



Universitetet
i Stavanger

FAKULTET FOR UTDANNINGSVITENSKAP OG HUMANIORA

MASTEROPPGAVE

Studieprogram: Master i utdanningsvitenskap – idrett/kroppsøving	Vår semesteret, 2021 Åpen
Forfatter: Thea Marie Barkve (signatur forfatter)
Veileder: Leif Inge Tjelta	
Tittel på masteroppgaven: En kvalitativ studie som undersøker hvordan fysioterapeuter motiverer kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori Engelsk tittel: A qualitative study that examines how physiotherapists motivate cancerpatients to physical activity and exercise set against existing theories of behavior alteration	
Emneord: Kreftpasienter, fysioterapeuter, atferdsendring, motivasjon, Selvbestemmelsesteorien, Motiverende intervju, fysisk aktivitet, trening	Antall ord: 32316 + vedlegg/annet: 3 Stavanger, 11/06/2021

Sammendrag

Bakgrunn: Målet med denne studien var å undersøke hvordan fysioterapeuter gjennom *motiverende samtaler* om fysisk aktivitet og trening forsøker å motivere kreftpasienter for trening. Videre var det et ønske å undersøke hvilke teknikker og metoder som brukes, og om disse begrunnes i eksisterende atferdsendringsteorier. Formålet var å få en oversikt over hvordan en slik samtale foregår fra fysioterapeutens side. Studien skulle derfor besvare problemstillingen: *Hvordan motiverer fysioterapeuter kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori?*

Metode: Studien bygget på en kvalitativ tilnærming, hvor kvalitativt intervju ble benyttet. Dette ble begrunnet av et ønske om å avdekke *hvordan* fysisk aktivitet og trening viderefremmes fra fysioterapeutens side til kreftpasienter. Seks fysioterapeuter ble intervjuet på bakgrunn av arbeidsplass og erfaring. Ettersom formålet var å studere fysioterapeuters arbeidsmetoder opp mot eksisterende atferdsendringsteorier, primært Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju, ble det utarbeidet skjematisk oversikter over hvor hyppig det vises tegn til disse teoriene. Både mengde og hyppighet ble analysert. *Mengden* viser hvor mye hver enkelt respondent bruker Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju. *Hyppighet* viser hvor ofte utvalgte ord, uttrykk og setningsutdrag som forbindes med Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju fremstår i intervjuet.

Resultat: Fysioterapeutene i denne studien har en fysisk aktiv bakgrunn, og har utdanning og/eller kurs utover fysioterapiutdannelsen. På fritiden liker de å ta bevisste aktive valg, for eksempel aktiv transport. Fem av seks informanter leser pasientjournal *før* treningsstøttende samtaler, mens *alle* skriver journalnotat *etter* treningsstøttende samtaler. Fysioterapeutene setter av 30 til 60 min til en treningsstøttende samtale, og ingen benytter aktivt teori, metode eller strategi for å motivere kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening. Fysioterapeutene mener selv at treningsstøttende samtaler er viktig i kreftomsorgen, og ett av hjertesukkene deres er at det er tilfeldigheter som avgjør hvilke kreftpasienter som får høre om tilbudet deres.

Etter en analyse av datamaterialet, som innebar å studere fysioterapeutenes arbeidsmetoder opp mot Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju, ble det funnet flere tegn til begge teoriene. Av Selvbestemmelsesteoriens tre psykologiske behov: 1. kompetanse, 2. autonomi og 3. tilhørighet, ble det sett flest tegn til kompetanse, nest mest tegn til tilhørighet og minst tegn

til autonomi. Av tre prinsipper fra Motiverende intervju: 1. åpne spørsmål, 2. reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser og 3. videreføring av kompetanse, ble prinsippet videreføring av kompetanse sett flest ganger, etterfulgt av prinsippet åpne spørsmål. Prinsippet reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser så ut til å bli benyttet minst blant utvalget.

Konklusjon: Det ble funnet flest tegn til videreføring av kompetanse, som er ett av de psykologiske behovene i Selvbestemmelsesteorien og ett prinsipp fra Motiverende intervju. Funnet er basert på en tolkning av det seks fysioterapeuter fortalte i intervjuene, og på bakgrunn av ord, uttrykk og setningsutdrag som tolkes til å omhandle kompetanse.

Nøkkelord: Kreftpasienter, fysioterapeuter, atferdsendring, motivasjon, Selvbestemmelsesteorien, Motiverende intervju, fysisk aktivitet, trening

Forord

Jeg har nå studert idrettsvitenskap over flere år, og fysisk aktivitet og helse har fengnet min interesse spesielt. Da jeg i fjor sommer opplevde at pappaen min ble kreftsyk, fikk studiet en ny dimensjon. Fysisk aktivitet under kreftbehandling er noe som dermed vekket en interesse. Som pårørende ble jeg ekstra observant på hvordan sykepleiere og leger informerte om fysisk aktivitet og trening, og jeg opplevde at det ble nevnt lite. Det kom gjerne i en bisetning som: «Viktig at du holder deg litt i aktivitet». Målet med å skrive en masteroppgave knyttet til dette temaet, ble å tilegne meg kunnskap om hvilke *positive tiltak* som kan gjøres i en ellers utfordrende livssituasjon. Ettersom pappaen min fikk en uheldig kreftdiagnose og døde i desember 2020, ble det også vanskelig å tenke på noe annet. Masteroppgaven ble min bearbeiding, og forhåpentligvis kan den bidra til å sette fokus på et viktig tema.

Tusen takk til fysioterapeutene som ønsket å delta i denne studien, og takk for jobben dere gjør med å motivere kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening. Jeg håper dere er blitt inspirert til å motivere enda flere til å være fysisk aktive under kreftbehandling og tiden etter. Jeg ønsker å rette en spesielt stor takk til veilederen min, Leif Inge Tjelta. Uten deg vet jeg ikke om jeg hadde kommet i mål. Du har gitt gode tilbakemeldinger, ditt engasjement og din lidenskap har inspirert og motivert meg. Til slutt ønsker jeg å rette en takk til de som har støttet meg i denne prosessen og lest korrektur. Tusen takk!

Universitetet i Stavanger, juni 2021

Thea Marie Barkve

Definisjoner av sentrale begreper brukt i oppgaven

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet betegnes som et paraplybegrep ettersom det dekker alle former for bevegelse (Kolle & Grydeland, 2018). Fysisk aktivitet kan derfor defineres på følgende måte: «Fysisk aktivitet er enhver bevegelse av kroppen som fører til en vesentlig økning i energiforbruket ut over hvilenivå» (Bouchard et al., 1994, s. 77). Begrepet omhandler all form for fysisk aktivitet som både kan defineres som trening, strukturert, planlagt og respektiv fysisk aktivitet, som har en hensikt om enten å opprettholde eller å forbedre én eller flere komponenter, som for eksempel muskelstyrke (Caspersen et al., 1985; Nerhus et al., 2011). Fysisk aktivitet kan også være mindre planlag som aktiv transport (å sykle til skolen), eller gjøremål i hjemmet som husarbeid.

Fysisk form

Fysisk form kan forklares som et sett av fysiske og psykiske egenskaper man har tilegnet seg på bakgrunn av fysisk aktivitet. Dette kan måles ved bruk av ulike tester og redskaper, alt etter hvilke effekter man ønsker å avdekke. Evne til utholdenhet kan måles ved en løpetest, muskelstyrke kan måles ved å utføre ulike vektløftningsøvelser og koordinasjon kan måles ved å gjøre balanse- og rytmeøvelser. Idrettsutøveres fysiske form kan være helt avgjørende for å lykkes i konkurranser, men en persons fysiske form kan også være avgjørende for å kunne gjennomføre daglige gjøremål, som å gå opp en trapp (Caspersen et al., 1985).

