rehabiliteringsprosessen, og i mobiliseringsfasen er det fokus på egenforflytning, rullestolteknikk og eventuelt gangtrening (Höfers et al., 2014).

Tilbakeføringsfasen er den siste fasen i primærrehabiliteringen, og varer frem til utskrivelse fra spinalenheten på sykehuset. Det er ingen restriksjoner i forbindelse med belastningsgrad eller bevegelighet i denne fasen. Treningen er fokusert mot det som møter pasienten når pasienten kommer hjem, i tillegg til at arbeidet med å forbedre forflytningsteknikker, balanse og styrke fortsetter (Höfers et al., 2014).

2.2.1.3 Livslang oppfølging

Pasienter med ryggmargsskade har rett til livslang oppfølging fra spinalenhetene. Dette innebærer oppfølgings- og kontrollopphold, i tillegg til at pasientene har mulighet til å ta kontakt med spinalenhetene ved behov (Höfers et al., 2014). Tilbudet om livslang oppfølging skal ivareta fysiske og psykiske behov hos pasientene. Det er også viktig med oppfølging av trening og fysisk aktivitet sett i et helsemessig perspektiv (LARS, 2012).

2.3 Faktorer ved rehabiliteringsprosessen

Ut fra teori beskrevet rundt rehabilitering etter ryggmargsskade forstår vi faktorene: motivasjon, målsetting, støtteapparat, komplikasjoner underveis, fysisk form i forkant av skaden og psykologiske faktorer som viktige i et rehabiliteringsforløp.

2.3.1 Motivasjon

Vi forstår motivasjon som noe som skaper et motiv for å gjennomføre en aktivitet. Det skilles ofte mellom indre og ytre motivasjon, ut fra hva som er bakgrunnen for å gjøre en aktivitet. Indre motivasjon kan være at aktiviteten blir gjort fordi aktiviteten i seg selv har en egenverdi for individet. Ved ytre motivasjon, ser individet en belønning ved å gjøre aktiviteten, for eksempel ros fra andre, penger eller anerkjennelse (Imsen, 2014). Det er ikke et klart skille mellom indre og ytre motivasjon, og de har gjerne innvirkning på hverandre (Manger & Wormnes, 2015).

En persons motivasjon kan påvirkes av ulike faktorer og varierer fra tid til annen (Østerås & Stensdotter, 2011). Ifølge Østerås & Stensdotter (2011) har i tillegg hvert enkelt individ ulike behov, ettersom ulike faktorer vil motivere for å gjennomføre opptreningen etter skaden. Faktorer som kan påvirke motivasjon kan være lyst, forståelse av problemet eller meningen med treningen og mestring hvor en opplever at en får fremgang og klarer små mål underveis. Selvfølelse, redsel for smerte og selvdisciplin vil også spille en rolle i forhold til motivasjonen (Østerås & Stensdotter, 2011).

Motivasjon er et komplekst begrep. Det finnes flere ulike teorier og modeller som prøver å forklare motivasjon, deriblant Banduras teori om «self-efficacy» (Imsen, 2014). Imsen (2014) beskriver Banduras teori om «self-efficacy», som kan best oversettes til mestringsforventninger. Teorien bygger på at graden av forventning til å mestre oppgaven er en viktig motivasjonsfaktor. Ved lav mestringsforventning vil innsatsen være dårlig, mens ved stor tro på et godt resultat vil innsatsen være god. Imsen (2014) presenterer en tolkning om mestringsforventninger som baseres på fem informasjonskilder; 1) tidligere mestringserfaring på området, 2) mestringserfaringen som personer en sammenligner seg med har, 3) hvordan støtten fra de rundt er, 4) de emosjonelle forholdene som er knyttet til oppgaven eller resultatet og 5) hvordan personen tolker egen prestasjon (Imsen, 2014).

En sentral betydning i Banduras teori går ut på at mestringsstro for å klare en gitt oppgave vil styre motivasjon og innsats for gjennomføring av oppgaven. I tillegg beskriver Manger & Wormnes (2015) et annet aspekt ved Banduras teori. Dette aspektet innebærer at tro på at gitte

handlinger kan føre til bestemte resultater, hvor en har høy eller lav resultatforventning vil være med på å bestemme motivasjonen for en gitt oppgave. Oppgaven vurderes da opp mot om det å klare den gitte handlingen vil være tjenlig for individet. Motivasjonen vil avhenge av både mestringsforventning, altså det å klare oppgaven, og av resultatforventning, som vil si at det å klare oppgaven vil tjene individet. Disse forventningene er i tillegg med på å forklare motivasjonsforskjeller mellom ulike individer (Manger & Wormnes, 2015).

En annen teori som tar for seg hvordan motivasjon påvirkes, er selvbestemmelsesteorien beskrevet i Ryan & Deci (2000). Selvbestemmelsesteorien bygger på en antakelse om at mennesket har en grunnleggende aktiv holdning til livet, med en trang til stadig å utvikle seg gjennom nye utfordringer og erfaringer (Manger & Wormnes, 2015). Ifølge Ryan og Deci (2000) legger medfødte psykologiske behov grunnlaget for indre motivasjon, personlig integritet og velvære. De mener mennesker har tre grunnleggende psykologiske behov; behov for kompetanse, autonomi og tilhørighet til andre mennesker (Ryan & Deci, 2000). Behovet for *kompetanse* omhandler opplevelsen av mestring. Det er viktig å føle trygghet og støtte fra omgivelsene, samt å hele tiden ha muligheten til å utvikle seg gjennom nye oppgaver. Å gradvis lykkes styrker kompetansefølelsen og motivasjonen øker. *Autonomi* går ut på å selv kunne ta valg på bakgrunn av egne ønsker og indre motivasjon, uten ytre belønning eller press fra andre. Behovet for *tilhørighet* er forbundet med menneskers grunnleggende behov for ha en tilknytning til et sosialt miljø og utvikle kompetanse og autonomi i dette miljøet. Det selvbestemmende mennesket, med en opplevelse av indre motivasjon og mestring, kan først utvikles når disse tre grunnleggende behovene er tilfredsstilt (Manger & Wormnes, 2015).

2.3.2 Målsetting

Som tidligere beskrevet skal rehabiliteringen ta utgangspunkt i pasientens mål og livssituasjon. Rehabiliteringsteamet setter sammen med pasienten og eventuelt pårørende realistiske, spesifikke og målbare målsettinger. Målsettingsteori, «achievement goal theory» beskrevet i Low & Jin (2012), forklarer en sammenheng mellom konkrete målsettinger og økt motivasjon for aktivitet. Det ses en positiv sammenheng mellom størrelse på mål og prestasjoner i forhold til målene. Høyere og større mål, som utfordrer individet, har en tendens til å være assosiert med høyere innsats og ytelse. Det vil si at motivasjonen for gjennomføring av aktivitet for å nå målene ofte er større. I tillegg vil regelmessig vurdering av mål og prestasjon, og individers mulighet til eierskap til målsettingsprosessen kunne øke mestringsstro og motivasjon (Low & Jin, 2012).

Reeve (referert i Manger & Wormnes, 2015, s. 42-43) tar for seg to ulike målorienteringer: prestasjonsmål og mestringsmål. Prestasjonsmål karakteriseres av å få annerkjennelse, bli likt eller være best. Prestasjonsmålene ligger ikke innenfor den enkeltes kontroll, og andres prestasjoner vil bestemme om en kan nå målene. Ved mestringsmål, også kalt ferdighetsmål, ligger fokuset på å oppnå ferdigheter, hvor en utvikler eller forbedrer sin egen kompetanse, gjerne gjennom prosessmål. Prosessmålene er utviklet etter sammenligning av tidligere ferdighetsmål. Mestringsmål er fleksible og innenfor ens egen kontroll (Manger & Wormnes, 2015).

Målsetting i rehabiliteringssammenheng blir definert som «*en ønsket fremtidig situasjon som skal oppnås av en person med funksjonsnedsettelse som resultat av rehabiliteringsinnsatser*» (Solvang, 2019, s. 50). Skadens omfang vil være utgangspunkt for hvilke mål som er realistiske for pasienten å sette seg. Faktorer som inngår i livssituasjon vil være utdanning eller jobb, bo- og familieforhold i tillegg til andre interesser vedkommende har. Slike faktorer vil i tillegg være bestemmende for hvilke mål som settes (Solvang, 2019). Underveis i forløpet er det viktig å evaluere, revurdere og justere målene, for å tilpasse målene til den enkeltes utvikling (Höfers et al., 2014). Det er viktig å sette seg både hovedmål og prosessmål underveis i rehabiliteringsprosessen. Oppnåelse av prosessmålet vil kunne gi videre motivasjon til å fortsette arbeidet mot hovedmålet (Gjerset et al., 2015). Bruk av klare og tydelige målsettinger legger til rette for bedre resultater av rehabiliteringsinnsatsene og vil være med på å styrke teamarbeidet ettersom det er en felles konkret målsetting å rette arbeidet mot (Solvang, 2019).

2.3.3 Støtteapparat

Det er viktig å ha et godt støtteapparat rundt seg i tiden etter en livsomveltning som det en ryggmargsskade er. Støtteapparatet under primærrehabiliteringsprosessen består av det tverrfaglige rehabiliteringsteamet og pasientens pårørende. Ettersom pårørende har en sentral rolle og kan være god støtte for den skadde i prosessen, er det viktig at de pårørende involveres i behandlingen i den grad pasienten og de pårørende ønsker (Höfers et al., 2014). Ikke alle pasienter har nære pårørende og enkelte kan ende opp med å leve isolert. Som regel vil denne typen pasienter kreve mer støtte fra behandlingspersonell i forhold til pasienter som har et rikere sosialt liv (Holtz & Levi, 2006).

Assistanse og støtte fra personer som er funksjonsfriske er viktig for personer med ryggmargsskade. Samtidig er det mange som blir motivert av å møte andre personer med

funksjonshemming og få støtte fra personer med lignende erfaring (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013).

2.3.4 Komplikasjoner

Komplikasjoner etter ryggmargsskade kan resultere i store konsekvenser for rehabiliteringsprosessen. Ifølge Hjeltnes (2004) kan komplikasjoner føre til forlenget sengeleie, redusert rehabiliteringspotensial og forsinket rehabiliteringsprosess. I ytterste konsekvens kan komplikasjoner føre til død, og er derfor viktig å unngå i det lengste for personer med ryggmargsskade (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). Ulike komplikasjoner er nevnt under punkt 2.1 «Ryggmargen og traumatisk ryggmargsskade».

