



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	462
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7804
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	3
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Bacheloroppgave

Motivasjon til fysisk aktivitet for barn med cystisk fibrose.

Motivation for physical activity for children with cystic fibrosis.

Kandidatnummer 462

Bachelorutdanning i fysioterapi

Institutt for helse og funksjon

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Antall ord: 7804

Innleveringsdato: 16.05.22

Jeg 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.

“Breathing is the basic rhythm of life” -Hippokrates.

Forord

Bakgrunn for oppgaven er å lære mer om lungefysioterapi for barn og spesielt det med hvordan man motiverer disse barna til fysisk aktivitet. Jeg ønsker særlig å fokusere på barn med medfødte lidelser generelt og barn med Cystisk fibrose spesielt.

Jeg er takknemlig for godt samarbeid med lærerne på utdanningen, informantene og mine medstudenter. En stor takk rettes til min veileder for sitt store og smittende engasjement om feltet lungefysioterapi, motiverende tips og reflekterte råd underveis i hele prosessen.

Det har vært lærerikt å planlegge og gjennomføre et såpass stort prosjekt. Mitt håp er at leseren vil sitte igjen med ny kunnskap og andre vinklinger på hvordan man som fysioterapeut kan motivere barn med cystisk fibrose til fysisk aktivitet.

Sammendrag

Tittel: Motivasjon til fysisk aktivitet for barn med cystisk fibrose.

Bakgrunn/Teori: Fysisk aktivitet er en av grunnpilarene i lungefysioterapibehandlingen av barn med Cystisk Fibrose (CF). Det kan være utfordrende å motivere barn med CF til dette. Hensikten med oppgaven er, gjennom fysioterapeuters erfaring, å øke forståelsen for hva som kan bidra til å motivere barn med CF til fysisk aktivitet.

Problemstilling: Hvordan motiverer fysioterapeuter barn med cystisk fibrose til fysisk aktivitet?

Metode: Jeg brukte en kvalitativ forskningsmetode for å besvare problemstillingen. Til datainnsamling ble semistrukturerte intervjuer av tre fysioterapeuter med erfaring innen pasientgruppen, barn med CF, benyttet. Intervjuene ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultat: Informantene mener det er viktig at både barna og de foresatte ser hensikten med hvorfor de skal være i fysisk aktivitet. De opplever at barna finner det motiverende at det er kontinuitet i at det er samme terapeut gjennom hele oppveksten og at terapeuten selv deltar aktivt i leken eller aktiviteten. Mestringstro trekkes også frem som en viktig kilde til motivasjon. Inkludering av foreldre spiller også en sentral rolle.

Konklusjon: Informantenes erfaringer samsvarer stort sett med teori rundt temaet motivasjon. For å oppnå målsetningen med lungefysioterapi for barn med CF, er det flere aspekt å ta hensyn til. En god og trygg relasjon, pedagogisk tilnærming og trygge rammer som tilrettelegger selvbestemmelse er viktige motiverende faktorer.

Abstract

Title: Motivation for physical activity for children with cystic fibrosis.

Background: Physical activity is an important part of pulmonary physiotherapy treatment to children with Cystic Fibrosis (CF). It can be challenging to motivate children with CF to this. The intention with this thesis is, through the experience of Physiotherapists, to increase the understanding of what it is that contributes to motivate children with CF to physical activity.

Research question: How do Physiotherapists motivate children with cystic fibrosis to physical activity?

Method: I used a qualitative research method to answer the research question. For data collection I used semi-structured interviews of three physiotherapists with experience within the patient group "children with CF". The interviews were transcribed and analyzed through systematic text condensation.

Results: The informants highlight the importance that both the children and their parents understand why they shall be physically active. They experience that the children finds it motivating with the continuity, the fact that the same therapist follows them throughout their upbringing and that the therapist participate in the game or activity. Belief in mastery or self-efficacy is also mentioned as an important source to motivation. The inclusion of the parents also play an important role.

Conclusion: The informants` experiences are compatible with theories regarding the subject of motivation. To achieve the goal with pulmonary physiotherapy for children with CF, several aspects need attention. A good and safe relation, pedagogical approach and safe environments that facilitates self-efficacy are motivating factors.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning	7
1.1. Bakgrunn	7
1.2. Hensikt og problemstilling	8
2. Teori	8
2.1. Motivasjonsbegrepet	8
2.1.1. Motivasjon	9
2.2. Mestring	10
2.2.1. Mestringsforventning	10
2.2.2. Motivasjon og Mestring	10
2.3. Selvbestemmelse	11
2.4. Relasjon og rolle	11
2.5. Terapeutisk Allianse	11
2.6. Sosialrelasjonelt Perspektiv	11
2.7. Lungefysioterapi	12
2.7.1. Inhalasjonsbehandling	13
2.8. Fysisk aktivitet og trening	13
2.8.1. Bevegelsesglede	13
3. Metode	14
3.1. Valg av metode	14
3.2. Kvalitativ metode	14
3.2.1. Kvalitativt intervju	15
3.3. Forforståelse	15
3.4. Valg av informanter	16
3.5. Intervjuguide	16
3.5.1. Pilotintervju	16
3.6. Gjennomføring av intervju -det trygge intervjuet	17
3.7. Transkribering	17
3.8. Analyse	18
3.9. Etske aspekt	18
4. Resultat	19
4.1. Presentasjon av informanter	19
4.2. Hovedkategoriene kontinuitet, hensikt, deltakelse og mestringstro	19

4.2.1. Kontinuitet -skape gode relasjoner	20
4.2.2. Hensikt -pedagogisk forklaring	21
4.2.3. Deltakelse -sammen i lek og aktivitet	23
4.2.4. Mestringstro	24
5. Diskusjon	25
5.1. Metodevalg	25
5.1.1. Intervju	26
5.1.2. Analysen	27
5.2. Resultatdiskusjon	27
5.2.1. Kontinuitet -skape gode relasjoner	28
5.2.2. Hensikt -pedagogisk forklaring	28
5.2.3. Deltakelse -sammen i lek og aktivitet	29
5.2.4. Mestringstro	30
6. Konklusjon	31
7. Litteraturliste	32
Vedlegg	35
Vedlegg 1; Samtykkeskjema	35
Vedlegg 2; Intervjuguide	39
Vedlegg 3; Transkripsjon intervju 1	41
Vedlegg 4; Transkripsjon intervju 2	66
Vedlegg 5; Transkripsjon intervju 3	79

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Hvert år fødes det 8-10 barn med Cystisk Fibrose (CF) i Norge. I mars 2012 ble CF inkludert i nyfødtscreeningen (*Pediatriveiledere fra Norsk barnelegeforening*, u.å.). Cystisk fibrose er en arvelig sykdom som fører til at de slimproduserende kjertlene i kroppen skiller ut et altfor seigt slim. Dette slimet skaper problemer for lungene, bukspyttkjertelen, bihuler og kjønnsorganene hos menn. Salt- og vanntransporten i kroppens celler blir også påvirket (Jacobsen et al., 2015, s. 142–143). CF er den vanligste livsbegrensende autosomalt ressesivt arvelige sykdommen blant kauasiere (Dyregrov, 2017, s. 9). Insidensen i Skandinavia er ca. 1: 5000. Antallet personer med CF i Norge er ca. 380 (2018), og over halvparten er i dag eldre enn 18 år. Median levealder er ca. 40 år, men det har skjedd en enorm positiv utvikling de siste årene. Levealderen forventes å øke videre til at barna som fødes med CF i dag kommer til å få oppleve å bli besteforeldre (*CF - hva hvem hvordan*, u.å.).

Bakgrunn for oppgaven er å lære mer om lungefysioterapi for barn med CF og særlig det med hvordan man motiverer barn til fysisk aktivitet.