Fysisk inaktiv

Fysisk inaktivitet er et begrep som brukes til å forklare fysisk passivitet. Personer som ikke tilfredsstillende gjeldene anbefalinger for fysisk aktivitet betegnes gjerne som fysisk inaktive (Tremblay et al., 2010; Tremblay et al., 2017). Stillesitting og liggende stilling er inaktive tilstander, hvor skjelettmuskulaturen ikke er i særlig aktivitet, noe som ikke er tilstrekkelig for å opprettholde personens fysiske form (Hamilton et al., 2007).

Trening

Trening er fysisk aktivitet satt i system (Caspersen et al., 1985). Det vil si at man i større grad planlegger hvilken fysisk aktivitet som skal skje, når og hvor. Kroppslige bevegelser gjentas i et antall repetisjoner eller over en hvis tid, og har som mål å forbedre eller vedlikeholde én eller

flere komponenter av den fysiske formen (Caspersen et al.,1985). Styrketrening, utholdenhetstrening og balansetrening er eksempler på ulike treningsformer som gir forskjellige effekter på kroppens fysiske form.

Helse

Begrepet *helse* kan defineres på flere måter, og kan oppleves forskjellig fra person til person. Verdens helseorganisasjon (WHO) definisjon fra 1948 er følgende: «Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velvære – ikke bare fravær av sykdom eller svakhet» (WHO, 1948, s. 1). En annen definisjon på helse er: «God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter - sykdom, uførhet, ulykker, livsproblemer, konflikter og alderdom» (Hjort, 1995, s. 23). Med utgangspunkt i disse definisjonene kan helse påvirkes av ulike faktorer, hvor fysisk form er én av dem.

Livskvalitet

Folkehelseinstituttet (FHI): «Livskvalitet handler både om materielle levekår og hvordan livet oppleves» (FHI, 2019). Det vil si at man både må studere subjektive og objektive sider ved en persons liv for å kunne avgjøre grad av livskvalitet. Ved subjektive sider menes personens egen opplevelse, i form av positive følelser, opplevd mestring og lignende. Objektive sider omhandler i større grad det personer utenifra kan se, som personens livssituasjon, funksjonsevne, materielle goder og lignende. Disse to sidene til sammen vil kunne avgjøre grad av livskvalitet (FHI, 2019), og kan måles ved bruk av spørreskjemaer (Lowrie et al., 2003).

Atferd

Atferd kan forklares som en handling, og kan deles inn i indre- og ytre atferd. Ytre atferd er noe man gjør, og er enten fysisk i form av motoriske bevegelser, eller verbalt ved å si noe. Indre atferd er noe som ikke synes utad, som følelser og indre tanker (Demmelmaier, 2018).

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	10
1.1 <i>Kreft</i>	10
1.2 <i>Oppgavens oppbygning</i>	12
2.0 Teoretisk rammeverk.....	13
2.1 <i>Betydning av fysisk aktivitet og trening</i>	13
2.2 <i>Fysisk aktivitet og kreft</i>	15
2.2.1 <i>Fysisk aktivitet som forebyggende for kreft</i>	15
2.2.2 <i>Betydning av fysisk aktivitet under kreftbehandling</i>	16
2.2.3 <i>Fysisk aktivitet for kreftoverlevende</i>	16
2.2.4 <i>Treningsstøtte til kreftpasienter</i>	17
2.3 <i>Anbefalinger om fysisk aktivitet</i>	19
2.3.1 <i>Generelle anbefalinger</i>	19
2.3.2 <i>Anbefalinger til kreftpasienter</i>	19
2.4 <i>Fysioterapeuters rolle i kreftomsorgen</i>	20
2.5 <i>Motivasjon til fysisk aktivitet og trening</i>	21
2.5.1 <i>Transteoretisk modell</i>	21
2.5.2 <i>Sosial-økologisk perspektiv</i>	22
2.5.3 <i>Bronfenbrenners modell</i>	22
2.5.4 <i>Sosial kognitiv teori</i>	22
2.6 <i>Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju</i>	23
2.6.1 <i>Selvbestemmelsesteorien</i>	24
2.6.2 <i>Motiverende intervju</i>	28
2.6.3 <i>Oppsummering</i>	32
3.0 Metode	33
3.1 <i>Forskningsdesign og forskningsprosess</i>	33
3.1.1 <i>Utarbeiding av intervjuguide</i>	34
3.1.2 <i>Intervjuguide</i>	36
3.1.3 <i>Pilotintervju</i>	37

3.1.4 Utvalg	38
3.2 Gjennomføring av intervju	39
3.2.1 Intervju forberedelse.....	40
3.2.2 Intervjuet	40
3.2.3 Etter intervjuene	41
3.3 Transkripsjonen av intervjuene.....	41
3.4 Analyseprosess	41
3.5 Forskningsetiske vurderinger.....	43
4.0 Resultat.....	46
4.1 Utvalgets bakgrunn, arbeidsmetoder og tanker angående treningsstøttende samtaler med kreftpasienter	46
4.1.1 Fysioterapeutenes bakgrunn	47
4.1.2 Fysioterapeutenes forberedelse til treningsstøttende samtaler	48
4.1.3 Fysioterapeutenes gjennomføring av treningsstøttende samtaler med kreftpasienter	48
4.1.4 Arbeidet som gjøres i etterkant av treningsstøttende samtaler.....	50
4.1.5 Fysioterapeutenes syn på treningsstøttende samtaler og hjertesukk angående temaet	51
4.1.6 Oppsummering av utvalgets bakgrunn, arbeidsmetoder og tanker angående treningsstøttende samtaler med kreftpasienter	52
4.2 Utvalgets arbeidsmetoder i lys av Selvbestemmelsesteorien	52
4.2.1 Mengden setningsutsagn som har sammenheng med Selvbestemmelsesteoriens psykologiske behov	53
4.2.2 Tegn på kompetanse	54
4.2.3 Tegn på autonomi.....	54
4.2.4 Tegn på tilhørighet	55
4.2.5 Oppsummering av tegn til Selvbestemmelsesteorien.....	56
4.3 Utvalgets arbeidsmetoder i lys av Motiverende intervju.....	56
4.3.1 Mengden setningsutsagn som har sammenheng med tre prinsipper fra Motiverende intervju	56
4.3.2 Tegn til bruk av åpne spørsmål	58

4.3.3 Tegn til reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser	59
4.3.4 Tegn til videreføring av kompetanse.....	60
4.3.5 Oppsummering av tegn på Motiverende intervju.....	61
4.4 Utvalgets mengde ord i intervjuene og totale tidsbruk	61
5.0 Drøfting	63
5.1 Selvbestemmelsesteorien	64
5.1.1 Kompetansestøtte	64
5.1.2 Autonomistøtte	68
5.1.3 Tilhørighetsstøtte.....	72
5.1.4 Oppsummering av Selvbestemmelsesteorien.....	74
5.2 Motiverende intervju	76
5.2.1 Åpne spørsmål.....	76
5.2.2 Reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser.....	80
5.2.3 Videreføring av kompetanse	84
5.2.4 Oppsummering av Motiverende intervju	85
5.3 Selvbestemmelsesteorien sett opp mot Motiverende intervju.....	86
5.4 Diskusjon av studiens metodiske begrensninger.....	88
6.0 Konklusjon	91
7.0 Referanseliste	92
VEDLEGG 1	105
VEDLEGG 2	110
VEDLEGG 3	114

1.0 Innledning

Målet med denne studien er å formidle kunnskap og økt bevissthet rundt treningsstøttende samtaler for kreftpasienter. I den sammenheng var ønsket å undersøke hvordan fysioterapeuter i møte med kreftpasienter motiverer dem til fysisk aktivitet og trening, og hvordan dette foregår opp mot eksisterende atferdsendringsteorier. Det fremkommer i bakgrunnen for studien at det er flere studier som peker på at fysisk aktivitet og trening kan støtte opp under kreftbehandlingen, gi økt livskvalitet og opprettholde ens fysiske form (Fuller et al., 2018; Quist et al., 2020; Mishra et al., 2012). Samtidig er det flere kreftpasienter og kreftoverlevende som ikke overholder anbefalingene om fysisk aktivitet og trening (Coletta et al., 2019; Tollosa et al., 2019). I denne oppgaven er derfor målet og se på hvordan denne pasientgruppen blir motivert til fysisk aktivitet og trening av fysioterapeuter.