For personer med ryggmargsskade er komplikasjoner relatert til forventet levealder og livskvalitet. Autonom dysrefleksi, trykksår og blæreinfeksjoner er hyppige årsaker til at personer med ryggmargsskade isoleres fra samfunnet. I tillegg kan enkelte komplikasjoner som problemer med blære og tarm, spastisitet, kontrakturer og trykksår føre til psykososiale vanskeligheter, samt forsinket integrering i samfunnet (Nas, Yazmalar, Şah, Aydin & Öneş, 2015).

2.3.5 Fysisk form før skade

Behandling og trening i rehabilitering etter ryggmargsskade påvirkes av tidligere aktivitetsnivå (Höfers et al., 2014). Ifølge Sisto & Evans (2014) assosieres fysisk form med funksjonsevne og livskvalitet. I en studie av Kehn & Kroll (2009) trekkes god fysisk form i forkant av skaden frem som en hovedfaktor for god rehabilitering. Det finnes også en sammenheng mellom fysisk form og forekomst av komplikasjoner. Det tyder på at personer med god fysisk form har lavere risiko for å utvikle komplikasjoner enn personer som er i dårligere fysisk form (Sisto & Evans, 2014).

2.3.6 Psykologiske faktorer

2.3.6.1 Krisereaksjon

En traumatisk ryggmargsskade innebærer så vel et psykisk traume som et fysisk traume. Personen rammes av en krise, noe som vil si at tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsmønstre ikke er tilstrekkelige for å forstå og håndtere den nye livssituasjonen (Cullberg, 2007).

Krise kan deles i ulike faser, men det er viktig å huske at krisefasene ikke er en fast modell og at hver enkelt reagerer ulikt på et traume. Den første fasen er sjokkfasen hvor personen som er

i krise ikke klarer å ta innover seg det som har skjedd. I ettertid er det vanlig at personen ikke husker ting som skjer i denne perioden, noe som er viktig å tenke på dersom en som terapeut gir viktig informasjon. Denne kan måtte gjentas opptil flere ganger. Neste fase er reaksjonsfasen, hvor det er vanlig å prøve å finne en mening med situasjonen og en del føler skyld for det som har skjedd. I denne fasen mobiliseres forsvarsmekanismer som kan være med på å forsinke bearbeidingsprosessen (Cullberg, 2007). Slike forsvarsmekanismer kan innebære *fornektelse* av ny livssituasjon, som går ut på at pasienten ikke aksepterer skadeomfanget og de irreversible konsekvensene ved skaden, eller *projeksjon* som innebærer aggressive utfall mot behandlingspersonell som en reaksjon på frustrasjon over skaden. En annen forsvarsmekanisme er *intellektualisering* hvor pasienten håndterer skaden gjennom å innhente fakta. Den siste mekanismen er *unntakelse* som går ut på å unngå påminnelser om sin funksjonsnedsettelse ved skaden (Holtz & Levi, 2006).

Neste fase i kriseforløpet er bearbeidingsfasen. Den kriserammede begynner å bli fremtidsrettet igjen, starter opp med gamle aktiviteter og blir mer åpen for nye erfaringer. Deretter går en over i nyorienteringsfasen. Personen har kommet seg gjennom krisen, men arrene etter krisen vil alltid være der og de vonde følelsene kan vende tilbake i bølger (Cullberg, 2007).

2.3.6.2 Tilpasning til ny livssituasjon

Hvorvidt og hvor raskt en pasient klarer å tilpasse seg til den nye livssituasjonen påvirkes av flere faktorer. Generelt har personer som er introverte vanskeligere for å håndtere situasjonen kontra personer som er mer utadvendte (Holtz & Levi, 2006). Viktige faktorer som bestemmer hvor godt en pasient tilpasser seg den nye livssituasjonen er personlige faktorer som alder, kjønn, personlighet, mestringsstil, personens mentale helsetilstand, i tillegg til post-traumatisk stress etter skadesituasjonen (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). Miljøfaktorer som tro, verdier og holdninger, i tillegg til sosial støtte, tilgang til støtteapparat og sosioøkonomisk status er andre faktorer som kan påvirke en pasients tilpasning til den nye livssituasjonen (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). Tilpasning til den nye livssituasjonen er en fase som varer i flere år (Holtz & Levi, 2006).

2.3.6.3 Psykiske plager

For personer med ryggmargsskade er det stor forekomst av utvikling av depresjon. I FYSS 2017 defineres depresjon som en tilstand som innebærer «*avgrensede episoder som varer minst to uker med tydelige forandringer i følelser, tanker og kroppslige funksjoner, og med*

forbedring av pasientens tilstand mellom episodene» (Fritt oversatt fra svensk fra Martinsen, Hovland, Kjellman, Taube & Andersson, 2016, s. 362). Symptomer ved depresjon kan blant annet være nedstemthet og minsket interesse for eller glede av de fleste aktiviteter under større deler av dagen, de fleste dager. Personer med ryggmargsskade er særlig sårbar for depresjon i startfasen etter at de er kommet hjem (Holtz & Levi, 2006). Depresjon assosieres med dårligere forbedring ved funksjonalitet, økte helsekomplikasjoner, økt antall sykehusopphold og økt bruk av legemidler. I tillegg er økt forekomst av selvmord knyttet til depresjon (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). Andre psykologiske plager er søvnforstyrrelser, post-traumatisk stressyndrom, og traumatisk hjerneskade (oppstått samtidig som ryggmargsskaden). Psykisk uhelse øker risiko for rusmisbruk (Holtz & Levi, 2006).

3.0 Metode

Ved forskning eller undersøkelser benyttes ulike metodiske tilnærminger. Metoden brukes som et verktøy som skal gi en oversikt, i tillegg til å legge føring for hvordan en samler inn, organiserer og tolker informasjon (Larsen, 2017). Metoden skal være tydelig og tilgjengelig, ettersom forskningen eller undersøkelsen skal kunne gjøres om igjen på samme måte av andre, slik at resultatene skal kunne kontrolleres og reproduseres (Befring, 2007). Det skiller i hovedsak mellom to ulike forskningsmetoder og tilnærminger; *kvantitativ* og *kvalitativ metode*. Valg av metode bestemmes av forskningsspørsmål, eller hva som ønskes å undersøkes (Larsen, 2017).

Kvalitativ metode kjennetegnes ved ønsket om å få et helhetlig perspektiv på et fenomen. Metoden legger opp til innhenting av mye informasjon om et fenomen, såkalt myk data, ofte fra få personer (Larsen, 2017). Kvalitativ forskning preges av fleksibilitet og gir store spillerom for forskeren til å gjøre tilpasninger underveis, og kan på den måten fange opp uventede og særpregede aspekt av et fenomen. Informasjon innhentes ofte gjennom bruk av intervju, observasjon eller frie skriftlige fremstillinger, og datamaterialet er som regel lydopptak, videoopptak eller skriftlige notat (Befring, 2007). Metoden har ofte som mål å oppnå forståelse, for eksempel gjennom et intervju hvor formålet er å finne ut hvordan pasienter opplever tiden på et rehabiliteringssenter (Larsen, 2017).

Kvantitativ metode kjennetegnes ved at den kan gi en representativ oversikt. Metoden legger opp til å samle inn målbar data hos en større populasjon hvor en går i bredden og får opplysninger om mange enheter (Larsen, 2017). Datainnsamlingen er ofte systematisk og strukturert. Statistiske metoder, med mange spesifikke regler og mye formalisering er sentralt ved kvantitativ metode (Befring, 2007). Datainnsamlingene kan ofte generaliseres, og informasjonen som innhentes kan sammenlignes. Metoden har som mål å forklare en sammenheng. Et eksempel på dette kan være å bruke spørreskjema for å sammenligne forekomsten av depresjon mellom menn og kvinner med ryggmargsskade (Larsen, 2017).

3.1 Valg av metode

For å finne svar på vår problemstilling valgte vi å benytte kvalitativ metode. I samsvar med hva Larsen (2017) sier ble kvalitativ metode et naturlig valg, ettersom vi ønsket å få en helhetsforståelse av og samtidig gå i dybden på hvordan ulike faktorer knyttet til rehabilitering etter en traumatisk ryggmargsskade påvirker motivasjon gjennom

rehabiliteringsforløpet. Kvalitative tilnærminger gir i større grad enn kvantitative tilnærminger rom for improvisasjon og personlige valg underveis (Befring, 2007). Ifølge Befring (2007) kan en gjennom kvalitativ metode få bedre kunnskap om generelle innsiktsbehov som omhandler meninger, holdninger og intensjoner for å forstå mennesket som aktør i eget liv.

Vi valgte å bruke intervju som metode for innhenting av informasjon. Dette anså vi som en gunstig metode for å ha mulighet til å fange opp ulike aspekt av en rehabiliteringsprosess og faktorer som spiller inn under en slik prosess, også de særpregede og uventede (Befring, 2007). Et intervju kan være mer eller mindre strukturert (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi ønsket at intervjuene skulle foregå som en samtale med god flyt hvor informantene kunne fortelle mest mulig fritt, med mulighet til å kunne gi eksempler på ulike aspekt rundt rehabiliteringsprosessen. Samtidig satte vi opp fokus-emner og forslag til spørsmål vi ønsket å få svar på i løpet av intervjuet for å besvare problemstillingen vår. På bakgrunn av dette var et semistrukturert intervju, med en fleksibel intervjuguide (se vedlegg 3 og 4) og mulighet for oppfølgingsspørsmål et naturlig valg (Larsen, 2017). Som hjelpemiddel for å forebygge mot tap av viktig informasjon, benyttet vi oss av lydopptak og notater underveis i intervjuene.