Da jeg var i praksis i 4. semester, møtte jeg to barn med denne diagnosen. Jeg opplevde da at det var mer utfordrende å få disse to i aktivitet enn andre barn med andre diagnoser eller utfordringer. Var dette en tilfeldighet? Jeg lot meg derfor fasinere av hva en nå voksen person med CF fortalte meg om sine erfaringer rundt emnet i møte med mange og vidt forskjellige fysioterapeuter i sin oppvekst.

Av egen erfaring, som far til tre barn, så vet jeg at det kan være krevende å motivere barn til å utføre det de blir bedt om. Med dette prosjektet håper jeg å øke forståelsen for hvordan fysioterapeuter motiverer barn med CF til fysisk aktivitet. Jeg vet at de har en høy behandlingsbelastning og de har en forventet levealder som er omtrent halvparten av resten av befolkningen.

1.2. Hensikt og problemstilling

Med dette prosjektet vil jeg finne ut hvordan fysioterapeuter i Norge motiverer barn med cystisk fibrose til fysisk aktivitet. Med «barn» mener jeg barn fra 0 til 18 år. Med «fysisk aktivitet» mener jeg all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå».

Jeg har av den grunn kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan motiverer fysioterapeuter barn med cystisk fibrose til fysisk aktivitet?»

Jeg ser på motivasjon som en vesentlig del av fysioterapi, og tror både pasienter og terapeuter vil dra nytte av å legge mer vekt på hva som skal til for at pasientene klarer å etterleve behandlingsråd. Temaet motivasjon til fysisk aktivitet for barn med cystisk fibrose vil også være overførbart til møter med pasienter med andre diagnoser. Læringsutbytte er noe jeg håper lesere av oppgaven og mine fremtidige pasienter vil la seg inspirere av.

2. Teori

Her presenteres de teoretiske perspektivene som er relevante for oppgaven. Mitt teoretiske ståsted er forankret i et sosialrelasjonelt perspektiv. Motivasjon er komplekst, men de ulike teoriene overlapper gjerne hverandre og det finnes sammenhenger mellom ulike teorier og perspektiver om motivasjon (Diseth, 2019, s. 293). Jeg forsøker her å forklare motivasjonsbegrepet ved å trekke inn teorier om mestring, mestringsforventning og selvbestemmelse.

2.1. Motivasjonsbegrepet

«Motivasjon er en samlebetegnelse for de faktorene som setter i gang og styrer atferden i mennesker og dyr» (Teigen, 2020). Motivasjonsteoriene skiller mellom ytre og indre motivasjon (Diseth, 2019, s. 85). Ytre motivasjon dreier seg om ønske om en belønning eller unngå straff, følelse av prestasjon, viktighet av mål og verdier, samt sammenhengen mellom disse. Ytre motivasjon er delt i kontrollert motivasjon og autonom motivasjon. Kontrollert

motivasjon er det som gjerne refereres til som ytre motivasjon. Autonom motivasjon er når verdien av den ytre motiverte handlingen har blitt internalisert til et resultat hvor motivasjonen ikke krever ytre stimuli. Indre motivasjon kommer gjennom genuin interesse og glede over selve oppgaven som skal utføres (Gagnè & Deci, 2005, s. 331-334).

2.1.1. Motivasjon

Reeve (2015, s. 9) definerer motivasjon som den indre prosessen som gir atferd energi, retning og utholdenhet. Indre motivasjon viser til at handlingen utføres som en følge av at oppgaven i seg selv er interessant og gir mestring og glede (Manger & Wormnes, 2015, s. 174). Ytre motivasjon viser til handlinger som utføres på grunn av insentiver eller konsekvenser i omgivelsene, som belønning eller straff (Reeve, 2015, s. 120).

Den norske psykologen og professoren i psykologididaktikk, Åge Diseth, forklarer begrepet som følgende: «Motivasjon blir i utgangspunktet definert som en tilstand» (Diseth, 2019, s. 21). Dermed vil den variere fra situasjon til situasjon. Det vil også være forskjeller i ulike motivdisposisjoner. Mens noen er mest oppmerksomme på å oppnå noe positivt, vil andre ha mer søkelys på å unngå noe negativt. Slike personlighetsmessige disposisjoner vil vi ta med oss fra situasjon til situasjon. De utgjør dermed et stabilt element som blir vekket til live i situasjoner som passer til motivet. Det er dette som kalles motivdisposisjoner. En prestasjonssituasjon kan eksempelvis vekke et motiv for å prestere for dem som skårer høyt på denne motivdisposisjonen (Diseth, 2019).

Studiet av kontroll som motiverende faktor er et eksempel på forholdet mellom motivasjon og motivdisposisjoner. Opplevd kontroll vil være en motiverende faktor. Dette er en tilstand mer attraktiv enn fraværet av kontroll (Bandura, 1997). Dette er stort sett likt for alle mennesker. Vi blir motivert av situasjoner hvor vi har anledning til å bestemme hva som skal skje. Det er likevel individuelle forskjeller i hvor mye kontroll hver og en av oss ønsker. Mens kontroll er en generell motivasjonsfaktor, er nivået av kontrollbehovet en motivdisposisjon (Diseth, 2019, s. 21–22).

Vi kan enkelt forklart si at motivasjon er situasjonsbestemte tilstander, mens motiver er mer stabile. Dermed vil studiet av motivasjon handle om begge disse forholdene, både om noe

som er dynamisk og i kontinuerlig endring, og om noe som beskriver personlige forutsetninger ved at det eksisterer individuelle forskjeller i motivdisposisjoner. Motivasjon kan derfor grunnleggende sett handle om hvorfor atferd oppstår og vedlikeholdes (Diseth, 2019, s. 22).

2.2. Mestring

Mestring blir forklart som det å få til eller beherske noe. Det handler ofte om håndtering av vanskelige situasjoner (Arnesen, 2010, s. 36). Skaalvik (1996) peker på at det vil være spesielt viktig å tilrettelegge for mestring i startfasen av ny læring. Opplevelse av å mestre er viktig med tanke på utvikling av selvbilde.

2.2.1. Mestringsforventning

«Self-efficacy», som på norsk blant annet oversettes til mestringstro eller mestringsforventning, er i utgangspunktet et nøkkelbegrep i Albert Banduras sosial-kognitive teori (Bandura, 1977). For ham (Bandura, 1997) innebærer kontroll en forventning om å mestre (mestringstro), og denne forventningen blir da en avgjørende motiverende faktor. Mestringsforventning forklares som troen på at man er i stand til å organisere og utføre de handlinger som kreves for å produsere et ønsket resultat gitt de evner man har og den situasjonen man er i (Diseth, 2019, s. 143).

2.2.2. Motivasjon og Mestring

Motivasjon og mestring henger gjerne sammen. Bandura hevder at opplevelse av mestring og framgang er en sentral kilde til motivasjon for å opprettholde innsats i ulike oppgaver, for eksempel ved trening (Bandura, 1986). Personer som har liten forventning til å mestre oppgaver, vil raskere gi opp når de møter utfordringer og problemer enn andre som har en større forventning om å mestre.

2.3. Selvbestemmelse

Den indre motivasjonen vil, ifølge selvbestemmelsesteorien, styrkes gjennom tilfredsstillende av de psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet (Ryan & Deci, 2000). Selvbestemmelsesteorien skiller mellom ulike typer motivasjon ut fra graden av autonomi. Autonomi vil si at individet opplever seg selv som kilden til egne beslutninger og egen atferd (Manger & Wormnes, 2015, s. 178). Tilhørighet handler om et behov for å danne nære relasjoner og emosjonelle bånd til andre mennesker (Reeve, 2015, s. 174–175).

2.4. Relasjon og rolle

En rolle omhandler forventninger og normer knyttet til bestemte oppgaver eller stillinger, og som er rettet mot oss fordi vi er i en gitt situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 25–26). I relasjonen mellom terapeut og pasient vil det alltid være en skeiv maktfordeling, ettersom helsepersonell er forpliktet til å følge lovverk, yrkesetiske normer og verdier (Eide & Eide, 2017, s. 26).