1.1 Kreft

Kreftforekomst

Ifølge Kreftforeningen (2020) er *kreft* en samlebetegnelse på rundt 200 ulike kreftformer, hvor alle har fellestrekk og noe som skiller dem fra hverandre. I 2019 ble 34 979 mennesker i Norge rammet av kreft (Cancer registry of Norway, 2020, s. 18). De fire vanligste kreftformene i Norge, som stod for 43 prosent av nye krefttilfeller i 2019, er prostatakreft, brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft, rangert fra høyest til lavest forekomst (Cancer registry of Norway, 2020, s. 18). Rapporten viser til en økning i antall krefttilfeller i Norge de siste 50 årene, samtidig som antall kreftoverlevende stiger (Cancer registry of Norway, 2020, s. 99). Hele 294 855 norske menn og kvinner levde med kreft eller var kreftoverlevende ved utgangen av 2019 (Cancer registry of Norway, 2020, s. 78). *Kreftforeningen* er en av flere organisasjoner som jobber for at de som lever med kreft skal ha så god livskvalitet som mulig og for at antall kreftoverlevende skal øke (Kreftforeningen, u. å). Det Norske *Helsedirektoratet* som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet arbeider også aktivt for dette. For eksempel har Helsedirektoratet lagt frem en *Nasjonal Kreftstrategi* med tydelige mål for kreftomsorgen. Et av målene er at: «Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp» (Helsedirektoratet, 2015, s. 2).

Kreftutvikling

Kreft oppstår gjennom celledelinger i menneskekroppen (Kreftforeningen, 2020; Kreftlex, u.å.). Celledelinger skjer naturlig hele tiden, men kreft oppstår gjennom at noen av cellene deler

seg ukontrollert. Når dette skjer med flere celler på samme sted blir det en opphopning av celler, som nå kan kalles kreftceller, og det dannes en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2020). Slike forandringer kan oppstå over lang tid (>20 år) og det er som oftest ikke før man får symptomer at man får bekreftet en kreftdiagnose (Kreftforeningen, 2020). Man kan oppdage kreftsymptomer gjennom at man kjenner kreftsvulsten, som for eksempel gjennom en unormal klump, eller gjennom at kreftsvulsten forstyrrer funksjonen til organet den har oppstått i eller rundt (Kreftforeningen, 2020). Ettersom kreft som oftest oppstår tilfeldig gjennom kroppslig celledeling er dette kategorisert som en *ikke-smittsom sykdom*. Likevel kan det tyde på at i 1 av 3 krefttilfeller kan diagnosen ha sammenheng med en persons levemåte. For eksempel har en persons røykevaner vist seg å kunne fremprovosere lungekreft (International agency for research on cancer (IARC), 2004; Peto et al., 2000). Andre forhold som ifølge FHI kan påvirke risikoen for å få en kreftsykdom er inaktivitet, fedme, alkoholkonsum, kosthold og UV- stråling (FHI, 2018). Kreft har også vist seg å kunne være arvelig gjennom genetikk. Andelen av slike krefttilfeller er liten, omtrent 5-10%, og opptrer som oftest gjennom brystkreft, eggstokkreft, tykktarmskreft og føflekkreft (FHI, 2018).

Kreftbehandling

Kreft behandles når grundige undersøkelser er gjennomført og nøyaktig diagnose er stilt (Kreftforeningen, 2020). De vanligste behandlingsformene er cellegift, kirurgi og stråling. Disse kan benyttes separat eller i kombinasjon med hverandre (Kreftforeningen, 2020). Hvilken behandlingsform som er mest gunstig til den gitte kreftdiagnosen og pasienten, bestemmes ut ifra tidligere erfaringer og forskning, og derfor er behandlingsformene stadig i utvikling (Kreftforeningen, 2020). Hva pasienten selv kan gjøre for å bedre sin nye hverdag med en kreftdiagnose blir i *Pakkeforløpet for kreft* av Helsedirektoratet (2016) først nevnt under rehabilitering. Her står det blant annet at det skal gjøres en behovsvurdering av livskvalitet, funksjonsevne og ernæring for å kunne iverksette riktige tiltak for hver pasient (Helsedirektoratet, 2016).

Fysisk aktivitet og kreft

Det finnes i dag flere som peker på at fysisk aktivitet og trening er viktig både under og umiddelbart etter kreftbehandling (Dittus et al., 2017; Stout et al., 2017). På bakgrunn av det skulle man trodd at treningsstøtte til kreftpasienter var en selvfølge og at det ble presentert tidligere enn under *rehabilitering* i *Pakkeforløpet for kreft* av Helsedirektoratet (2016). Ønsket med denne studien er derfor å sette lys på hvordan fysioterapeuter motiverer kreftpasienter til

fysisk aktivitet under og etter kreftbehandling og å se dette opp mot tidligere forskning og eksisterende atferdsendringsteorier.

Problemstillingen til oppgaven er: *Hvordan motiverer fysioterapeuter kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori?*

1.2 Oppgavens oppbygning

Formålet med denne masteroppgaven er å sette lys på hvilken kunnskap fysioterapeuter har i forhold til å motivere kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening. Temaet er derfor treningsstøtte til kreftpasienter. Gjennom seks intervjuer med fysioterapeuter som arbeider med dette er ønsket å avdekke: 1. hvilken bakgrunnskunnskap de har, 2. hvordan de planlegger samtaler med kreftpasienter, 3. hvordan samtalen foregår, 4. hva som gjøres i etterkant og 5. hvilke tanker og eventuelle hjertesukk fysioterapeutene har angående temaet.

I kommende kapittel vil det bli lagt frem et teoretisk rammeverk. Dette kapittelet vil ta for seg betydningen og anbefalinger av fysisk aktivitet og trening, hvilken rolle fysioterapeuter har i kreftomsorgen, samt motivasjonsbegrepet og atferdsendringsteorier. Etter det teoretiske rammeverket vil studiens metodiske valg presenteres, med mål om å gjøre studien transparent for leseren. Til slutt vil studiens resultat presenteres, etterfulgt av diskusjon.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet redegjøres det for relevant bakgrunnskunnskap for den kommende forskningsanalysen. Kapittelet har også som formål å utdype og støtte opp under problemstillingen: *Hvordan motiverer fysioterapeuter kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori?* Det teoretiske rammeverket starter med en redegjørelse for hva vi i dag vet om fysisk aktivitet og trening, og hvordan trening kan virke forebyggende for kreft. Deretter vil det bli lagt frem anbefalinger angående fysisk aktivitet og trening, og hvilke effekter det kan gi *under* og *etter* kreftbehandling. Hvilken rolle fysioterapeuter kan ha i forhold til treningsstøttende samtaler med kreftpasienter vil deretter gjennomgås. Avslutningsvis vil begrepet *motivasjon* redegjøres for, etterfulgt av kort presentasjon av fire motivasjonsteorier. Deretter vil det bli gitt en grundig presentasjon av Selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2017a) og Motiverende intervju (Miller, 1983), ettersom disse primært vil benyttes i analysen av studiens funn.