3.2 Valg av informanter

Informantene i vår undersøkelse har førstehåndserfaring innenfor rehabilitering etter traumatisk ryggmargsskade. Vi gjorde et selektivt og strategisk utvalg av informanter for å få innblikk i personlige erfaringer og opplevelser av en slik rehabiliteringsprosess (Larsen, 2017). For å få en helhetsforståelse av et rehabiliteringsforløp ønsket vi å intervju personer med ulike erfaringer og perspektiv på en rehabiliteringsprosess etter ryggmargsskade. Informanter vi søkte til denne undersøkelsen var fysioterapeuter med bred erfaring innenfor rehabilitering og ryggmargsskade, eller personer som selv har vært gjennom de ulike fasene av en rehabiliteringsprosess etter en traumatisk ryggmargsskade. Kriterier for personer som har vært utsatt for en ryggmargsskade var at vedkommende hadde års erfaring med rehabilitering og en skade som tillot de å delta aktivt i rehabiliteringsprosessen. Målgruppen innenfor problemstillingen vi valgte å undersøke er liten. Det strategiske utvalget ble basert på faglig vurdering og etter anbefalinger fra fagfolk via eget nettverk, gjennom snøballmetoden (Larsen, 2017).

Totalt intervjuet vi tre informanter. To av informantene har ryggmargsskade med flere års erfaring med rehabilitering etter skaden. Tredje informant er fysioterapeut ved én spinalenhet i Norge og har lang erfaring med rehabilitering av ryggmargsskadde.

3.3 Forberedelser, gjennomføring og etterarbeid av intervju

I forkant av intervjuene til undersøkelsen gjennomførte vi et pilot-intervju med én person med en annen type skade. Hensikten med gjennomføringen av pilot-intervjuet var å teste ut spørsmålene i intervjuguiden; var spørsmålene relevante for problemstillingen og stilte vi åpne spørsmål? (Larsen, 2017). Vi fikk også testet lydopptakere, erfare ca. varighet på intervju og ikke minst erfare rollen som intervjuere. I etterkant gikk vi grundig gjennom intervjuguiden og gjorde endringer vi mente ville styrke intervjuguiden vår. Dette innebar blant annet å omformulere spørsmål vi opplevde var uklare under pilot-intervjuet. I tillegg la vi til flere oppfølgingsspørsmål med fokus på eksempler av opplevelser. Under intervjuene hadde vi bestemte rollefordelinger. Den ene stilte spørsmål og ledet inn på ulike emner, mens den andre noterte og kontrollerte at informantenes svar besvarte de ulike spørsmålene i intervjuguiden vår, i tillegg til å stille eventuelle oppfølgingsspørsmål underveis. Denne rollefordelingen beholdt vi gjennom alle intervjuene.

Intervjuene ble gjennomført rundt månedsskiftet oktober/november. To av intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassene til informantene på møterom/kontor for å unngå forstyrrelser underveis. Varigheten på intervjuene var henholdsvis 56 minutter og 35 minutter. Det siste intervjuet ble gjennomført i et videokonferanserom gjennom videosamtale over nett, og varte i 67 minutter.

Etter gjennomføring av intervjuene ble de transkribert. Transkribering er en fortolkningsprosess hvor talespråk tolkes og skrives om til tekst som gjør det lettere å analysere (Kvale & Brinkmann, 2009). Lydopptakene av intervjuene var et godt hjelpemiddel under transkripsjon. Vi transkriberte fortløpende etter hvert enkelt intervju. Transkripsjonene ble tilstrebet så nøyaktig og ordrett som mulig for å ivareta informantenes holdning og meninger på best mulig måte, noe som samsvarer med det som står i Larsen (2017). For å ivareta informantenes anonymitet har vi holdt tilbake personlige opplysninger. Vi har i tillegg tatt bort ord som da, liksom, holdt jeg på å si o.l.

3.4 Analyse og tolkning av data

Analyse av data er en prosess som handler om å kode, kategorisere og finne mønstre i intervjumaterialet. Dette er viktig for å gjøre materialet mer håndterbart, ved at det blir lettere å se likheter, forskjeller og mønstre i informasjonen (Larsen, 2017). Vi valgte å bruke innholdsanalyse for å analysere datamaterialet, for å få en helhetlig forståelse av opplysningene vi fikk i de ulike intervjuene (Befring, 2007). Under innholdsanalysen klassifiserte vi informantenes svar i ulike kategorier vi anså som sentrale i informasjonsmaterialet, og lette i tillegg etter mønstre og sammenhenger i svarene. I løpet av analyseprosessen komprimerte og systematiserte vi innholdet for å gjøre datamaterialet mulig å tolke. Dette innebar blant annet å fjerne informasjon som ikke var relevant for å svare på vår problemstilling (Larsen, 2017).

Tolkning handler om å skape en mening mellom sammenhengene og mønstrene vi fant gjennom analyse av dataene (Larsen, 2017). Vi har vært bevisst på å finne en balansegang mellom egen tolkning og informantenes beskrivelser, ettersom det er viktig at informantene kjenner seg igjen i våre tolkninger.

3.5 Etske problemstillinger

Ved forskning og undersøkelser må en ta stilling til etiske prinsipper. Dette for å sikre at den vitenskapelige virksomheten er moralsk forsvarlig (Larsen, 2017). Ved bruk av kvalitative intervjuer av personer vil etikk i denne sammenheng dreie seg om hvordan vi møtte personene, hvilken informasjon vi ga om undersøkelsen, hvilke spørsmål som ble stilt og hvordan informasjonen vi fikk ble behandlet i etterkant (Larsen, 2017).

I denne undersøkelsen har vårt ansvar om å ivareta informantene på best mulig måte før, under og etter intervjuene stått sentralt. For å ta hensyn til etiske problemstillinger har vi holdt informantene anonyme. Navn og andre opplysninger som vil kunne kobles til informantenes identitet fra oppgaven er ikke benyttet i oppgaven, i samsvar med det som står i Larsen (2010). Dette gjorde vi ved å omtale informantene som fysioterapeut, informant A og informant B, og unngå å transkribere sensitive opplysninger som bosted, arbeidsplass ol. Vi tok lydopptak av intervjuene for å bedre mulighetene for at vi fikk med oss det meste av informasjonen som ble gitt under intervjuet, og meldte derfor prosjektet til NSD (Larsen, 2017).

På bakgrunn av at temaet for undersøkelsen vår kan oppfattes som sårt, utarbeidet vi et informasjonsskriv (se vedlegg 1) i samsvar med Larsen (2010). I informasjonsskrivet presiserte vi anonymisering, frivillig deltakelse og mulighet til å avbryte intervjuet og trekke seg fra undersøkelsen uten videre begrunnelse. I tillegg var det en beskrivelse av formålet med undersøkelsen og hvordan vi ville behandle innhentet informasjon. Informantene ga samtykke til deltakelse i undersøkelsen og bruk av lydopptak under intervjuet ved å signere et samtykkeskjema (se vedlegg 2) eller ved muntlig samtykke på lydopptak, i forkant av intervju.

3.6 Reliabilitet og validitet

Ved bruk av kvalitativ metode gjennom bruk av intervju har vi hatt mulighet til å gå i dybden på temaet og problemstillingen vår. Validiteten til oppgaven vår er styrket gjennom intervju og samtaler med utvalgte informanter basert på faglig vurdering av deres erfaring i forhold til tema og vår problemstilling. Under intervjuene har vi hatt mulighet til stille oppfølgingsspørsmål om nødvendig, og innhente mye og bred informasjon. Dette har gitt oss mulighet til å skape en helhetsforståelse av temaet vi ville undersøke, gjennom utfyllende svar og med flere gode eksempler fra informantene. I tillegg har vi hatt mulighet til å rydde opp i misforståelser underveis i intervjuene hos begge parter (Larsen, 2017).

Ettersom utvalget av informanter er plukket fra et selektivt utvalg på bakgrunn av deres erfaringer rundt rehabilitering etter traumatisk ryggmargsskade medfører dette at funnene i undersøkelsen ikke kan generaliseres. Funnene kan likevel ha en overføringsverdi, da de kan være relevante for andre under rehabilitering etter traumatisk ryggmargsskade (Larsen, 2017). Overføringsverdien styrkes gjennom forankring i teori og annen forskning.

Reliabiliteten i oppgaven vår styrkes gjennom at vi beskriver det vi har gjort gjennom hele undersøkelsen (Larsen, 2017). En utfordring for reliabiliteten er å stille seg kritisk til egen posisjon i forhold til posisjon til datamaterialet, informanten, ideer og tolkningene våre (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne utfordringen har vi vært bevisst på gjennom at vi har tilstrebet å stille forståelige og åpne spørsmål i intervjuene. I tillegg har vi tilstrebet gjennomføring av transkribering med nøyaktighet og en nøyaktig koding av tekst under analyse (Larsen, 2017).

4.0 Resultat og diskusjon

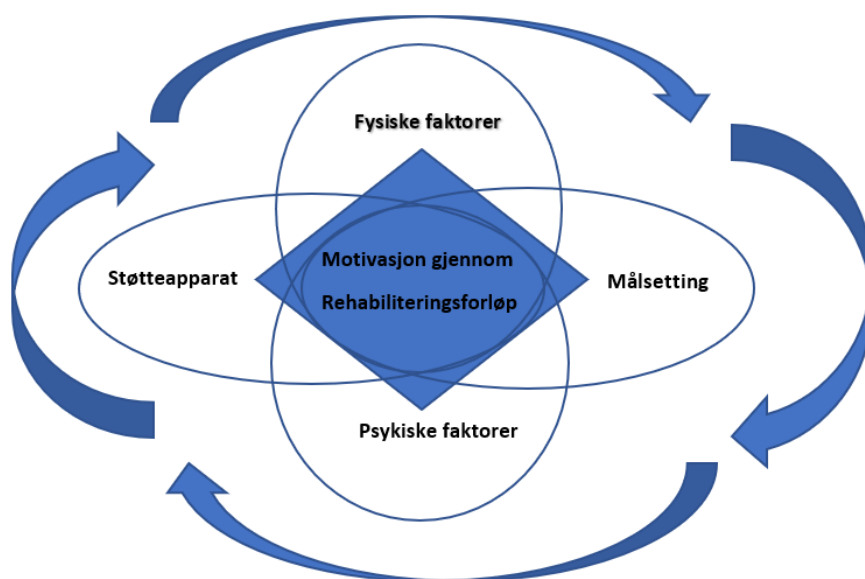
4.1 Resultat av våre funn

Ut fra informasjonen vi fikk gjennom våre intervju, forstår vi motivasjon som den mest sentrale faktoren gjennom en rehabiliteringsprosess. Motivasjon blir presentert som kanskje den viktigste påvirkningsfaktoren i rehabiliteringsforløpet. Fysioterapeuten beskrev viktigheten av motivasjons rolle ved rehabilitering på følgende måte:

Den faktoren jeg tror kanskje er viktigst som påvirker rehabiliteringsprosessen er motivasjonen til pasienten. Vi kan gjøre alt vi vil, men dersom vi ikke har en pasient som er mentalt med på det vi vil få til, så hjelper det ikke så veldig mye.