2.5. Terapeutisk Allianse

Begrepet terapeutisk allianse blir noen ganger brukt om terapeut-pasient relasjonen. Terapeutisk allianse handler om følelse av samarbeid, varme og støtte mellom pasient og terapeut, og er ofte sett på som en prediktor for positiv effekt av behandling (Søyseth & Haugstad, 2018).

2.6. Sosialrelasjonelt Perspektiv

Sosialkonstruktivisme blir brukt som en betegnelse på et perspektiv innen sosiologi og andre samfunnsfag. Retningen kan føres tilbake til Chicago-sosiologen William Isaac Thomas (1863-1947) og sosiologen Alfred Schutz (1899-1959). I sosialkonstruktivismen betrakter man menneskers virkelighetsforståelse som kontinuerlig formet av opplevelser de har,

situasjoner de befinner seg i og knyttet til hvem de kommuniserer med. Senere så har særlig boken til Peter Berger og Thomas Luckmann (Berger & Luckmann, 1966) vært betydningsfull for forståelsen av dette perspektivet. Sosiale forhold kan angå barns oppvekstvilkår, hjemmeforhold, forhold på skolen, miljø på arbeidsplassen og så videre, mens psykiske forhold viser til personens måte å håndtere disse; kognitivt og emosjonelt.

Alle har behov for relasjoner (Diseth, 2019, s. 48). Videre er forbindelser med andre mennesker som gir oss positive sosiale interaksjoner hvor relasjonsbehovet blir tilfredsstillende en motiverende faktor. «Ut fra en dialektisk relasjonsteori må relasjonsopplevelser forstås i lys av fundamentale og motstridende behov for tilknytning og avgrensning» (Bae & Waastad, 1992, s. 37). Barn strever med å bli anerkjent for å bli kjent med ulike deler av seg selv. Dette handler igjen om psykologisk liv og død. Personer (for eksempel terapeuter) som er i en posisjon der andre er avhengig av deres anerkjennelse får stor definisjonsmakt. Denne posisjonen kan både brukes på måter som skaper selvakseptering og autonomi, men også misbrukes på måter som skaper tvil, usikkerhet og manglende autonomi (Bae & Waastad, 1992).

2.7. Lungefysioterapi

Lungefysioterapi skal kunne bidra til å opprettholde og/eller forbedre en pasient sin lungefunksjon og det generelle funksjonsnivået. Dette gjøres ved å identifisere den enkelte pasientens behov og deretter tilpasse behandlingen og tiltakene individuelt. Hensikten vil her være å forebygge og/eller utsette forverring, ved blant annet å sikre god ventilasjon, fjerne sekret og mobilisere (Gursli, 2005, s. 25).

Hovedutfordringen med lungefysioterapi er å finne behandlingsløsninger (kombinasjoner) som er effektive, skånsomme, fleksible og selvstendigjørende. Det handler om å finne løsninger basert på pasientens erfaringer og fysioterapeutens samlede kliniske vurdering av behandlingsrespons, infeksjonsstatus og endring i lungefunksjon osv. (Gursli, 2005)

2.7.1. Inhalasjonsbehandling

Personer med CF utvikler gjerne bronkiektasier, dvs. utposninger på de mellomstore luftrørene/bronkiene i lungene der luftveissekret gjerne blir liggende. Pasienter som primært har sekretet i bronkiektasier, vil ofte ikke klare å få tak i det med fysisk aktivitet. Her er det inhalasjonsbehandling som gjelder (Gursli, s. 81). Særlig inhalasjon av hypertont saltvann har vist seg å ha en positiv effekt, i tillegg til inhalasjon med antibiotika, bronkodilatorer og kortikosteroider (Terlizzi et al., 2021).

2.8. Fysisk aktivitet og trening

For barn og unge er anbefalingen 60 minutter med daglig aktivitet. Aktiviteten bør være variert og inneholde kondisjons-, styrke- og koordinasjonstrening. Det er også viktig å fasilitere til glede, mestring og sosialt fellesskap (Bahr, 2008). Fysisk aktivitet er viktig for god helse hos alle, men spesielt viktig for barn med blant annet CF. Målet med fysisk trening for pasienter med CF er ifølge Aktivitetshåndboken, kapittel 19 (Lannefors et al., 2008, s. 253) å opprettholde god funksjonsstatus, vedlikeholde eller bedre kondisjon, vedlikeholde mest mulig normal kroppsholdning og redusere tendensen til tilstivning av brystkassen.

2.8.1. Bevegelsesglede

Begrepet bevegelsesglede er uten en klar definisjon, til tross for at begrepet er mye brukt blant fysioterapeuter. For å forstå begrepet bedre, kan man dele opp det sammensatte ordet; bevegelse og glede. Bevegelse er sterkt knyttet til fysisk aktivitet og kan beskrives som en kontinuerlig stedsforandring (Tjønneland, 2017). Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som øker energiforbruket utover hvilenivå (Nystad, 2021). Glede er en følelse. Det kan defineres som en reaksjon på at noe positivt har skjedd. Dette vil igjen føre til en opplevelse av letthet, gjerne et smil, og man får mer energi. Det er denne gleden som tydeliggjør hva som er viktig for hver enkelt av oss, og som får oss til å søke mer av det (Institutt for psykologisk rådgivning, 2020).

3. Metode

I metodekapittelet skal jeg redegjøre for hvilke strategier som er benyttet i innhenting og analysering av materialet.

3.1. Valg av metode

Valg av forskningsmetode baseres på hvilken metode som er mest relevant for å belyse problemstillingen (Malterud, 2011, s. 29). Formålet med min oppgave er å finne ut av hvordan fysioterapeuter motiverer barn med CF til fysisk aktivitet. Her spør jeg etter erfaringer og opplevelser hos en viss gruppe mennesker. Jeg søker dybdekunnskap fra få personer. På bakgrunn av dette har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervju (Malterud, 2011, s. 27). Metoden en bruker må være egnet til å belyse problemstillingen (Thornquist, 2018, s. 17), og til å innhente informasjon om fenomenet som skal undersøkes (Dalland, 2012, s. 112). Målet er ikke å få bekreftet min forforståelse, men å få kunnskap om enkeltpersoners tanker og meninger.

3.2. Kvalitativ metode

Kvalitativ metode gir informasjon om menneskelige egenskaper knyttet til erfaringer, forventninger, holdninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112; Malterud, 2017, s. 31). Jeg ønsket å få frem fysioterapeuters egne refleksjoner og erfaringer rundt motivasjon av barn med CF til fysisk aktivitet. Jeg ville også tilegne meg erfaringsbasert kunnskap fra fysioterapeuter som jobber med pasientgruppen i praksis og fant derfor denne metoden best egnet til å belyse problemstillingen. Jeg skal videre benytte en semistrukturert intervjuguide i datainnsamlingen.

3.2.1. Kvalitativt intervju

Individuelle intervju kan kalles dybdeintervju eller ustrukturerte intervju. I følge Malterud (2017, s. 133) er semistrukturerte intervju et bedre begrep. Problemstillingen blir her bestemmende for hvor dypt en slik samtale går. Samtale som forskningsmetode åpner for at informanten kan beskrive sine egne erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009, s.21). En velger gjerne individuelle intervju når en vil gi informanten rom til å hente frem erfaringer og drøftinger som krever trygghet og der det gis rom for ettertanke og refleksjon.

3.3. Forforståelse

Forforståelse er den bagasjen som man tar med seg inn i et prosjekt (Malterud, 2017, s. 44). Den er bygget på erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretiske referanserammer som man har ved oppstart. Dette kan da være i form av både bevisste og/eller ubevisste forutsetninger og tidligere erfaringer, men kan i stor grad påvirke hvordan man samler, leser og tolker sitt datamateriale. Forforståelsen kan bidra til å styrke prosjektet, men kan også i verste fall bidra negativt. Ofte er forforståelsen en viktig motivasjonskilde for å starte prosjektet. På den andre siden kan forforståelsen gjøre at en går inn i prosjektet med skylapper og en avgrenset horisont (Malterud, 2017, s.44-45).