2.1 Betydning av fysisk aktivitet og trening

Betydningen av fysisk aktivitet og trening er forskjellig fra person til person. For noen er det gøy og viktig for et godt liv, mens andre synes det er kjedelig og bortkastet tid. Hvordan disse holdningene oppstår finnes det flere teorier og forklaringer på (Demmelmaier, 2018), men det en med sikkerhet vet er at menneskekroppen er skapt for bevegelse. Fysisk inaktivitet kan føre til flere helseproblemer, inkludert hypertensjon, diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, og kreftdødelighet (Patterson et al., 2018; Pedersen & Saltin, 2015; WHO, 1998). Fysisk aktivitet gir positive helseeffekter (Reiner et al., 2013; Harvey et al., 2018) og det er en sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og dødelighet i den voksne befolkningen (Warburton et al. 2010). En studie av Owen et al. (2010) viser blant annet til at antall aktive pauser lagt inn i en stillesittende hverdag, gir helsemessige fordeler (Owen et al., 2010).

Fysisk aktivitet og trening har først av alt en fysiologisk betydning, hvor skjelettmuskulaturen spiller en sentral rolle. Skjelettmuskulaturen kan forklares som menneskekroppens motor og gjør at man kan bevege seg fra sted til sted, vise følelser gjennom ansiktsuttrykk og bidrar til grunnleggende funksjoner som å puste og snakke (Dahl & Jensen, 2016, s. 13). Dette er energikrevende prosesser, noe som forutsetter at kroppen har fylt opp energilagrene. Ett eksempel på betydningen av regelmessig fysisk aktivitet og trening er at *enhver* treningsøkt forbedre insulinsensitiviteten, noe som gjør at mindre insulin trengs for å frakte samme mengde

energi fra blodet og inn i arbeidende muskelceller (Dahl & Jensen, 2016, s. 13; Henriksson, 1995). Fysisk form og grad av insulinsensitivitet har dermed en sammenheng. Økt insulinsensitivitet reduserer også sannsynligheten for kreft i tykktarm, bryst, livmor, prostata, bukspyttkjertel og magesekk, på bakgrunn av at insulin stimulerer til celledeling (Giovannucci, 2001; Thune, 2008, s. 364).

Psykologisk betydning av fysisk aktivitet

Psykisk- og fysisk helse har en sammenheng. Fysisk aktivitet og trening kan redusere depresjonssymptomer (Gianfredi et al., 2020) og øke ens selvtillit (Lubans et al., 2016), noe som vil kunne bedre en persons psykiske helse. Får man én eller flere psykiske lidelser på et punkt i livet, kan også regelmessig fysisk aktivitet og trening bidra positivt. Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for flere sykdommer og tilstander som påvirker tanker, følelser, kroppslige reaksjoner, atferd og funksjoner (Martinsen, 2018, s. 246). Ved psykiske plager kan man havne i en såkalt ond spiral, med et høyere forbruk av tobakk eller andre rusmidler, usunt kosthold og inaktivitet (Keinänen et al., 2018; Trivedi et al., 2015). Stor befolkningsundersøkelser viser at mennesker med langvarig depresjon har minst 15 års redusert gjennomsnittslevealder (Nordentoft et al., 2013). Ved økt fysisk aktivitetsnivå kan man derimot komme inn i en god spiral, hvor man innser at tobakksforbruket påvirker den fysiske formen negativt, kostholdet bør være sunnere for å prestere bedre og man blir fysisk- og psykisk trøtt, noe som bidrar til bedre søvnkvalitet.

Depresjon og angst er to eksempler på psykiske lidelser, og som ofte opptrer sammen (Skuterud & Berge, u.å.). Disse lidelsene er ikke uvanlige blant mennesker med en kreftdiagnose eller blant kreftoverlevende (Vartolomei et al., 2018; Wang et al., 2020). Depresjon kan forklares som en følelsesmessig endring hvor man blir trist og motløs og aktiviteter som før gav glede eller var interessant blir borte (Berge, u.å.). Andre kjennetegn på depresjon er: manglende matlyst, søvnforstyrrelser, svekket konsentrasjon, redusert selvfølelse og selvtillit, og irritabilitet (Berge, u.å.). Angst kan forklares som langvarig følelsesmessig ubehag, og kan oppstå av overdreven bekymretenkning (Skuterud & Berge, u.å.). Sosial angstlidelse, hypokondri, fobi, posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelse, er eksempler på ulike typer angstlidelser (Skuterud & Berge, u.å.) Systematiske gjennomganger og metaanalyser konkluderer med at trening kan ha positiv effekt på både depresjon og angst blant kreftsyke og kreftoverlevende (Lahart et al., 2018; Mishra et al., 2012; Quist et al., 2020). Dette bekrefter igjen at psykisk helse og fysisk helse har en sammenheng.

2.2 Fysisk aktivitet og kreft

I 1945 ble den første studien om trening og kreft publisert (Morris, 1945), og siden har antall slike studier økt. De første randomiserte studiene om trening og kreft kom i slutten av 1980-tallet (Winningham & MacVicar, 1988). Ettersom interessen for dette temaet gradvis økte kunne man på 2000-tallet lage oversiktsartikler, hvor flere randomiserte studier ble samlet og man fikk en enda større forståelse av effektene trening kunne ha for kreftpasienter. Det finnes i dag flere slike oversiktsartikler som viser at fysisk aktivitet har en positiv effekt på pasienter under- og umiddelbart etter kreftbehandling (Dittus et al., 2017; Stout et al., 2017) En Metaanalyse av Li et al. (2016) viser at regelmessig fysisk aktivitet også kan redusere sjansen for å dø av kreften etter stilt diagnose. Flere studier gjennomføres i stor grad på pasienter med bryst-, livmor- og tykktarmskreft (Kerr et al., 2017; Moore et al., 2016), og på pasienter som mottar *kurativ behandling*, som betyr at behandlingen har som mål å gjøre pasienten kreftfri. Dette begrenser dermed muligheter for generalisering til andre kreftdiagnoser og pasienter som mottar *palliativ behandling*, hvor behandlingen kun har et symptomlindrende formål.

2.2.1 Fysisk aktivitet som forebyggende for kreft

Som nevnt innledningsvis (se kapittel 1) er kreft kategorisert som en ikke-smittsom sykdom, men i 1 av 3 tilfeller kan det tyde på at krefttilfellet har sammenheng med pasientens levemåte. For eksempel kan inaktivitet, fedme, alkohol konsum, kosthold og UV- stråling påvirke risikoen for å få en kreftsykdom (FHI, 2018). En metaanalyse av Zhang et al. (2020) ønsket å undersøke forholdet mellom livsstilsfaktorer og sykkelighet og dødelighet av kreft. Det ble inkludert studier fra Amerika, Asia og Europa. Antall forsøkspersoner i de ulike studiene varierte mellom 635 til 476 396, og over ti kreftformer ble inkludert. Resultatet viste at personer med de sunneste livsstilene var assosiert med 17-58% lavere risiko for en rekke ulike kreftformer, blant annet nyre-, bryst-, tykktarm-, livmor-kreft, sammenlignet med personer med usunne livsstiler. Den sunne livsstilen kjennetegnes av opprettholdelse av fysisk aktivitetsnivå, opprettholdelse av sunn vekt, unngåelse av røyking og alkohol, samt et sunt kosthold (Zhang et al., 2020). En annen metaanalyse av Farris et al. (2015) undersøkte om det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet på fritiden og risiko for kreft i bukspyttkjertelen. Deres analyse konkluderer med en sammenheng, hvor fysisk aktivitet på fritiden utgjorde 11% risikoreduksjon for kreft i bukspyttkjertelen. Studien fremhever at det ser ut til å være sterkest effekt blant de unge (Farris et al., 2015).