Vi har derfor valgt å trekke frem motivasjon som en overordnet faktor. Videre har vi kategorisert informasjonen i fire ulike kategorier hvor vi ser på hvordan ulike faktorer påvirker motivasjonen. Kategoriene vi vil trekke frem er; fysiske faktorer påvirkning på motivasjon, motivasjon gjennom målsetting, motivasjon gjennom støtteapparat og psykiske faktorer påvirkning på motivasjon. Gjennom intervjuene ble informasjon under disse kategoriene beskrevet å være sentrale og viktige faktorer med betydning for motivasjonen gjennom et rehabiliteringsforløp etter en traumatisk ryggmargsskade.

For å illustrere resultatene av undersøkelsen vår har vi valgt å lage en modell. Denne viser hvordan de ulike kategoriene kan være avhengige av hverandre i forbindelse med motivasjon:



4.2 Fysiske faktorerers påvirkning på motivasjon

I denne sammenhengen regner vi de fysiske faktorene som skadens omfang, komplikasjoner og fysisk form/treningsvaner før skaden.

Skadens omfang er en viktig faktor for hvilke muligheter en med ryggmargsskade har til å gjenvinne tapt funksjon og hvilke mål som er realistiske å sette seg (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). Fysioterapeutens sitat understøtter dette:

Det er en slags misforståelse ute og går i samfunnet generelt når det gjelder for eksempel skader som ryggmargsskade og folk som har havnet i rullestol, om at «bare du trener nok så kommer du deg på beina igjen». Men vi vet at det ikke er sånn det fungerer, fordi det er hovedsakelig skaden som setter begrensning for hvor god du kan bli. [...] Som sagt så er det skaden som oftest setter begrensningene i utgangspunktet, men man kan selvfølgelig påvirke noe med trening.

Komplikasjoner underveis i rehabiliteringsprosessen er også en faktor som kan ha betydning for å gjenvinne funksjon (World Health Organization & International Spinal Cord Society, 2013). I tillegg kan komplikasjoner være med på å forlenge sengeleiet og forsinke rehabiliteringsprosessen (Hjeltnes, 2004). Informant B beskrev sin situasjon i starten av oppholdet på spinalenheten på følgende måte:

Da er jeg fortsatt sengeliggende, altså klarer nesten ikke å heve hode, ryggen, hjertebrettet/ryggen på sengen uten å besvime. Sliter veldig med blodsirkulasjonen og lavt blodtrykk. Og da starter rehabiliteringen veldig sakte. [...] Sliter med å trene siden jeg har så mye sår på rumpen og har veldig vondt i den ene armen som jeg knuste. Så jeg får liksom ikke brukt den til å forflytte meg med.

I tillegg til komplikasjoner som forsinke oppstarten av rehabiliteringen, trakk fysioterapeuten frem komplikasjoner som kan påvirke progresjon i treningen, eller gjøre at en må ta noen steg tilbake i prosessen:

Skuld smerter er en vanlig komplikasjon. Mange med ryggmargsskade utvikler nervesmerter. [...] Det er bare nervene som går amok og som gjør at mange blir veldig tappet for energi fordi de bruker så mye krefter på å mestre det og håndtere det hvis

de ikke finner noen medisiner eller tiltak som hjelper. Det kan være en komplikasjon som påvirker forløpet.

Smerter kan ifølge fysioterapeuten påvirke rehabiliteringsforløpet. En mulig årsak til dette kan, som Østerås & Stensdotter (2011) sier, være redsel for at smertene skal øke ved aktivitet, noe som igjen kan påvirke motivasjonen for trening. De øvrige komplikasjonene som er beskrevet over, fører ofte til immobilisering som ikke nødvendigvis påvirker motivasjonen der og da. Vi tolker det likevel som at motivasjonen kan påvirkes ved at opptreningen utsettes og at progresjonen av allerede startet opptrening kan stoppe opp eller få en tilbakegang.

Enkelte komplikasjoner kan føre til store psykososiale utfordringer for personer med ryggmargsskade (Nas et al., 2015). Problemer med tarm- og blærekontroll beskrev fysioterapeuten som den mest hemmende komplikasjonen. Ifølge fysioterapeuten er dette svært belastende for personene som sliter med det, og mange kan vegre seg for å trene:

Det er ikke så uvanlig at vi får en eller annen lekkasje nede på treningssalen. Det er veldig ekkelt for den pasienten det gjelder som egentlig bare må avbryte treningen og komme seg opp igjen, og synes at dette var utrolig pinlig. [...] Det kan være noe som påvirker treningsmotivasjonen deres, at hvis de tar for hardt i så tror de at det kommer ut noe bak for eksempel, fordi det er det de har erfart med én eller to anledninger tidligere. [...] Som regel stabiliserer det seg litt, men en del velger å få utlagt tarm litt senere i forløpet for å unngå den mentale belastningen det er å ikke helt vite og ha kontroll på tarmfunksjonen spesielt.

Også informant B trakk frem utfordringer med blære og tarm, og hvordan det å få stomi kan føles som en trygghet. «*Det gjør jo også at du blir mye tryggere på å trene. Du kan trene hardt uten at du er redd for å ha uhell osv. Sånne ting stopper deg veldig i hverdagen*».

Selvbestemmelsesteorien til Ryan & Deci (2000) kan kobles opp mot betydningen problemer med blære- og tarmkontroll har på motivasjonen. Spesielt oppfatter vi at det å føle tilhørighet og trygghet er viktig i en slik situasjon, for å kunne bygge motivasjon til å trene. Omgivelsene rundt må føles trygge for at personen selv skal ha tro på at den kan mestre og ikke være redd for eventuelle lekkasjer. Dersom personen ikke føler seg trygg kan det tenkes at personens opplevelse av kompetanse svekkes og at motivasjonen dermed går ned (Manger & Wormnes, 2015). Det kan også være noe å tenke på at ved å unngå situasjoner hvor lekkasjer kan skje, vil ikke mestringstroen styrkes og det kan bli en negativ spiral.

Samtidig som komplikasjoner er begrensende for pasienten, fortalte informant B at han opplevde at trening hadde en positiv effekt på enkelte komplikasjoner. Videre fortalte han at dette var en motivasjonsfaktor for videre trening: *«Jeg hadde bedre og mindre spasmer og sov bedre etter at jeg hadde trent. Så sånn sett var jo det motivasjon i seg selv»*.

Både informant A og informant B var tydelig på at til tross for komplikasjoner har motivasjonen til å forbedre funksjonen og nå målene sine alltid vært til stede. Informant A sin opplevelse av hvordan tilbakeslag ved infeksjoner påvirket opptreningen fortalte han på følgende måte: *«Ikke i en annen grad enn at en er syk i noen dager og så er du redusert så lenge du tar antibiotika, og så er du tilbake igjen»*. Tidligere mestringserfaring, som er i tråd med informasjonskilde 1 i Banduras teori (Imsen, 2014), kan være en mulig årsak til at motivasjonen ikke ble dårligere på tross av enkelte tilbakeslag ved infeksjoner.

Informant B beskrev hvordan motivasjonen ble påvirket av komplikasjonene gjennom: *«Motivasjonen har alltid vært der på en måte, for å komme seg videre og komme seg langt. Det kan hende jeg hadde vært mindre sliten, lei og irritert i mellomtiden da»*. Forklaringen til informant B kan kobles til målsettingsteorien hvor konkrete målsettinger kan føre til økt motivasjon for aktivitet (Low & Jin, 2012). Vi tolker det som at ønsket om å nå målet om økt funksjon var større enn de negative tankene og dermed klarte han å opprettholde motivasjonen.

Når det gjelder fysisk form og treningsvaner i forkant av skaden var alle tre informantene tydelig på at dette er faktorer som har stor betydning for rehabiliteringsprosessen. Spesielt tidligere treningsvaner ble trukket frem som en essensiell faktor under opptrening av samtlige informanter. Informant A beskrev viktigheten av fysisk form og treningsvaner ved:

Det å vite hva trening går i og på en måte være treningsglad. [...] Så tror jeg også kroppen din er mer robust visst den er trent. At du tåler en påkjenning bedre, og det er lettere å trene seg opp igjen. Det var nok ganske viktig det, en klar fordel.

I Höfers et al. (2014) står det at aktivitetsnivå før skaden påvirker behandlingen og rehabiliteringen i etterkant av skaden, noe som samsvarer med svarene vi fikk fra informantene. I tillegg trakk informant A og informant B frem at det å være i god fysisk form kan bidra til at kroppen tåler påkjenninger bedre, noe som kan knyttes opp mot det som står i Kehn & Kroll (2009). Vi oppfatter også at det å ha erfaring fra fysisk aktivitet og trening i forkant av skaden, kan påvirke motivasjonen positivt. Informasjonskilde 1 som omhandler

tidligere mestringserfaring og informasjonskilde 4 som går ut på hvordan de emosjonelle forholdene knyttet opp mot oppgaven eller resultatet i Banduras teori (Imsen, 2014), kan sees i sammenheng med treningsvaner sin påvirkning på motivasjon. Dersom en har opplevd mestring i forbindelse med fysisk aktivitet og trening tidligere, vil en med stor sannsynlighet også kunne ha en mestringsforventning til at utfordring gjennom trening vil gi et positivt resultat på sikt.

4.3 Motivasjon gjennom målsetting

Målsetting forstår vi ut fra Solvang (2019) som et viktig verktøy for å skape mestring og videre motivasjon i et rehabiliteringsforløp. Informantene trakk frem målsetting som en viktig faktor i rehabiliteringsprosessen, hvor det å jobbe mot konkrete mål og etter hvert oppnådde mål har skapt motivasjon til å ta fatt på nye oppgaver.