Da jeg satte i gang med dette prosjektet var min forforståelse basert på den faglige kunnskapen jeg hadde fra undervisningen på fysioterapistudiet og at jeg hadde opplevd utfordringer med å motivere barn med CF i en av mine praksisperioder. Som trebarnsfar har jeg også merket hvordan konkurransen med digitale medier gjør det mer krevende å motivere egne barn til fysisk aktivitet. «All observasjon er selektiv og orientert, og data etableres av forskere ut fra deres forforståelse, ut fra de spørsmål og hypoteser de stiller, ut fra de begreper, perspektiver og tankemodeller som de benytter seg av» (Thornquist, 2018, s. 229). Sagt med egne ord, så kan det tenkes at min forforståelse, mine perspektiver og spørsmål stilt i intervjuene blir bestemmende for resultatet.

3.4. Valg av informanter

Under utvelgelsen av informanter gjorde jeg strategiske valg av intervjupersoner (Dalland, 2012, s. 163). Informantene ble valgt med bakgrunn i deres erfaring med problemstillingen (Repstad, 2007, s. 81). Det ble også lagt vekt på at de jobber i ulike sektorer av helsevesenet, ikke var av samme kjønn og jobbet ulike steder i landet. Dette for å få større variasjonsbredde blant informantene.

Jeg sendte ut e-post til de aktuelle informantene med mer utfyllende informasjon om prosjektet og om hva deltagelsen ville innebære. Før selve intervjuet ble de bedt om å skrive under på en samtykkeerklæring, som i forkant var godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata (se vedlegg 1). Dette skrevet er utarbeidet i et samarbeid mellom NSD og Høgskulen på Vestlandet.

3.5. Intervjuguide

I forkant av arbeidet med intervjuguiden leste jeg om motivasjonspsykologi (Diseth, 2019). Jeg leste også en systematisk oversiktsartikkel over kvalitative studier gjort om barrierer og fasilitatorer for fysisk aktivitet blant barn og unge med CF (Denford et al., 2020), og en britisk kvalitativ enkeltstudie om hvordan tverrfaglige cystisk fibrose-team fremmer indre motivasjon blant unge med CF (Denford et al., 2019). Intervjuguiden bestod av noen hovedspørsmål og mulige oppfølgingsspørsmål (se vedlegg 2). Formuleringen og rekkefølgen i spørsmålene ble ikke fulgt i detalj, men ble et resultat av hva informanten sa og tema som dukket opp underveis.

3.5.1. Pilotintervju

Jeg valgte å gjennomføre et pilotintervju i forkant for å se på tidsbruken og om jeg hadde tilstrekkelig med spørsmål for å dekke problemstillingen. Informanten min var en gymlærer med over 20 års erfaring i barne- og ungdomsskoler. Her merket jeg meg at mange av mine oppfølgingsspørsmål ofte ble besvart før de ble stilt. Når jeg senere lyttet til intervjuet, hørte

jeg også at jeg veldig ofte avbrøt informanten før vedkommende var ferdig med å fortelle. Dette var en nyttig lærdom som jeg tok med meg videre til de faktiske intervjuene.

3.6. Gjennomføring av intervju -det trygge intervjuet

De fysiske forhold rundt, og stemningene under intervjuet påvirker intervjuets kvalitet (Dalland, 2012, s. 175–176). Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted. Det var bare informanten og jeg til stedet bak en lukket dør. Før selve intervjuene startet, pratet vi om trivielle tema. Jeg gjorde også informantene igjen oppmerksomme på deres anonymitet, at lydopptaket vil bli slettet umiddelbart etter sensur og at de når som helst kunne trekke seg. Intervjuene varte fra 35 minutter til 1 time og 10 minutter. Lydopptak ble gjort på min mobiltelefon. Dette gjorde at jeg fikk konsentrert meg om samtalen og hva informanten sa. Jeg fokuserte på å unngå avbrytelser og bekreftet informanten med nikk og en fremoverlent sittestilling. Det gikk fire uker mellom første og siste intervju. Hvert intervju bygget på det forrige i den grad det var mulig. Første intervju varte for eksempel i nesten en time og ett kvarter. Jeg så meg derfor nødt til å kutte ned på spørsmålene eller endre litt måten jeg spurte dem på. Dette resulterte i at neste intervju så vidt varte i en halv time. Med siste intervju traff jeg bedre med den forespeilede tiden jeg hadde opplyst informantene om i forkant.

3.7. Transkribering

Første ledd i bearbeidelsen av materialet var å transkribere intervjuet. Dette arbeidet var tidkrevende, men nyttig, da jeg fikk gjenoppleve intervjuet og fikk større oversikt over materialet (Dalland, 2012, s. 179–181). Jeg gjennomførte transkriberingen samme dag som intervjuet ble gjennomført. Alt ble transkribert på bokmål uavhengig av dialekt, både med tanke på anonymisering og struktur. Stedsnavn etc. ble utelatt for å beholde anonymiteten. Jeg valgte å transkribere intervjuene ord for ord, med fjernet overflødige ord som «eh» og «ehm». Dette for å forbedre lesbarheten fra muntlig til skriftlig tekst. Jeg la inn punktum og

komma der det følte naturlig, men ikke alle setninger ble fullstendige eller grammatisk riktige.

3.8. Analyse

Min analyse av intervjudata bygger på Malteruds` metode for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017) . Systematisk tekstkondensering baserer seg på en fire-trinns analyseprosess, som Malterud forklarer som; 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98). Det transkriberte materialet ble derfor nøye lest for å få et helhetsinntrykk og først grovsortert i fire temaer. Så identifiserte jeg meningsbærende enheter i den transkriberte teksten ved å lete etter elementer som belyste problemstillingen. Disse meningsbærende enhetene ble inndelt i kodegrupper, for så å bli sortert videre i subgrupper. Deretter laget jeg et tekstkondensat som underbygget subkodene. Dette dannet grunnlaget for mine funn og gav meg kategorier. I den analytiske teksten har jeg brukt sitater fra informantene for å fremstille hovedfunnene.

3.9. Etiske aspekt

I min forespørsel til seksjonslederne, og senere de aktuelle informantene, mottok de et informasjonsskriv om oppgavens formål, metodevalg og hva deres deltakelse ville innebære (se vedlegg 1). De ble også informert i forkant av selve intervjuene om at deltakelsen var frivillig og at de også på et senere tidspunkt hadde rett til å trekke seg uten begrunnelse. Informantene er anonymisert. Informantene ble også informert om at lydopptaket ville bli lagret i passordbeskyttet enhet og slettet ved oppgavens sensur. Jeg sikret informantenes anonymitet gjennom å anonymisere kjønn, navn, stedsnavn, arbeidssted og all annen gjenkjennbar informasjon. I etterkant av prosjektet vill all identifiserbar og sporbar informasjon, som lydopptak, e-poster og notater bli slettet. Resultatene jeg presenterer er mine tolkninger av informantenes uttalelser, og er derfor en indirekte presentasjon av deres ytringer, med forbehold om at dette kan medføre misforståelser.

4. Resultat

I resultatkapittelet blir først informantene presentert. Deretter sentrale funn fra intervjuene som belyser hvordan informantene motiverer barn med CF til fysisk aktivitet. Disse har jeg samlet i de fire hovedkategoriene; kontinuitet -skape gode relasjoner, hensikt -pedagogisk forklaring, deltakelse -sammen i lek og aktivitet og mestringstro.

4.1. Presentasjon av informanter

Informant 1

Fysioterapeut ved barneklipp i spesialisthelsetjenesten. Informanten har jobbet som fysioterapeut i 35 år. Vedkommende har erfaring fra ulike avdelinger. Fysioterapeuten har tatt videreutdanning og flere kurs. De siste 20 årene har informanten jobbet blant annet med barn med CF.