2.2.2 Betydning av fysisk aktivitet under kreftbehandling

Bakgrunnen for denne oppgaven er at fysisk aktivitet og trening er gunstig for kreftpasienter (Fuller et al., 2018; Mishra et al., 2012; Quist et al., 2020). Carayol et al. (2019) utførte en randomisert kontrollert studie på kvinner diagnostisert med tidlig brystkreft som ble behandlet med cellegift- og strålebehandling. Studien viste at utholdenhetstrening kombinert med styrketrening, med moderat intensitet, tre ganger i uken reduserte tretthet og angst, samt økte livskvaliteten etter 18 og 26 uker. Studien viste til signifikant effekt på tretthet og livskvalitet også 12 måneder etter intervensjonen, noe som tyder på en langsiktig effekt (Carayol et al., 2019). En annen studie gjort av Quist et al. (2020) viste også positive effekter av fysisk aktivitet under kreftbehandling. Quist et al. (2020) gjorde en randomisert klinisk studie av lungekreftpasienter. De randomiserte 218 kreftpasienter til et 12 ukers veiledet og strukturert treningsprogram bestående av aerobic, styrketrening og avslappningstrening. Den primære endringen studien observerte blant de som var randomisert i treningsgruppen var forbedring i muskelstyrke og sosialt velvære. Disse hadde også betydelig reduksjon i angst og depresjon. Det var derimot ingen signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på maksimalt oksygenopptak (Quist et al., 2020).

Mennesker som mottar en kreftdiagnose opplever ofte nedgang i livskvalitet (Bauer et al., 2018; Kroenke et al., 2010), og Kroenke et al. (2010) konkluderer blant annet med at en økning i fysiske smerter og depresjon som følge av kreftbehandlingen, er noe av det som reduserer livskvalitet til kreftpasienter. Flere studier har derimot avdekket at personer som er regelmessig fysisk aktive opplever sin egen helse relaterte livskvalitet som bedre enn inaktive personer (Acree et al., 2006; Fong et al., 2012). Dette har også vist seg å være gjeldene for kreftpasienter og kreftoverlevende, noe som inkluderer reduksjon i depresjon, angst, tretthet, smerter og økt fysisk funksjon (Fuller et al., 2018; Mishra et al., 2012; Quist et al., 2020).

2.2.3 Fysisk aktivitet for kreftoverlevende

Det er flere studier som ser på hvilke effekter fysisk aktivitet og trening kan ha på kreftoverlevende. En metaanalyse av Fong et al. (2012) inkluderte 34 randomiserte kontrollerte studier hvorav 22 fokuserte på brystkreftpasienter. 22 av studiene undersøkte utholdenhetstrening og fire inkluderte også styrketrening. Metaanalysen konkluderer med at fysisk aktivitet for brystkreftpasienter har positive effekter på fysiologi, kroppssammensetning, fysiske funksjoner og psykologiske effekter, som reduksjon av tretthet og depresjon samt økt livskvalitet. Ved andre kreftformer som tykktarms-, endetarms- og livmorhalskreft, ble det

observert reduksjon i kroppsmasseindeks, økt oksygenforbruk og forbedret livskvalitet (Fong et al., 2012). I en randomisert kontrollert studie ble 100 overvektige brystkreftoverlevende pasienter fordelt til vanlig pleie og til treningsintervensjon (treningsgruppe) (Dieli-Conwright et al., 2018). Treningsintervensjonen besto av moderat til høy intensitet utholdenhet og styrketreningsøkter tre ganger i uken, i 16 uker. I studien ble blant annet målt livskvalitet, tretthet, depresjon, maksimaltoksygenopptak, muskelstyrke og bentetthet. Etter intervensjonen fikk treningsgruppen bedre resultat på *alle* variablene enn pasientene som fikk vanlig pleie (Dieli-Conwright et al., 2018).

2.2.4 Treningsstøtte til kreftpasienter

Treningsstøtte forstås i denne oppgaven som mennesker som motivere andre til fysisk aktivitet og trening. Treningsstøtte kan gis muntlig, i form av en samtale om fysisk aktivitet og trening, og aktivt, i form av å bidra med øvelser og aktiviteter som kan gjennomføres.

Helsedirektoratets Pakkeforløp for kreft

Helsedirektoratet har en sentral rolle i å gi råd om forholdene som påvirker folkehelsen. På bakgrunn av dette anses det relevant å undersøke hvilken informasjon og råd som gis til kreftpasienter.

Informasjonen som gis til pasientene og pårørende fra Helsedirektoratet preges av svar på generelle spørsmål relatert til ulike kreftdiagnoser og kreftforløp, som for eksempel fastlegens rolle, screeningprogram og fysioterapi ved kreft (Helsedirektoratet, 2016). Sistnevnte fremlegges her som en del av behandlingen og rehabiliteringen til kreftpasienter i Norge, og gis både i kommunehelsetjenesten, på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner. Anbefalinger til kreftpasienter angående fysisk aktivitet og trening er derimot mindre synlig og gis lite informasjon om (Helsedirektoratet, 2016). Da flere oversiktsstudier viser til at fysisk aktivitet er gunstig for kreftpasienter under og etter kreftbehandling (Fuller et al., 2018; Mishra et al., 2012; Quist et al., 2020), kan man stille spørsmål til hvorfor den type informasjon og treningsstøtte til kreftpasienter ikke kommer tydeligere frem i en plattform som skal veilede mennesker til en bedre folkehelse. Begrepet *treningsstøtte* møter man først i Helsedirektoratets *Pakkeforløp for kreft* som et tilbud ved rehabiliteringsfasen (Helsedirektoratet, 2016), noe som betyr at det er et tilbud *etter* kreftbehandlingen. På bakgrunn av at fysisk aktivitet også kan være gunstig *under* kreftbehandling (Buffart et al., 2017; Cramer et al., 2017; Mishra et al., 2012; Segal et al., 2017), er det trolig en svakhet ved pakkeforløpet.

Fysioterapi til kreftpasienter

En fysioterapeut er et eksempel på en treningstøttende person, ettersom mye av arbeidet de gjør er å veilede trening og føre samtaler om fysisk aktivitet. I 2016 kom det en håndbok «Fysioterapi til kreftpasienter», som omhandler fysioterapi i kreftomsorgen (Nesvold et al., 2016). Håndboken bemerker at det lenge har vært et savn i det onkologiske fysioterapimiljøet med et dokument med samlet kunnskap om fysioterapi i kreftomsorgen. Dokumentet har som mål å sikre at det offentlige tilbudet til kreftpasienter har god kvalitet og er likeverdig over hele landet. Tidligere har det blitt gitt ut bøker, som boken «Kreftpasienter og fysioterapi» (Bøhn, 1990), hvor det også ble tydeliggjort viktigheten av fysioterapi innenfor kreftbehandling. Likevel skulle det ta over 20 år før et omfattende dokument ble lagt frem om dette temaet. Man kan derfor stille spørsmål til hvor god kunnskap fysioterapeutene besitter angående fysisk aktivitet/trening og kreft, og hvilken rolle de har for kreftpasienter.

Aktiv mot kreft

Den private stiftelsen *Aktiv mot kreft* er en forkjemper for at fysisk aktivitet bør implementeres i kreftomsorgen (Aktivmotkreft, u.å. a). Dette er en relativt ny stiftelse etablert i 2007 av Helle Aanesen og Grete Waitz. Etablering av *Pusterom* er ett av de konkrete tiltakene som er blitt gjort. Pusterommet er et treningsrom laget for kreftpasienter og finner sted på utvalgte norske sykehus. Her kan kreftpasienter komme å trene under og vanligvis inntil 6 måneder etter behandling. Her blir det gitt treningsstøtte, noe som innbefatter treningsveiledning fra instruktører og fysioterapeuter med spesialkompetanse til å veilede kreftpasienter. Det blir både gitt individuelle timer og gruppetimer, og man kan komme å trene på egenhånd, alt etter pasientenes ønske og behov. Pusterommene har alle som mål å sette fokus på det friske i pasienten, og bidra med alle de fordelene fysisk aktivitet kan ha for dem (Aktivmotkreft, u.å. b). Etter at koronasituasjonen oppsto, har flere pusterom gjentatte ganger vært stengt, og som en erstatning har *Pusterommet hjemme* blitt etablert. Her blir treningsøkter streamet «live», og kreftpasienter har kunnet gjennomføre øktene i sin egen stue (Aktivmotkreft, u.å. c).