Både informant A og informant B fortalte utdypende om målsetting og ga gode eksempler på mål de har satt underveis i rehabiliteringsprosessen. Et eksempel fra hvordan informant A har satt seg delmål underveis i rehabiliteringsforløpet: *«Jeg setter meg alltid delmål. Når jeg klarer dem, så tenker jeg; ok, det var det, og så gå over på neste. Det er på den måten jeg fungerer på»*. Dette tolker vi som at han får motivasjon gjennom å jobbe mot konkrete og utfordrende mål, noe som samsvarer med målsettingsteorien (Low & Jin, 2012), som sier at konkrete og utfordrende mål vil føre til økt innsats og motivasjon for aktiviteten. Videre ble det gitt eksempler på mål gjennom forløpet:

Å klare å komme seg opp i senga, og å klare å flytte seg fra seng til stol var veldig tydelige delmål. Og så var det å komme seg inn og ut av bil og forflytting fra gulv og opp i stol som også var klare mål som jeg ville få til etter hvert. Hovedmålet har vært å bli mest mulig selvstendig.

Disse eksemplene kan ses i samsvar med hvordan mestringsmål, beskrevet i målteorien til Reeve (referert i Manger & Wormnes, 2015, s. 42-43), kan skape motivasjon. Mestringsmål med prosessmål med passende utfordringer underveis, beskrives som grunnleggende for å skape motivasjon til videre opptrening (Manger & Wormnes, 2015).

For personer som har ryggmargsskade er treningen ofte noe som er avgjørende for å ikke forverre sin livssituasjon. Spesifikk trening rettet mot den ervervede skaden og funksjonstapene i forhold til skaden er viktig (World Health Organization & International

Spinal Cord Society, 2013). Informant B understrekte dette når han ga eksempler på mål som var nødvendig for han å klare:

Satte mål i den grad at det var oppgaver du var nødt til å løse. I starten var det for eksempel; i dag må du fikse at du har hjertebrettet i 30 grader, og så må du ligge sånn i ca. tjue minutter. En oppgave jeg måtte løse for å at jeg ikke skulle besvime.

Vi har en forståelse av at motivasjon for å jobbe mot slike mål kan ses i samsvar med Banduras teori om mestringsforventning, som sier noe om tro på at den gitte handlingen kan føre til bestemte resultater (Manger & Wormnes, 2015). I en slik situasjon vil trolig motivasjonen for å klare oppgaven bero på at vedkommende tjener en bedre helsetilstand og økt livskvalitet.

Videre virker eierskap til målene å være viktig for at motivasjonen for å nå målene skal være til stede. At pasientene skal sette og definere egne mål i størst mulig grad virker å være noe som er høyst ønskelig ved rehabilitering, noe som er i samsvar med hva som står i Solvang (2019). Fysioterapeuten understrekte dette:

Jeg tror kanskje den viktigste faktoren er at de har en indre motivasjon til å oppnå et eller annet mål som de setter seg. Enten det er å komme tilbake til skolen eller jobb eller flytte hjem. At de har et klart mål med hva de vil oppnå med rehabiliteringen selv og ikke bare et mål som vi definerer for dem. [...] Hvis de har satt sine egne mål er det mye mer sannsynlig at målet blir oppnådd. Det er det. Så sant vi ser at det er realistiske mål.

At pasientene er mer motiverte dersom målene er egendefinert kan ses i samsvar med Ryan & Deci (2000) sin teori om selvbestemmelse, hvor blant annet autonomi står sentralt for å skape indre motivasjon. Autonomi skapes gjennom mål satt på bakgrunn av individets eget ønske og indre motivasjon (Manger & Wormnes, 2015).

I noen situasjoner må pasienter veiledes til å komme frem til realistiske mål for å bedre deres funksjon. Fysioterapeuten fortalte at: «Ofta er det vanskelig for pasienten å vite hva som er realistisk å oppnå funksjonsmessig innen de neste fire ukene, så da har vi alltid noen forslag som hjelper de litt på vei.» Informant A beskrev følelsen av en slik situasjon på følgende måte:

Målene ble i hovedsak ikke pakket på deg. Men vi hadde et møte en gang i måneden der de «presset på deg mål» eller de spør deg; hva har du lyst å oppnå nå, og så

hender det at du sier; jeg vet ikke. Jeg synes det var døvt å sitte der da. Og så sier de; har du lyst til å få til dette? Ja, selvfølgelig sier jeg.

Dette eksempelet kan vise til at motivasjonen i denne situasjonen kan bli utfordret av at behovet for autonomi ikke tilfredsstilles, noe som selvbestemmelsesteorien beskriver som et avgjørende behov for at motivasjon skal være til stede (Ryan & Deci, 2000). Autonomi handler om at valg tas på bakgrunn av egne ønsker og indre motivasjon. Ved dette eksempelet kommer ikke valg av mål fra pasienten selv ut fra individets indre motivasjon og ønske, men blir påvirket gjennom press fra andre (Manger & Wormnes, 2015). På en annen side tolker vi at forventning og tro fra andre kan påvirke individets motivasjon på sikt, i samsvar med Banduras teori om mestringsforventning basert på informasjonskilde 3 (Imsen, 2014). Presenterte mål er gjerne mål fysioterapeutene vil at pasienten skal klare, fordi de ser at målet er realistisk og har en tro og forventning om at vedkommende skal kunne klare det målet.

Solvang (2019) påpeker at skadens omfang og ulike behov igjen vil være av betydning for hvilke mål som er realistiske og ønskelig å sette. Første tiden etter skaden er det ofte at pasienter setter store og urealistiske mål, ettersom virkelighetsforståelsen av skadens omfang og funksjonsnedsettelse ofte ikke er til stede. Dette ser vi i samsvar med teorien om krisereaksjon (Cullberg, 2007), som vi kommer grundigere inn på under kategorien «Psykiske faktorerens påvirkning på motivasjon». Fysioterapeuten fortalte at i situasjoner hvor en ser at målene til pasientene blir for store og urealistiske kan gjerne motivasjonen påvirkes negativt på sikt:

Dersom det er en pasient som vi ser at gangfunksjon er helt urealistisk for, hvert fall innenfor de neste par månedene og det er det eneste pasienten vil, da må vi prøve å få snu de litte gran. Ellers vil du få en målsetting som ikke lar seg oppnå rent fysisk, rett og slett. Og så vil du få nedturer med frustrasjon og kanskje en negativ spiral, istedenfor at man kan jobbe seg oppover og oppover å se hvor de etter hvert ender.

På bakgrunn av fysioterapeutens sitat tolker vi det som at dersom målet som blir satt er urealistisk, kan det påvirke motivasjonen negativt underveis ettersom mestring uteblir til tross for trening. Tolkningen vår baseres på selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2000) hvor behovet for kompetanse beskrives som avgjørende for å opprettholde motivasjon. Ettersom at opplevelsen av mestring uteblir, svekkes følelsen av kompetanse, som igjen vil føre til redusert motivasjon (Manger & Wormnes, 2015).

4.4 Motivasjon gjennom støtteapparat

Støtteapparatet til en pasient under rehabiliteringsprosessen består av behandlingsteamet på spinalenheten og pasientens pårørende (Höfers et al., 2014). I Höfers et al. (2014) påpekes det at pårørende er viktige støttespillere i rehabiliteringsprosessen. Informant A sitt svar på spørsmål om hva som har vært motivasjonen for å komme seg gjennom rehabiliteringsprosessen: «*Samboeren min, uten tvil*», støtter oppunder dette. Også fysioterapeuten sitt svar samsvarer med det som står i Höfers et al. (2014): «*Vi ser ofte at det er de som har ressurser inni seg og rundt seg er de som kommer lengst, litt uavhengig av funksjonsnivå*». Informant B trakk frem assistentene som en viktig del av støtteapparatet, i tillegg til familie og venner. Assistentene kan være viktig for å legge til rette for muligheten til å leve et aktivt liv, noe informant B beskrev på følgende måte: «*Det andre poenget er at jeg aldri hadde fått deltatt så mye med mindre jeg ikke hadde hatt assistenter. Man må ha hjelp for å få trent. Det er nok en viktig faktor dere kan ta med dere*».

Samtlige informanter beskrev viktigheten av et nettverk rundt seg som viktig, noe som samsvarer med informasjonskilde 3 i teorien om mestringsforventninger, hvor støtte fra nettverket rundt blir trukket frem som en faktor som har påvirkning på et individs motivasjon (Imsen, 2014). Ut fra selvbestemmelsesteorien til Ryan & Deci (2000), hvor behov for autonomi står sentralt, kan støtteapparatet trekkes frem som tilretteleggende faktor for den skadedes mulighet til å oppleve autonomi. Det handler om hjelp til selvhjelp, som er viktig for å oppleve mestring og økt motivasjon.

Både informant A og informant B fortalte at en annen viktig faktor i rehabiliteringsforløpet har vært å møte andre personer som har lengre erfaring som skadet og å få høre om deres erfaringer. Informant A trekker spesielt frem én person han møtte under rehabiliteringen.

Det som kan merkes som en ting som betydde mye for meg er en i rullestol, som har sittet i rullestol i ca. 30 år. Ung, sprek og artig kar. Han kom inn tidlig i forløpet mitt, for han leverer stoler. [...] Jeg ble inspirert av å se at det går ant å sitte i rullestol og fremdeles ha et veldig aktivt liv.

Dette eksempelet kan knyttes opp mot informasjonskilde 2 i teorien om mestringsforventning som bygger på at mestringsforventningen påvirkes av mestringserfaringene til personer en sammenligner seg med (Imsen, 2014). Det å se at det er mulig å oppnå ting på tross av en alvorlig skade, tolker vi som en mulig motivasjonsfaktor for personer med ryggmargsskade til

å trene seg opp, noe også informant A bekrefter i sitatet. Informant B fortalte i tillegg om viktigheten av å føle tilhørighet til andre personer med lignende utfordringer, hvor rullestolrugby ble hans arena:

Og så er det jo ikke minst merverdi å være sammen med andre som har samme type skade, sitter i rullestol, møter de samme utfordringene. Plutselig er man flere som sitter i rullestol enn som er funksjonsfriske, og da er man plutselig blitt den normale. Så den tilhørighetsfølelsen har vært utrolig viktig.

Ønsket om tilhørighet samsvarer med selvbestemmelsesteorien hvor tilhørighet regnes som én av tre grunnleggende psykologiske behov som må oppfylles for at motivasjonen skal være til stede (Ryan & Deci, 2000). Det å ha en sosial arena hvor en føler seg velkommen og som en del av «gjengen», for videre å kunne utvikle autonomi og kompetanse i dette miljøet, som er viktig for motivasjonen ifølge Ryan & Deci (2000).