Informant 2

Fysioterapeut for barn og unge i primærhelsetjenesten. Informanten har jobbet som fysioterapeut i 5 år. Vedkommende har erfaring fra psykiatrien. Fysioterapeuten har videreutdanning i barnefysioterapi. De siste 4 årene har informanten jobbet blant annet med barn med CF.

Informant 3

Fysioterapeut ved barneklipp i spesialisthelsetjenesten. Informanten har jobbet som fysioterapeut i 9 år. Vedkommende har jobbet med barn med CF siden endt utdanning.

4.2. Hovedkategoriene kontinuitet, hensikt, deltakelse og mestringstro

Jeg identifiserte fire hovedkategorier i min analyse; Kontinuitet i behandlingen med samme terapeut gjennom hele oppveksten og med faste behandlinger uten lengre opphold, hensikt med behandlingen og barnas forståelse av hvorfor de må gjøre det, terapeutenes deltakelse

i leken og den fysiske aktivitet og til sist at det skapes en mestringstro og forventning om at de mestrer å gjennomføre behandlingen og alle tiltakene.

4.2.1. Kontinuitet -skape gode relasjoner

To av informantene trekker frem viktigheten av at samme terapeut følger pasienten gjennom hele oppveksten som en motiverende faktor.

«Hvis vi skal snakke om hva som motiverer, så tror jeg det er veldig viktig faktisk, at det er samme terapeut.»

Informant 1

Selv om ikke informant 3 nevner dette spesifikt som en motiverende faktor, så er dette uansett noe vedkommende også vektlegger; følge sine pasienter fra de er nyfødt til de er 18 år. Dette gjør at de blir godt kjent med hverandre, kjenner til hvilke interesser pasienten har og i tillegg skaper en god relasjon både med pasienten og pasientens foresatte.

Informant 1 forteller at i samtale med en pasient som var 16 år og skulle overføres til voksen, så hadde denne pasienten sagt at det som var viktig, var at han hadde samme terapeut som kjente til hvordan han hadde det og som jevnlig spurte ham hvordan han hadde det. Det var samtidig rom for å bytte terapeut dersom relasjonen ikke fungerte. Særlig informant 1 synes jeg snakker med en trygghet og fortrolighet når vedkommende forteller om relasjonen mellom pasient og terapeut, og også om kommunikasjonen med de foresatte. I tillegg fanges endringer i sykdomsbildet mye lettere opp om terapeuten kjenner pasienten godt fra før.

«Så har vi sett at det er veldig bra, for da har vi fulgt de i et helt livs, et helt ungdomsperspektiv.»

Informant 1

Det er ikke bare kontinuiteten i å ha samme terapeut som blir vektlagt. Viktigheten av å sees fast og uten lengre opphold mellom behandlingstidene blir også trukket frem. Informant 2 fikk under covid-19 pandemien erfare hva brudd på denne rutinen medførte.

«Og da fikk ikke vi lov å komme, og da må man liksom begynne på nytt etterpå, sant. Så jeg tror den kontinuiteten, den er ganske viktig.»

Informant 2

Særlig de yngste barna er sårbare for slike lengre opphold mellom hver gang og informanten har ingen barn over 10 år i denne pasientgruppen. Selv om fysioterapeutene på sykehusene ikke ser sine pasienter ukentlig, så har de likevel faste intervaller på 4-6 uker mellom hver kontroll. Informantene derfra er opptatt av at barna kommer til kontroll selv om de er i en god sykdomsperiode uten mye slim.

4.2.2. Hensikt -pedagogisk forklaring

Jeg opplever at informantene tenker at motivet bak en handling må være kjent for å kunne motivere. Det kommer frem at CF-barn har en nokså høy behandlingsbelastning og at det da er ekstra viktig at hensikten og effekten av intervensjonene er forstått og synlig.

«Så har jeg veldig tro på det der med å forklare slik at de skjønner hvorfor de må gjøre det. Det ser jeg har betydning.»

Informant 1

Informantene legger stor vekt på å styrke den indre motivasjonen til barna. Informant 3 forteller at det er tilfredsstillende når pasientene skjønner hvorfor de må gjøre tiltakene. Dette skjer oftest etter at de har opplevd god respons på behandlingen.

«Når de forstår hvorfor, så får du dem til å gjøre det.»

Informant 1.

Informant 1 sier også at særlig i arbeidet med CF-barn, så burde man vært både pedagog og fysioterapeut, nettopp fordi den pedagogiske tilnærmingen har mye å si for å lykkes med innlæringsprosessen slik at de selv har eierskap til behandlingen. Uten denne eierskapen og en indre motivasjon, så er sjansen større for at fysioterapitiltakene ikke etterleves utenfor behandlingssituasjonen. Informant 3 refererer til ikke navngitte studier av CF-behandling som indikerer at fysioterapi skårer lavest med rundt 60% etterlevelse.

For de alle minste barna, så blir illustrasjoner benyttet i forklaringen av hvorfor tiltakene er viktige. Bakterier i lungene blir sammenlignet med Karius og Baktus i tennene. Lungene trenger en puss på lik linje med tennene.

«Opplyse dem litt sånn ut ifra hvilken alder de er i selvfølgelig, hvorfor det er viktig. Slik som med de minste, så hadde vi jo mye på studiet om slim og slam. Og det har jeg veldig god erfaring med.»

Informant 2

Etter hvert som de blir eldre, så blir en litt annen pedagogisk tilnærming benyttet. Dette gjelder ikke bare i å forklare hensikten med behandlingen, men også i å lage handlingsplaner og målsettinger.

«Snakke med dem om hvordan, inkludere de, ikke bare tre noe, et eller annet opplegg ned over hode på dem, men inkludere dem i planleggingen.»

Informant 3

Når barna er eldre og har forstått hensikten, så blir de vist tillit. De trenger ikke følge et fast behandlingsregime og får selv være med på å vurdere hvor mye behandling som er tilstrekkelig. Selv om informantene opplever det vanskelig og krevende å skulle gi slipp og som behandler er redd for at det ikke gjøres en bra nok jobb, så gir pasientene gode tilbakemeldinger.

«Han gav oss honnør på at det var utrolig bra at dere hadde den tilliten til meg at jeg faktisk kunne styre det selv.»

Informant 1

Samtidig som det med informasjon til pasienter og foresatte, samt å forklare pasientene hensikten blir sett på som viktig, så er målbare data fra spirometri noe informantene fra spesialisthelsetjenesten poengterer som en motivasjonsfaktor for fysisk aktivitet og inhalasjonsbehandling. Det at pasientene ser en objektiv forbedring og en effekt oppleves motiverende.

«Da sa han jo sist at det var motiverende. Når han selv faktisk (..) følger med på spirometrien.»

Informant 1

4.2.3. Deltakelse -sammen i lek og aktivitet

Informantene legger ikke stor vekt på at pasientene skal være mer fysisk aktiv i hverdagen enn andre barn. De informerer de foresatte om viktigheten av at barna skal være fysisk aktive og har et inntrykk av at pasientene liker å være i fysisk aktivitet og at de deltar i sport og idrett på lik linje med andre barn. De snakker også om at for eksempel kulde, smitterisiko og symptomtrykk kan være en barriere for den fysiske aktiviteten til barna. Fysisk aktivitet er likevel en av grunnpillarene i behandlingen. Her forteller samtlige informanter at de finner ut av hva barnet liker å gjøre og alltid deltar i leken og den fysiske aktiviteten sammen med pasientene.

«Jeg deltar alltid. Ja, jeg er jo veldig leken av meg, så jeg klarer ikke stå på siden og se på. Jeg tror barna også setter veldig pris på at vi er med og gir av oss selv.»