Doktorgrad om treningsstøtte til kreftpasienter

En doktorgrad som for ikke lenge siden satt fokus på treningsstøtte til kreftpasienter undersøkte hva som kan motivere brystkreftpasienter til fysisk aktivitet (Husebø, 2015). Målet var å kunne gjøre det enklere for sykepleiere å motivere denne pasientgruppen til å holde seg i fysisk aktivitet. I studien fremkommer det at støtte og oppmuntring fra venner, familie og helsepersonell var viktige motivatorer for kreftpasientene. Samtidig påpekte pasientene

betydningen av at helsepersonellet pratet om fysisk aktivitet og trening, og oppfølging omkring det (Husebø, 2015).

2.3 Anbefalinger om fysisk aktivitet

Under presenteres anbefalinger om fysisk aktivitet og trening. Anbefalingene krever ikke utstyr og kan dermed gjennomføres uavhengig bosted, sosioøkonomisk bakgrunn og livssituasjon.

2.3.1 Generelle anbefalinger

Siden 2000 har Norske myndigheter lagt frem offisielle anbefalinger for fysisk aktivitet, hvor målet er å bidra til bedre helse i befolkningen (Anderssen & Strømme, 2001). Helsedirektoratet (2019a) sin siste oppdatering angående anbefalinger om fysisk aktivitet for voksne (>18år) er: Minimum 150 minutter fysisk aktivitet av moderat intensitet eller 75 minutter høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av dette. Det er anbefalt å gjøre styrkeøvelser som vil kunne øke muskelstyrken til de store muskelgruppene, som for eksempel ben-, rygg-, bryst- og magemuskulatur, to eller flere ganger i uken. Personer med nedsatt mobilitet blir anbefalt balanse- og styrkeøvelser tre eller flere ganger i uken (Helsedirektoratet, 2019a).

2.3.2 Anbefalinger til kreftpasienter

Fysisk aktivitet og trening er anbefalt som en del av behandlingen for kreftpasienter (Anderson et al., 2013; Buffart, 2014; Buffart et al., 2017). Samtidig er det ikke lagt frem spesielle retningslinjer for hyppighet og intensitet for personer under og umiddelbart etter kreftbehandling, men det anbefales at treningen tilpasses hver pasient i forhold til dens tilstand og behov (Segal et al., 2017; Thune, 2008, s. 370). Studier har også kommet frem til at gruppetrening ledet av en treningsinstruktør som har kunnskap om pasientenes kreftdiagnoser og behandlinger er gunstig (Campbell et al., 2012; Schmitz et al., 2010).

I håndboken «Fysioterapi til kreftpasienter» anbefales det at kreftpasienter under medisinsk behandling bør starte så tidlig som mulig med trening med moderat intensitet (Nesvold et al., 2016, s. 14). Videre anbefales det en jevn progresjon: fra 15 til 30 minutter og 3 til 5 ganger i uken. Det anbefales trening av både styrke og utholdenhet. (Nesvold et al., 2016, s. 14). Pasienter i *palliativ* fase, hvor kreften er uhelbredelig, kan også ha positiv effekt av fysisk aktivitet gjennom økt fysisk kapasitet, livskvalitet, opplevelse av selvhjelpenhet og mestring (Gulde et al., 2011; Oldervoll et al., 2011). Samtidig er det ifølge håndboken ikke nok grunnlag

for å gi detaljerte anbefalinger om hvilken trening som er mest gunstig for denne gruppen pasienter (Nesvold et al., 2016, s. 67). Dette kan ha med at den palliative fasen er svært varierende for hver enkelt pasient.

2.4 Fysioterapeuters rolle i kreftomsorgen

Gjennom håndboken «Fysioterapi til kreftpasienter» (Nesvold et al., 2016) og Helsedirektoratet (2019b) blir det gitt anbefalinger for hvordan fysioterapeuter skal gå frem i møte med kreftpasienter. Det legges frem ulike temaer som er aktuelle i en samtale mellom fysioterapeut og en kreftpasient. Eksempler på dette er: sykdomsrelaterte plager og symptomer, tidligere og pågående aktiviteter og funksjonsnivå, forventninger, motivasjon, mål for behandling, ressurser og nettverk (Helsedirektoratet, 2019b; Nesvold, 2016, s. 5). Det anbefales at fokuset gjennom samtalen er rettet mot overordnede mål, som er satt i samråd med kreftpasienten selv, for eksempel: god livskvalitet, optimalt funksjonsnivå og opplevelse av mestring (Helsedirektoratet, 2019b; Nesvold, 2016, s. 6). Helsedirektoratet (2019b) legger også frem aktuelle fysioterapitiltak, hvor fysisk aktivitet og trening er 1 av 10 tiltak under og etter kreftbehandling. I det nasjonale handlingsprogrammet for *palliasjon* i kreftomsorgen er fysioterapeuter en del av kjerneteamet, og skal bidra til at pasientene har det best mulig til siste slutt (Helsedirektoratet, 2019c). Her nevnes viktigheten av en god kartlegging av bakgrunnsinformasjon om pasienten, som: behov, opplevelse, problemer, funksjonsevne, smerter og livskvalitet.

Det er belegg for å tro at tiltakene og målene håndboken «Fysioterapi til kreftpasienter» (Nesvold et al., 2016) viser til, vil kunne gi pasientene en god støtte gjennom kreftforløpet. Dette med bakgrunn i at det henvises hyppig til oversiktsartikler og fagelleverderte studier underveis. Det forutsetter samtidig at alle rådene blir gjennomført i praksis. Likevel bør det nevnes at håndboken også anses å ha noen mangler når det gjelder treningsstøtte. I håndboken fremlegges det flere forslag for tester og måleredskaper, som: skjema for selvrapportering, og redskaper for kartlegging og gradering av funksjonsnivå. Viktigheten av målsetting vises det også til. Men det legges *ikke* frem forslag til motivasjonsteorier og/eller andre verktøy som kan benyttes i forhold til atferdsendring, noe som kan være nyttig for fysioterapeuter i møte med kreftpasienter. Motivasjonsteorier og modeller som kunne blitt trukket inn i et slikt dokument er: Transteoretiske modell (Prochaska et al., 1992), Sosial-økologisk perspektiv (Stokols, 1996), Bronfenbrenners modell (Kvelling, 2015), Sosial kognitiv teori (Bandura, 2001),

Selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2017a) og Motiverende intervju (Miller, 1983). Disse vil utdypes nærmere under de neste punktene (2.5 og 2.6).

2.5 Motivasjon til fysisk aktivitet og trening

Begrepet *motivasjon* kan forklares som den drivkraften eller faktoren som får en til å sette handlinger i gang, og som bidrar til opprettholdelse over tid (McInerney, 2019). Satt i perspektiv er det allmentkjent at fysisk aktivitet og trening er bra for helsen, likevel vet man at store deler av befolkningen ikke oppfyller anbefalingene (Hansen et al., 2015; Loyen et al., 2016; Sallis et al., 2016). Dette gjelder også blant kreftpasienter og kreftoverlevende (Coletta et al., 2019; Tollosa et al., 2019). En forklaring på dette kan være manglende motivasjon. Ettersom motivasjon kan kategoriseres som en faktor som kan påvirkes, vil metoder som kan øke motivasjon til kreftpasienter under og etter kreftbehandling være relevant å ha kjennskap til om man skal utføre treningsstøtte.

I en sammenfatning av 100 teorier om helseatferd (Kwasnicka et al., 2016) ble det vist til fem prinsipper, som kan se ut til å ha stor betydning for at en atferdsendring skal bli varig: 1. drivkraft for opprettholdelse, 2. selvregulering, 3. ressurser, 4. vane og 5. omgivelsesfaktor. Dette kan tyde på at motivasjonsteorier, metoder eller strategier som fremmer én eller flere av disse prinsippene vil være gunstig.