På den andre siden fortalte informant B hvordan han derimot tidlig i forløpet opplevde møtet med brukerkonsulenter på rehabiliteringssenteret:

Det var brukerkonsulenter som satt i rullestol, men de var jo supermennesker, som fikk til alt. [...] Noen fikk veldig motivasjon av det, men jeg fikk ikke så mye motivasjon av det. Ble mer irritert over de som var så innmari positiv.

Hvis vi ser de tre foregående eksemplene opp mot hverandre, viser det at folk blir motivert av ulike ting, og at ulike faktorer kan spille inn for opplevelsen av en situasjon (Østerås & Stensdotter, 2011). Mens noen blir inspirert og motivert av å se hva andre har oppnådd, kan andre igjen oppleve skuffelse eller irritasjon over å ikke mestre det samme. Ut fra disse eksemplene forstår vi det som viktig å møte hver enkelt person «der den er» og ta hensyn til personens nåværende situasjon.

For å kunne påvirke motivasjonen for trening i positiv retning, fortalte fysioterapeuten at det å prøve skape en god relasjon og god stemning mellom pasient og behandler var et fokus de la vekt på: «*Det skjer at du får tilbakemeldinger på at det er veldig kjekt å komme ned på trenings salen fordi det er så god stemning*». Når informant A og informant B snakket om opplevelsen av behandlingsapparatet på rehabiliteringen formidlet de at de følte seg godt ivaretatt og at det var en positiv opplevelse å møte fysioterapeutene, fordi de hadde fokus på godt humør i tillegg til behandlingsfokus. Informant B beskrev det på følgende måte: «*Jeg*

hadde en fysioterapeut som var veldig kompis, som gjorde at det ble gode samtaler, det ble trening som man synes var litt gøy. At det var trygt». Ifølge selvbestemmelsesteorien er blant annet behovet for tilhørighet grunnleggende for å være motivert (Ryan & Deci, 2000). Det at en pasient synes det er gøy å trene med fysioterapeuten tolker vi som at pasientens trivsel er god, noe som kan øke den indre motivasjonen for å trene.

Det kom imidlertid også frem at både informant A og informant B mener at behandlerne må tørre å stille større krav til pasientene når det gjelder gjennomføring av trening. At de må tørre å utfordre pasienten, selv om pasienten ikke er topp motivert. Samtidig uttrykte de forståelse for at det kan være vanskelig for behandlingspersonell å gjennomføre.

De skal jo selvfølgelig ivareta folk som har det vanskelig, men av og til er det beste et slag i bakhodet og få beskjed om å skjerpe seg, og det skjer aldri der på rehabiliteringen. Men det er nok en upopulær mening, tror jeg. Og helt sikkert vanskelig å gjennomføre for de som jobber der. – Informant A

På dette punktet fortalte fysioterapeuten at det er viktig å ta utgangspunkt i den enkelte og dens dagsform, og presiserte at det ikke alltid er mulig å gjennomføre en treningsøkt:

Det er alltid litt vanskelig. Noen ganger kan du få en pasient ned på treningssalen som i utgangspunktet ikke er veldig motivert til trening den dagen, men så kan du klare å snu de litte grann og sette de i gang med én liten ting og så baller det kanskje på seg litt, og så har du gjennomført. Noen ganger kan det være at de bare har behov for noen å prate med den dagen. Du kjører ikke gjennom en treningsøkt for enhver pris.

Etterspørsel om større krav fra behandlingspersonellet tolker vi opp mot informasjonskilde 3 i teorien mestringsforventninger, hvor støtte fra nettverket rundt er en viktig motivasjonsfaktor (Imsen, 2014). Det at noen andre har forventninger til og tro på at en kan mestre, kan være en motiverende faktor og kanskje føre til at en får større mestringstro selv. Ut fra fysioterapeutens sitat oppfatter vi det som at hun i utgangspunktet er enig i at det er viktig å utfordre pasientene, men samtidig ikke presse de for langt. At det er en balansegang. Vi tolker dette i sammenheng med selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2000), hvor pasientens behov for autonomi kan trues dersom en terapeut presser gjennom en trening på tross av at pasienten ikke er motivert. I slike tilfeller er det ikke pasientens indre motivasjon og lyst som ligger til grunn for treningen, men et ytre press fra andre. Dette utfordrer det som står i selvbestemmelsesteorien om autonomi (Ryan & Deci, 2000).

4.5 Psykiske faktorerers påvirkning på motivasjon

Ryggmargsskade innebærer ofte en livsomvelting og oppleves ofte som en krise, som ofte medfører psykisk traume så vel som et fysisk traume. I tiden etter en ryggmargsskade oppstår det ofte ulike reaksjonsmønstre, såkalte krisereaksjoner, som går på håndtering og forståelse av skaden og den nye livssituasjon (Cullberg, 2007). Disse ulike reaksjonene vil kunne påvirke motivasjonen i de ulike fasene av rehabiliteringsforløpet. Fysioterapeuten fortalte:

I starten er det ganske mange som ikke er realitetsorientert, og som tror at bare de trener nok så skal det her gå bra, vi skal komme oss opp på beina igjen. Det varierer litt i hvilken informasjon pasientene har fått på forhånd om skaden sin og sånn, før de kommer til oss. Det hender at vi må realitetsorientere noen her, men ofte kan de godt være ganske realitetsorientert når de kommer til oss, men likevel ha et håp om at ting skal bli bedre enn det de sa på ortopedien eller på nevrokirurgen.

Dette tolker vi som et samsvar med typisk krisesituasjon beskrevet av Cullberg (2007), der forsvarsmekanismer ofte mobiliseres i reaksjonsfasen. At pasienter ikke er realitetsorienterte, kan henge sammen med fornektelse av ny livssituasjon hvor pasienten ikke aksepterer skadeomfanget og de irreversible konsekvensene ved skaden (Holtz & Levi, 2006). Ved slike reaksjoner er pasientene ofte motiverte for å nå det bastante og kanskje urealistiske målet de har da. En slik reaksjon på skaden kunne informant B fortelle om: «Når jeg våkner fra koma og ligger i sykehussengen og har masse medisiner så har jeg ikke det perspektivet på hvor ille dette er, når man er bare trett og sliten. Man har ikke tatt det inn over seg». Videre fortelles det at han etter hvert hadde spurt en lege om hvordan livet kom til å bli:

Kommer jeg til å bli mongo? Det nærmeste jeg hadde ord for om det å sitte i rullestol. Legen sa; ja, du kommer til å bli mongo. Da ble jeg litt forbannet og tenkte; jeg skal ikke bli lam, og jeg skal gjøre alt jeg kan for å reversere dette her.

Da informant B fikk spørsmål om hvordan skaden og dens omfang påvirket tenkt utdanning og yrke, kom han med et utsagn som understreker denne samme reaksjonen: «Den første tiden etter jeg skadet med var jeg mer motivert til å bli x enn noen gang. Det er litt sånn typisk etter traumeskader. Enten får du sånn at du møter hele veggen eller så skal man klare alt».

Eksemplene om slike krisereaksjoner som vist over, hvor konkrete og store målsettinger defineres av individet selv, indikerer i samsvar med målsettingsteorien (Low & Jin, 2012), at motivasjonen er til stede. Økt motivasjon kan igjen føre til høy innsats og ytelse for å nå målet (Low & Jin, 2012). Som diskutert under «Motivasjon gjennom målsetting», kan det som

nevnt i slike situasjoner være en utfordring at målene kan være for store og urealistiske, hvor individet muligens ikke opplever ønsket mestring til tross for treningen. I samsvar med selvbestemmelsesteorien, vil dette trolig påvirke og redusere den indre motivasjonen for fortsatt trening, ettersom behovet for kompetanse og mestring ikke tilfredsstilles (Manger & Wormnes, 2015).

Psykiske vansker som depresjon forekommer ofte for personer med ryggmargsskade (Holtz & Levi, 2006). Depresjon er en tilstand hvor blant annet interesse for aktiviteter i hverdagen ikke er til stede og/eller at individet er nedstemt gjennom store deler av dagen (Martinsen et al., 2016). I tillegg kan tanker om selvmord være til stede. Ved slike psykiske tilstander vil motivasjonen til individet trolig være svært lav. Fysioterapeuten understrekte dette slik:

Dersom du har en pasient som er veldig tung psykisk, og ikke klarer å se en fremtid så hjelper det ikke så mye å “pushe gjennom” en trening på en funksjon fordi vi vet at de vil klare det. De er ikke motivert selv, de ser ikke hvorfor de skal kunne klare det eller hvorfor de trenger å kunne det. Ofte så opplever vi at de tyngste reaksjonene skjer utenom fysioterapien. De kommer på kvelds- og ettermiddagstid, oppe på avdelingen når det er begynt å bli litt stille, når timeplanen for dagen er gjennomført. Av og til har du personer som ikke klarer å bryte ut av den tunge sirkelen, som ikke ser noen mål og mening med livet etter en ryggmargsskade og bare vil dø, rett og slett. Det hender, men det er ikke ofte.

Ved slike tilfeller tolker vi at pasientene verken har forventning til å mestre aktiviteter eller forventning til å oppnå ett resultat, noe som står sentralt i Banduras teori om mestringsforventning for å opprettholde motivasjon (Manger & Wormnes, 2015).

Selvbestemmelsesteorien kan forklare beskrevet situasjon ved at vedkommende ikke nødvendigvis føler en trygghet rundt omgivelsene eller ikke opplever mestring, som igjen fører til at kompetansefølelsen svekkes (Manger & Wormnes, 2015). Basert på selvbestemmelsesteorien vil ikke vedkommende oppleve indre motivasjon for den planlagte treningen, dersom ikke behovet for kompetanse eller følelsen av trygghet er tilfredsstilt. Det kan i tillegg tyde på at vedkommende ikke ser mål og mening med treningen, ettersom behovet for autonomi heller ikke virker å være tilfredsstilt. Behov om tilhørighet er redusert ettersom utvikling av kompetanse og autonomi for treningen eller oppgavene ikke virker å være til stede (Manger & Wormnes, 2015).