Informant 2

Informantene snakker om deltakelsen som en selvfølge. Dette gjelder uansett om barnet er 1 år og blåser såpebobler eller tenåring og vil spille basketball. De har alle et inntrykk av at barna liker å være i fysisk aktivitet. Barna ser på det som noe positivt og nesten som en form for belønning. Terapeutene nevner også leken og den fysiske aktiviteten som den takknemlige biten av jobben. Det virker for meg som at den fysiske aktiviteten er den motiverende faktoren for fysioterapeuter i deres arbeid med lungesyke barn.

En annen form for deltakelse, som alle trekker frem, er de foresatte.

«Foreldrene er jo helt avgjørende. Ha med seg foreldrene. Hvis ikke de er med eller overbevist, så er det bare å glemme det. Sånn at det handler like mye om å få med dem. For det er jo de som i starten gjør all jobben.»

Informant 3

Samtlige informanter nevner foreldrene som en viktig motiverende faktor for fysisk aktivitet. Som ellers i samfunnet, så ser de også her en sammenheng mellom aktive foreldre og barnas aktivitetsnivå. Det er ingen av dem som nevner at det er viktig med foreldre som fremsnakker fysisk aktivitet ovenfor sine barn. De snakker alle om foreldrenes deltakelse som motivasjonsfaktoren til å få aktive barn. Foreldrene blir en viktig fasilitator for fremming av fysisk aktivitet.

Selv om ikke den fysiske aktiviteten blir særlig vektlagt i behandlingen, så nevner alle informantene at det er en av grunnpilarene i behandlingen og brukes både i forkant av og underveis i inhalasjonsbehandlingene. Foreldrene inviteres også til å være til stedet under noen av behandlingene. På den måten får de tips og råd til nye aktiviteter de kan gjøre sammen med barna.

4.2.4. Mestringstro

Alle tre informantene forteller at mestring og motivasjon henger sammen. De er samtidig mer opptatt av kvaliteten enn kvantiteten i behandlingen. Hos barn som sliter med motivasjon, så sier de at om de kutter ned på antall ukentlige behandlinger, og barna dermed erfarer at de mestrer dette, så økes motivasjonen. Listen senkes for å gjøre det mer håndterbart. Dermed øker mestringstroen hos barna.

I valg av aktiviteter, så forteller informant 2 at det noen ganger har vært for eksempel en litt krevende hinderløype hvor barnet ikke har fått til alle elementene. Da opplever informanten ofte at barnet har øvd seg til neste gang og har gledet seg til å vise frem sine nye ferdigheter. Denne opplevelsen av mestring virker motiverende.

*«Når de så klarer det, så har de jo bare gjerne lyst til å gjøre det igjen og igjen.»
«og så får de lov å lære det videre til andre barn. Og da er det de som lærer det videre og det motiverer de kjempemasse, så å mestre, det er veldig viktig for motivasjon.»*

Informant 2

Informant 3 forteller om det motsatte; at de noen ganger ikke har øvd eller ikke gjort det som de ble enige om siden forrige gang. Da blir barna aldri kjeftet på. Terapeuten fokuserer heller på hva de faktisk har gjort og tenker at da er det en god sjanse til å gjøre det bedre til neste gang.

«Det eneste vi bygger jo, vi bygger de jo bare opp. Altså, den viktigste jobben er jo kanskje å være heiaperson ... vi kjefter jo aldri på dem.»

Informant 3

Cystisk fibrose er en alvorlig og progredierende sykdom. Informantene forteller at pasientene allerede i tidlig skolealder får sykdomsinnsikt. Noen pasienter preges sågar av dødsangst. Da kan de miste troen på at de vil mestre behandlingen og at sykdommen kommer til å vinne. Noen går og venter på en vidundermedisin. Her trekker informant 1 inn helsepsykologi og viktigheten av å ta med det sosialrelasjonelle perspektivet som et viktig verktøy. Det er denne informanten som nevner begrepet mestringstro.

«Altså mestringstro. Hvor stor tro har du på at dette skal gå bra? Hvor stor tro har du på at behandlingen du gjør hjelper? Og så er det jo om du orker å gjennomføre det. Klarer du å sette opp et mål på at du skal gjennomføre det? Så vi prøver å sette litt mål også. Lage målsettinger litt sånn inn i behandling. Det kan virke motiverende.»

Informant 1

5. Diskusjon

Denne kvalitative studien hadde til hensikt å få frem hvordan fysioterapeuter motiverer barn med cystisk fibrose til fysisk aktivitet. Tre semistrukturerte intervjuer med fysioterapeuter som jobber med barn med CF viste at følgende hovedtema er viktig; kontinuitet, hensikt, deltakelse og mestringstro.

Kapittelet er delt i to. I første del diskuteres metoden. Svakheter og styrker ved en kvalitativ metode blir drøftet og jeg vil kritisk vurdere fremgangsmåten i prosjektet. I andre del vil problemstillingen «Hvordan motiverer fysioterapeuter barn med cystisk fibrose til fysisk aktivitet» belyses ved at mine funn diskuteres i lys av teori presentert innledningsvis.

5.1. Metodevalg

Jeg valgte å bruke kvalitativ metode i form av intervju. Å basere oppgaven på semistrukturerte intervju ser jeg på som en styrke, da denne metoden gir informantene tid til å formulere meninger og erfaringer som krever tid og ettertanke (Malterud, 2017, s. 133). Når det gjelder overførbarhet vil jeg ta i betraktning at jeg har fått kjennskap til kun tre

informanternes erfaringer og refleksjoner. Selv om overførbarheten ikke øker proporsjonalt med antall informanter, anser jeg det som sannsynlig at ytterligere datainnsamling kunne tilført mer kunnskap (Malterud, 2011, s. 59). Overførbarheten kommer imidlertid til uttrykk ved mine resultatdrøftinger av datainnsamlingen opp mot teorier på feltet. Dette har verdi utover materialet jeg har samlet og analysert. Et prosjekt kan altså bli bedre av å gjøre grundige analyser av få intervjuer enn overfladiske analyser av mange (Repstad, 2007, s. 84). Begrepet validitet gir ikke like mye mening i kvalitativ forskning som i kvantitativ forskning (Jamtvedt et al., 2015, s. 156). I et forsøk på å vurdere validiteten av prosjektet, har jeg likevel drøftet utvalget, datainnsamlingen og analyseprosessen samt at jeg har kritisk vurdert egen fremgangsmåte og tatt i betraktning min forforståelse. Det som er en svakhet ved metoden er at meningspopulasjonen blir liten, da det ikke er samlet inn data fra et stort utvalg av fysioterapeuter. Jeg anerkjenner at det er både styrker og svakheter med fremgangsmåten og at i en kvalitativ studie vil alltid forskeren i større eller mindre grad forme resultatene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 99).

5.1.1. Intervju

Intervjuene ble gjennomført fysisk. Dette ser jeg på som en styrke, da flere år med pandemi har gitt meg personlige erfaringer med at mye av kommunikasjonen, relasjonen og samspillet går tapt digitalt. Intervjuguiden ble ikke sendt ut på forhånd, for å unngå at informantene skulle ha svarene klare før intervjuet (Malterud, 2017, s. 70). Siden jeg hadde valgt informanter fra ulike deler av landet, innebar dette reising for min egen del, men jeg valgte å prioritere dette fremfor å holde intervjuene digitalt, nettopp for å hindre at noe av meningsinnholdet skulle gå tapt. Det var en uke mellom første og andre intervju og grunnet påsken ble det to uker mellom andre og siste intervju. Jeg følte nok at det gikk litt vel lang tid mellom intervjuene, men det gav meg imidlertid god tid til transkripsjon og refleksjon. Intervjuprosessen i det kvalitative intervjuet kan gi ny innsikt og bevissthet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 48). Jeg opplevde at det særlig i første intervju ble litt liten tid til selve motivasjonsspørsmålene. Dette kan ha påvirket mine resultater. Selv om dette kom seg etter hvert som jeg fikk mer erfaring, så hadde det nok fungert bedre om vi var to som deltok og der den ene kunne passet på at vi fikk spurt om alt som var relevant for å dekke

problemstillingen. For å gi oppgaven mer bredde, kunne jeg nok ha inkludert flere informanter, men med tanke på prosjektets` omfang, er jeg tilfreds med de tre informantene og heterogeniteten i geografisk spredning, kjønn og arbeidssted. I etterkant har jeg reflektert over hvilke spørsmål jeg stilte i intervjuene. Jeg erkjenner at disse var preget av min forforståelse om temaet og er klar over at resultatet muligens ville vært noe annerledes dersom spørsmålene også hadde vært det (Malterud, 2017, s. 44).