2.5.1 Transteoretisk modell

Transteoretisk modell beskriver hvordan atferdsendring kan gjøres trinn for trinn, og ble utviklet fra en sammenligningsanalyse av teorier innenfor psykoterapi (Prochaska et al., 1992). Modellen består av fire prosesser/stadier som må gjennomgås trinnvis for å kunne bryte en etablert vane: 1. endringsstadiet, 2. beslutningsbalanse, 3. endringsprosess og 4. mestringstro. Endringsstadiene beskrives ofte som en trapp man skal gå, hvor hvert trappetrinn er ett nytt stadie. For eksempel kan et stadie være at man tenker på at man ønsker å være fysisk aktiv. Neste stadie kan så være at man kjøper inn treningstøy og det utstyret man måtte trenge. Deretter er det å begynne å trene, og til slutt komme i det stadiet hvor fysisk aktivitet og trening har blitt en rutine i hverdagen. Man kan både gå opp og ned trappen, noe som beskriver at man kan flytte seg fremover og nærme seg en ny vane, men også at man kan gå tilbake til gammel vane (Prochaska et al., 1992).

2.5.2 Sosial-økologisk perspektiv

Et sosial-økologisk perspektiv legger vekt på hvordan det nære, umiddelbare og distanserte ved et individ kan påvirke individets handlinger (Stokols, 1996). Dette kan deles inn i fem faktorer: 1. personlige faktorer, 2. mellompersonlige faktorer, 3. institusjonelle faktorer, 4. kontekstuelle faktorer og 5. politiske faktorer (McLeroy et al., 1988). Med tanke på opprettholdelse av et fysisk aktivitetsnivå kan mellompersonlige faktorer som for eksempel familie og venner invitere til å gå en fjelltur eller dra på treningssenter. På samme tid kan også familie og venner invitere til inaktivitet, som å sitte å se tv sammen. Kontekstuelle faktorer omhandler blant annet fysiske miljøforhold som på sin side kan skape betingelser for fysisk aktivitet. Eksempelvis kan stor tilgang på turstier i nærmiljøet, flere fotballbaner og utendørs treningsapparater gjøre det lettere å være fysisk aktiv. Ved et Sosial-økologisk perspektiv tas det i stor grad hensyn til individets kompleksitet (Stokols, 1996).

2.5.3 Bronfenbrenners modell

Bronfenbrenners modell kan forklare hvorfor noen blir forhindret eller motivert til handlinger, som for eksempel fysisk aktivitet (Kvello, 2015). Den viser til fem ulike systemer: 1. mikrosystemet, 2. mesosystemet, 3. eksosystemet, 4. makrosystemet og 5. kronsystemet som beskriver det gjensidige samspillet mellom enkeltindivid og miljøet rundt (Kvello, 2015). Ifølge modellen er det gjensidige påvirkninger og forutsetninger av både personlige faktorer, som biologi og psykologi, men også sosiale- og institusjonelle forhold. Dette er noe som påvirker mennesket til å for eksempel være fysisk aktive (Kvello, 2015). Eksempelvis kan nærmiljøet i form av stor tilgjengelighet av fritidsordninger som fotballag, håndballag og treningssentre kunne motivere til fysisk aktivitet. Samtidig viser modellen til at familie og venner også kan motivere til å faktisk benytte seg av disse fritidsordningene.

2.5.4 Sosial kognitiv teori

Sosial kognitiv teori legger til grunn at mennesker blir påvirket av sosiale forhold og at grunnleggende behov som mestringsfølelse, medbestemmelse og tilhørighet, vil påvirke grad av motivasjon (Bandura, 2001). Den tar for seg at menneskets handlinger foregår gjennom et kontinuerlig samspill mellom individet, omgivelsene og atferd i ulike og bestemte situasjoner. Ved individet menes de fysiske og psykologiske faktorer som hemmer eller fremmer motivasjonen til handling, som for eksempel individets styrke og utholdenhet, og evne til selvregulering og mestringsstro. Omgivelsene kan for eksempel være årstid og familie og/eller

venner. For eksempel kan man møte en venn på joggetur og personen oppmuntrer med å si «bra jobbet», og kan med den kommentaren motivere for videre aktiviteter. Et annet tenkt eksempel er at man møter en venn som snakker nedlatende og sier «jeg forstår ikke hvorfor du gidder å løpe», noe som kan virke demotiverende. Ved atferd i ulike og bestemte situasjoner menes at ens egen atferd under bestemte aktiviteter og situasjoner spiller en rolle for motivasjonen for gjentakelse. For eksempel hvis man gjennomfører en treningsøkt, og den skulle vise seg å være for krevende for egne forutsetninger, kan det redusere troen på egen evne til å trene så hardt igjen (Bandura, 2001). Denne teorien ligner på modellene og perspektivet ovenfor, ettersom alle ser på samspillet mellom individet og omgivelsene rundt.

2.6 Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju

Gjennom søk i databasene: «Pubmed», «Web of Science», «Chocane Library» og «Google Scholar», ble det funnet flere intervensjonsstudier gjennomført på kreftpasienter og kreftoverlevende. Studiene baserte seg på atferdsendringsteorier som: Transteoretiske modellen, Atferdsendring hjulet, Sosial kognitiv teori (Amireault et al., 2016; Cantwell et al., 2020; Roberts et al., 2017; Stacey et al., 2015; Turner et al., 2018). På bakgrunn av denne gjennomgangen økte nysgjerrigheten på hvor aktivt fysioterapeuter i samtaler med kreftpasienter, angående fysisk aktivitet og trening, benyttet seg av lignende teorier, modeller eller strategier.

Formålet med den foreliggende studien er å avdekke *hvordan* fysioterapeuter motiverer kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori. Det betyr at innsamlingen av informasjon omkring dette *ikke* skulle legge føring for bestemte teorier, modeller eller strategier. Informasjonen skulle studeres opp mot eksisterende atferdsendringsteori først *etter* datainnsamlingen. For å få til en oversiktlig analyse og en god diskusjon av datamaterialets innhold ble det besluttet at fysioterapeutenes uttalelser skulle studeres opp mot *to* atferdsendringsteorier, som det kunne se ut til at ble benyttet hyppigst av informantene. Atferdsendringsteoriene som ble vurdert opp mot fysioterapeutenes uttalelser var: Sosial kognitiv teori (Bandura, 2001), Transteoretisk modell (Prochaska et al., 1992), Bronfenbrenners modell (Kvelling, 2015), Selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2017a), Sosial-Økologisk perspektiv (Stokols, 1996) og Motiverende intervju (Miller, 1983). Gjennomgangen indikerte at Selvbestemmelsesteorien og metoden Motiverende intervju ble benyttet mest blant utvalget. Dermed vil disse atferdsendringsteoriene bli forklart grundig.

2.6.1 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien er utviklet av Ryan og Deci (2017a) og er en humanistisk teori, som betyr at den tar utgangspunkt i at vi mennesker blir styrt av et ønske om å dekke udekkede behov. Det er spesielt tre psykologiske behov som denne teorien mener at vi mennesker forsøker å tilfredsstille gjennom ulike handlinger: 1. *kompetanse*, 2. *autonomi* og 3. *tilhørighet*. Teorien kan derfor brukes for å forklare en persons atferd gjennom å vise til ulike former for drivkrefter som kan ligge bak handlinger. Blir alle behovene tilfredsstilt, vil mennesket være fullstendig selvbestemt og vil også kunne kjenne på en indre motivasjon til å yte en handling. Drives man av indre motivasjon er det større sannsynlighet for at man vil kunne opprettholde handlingen over tid, og at man endrer atferd (Hagger et al., 2014; Slovinec D'Angelo et al., 2014). Denne motivasjonsformen kan forklares som en indre glede og interesse for å utøve en handling, og det gjøres av ren frivillighet (Ryan & Deci, 2017b).