Det er viktig å påpeke at hvert enkelt individ reagerer ulikt på et traume. Ulikheten på reaksjonen og håndtering av den nye livssituasjonen hos ulike individer er noe fysioterapeuten presiserer:

Ofte er jeg blitt veldig overrasket over hvor godt de takler det. Det er selvfølgelig et ganske stort spekter i hvem som blir skadet og hvilke ressurser det er til å håndtere det. Både inni seg og i nettverket rundt seg. Det er veldig mange av de jeg har møtt, i løpet av disse mange årene på avdelingen, som stort sett klarer å omstille seg veldig greit uten for mye om og men, mens noen blir veldig tunge psykisk og får en stor reaksjon, sliter med å omstille seg og tenke at livet kan bli bra igjen.

Dette ses godt i samsvar med World Health Organization & International Spinal Cord Society (2013) sin beskrivelse av at ulike faktorer, både miljøfaktorer og personlige faktorer, kan påvirke hvor godt en pasient tilpasser seg den nye livssituasjonen. Informant A forteller hvordan den psykiske påkjenningen har vært for han gjennom tilpasning til den nye livssituasjonen etter skaden, og trekker blant annet frem viktigheten av samboeren hans:

Det er ikke til å stikke under en stol at det var tøft, men jeg tror ikke det var så tøft så mange tror. Også tror jeg ikke det var så tøft for meg, slik det er for mange andre. Uten at jeg helt vet hvorfor. Men jeg har en samboer som jeg var med fra før, og som har vært med meg siden, og det hjelper vel kanskje og litt tror jeg. Så jeg hadde aldri sjansen til å stoppe opp og bli deprimert. Før det skjedde stakk jeg og henne ut og koste oss. Det har nok påvirket omstillingen.

Dette eksemplet viser til at påvirkning fra pårørende kan ha virket inn på at han ikke har hatt utpreget depresjon, noe som Holtz & Levi (2006) sier er vanlig i fasen rett etter pasienter kommer hjem etter rehabiliteringsoppholdet. Eksempelet kan ses i samsvar med og vurderes opp mot teorien om mestringsforventninger som blant annet baseres på informasjonskilde 3, om hvordan støtten fra de rundt er. Mestringstro fra samboeren i dette tilfellet vil kunne styrke hans motivasjon og mestringsforventning (Imsen, 2014). I tillegg kan hans psykiske påkjenning gjennom rehabiliteringen forklares ut fra mestringsforventning basert på informasjonskildene 4 og 5. Informasjonskilde 4 handler om individets emosjonelle forhold knyttet til en oppgave eller resultat, og informasjonskilde 5 omhandler hvordan individet tolker egen prestasjon (Imsen, 2014). Mestringstroen og motivasjonen basert på disse informasjonskildene kommer tydeligere frem ved dette sitatet fra informant A: «Jeg og samboeren min reiste til Spania før vi stakk hjem. Bare for å ta en slik "hopp ut i dypenden"».

Det gikk for så vidt bra det. Jeg var klar for det». Ut fra dette tolker vi det som om at han hadde en mestringsforventning til å reise fra rehabiliteringssenteret og var klar for å starte livet utenfor med en sinnsstemning og tro på at han skulle klare det aller meste.

Informant B beskriver derimot sin opplevelse av det å komme hjem første gangen etter rehabiliteringsoppholdet i samsvar med det Holtz & Levi (2006) sier, hvor sårbarhet og sorg trekkes frem:

Den største sorgprosessen startet vel egentlig når jeg skulle komme hjem og sånne ting. Da jeg begynte å se hverdagen utenfor institusjonen. [...] Det var ikke noe hyggelig i det hele tatt. Det var veldig skremmende og sårt selvfølgelig. Jeg var mye lei meg på den tiden. Lurte på hvordan livet skulle gå fra å ikke ha noen utfordringer i det hele tatt til å tenke at ingenting er mulig. Når man skal sitte i rullestol. Når man skulle bevege seg. å kle på seg selv, legge seg selv, alt var en utfordring. Hele tiden er du nødt til å kjempe og motivere deg selv for å gjøre hver eneste lille ting. [...] Ingen automatisering, man er nødt til å bruke energi på det aller aller meste.

Ut fra disse to ulike beskrivelsene av den psykiske påkjenningen rundt «den nye hverdagen» fra to ulike individer, forstår vi det som at tilpasningen til den nye livssituasjonen sannsynligvis avhenger av individuelle faktorer. Faktorer som skadeomfang og funksjonsnedsettelse, i tillegg til personlige faktorer som går på mestringsstil og selvfølelse vil være av betydning for tilpasningen, noe som stemmer overens med det World Health Organization & International Spinal Cord Society (2013) sier.

Tilpasning til den nye livssituasjonen henger godt sammen med bearbeidingsfasen under kriseforløpet, hvor den kriserammede begynner å bli fremtidsrettet igjen. Det å komme hjem igjen første gang etter skaden og gjøre normale hverdagsaktiviteter eller å reise bort på ferie som eksemplene over viser til, er situasjoner hvor ryggmargsskadde tilegner seg nye erfaringer rundt, ved den nye livssituasjonen (Cullberg, 2007). Informant B beskriver hvordan ulike situasjoner vekker en sorg over redusert mulighet til deltakelse på gamle aktiviteter, noe som er i samsvar med Cullbergs (2007) beskrivelse av nyorienteringsfasen hvor arr etter krisen og vonde følelser vender tilbake i bølger:

Det er litt sorgprosesser hele tiden, sånn som når den første nysnøen kommer, når sommeren kommer og folk løper rundt på stranden og på svaberg og slike ting. Selv om man får deltatt på veldig mye så er det en sorg og liksom ikke skulle få være «helt» med.

Videre beskriver Informant B hvordan han har prøvd ut nye idretter som har gitt han mestringsfølelse, og sett vekk fra gamle idretter som han tidligere drev med som tidligere var moro:

Det har liksom vært litt min greie; det er mye morsommere å drive med ting jeg ikke har drevet med før. For da har jeg ikke den sorgprosessen rundt det. Svømming, ski, seiling og sånne ting har tidligere gitt meg en frihetsfølelse. Og den frihetsfølelsen, den leken og den moroen får jeg ikke lengre. Så nesten uansett hva jeg driver med så har alt som er nytt vært gøy, også har jeg holdt meg unna gammel moro.

Vi tolker dette som at han ikke har mulighet å gjennomføre de aktivitetene som tidligere ga han en indre motivasjon på samme måte som før, ettersom skaden og funksjonsnedsettelsen har resultert i at mulighetene og forventningene for mestring er endret. Dette ser vi i samsvar med Banduras teori om mestringsforventning (Imsen, 2014). Motivasjonen for nye aktiviteter som gir han opplevelse av mestring virker å være større. Dette samsvarer med Ryan & Deci (2000) sin selvbestemmelsesteori som bygger på en antakelse om at mennesker har en grunnleggende aktiv holdning til livet, hvor blant annet behovet for kompetanse gjennom mestring står sentralt for å ha en indre motivasjon for aktiviteten (Manger & Wormnes, 2015).

5.0 Konklusjon

Ved denne undersøkelsen hadde vi et ønske om å få en forståelse av hvordan ulike faktorer kan påvirke motivasjon gjennom en rehabiliteringsprosess. Etter undersøkelsen sitter vi igjen med en forståelse av at en persons motivasjon gjennom rehabiliteringsforløpet etter en traumatisk ryggmargsskade kan påvirkes av fysiske faktorer, støtteapparat, målsetting og psykiske faktorer. I tillegg ser vi tendenser til at de ulike faktorene kan ha en innvirkning på hverandre og påvirke motivasjon som en helhet.

Når det gjelder fysiske faktorer, er det i utgangspunktet skadens omfang som legger føringer for hvilke mål som er realistiske å sette seg i rehabiliteringsprosessen. Komplikasjoner underveis kan forsinke fremgang i prosessen og eventuelt reversere progresjonen, noe som kan påvirke motivasjon negativt. Informant A og informant B påpekte at motivasjonen for å nå målet likevel var til stede, men at det kunne oppleves som kjipt. Fysisk form og treningsvaner før skaden ble presentert som svært sentralt for motivasjon i opptreningen etter skaden.

Målsetting var en faktor samtlige informanter trakk spesielt frem i intervjuene. Både fysioterapeut, informant A og informant B uttrykte at eierskap til målene skapte indre motivasjon. I tillegg virket det viktig å hele tiden sette nye mål for å ha noe å strekke seg etter, både for å skape motivasjon gjennom mestring og for å opprettholde progresjon i rehabiliteringen.

Å ha et støtteapparat som skaper trygghet og kan tilrettelegge for selvstendighet og mestring ble trukket frem som helt essensielt for å ha motivasjon til å fortsette rehabiliteringen. I hovedsak ble familie og venner trukket frem som viktige støttespillere. I tillegg beskrev både informant A og informant B at det å møte andre personer i lignende situasjon var en viktig motivasjonsfaktor.

Psykiske påvirkningsfaktorer knyttet til motivasjon forbindes med håndtering og forståelse av skaden, i tillegg til den nye livssituasjonen. I starten av forløpet kan pasienter ofte være motiverte og ha urealistiske målsettinger, ettersom de ofte ikke er realitetsorienterte.

Depresjon er en vanlig tilstand å utvikle for pasienter med ryggmargsskade, noe som kan ha negative konsekvenser for motivasjonen. På den andre siden ble det også presisert at pasienter ofte håndterer omstillingen ganske bra. Samtidig var informantene tydelig på at å få en ryggmargsskade er tøft, men ikke nødvendigvis så tøft som mange tenker.

I hvilken grad de ulike faktorene påvirker motivasjonen kan være forskjellig, ettersom hvert enkelt individs motivasjon påvirkes av ulike faktorer og varierer fra tid til annen. I vår undersøkelse ble likevel målsetting og støtteapparat trukket frem som avgjørende faktorer for motivasjon til å gjennomføre en rehabiliteringsprosess. Dette kan gi en indikasjon på at disse to faktorene kan være spesielt viktig for å legge til rette for motivasjon. Vi vil likevel påpekte at svarene vi har fått er fra et lite utvalg informanter.

Etter denne undersøkelsen sitter vi igjen med en forståelse av at det er viktig å ta hensyn til de ulike faktorene som påvirker motivasjon, i tillegg til hvert enkelt individ sine behov, når en skal legge til rette for rehabilitering av ryggmargsskadde.