5.1.2. Analysen

Analysen bygget en bro mellom rådata og resultat ved at materialet ble organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2011, s. 91). Jeg gjorde selv all transkribering og den ble skrevet så ordrett som mulig for å ivareta det opprinnelige materialet slik erfaringer og vurderinger ble oppfattet under intervjuet (Malterud, 2017, s. 77). Dette opplever jeg som en styrke ved analysen. Ved å selv transkribere eget rådata, får man gjennomleve erfaringene fra innsamlingstidspunktet og gjøre seg kjent med materialet fra en ny side. Det kan også argumenteres for at det er en svakhet at jeg stod alene i analyseringen av datamaterialet. Synet kan lett bli for snevert og en går kanskje lett glipp av en potensielt viktig diskusjonsprosess. Det beste hadde vært å jobbe sammen i en gruppe på to eller tre. Malterud (2017, s.100) skriver at hun mener «to er bedre enn en, og tre er bedre enn fire». Jeg forsøkte å ha et bevisst forhold til forforståelsen for ikke å la den overdøve data fra informantene (Malterud, 2011, s. 41). Refleksivitet i forskning innebærer å ha en aktiv holdning ved å overveie og erkjenne betydningen av egne forestillinger og ståsted (Malterud, 2017, s. 19–20). Jeg har av den grunn lagt særlig vekt på refleksivitet gjennom prosjektet ved å stille meg kritisk til egen fremgangsmåte og stilt spørsmål til mine funn.

5.2. Resultatdiskusjon

I resultatdrøftingen vil jeg ta for meg de fire hovedkategoriene kontinuitet -skape gode relasjoner, hensikt -pedagogisk forklaring, deltakelse -sammen i lek og aktivitet og mestringstro. Disse blir drøftet i lyst av teorier presentert innledningsvis.

5.2.1. Kontinuitet -skape gode relasjoner

Informantene var tydelige på viktigheten av at barna hadde, så langt det lot seg gjøre, samme terapeut gjennom hele barndommen (Bae & Waastad, 1992, s. 37). De største barna gav også tilbakemeldinger på at dette var noe de hadde satt pris på. Dette støttes av forskning som hevder at forholdet mellom pasient og helsepersonell er en viktig faktor for endring i pasientens helseadferd (Søyseth & Haugstad, 2018). Pasienter er mer villig til å adoptere verdier og atferd som er forstått av personer de har tillit til (Ryan et al., 2008). Særlig unntakstilstandene som oppstod i starten av Covid-19 pandemien viste i tillegg at kontinuiteten, ikke bare i at det var samme terapeut, men at det var en jevnlig oppfølging, var viktig for den trygge og gode relasjonen mellom pasient og terapeut. I en slik relasjon eksisterer det en tilhørighet og tillit. Dette fremmer motivasjon (Ryan & Deci, 2000, s. 71). Tilhørighet handler om et behov for å danne nære relasjoner og emosjonelle bånd til andre mennesker (Reeve, 2015, s. 174–175). Informant 1 var klar på at kjemien mellom terapeut og pasient også var viktig, og at dersom pasienten ønsket det, så var det mulig å bytte terapeut. Terapeutisk allianse blir ofte sett på som en predikator for positiv effekt av behandlingen. Her er det viktig med en følelse av samarbeid, varme og støtte mellom pasient og terapeut (Søyseth & Haugstad, 2018). Internasjonalt var norsk forskning tidlig ute med å vise betydningen av kontinuitet i primærhelsetjenesten (Hjortdahl, 1990).

5.2.2. Hensikt -pedagogisk forklaring

Siden foreldrene er de som står for det meste av behandlingen de første årene, så er det vesentlig å få dem med på laget og at de forstår hensikten med alle tiltakene (Denford et al., 2020, s. 7). En pedagogisk tilnærming blir brukt mot de minste barna. På like linje med tennene, som har sine karakterer; Karius og Baktus, så har lungene sine *Slim* og *Slam*. Her har fysioterapeuten virkelig klart å identifisere en løsning basert på pasientens erfaring og fysioterapeutens samlede kliniske vurdering av behandlingsrespons (Gursli, 2005). Terapeuten tar i bruk ord og begreper som barnet kjenner til for å illustrere luftveienes anatomi og funksjon (Brocki & Poulsgaard, 2011, s. 140). I den videre opplæringen av barna vektlegges det ikke bare kunnskap om hvordan gjøre, men også hvorfor de må gjøre

(Denford et al., 2019, s. 4). Måten denne tilnærmingen presenteres på endres etter hvert som de blir eldre. I starten benyttes illustrasjoner og man sammenligner bakterier i lungene med det å pusse tennene. Når barna blir eldre, blir målbare data og spirometri benyttet for å måle effekten og resultatene av behandlingen (Bandura, 1986).

Helsepersonell har en plikt til å gi informasjon om sykdom, diagnose og behandling (*Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata, u.å.*). Pasienten har samtidig rett til å motta slik informasjon (*Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata, u.å.*). Likevel er det ingen av informantene som nevner dette informasjonskravet som grunn til hvorfor de ønsker å lære pasient og pårørende om sykdommen og behandlingen. De snakker i stedet om motivasjonsfaktoren som følger med denne innsikten og kunnskapen. Pasientene blir i stand til å ta egne valg om behandlingstiltak og mengde (Bandura, 1997). Gjennom slik myndiggjøring kan pasientene få en opplevelse av autonomi, noe som vil være positivt for pasientenes motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Autonomi vil si at individet opplever seg selv som kilden til egne beslutninger og egen adferd (Manger & Wormnes, 2015, s. 178).

5.2.3. Deltakelse -sammen i lek og aktivitet

Det er ingen av informantene som legger vekt på at pasientene skal være mer fysisk aktive enn andre i hverdagen. Dette kan ha å gjøre med at behandlingsbelastningen ellers er ganske høy. Det kan også være et signal om at de vil at barna skal leve så normale liv som mulig. Opplevelsen av normalitet blir i studier trukket frem som både et motiv til fysisk aktivitet og en barriere (Denford et al., 2020, s. 8). De fremhever alle viktigheten av foreldrene som gode rollemodeller, og ser en klar sammenheng mellom aktive foreldre og barnas aktivitetsnivå (Denford et al., 2020, s. 7). Forskning har imidlertid vist at selv om foreldre/foresatte er viktig når barna er små, så får venner større betydning for om man er fysisk aktiv i tenårene (Denford et al., 2019, s. 4). Samtlige informanter opplever dessuten at barna liker å være i aktivitet. Dette kan tenkes å ha å gjøre med behandlingssituasjonen de befinner seg i hver gang informantene møter dem. Det kan tenkes at motivasjonen til fysisk aktivitet vil variere fra situasjon til situasjon (Diseth, 2019, s. 21). Den fysiske aktiviteten i behandlingsøyemed blir av informant 1 sett på som en belønning etter

inhalasjonsbehandlingen. Dette er en kontrollert motivasjon og blir gjerne referert til som ytre motivasjon (Gagné & Deci, 2005, s. 331–334).

Informantene opplever at pasientene finner det mer motiverende å være fysisk aktiv hos fysioterapeut enn hjemme. Forskning viser nettopp også dette (Sawicki et al., 2015). At terapeuten finner ut av hvilke interesser barna har og lar de få være med på å bestemme valg av aktiviteter, fremmer nok også motivasjonen (Denford et al., 2019, s. 4).