Litteraturliste

- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (2. utg.). Oslo: Det Norske Samlaget.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Dijkers, M. P. J. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(3), 87-110.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-04-10-556). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Gjerset, A. (Red.). (2015). *Idrettens treningslære* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Undervisning.
- Guttmann, L. (1979). New hope for spinal sufferers. *Spinal cord*, 17, 6-15. <https://doi.org/10.1038/sc.1979.5> (Opprinnelig publisert i Medical Times, 1945).
- Hagen, E. M., Rekand, T. & Grønning, M. (2012): Når ryggmargen skades. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2012 nr. 7 – 17. april; 132:782.
- Hjeltnes, N. (2004). Ryggmargsskader. I Wekre, L. L. & Vardeberg, K. (Red). *Lærebok i rehabilitering: når livet blir annerledes* (s. 149-167). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hjeltnes, N. (2009). Ryggmargsskade. I Bahr, R. (red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 523-533) Oslo: Helsedirektoratet.
- Holtz, A. & Levi, R. (2006). *Ryggmargsskador: Behandling och rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.
- Höfers, W., Lannem, A., Wedege, P., & Opheim, A. (2014). Fysioterapi ved rehabilitering av pasienter med ryggmargsskade. *Helse Medisin Teknikk*, (6), 34-37. Hentet fra: <https://www.catosenteret.no/wp-content/uploads/2015/01/Helsemedisinteknikk-2014-Fysioterapi-i-rehabilitering-av-pasienter-med-ryggmargsskadde.pdf>
- Imsen, G. (2014). *Elevenes verden: Innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Kehn, M. & Kroll, T. (2009). Staying physically active after spinal cord injury: a qualitative exploration of barriers and facilitators to exercise participation. *BMC Public Health*, 9(168), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-168>
- Krishblum, S. C., Burns, S. P., Bering-Sorensen, F., Donovan, Graves, D. E., Jha, A., Johansen, M., Jones, L, Krassioukov, A., Mulcahey, M. J., Schmidt-Read, M. & Waring, W. (2011). International standars for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *The Journal of Spinal Cord Medicin*, 34(6): 535-546
<https://doi.org/10.1179/204577211X13207446293695>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landsforeningen for Ryggmargsskade (LARS). (2012, mars). *ABC om ryggmargsskader for helsepersonell*. Hentet fra: <http://lars.no/showfile.ashx?fileinstanceid=80ce8b93-54d3-411d-9190-afa4d2c9b20e>
- Larsen, A. K. (2010). *En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. (3. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Low, R. & Jin, P. (2012). *Achievement Motivation and Learning*. In: Seel N.M. (eds) *Encyclopedia of the Sciences of Learning* (s.47-49) Springer, Boston, MA.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W., Hovland, A., Kjellman, B., Taube, J. & Andersson, E. (2016). Fysisk aktivitet vid depression. I Ståhle, A. (Red.), *FYSS 2017 – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s. 362-369). Stockholm: Läkartidningen Förlag AB.
- Martinussen, I. S. (2008) *Skadet for livet – myndig i eget hus? En analyse av folks erfaringer i rehabiliteringsprosesser, og samspill mellom mottakere og utøver i rehabilitering*

(Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø). Hentet fra:

<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/1408/thesis.pdf?sequence=3>

Nas, K., Yazmalar, L., Şah, V., Aydin, A. & Öneş, K. (2015). Rehabilitation of spinal cord injuries. *World Journal of Orthopedics*, 6(1), 8-16. <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.8>

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Haug, E. (2014) *Menneskets fysiologi* (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Sisto, S. & Evans, N. (2014). Activity and Fitness in Spinal Cord Injury: Review and Update. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2(3), 147-157.

Solvang, P. K. (2019). *(Re)habilitering: terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vissers, M., van den Berg-Emons, R., Sluis, T., Bergen, M., Stam, H. & Bussmann, H. (2008). Barriers to and facilitators of everyday physical activity in persons with a spinal cord injury after discharge from the rehabilitation centre. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(6), 461-467.

World Health Organization & The International Spinal Cord Society. (2013). *International Perspectives on Spinal cord injury*. World Health Organization. Hentet fra: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/reader.action?docID=1809065>

Østerås, H. & Stensdotter, A-K. (2011). *Medisinsk treningslære* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Beskrivelse av prosjektoppgave

Vi er to studenter fra studiet Idrett, fysisk aktivitet og helse på Høgskulen på Vestlandet, som skal skrive bacheloroppgave. Studentene er Karoline Myklebust Torstensen og Lene Sandsund, og veileder er Ole Erik Grinde.

Problemstillingen i oppgaven vår er; «Hvilke faktorer påvirker rehabiliteringsprosessen etter en traumatisk ryggmargsskade?». Vi ønsker å gjennomføre intervju for å samle inn informasjon for å svare på vår problemstilling. På bakgrunn av dine erfaringer med denne typen skade og rehabilitering ønsker vi å intervju deg i vår bacheloroppgave.

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer intervjuet?

Etter å ha fått skriftlig og muntlig informasjon om intervjuet, skriver du under samtykkeskjemaet dersom du ønsker å delta. Det vil så gjennomføres en samtale på ca. 1 time mellom deg, Karoline Myklebust Torstensen og Lene Sandsund. Det vil bli tatt lydopptak under intervjuet, deretter transkriberes intervjuet, før filen slettes. Vi vil også notere stikkord under intervjuet.

Hovedtema som blir tatt opp;

- Bakgrunn
- Skaden
- Erfaringer med rehabilitering
- Faktorer som påvirker rehabilitering

Du vil bli anonymisert i oppgaven. Dersom ønsket, er det mulighet å se gjennom intervjuet for godkjenning.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Velger du å trekke deg kan du kreve å få slettet innsamlende opplysninger.

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Studenter og veileder er de eneste som har tilgang til opplysningene
- For å sikre personvernet til informanten vil alle opplysninger bli anonymisert. Det vil også til å være adgangsbegrensning i form av at filene passord beskyttet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Etter at prosjektet er avsluttet 13. desember 2019 vil alle opplysninger og opptak som er samlet inn i forbindelse med prosjektet bli slettet fra våre filer.

Dine rettigheter under hele prosjektet

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved Ole Erik Grinde, på epost (oeg@sognalfotball.no) eller telefon 97 58 16 79
- Vårt personvernombud: Advokat Halfdan Mellbye
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig (Forsker/veileder)

Eventuelt student

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

Samtykkeerklæring

Jeg har lest og forstått informasjon om prosjektet «Faktorer som påvirker rehabiliteringen etter en traumatisk ryggmargsskade», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at intervjuet tas opp på lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 13. desember 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Intervjuguide

«Hvilke faktorer påvirker rehabiliteringsprosessen etter en traumatisk ryggmargsskade?»

BAKGRUNN

- Interesseområder
- Noen spesielle idretter eller andre aktiviteter
- Utdanning/jobb

SKADEN

- Hvordan oppsto skaden?
- Hvordan oppleves omstillingen fra funksjonsfrisk til livet med RMS?
 - Hvordan var møtet med den nye hverdagen
 - Endring av interesseområder?
 - Endring av jobbsituasjon?
 - Eksempel?

GENERELT OM REHABILITERING

- Hva er din definisjon/forbinder du med rehabilitering?
- Hva er din opplevelse av rehabilitering?
 - Psykisk påkjenning underveis i prosessen
 - Har du noen eksempler?
- Hvilke erfaringer har du med rehabilitering?
 - Akutfase, primær rehabilitering, livslang rehabilitering
 - eksempel

FAKTORER

- Hvilke faktorer anser du som viktig i denne prosessen?
 - Hva opplever du som viktig i denne prosessen
- Føler du at viktigheten av de ulike faktorene endret seg underveis i rehabiliteringsprosessen? På hvilken måte; du nevnte noe om
 - Eks. fra primærrehabilitering til nye hverdagen

- Målsetting (egne mål vs. mål satt av andre?)
- Støtteapparat (Behandlingsapparat, familie og venner)
 - Samarbeid mellom ulike instanser
 - Hvem besto/består støtteapparatet av
- Fysisk form og treningsvaner før ulykke
- Informasjon om den nye hverdagen: fikk du nok informasjon
- Eventuelle komplikasjoner underveis
- Frykt/engstelse i forhold tilbakefall av progresjon
- Emosjonelle faktorer; sorg, depresjon, aksept

- Hva har motivert deg for å komme dit du er i dag?
 - Indre eller ytre motivasjon
 - Hva hjalp deg i de mørkeste periodene
 - Viktigste motivasjonsfaktorene?

AVSLUTNING

- Noe du savnet under din rehabilitering?
- Noe du vil tilføye?

Vedlegg 4 – Intervjuguide terapeut

«Hvilke faktorer påvirker rehabiliteringsprosessen etter en traumatisk ryggmargsskade?»

BAKGRUNN

- Hvilken utdanning har du?
- Hvilke erfaringer har du som fysioterapeut generelt?

SKADEN

- Hvordan opplever du at rammede takler omstillingen fra funksjonsfrisk til livet med ryggmargsskade?
- Hva er din rolle som fysioterapeut i behandling av en pasient med ryggmargsskade?

GENERELT OM REHABILITERING

- Hva er din definisjon/forbinder du med rehabilitering?
- Hva er dine erfaringer med rehabilitering av ryggmargsskade?
- Hva tenker du er viktig i møte med ulike pasienter; og hvordan møter du dem i de ulike fasene av rehabiliteringsprosessen?

FAKTORER

- Hvilke faktorer anser du som viktig i denne prosessen?
- Opplever du at viktigheten av de ulike faktorene endrer seg underveis i rehabiliteringsprosessen og på hvilken måte?

- Målsetting (egne mål av pasient selv vs. mål satt av andre)
- Støtteapparat (Behandlingsapparat, familie og venner)
 - Samarbeid mellom ulike instanser
 - Hvem besto/består støtteapparatet av
- Fysisk form og treningsvaner til pasient før ulykke
- Informasjon om den nye hverdagen
- Eventuelle komplikasjoner underveis
- Frykt/engstelse i forhold tilbakefall av progresjon
- Emosjonelle faktorer; sorg, depresjon, aksept

- Hva opplever du motiverer pasienter for god rehabilitering?
 - Indre eller ytre motivasjon
 - Hva hjelper i de mørkeste periodene

AVSLUTNING

- Noe du etter erfaring mener burde være større fokus på under rehabiliteringsprosesser for ryggmargsskade?

Vedlegg 5 – Definisjon av rehabilitering

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator ved §3 defineres rehabilitering som:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).