5.2.4. Mestringstro

Enten du er pårørende eller selv rammet av cystisk fibrose, så er det å tro på behandlingstiltak og å lære hvordan en kan hjelpe (seg selv eller sitt barn) viktige mestringsstrategier (Grøholt et al., 1998, s. 88). Informant 1 trekker inn helsepsykologi i forkant av å snakke om mestringstro (Bandura, 1997). Her forteller informanten at du på den ene siden har de individuelle teoriene, som går på ansvar for egen helse, og på den andre siden de sosialrelasjonelle teoriene (Berger & Luckmann, 1966), som vektlegger samspeillet med andre i tillegg til støtten, oppmuntringen og det motiverende i å se hvordan andre med samme diagnose håndterer sykdommen. Som jeg skrev i teorikapittelet, så henger motivasjon og mestring gjerne sammen. Bandura hevder at opplevelse av mestring og framgang er en sentral kilde til motivasjon for å opprettholde innsats i ulike oppgaver, for eksempel ved trening (Bandura, 1986). Alle tre informantene vektlegger denne opplevelsen av mestring og framgang i sine møter med CF-barna.

Etter at jeg begynte arbeidet med denne oppgaven, så har beslutningsforum vedtatt å ta inn blant annet den mye omtalte medisinen Kaftrio i behandlingen av CF-pasienter (*Beslutningsforum tok stilling til nye cystisk fibrose-medisiner*, u.å.). Det blir spennende å se hva den vil ha å si for sykdommen og motivasjonen for fysisk aktivitet og annen lungefysioterapibehandling. «Jeg har nå inhalasjonen under huden nå. Og så skal jeg gjøre det til det kommer en vidundermedisin» hadde en pasient sagt i samtale med informant 1. Nå er vidundermedisinen kanskje her. Hvilke endringer i behandlingsregime vil den medføre? Vil den gjøre noe med den enkeltes motivasjon til fysisk aktivitet? Dette blir det spennende å følge med på i årene som kommer.

6. Konklusjon

Hensikten med min bacheloroppgave var å få kunnskap om hvordan fysioterapeuter motiverer barn med CF til fysisk aktivitet. I analysen av materialet identifiserte jeg fire hovedkategorier som kan påvirke pasientenes motivasjon. Hovedkategoriene er kontinuitet ved at det er samme terapeut gjennom hele oppveksten, det at de forstår hensikten med tiltakene, terapeutenes deltakelse i lek og fysisk aktivitet og mestringstro. Da jeg kun har fått innsikt i den enkelte informants erfaringer og refleksjoner, kan jeg ikke vurdere om det er representativt for alle fysioterapeuter som jobber med denne pasientgruppen. Jeg har drøftet mine funn i lys av litteratur og studier på feltet, men her trengs det mer forskning for å utforske effekten av disse tilnærmelsene og på hva som best motiverer barn med CF til fysisk aktivitet.

En målsetning med lungefysioterapi er å kunne bidra til å opprettholde og/eller forbedre en pasient sin lungefunksjon og det generelle funksjonsnivået. Når man jobber med barn med Cystisk Fibrose er det flere aspekt å ta hensyn til. Mine funn tilsier at en god og trygg relasjon til barnet er viktig, da en god terapeutisk allianse kan være avgjørende i behandlingen. Det er ingen fasit på hvordan man kommuniserer med barn slik at de forstår hensikten, men det er viktig med en pedagogisk tilnærming og å finne ut hva barnet er opptatt av og interessert i. Det er også vesentlig å skape trygge rammer og legge til rette for selvbestemmelse som motiverer og fasiliterer til mestring. Foreldre spiller en sentral rolle. De er en viktig del av barnets hverdag og har ansvaret for den daglige oppfølgingen.

Etter at jeg startet med dette prosjektet, har en ny medisin blitt tilgjengelig i Norge. Det er derfor nærliggende å tro at dette vil medføre en endring i behandling og tiltak. Jeg er spent på å se utviklingen i fysioterapi til barn med CF i fremtiden og om motivasjonen til fysisk aktivitet vil endres som følge av denne nye medisinen.

7. Litteraturliste

- Arnesen, E. S. (2010). *Bevegelsesglede i barnehagen: Begeistringssmitte og tilrettelegging*. Kommuneforlaget AS.
- Bae, B., & Waastad, J. E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse: Perspektiv på relasjoner*. Universitetsforlaget.
- Bahr, R. (Red.). (2008). *Aktivitetshåndboken*. Helsedirektoratet.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Doubleday.
- Beslutningsforum tok stilling til nye cystisk fibrose-medisiner*. (u.å.). Dagens Medicin. Hentet 28. april 2022, fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/04/25/beslutningsforum-tok-stilling-til-nye-cystisk-fibrose-medisiner/>
- Brocki, B. C., & Poulsgaard, I. J. (2011). *Lungefysioterapi: En grundbog* (1. utg.). Munksgaard.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Denford, S., Mackintosh, K. A., McNarry, M. A., Barker, A. R., & Williams, C. A. (2019). Enhancing intrinsic motivation for physical activity among adolescents with cystic fibrosis: A qualitative study of the views of healthcare professionals. *BMJ Open*, *9*(6), e028996. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028996>
- Denford, S., van Beurden, S., O'Halloran, P., & Williams, C. A. (2020). Barriers and facilitators to physical activity among children, adolescents, and young adults with cystic fibrosis: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, *10*(2), e035261. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035261>
- Diseth, Å. (2019). *Motivasjonspsykologi: Hvordan behov, tanker og emosjoner fremmer prestasjoner og mestring* (1. utgave.). Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, *26*(4), 331–362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Gjørnum, B. (1998). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Tano Aschehoug.
- Gursli, S. (2005). *Lungefysioterapi: En dynamisk prosess*. Unipub.

- Hjortdahl, P. (1990). Ideology and reality of continuity of care. *Family Medicine*, 22(5), 361–364.
- Institutt for psykologisk rådgivning. (2020). Glede. *Følelseskompaset*. Hentet 27.april 2022, fra <https://www.folelseskompaset.no/informasjon/ulike-folelser/glede/>
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: Metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lanefors, L., Dennersten, U., Gursli, S., & Stanghelle, J. (2008). Cystisk Fibrose. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 250–265). Helsedirektoratet.
- Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)—Lovdata.* (u.å.). Hentet 1. mai 2022, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)—Lovdata.* (u.å.). Hentet 1. mai 2022, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Manger, T., & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Fagbokforlaget AS.
- Nystad, W. (2021, 3. desember). *Fysisk aktivitet—Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet. Hentet 27. april 2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Reeve, J. (2015). *Understanding motivation and emotion* (6th ed.). Wiley.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: Kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg.). Universitetsforlaget.
- 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>
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(1), 2–5.
- Sawicki, G. S., Heller, K. S., Demars, N., & Robinson, W. M. (2015). Motivating Adherence Among Adolescents With Cystic Fibrosis: Youth and Parent Perspectives. *Pediatric pulmonology*, 50(2), 127–136. <https://doi.org/10.1002/ppul.23017>

- Søyseth, T. S., & Haugstad, G. K. (2018). *Lungefysioterapi, psykisk helse og den terapeutiske allianse*. Hentet 08. Mai 2022, fra <https://www.fysioterapeuten.no/lungefysioterapi-psykisk-helse-og-den-terapeutiske-allianse/125090>
- Terlizzi, V., Masi, E., Francalanci, M., Taccetti, G., & Innocenti, D. (2021). Hypertonic saline in people with cystic fibrosis: Review of comparative studies and clinical practice. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01117-1>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget AS.
- Tjønneland, E. (2017, 19. september). Bevegelse – filosofi. I *Store norske leksikon*. Hentet 27.april 2022, fra http://snl.no/bevegelse_-_filosofi