Selvbestemmelsesteorien skiller mellom ulike grunner til hva som danner passivitet eller drivkraft for handling og målet er selvbestemmelse. Dette vil igjen kunne føre til indre motivasjon. Ettersom motivasjon og selvbestemmelse av åpenbare grunner kan variere fra person til person, fra dag til dag og fra handling til handling, plasseres selvbestemmelse og motivasjon på et kontinuum (se figur 1 s. 26). Formålet med kontinuumet er at man til enhver tid kan beskrive mengde innsats, utholdenhet og bakenforliggende årsaker til handlinger og etablerte vaner (Ryan & Deci, 2017b). Dette kontinuumet har empirisk støtte fra flere studier som omhandler idrett, trening og kroppøving (Chatzisarantis et al., 2003).

Psykologiske behov

De psykologiske behovene Selvbestemmelsesteorien tar utgangspunkt i og som kan forklare menneskets motivasjon, er som nevnt kompetanse, autonomi og tilhørighet. Ifølge Ryan og Deci (2017b) må disse være tilfredsstilt for at et menneske er selvbestemt og kan drives av indre motivasjon.

Kompetanse

Behovet for kompetanse kommer av et behov om å tilegne seg evner til å mestre og beherske ulike utfordringer. Ifølge Ryan og Deci (2017b) er opplevd kompetanse viktig for at mennesket skal trives og kunne få motivasjon til å yte en handling. Desto mer kompetent man blir, jo større sannsynlighet er det for at man fortsetter handlingen og ønsker å gjenta den. Om en kreftpasient får beskjed fra en fysioterapeut at han eller hun skal gjøre en knebøy fem ganger på rad, vil det

ifølge denne teorien være viktig at fysioterapeuten viser og veileder pasienten hvordan en korrekt knebøy skal gjøres. Dette gjør at pasienten til slutt opplever en trygghet og kompetanse til å utføre handlingen på egenhånd (Ryan & Deci, 2017b).

Autonomi

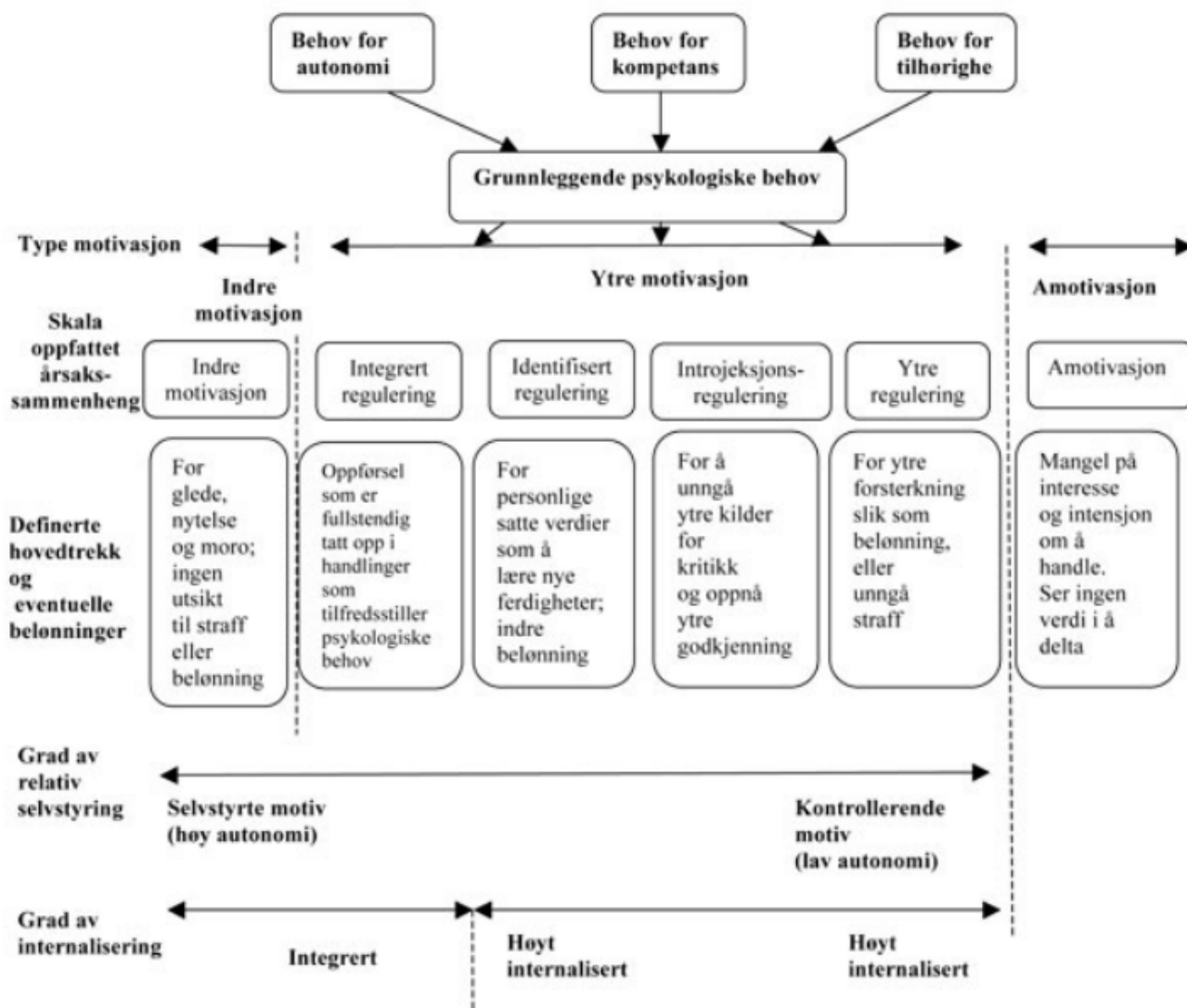
Autonomi beskriver et behov for eierskap til handlingene en gjør, gjennom at man blir inkludert i beslutninger som tas. Dette kan også forklares som et ønske om å ikke få en pekefinger mot seg, men at man selv er med på å ta valget om å utføre en handling. Eksempelvis kan det være fysioterapeuten får pasienten selv til å si at: «Jeg bør være litt aktiv hver dag». Det kan også være at fysioterapeuten gir valgmuligheter i øvelsesvalg eller hvilke dager som det skal trenes på. Det viktigste med dette behovet er at pasienten opplever at han eller hun er delaktig i beslutninger som gjøres, for det vil ifølge Selvbestemmelsesteorien øke muligheten for at pasienten vil kunne oppleve en indre motivasjon til å utføre en aktivitet (Ryan & Deci, 2017b).

Tilhørighet

Menneskets behov for tilhørighet kan kanskje komme av at vi av natur er flokkdyr. Ifølge Ryan og Deci (2017b) omhandler dette behovet at vi mennesker trenger å bli sett av andre mennesker, og at vi må ha en følelse av tilhørighet for at vi skal kunne oppleve en indre motivasjon. Dette kan være vanskelig samtidig som det kan virke enkelt. For en kreftpasient kan tilhørighet for eksempel oppleves ved gjensidig respekt og tillit fra en fysioterapeut, ved å oppsøke steder hvor man møter andre pasienter i samme situasjon og ved deltakelse i treningsgruppe. Det å utføre trening og fysisk aktivitet i et større fellesskap har også vist seg å være en viktig motivasjonsfaktor for vanlige mosjonister (Tjelta & Berge, 2015). Tilhørighet kan også oppnås gjennom å planlegge fysisk aktivitet i samråd med familie og nære venner. Som med de andre behovene er tilhørighet nok et behov som må være tilfredsstillt for at man skal kunne oppleve indre motivasjon og handle ut ifra egne ønsker (Ryan & Deci, 2017b).

Motivasjonstyper

Selvbestemmelsesteorien deler som nevnt motivasjon inn i tre ulike nivåer: 1. indre motivasjon, 2. ytre motivasjon og 3. amotivasjon. Disse kan på hver sin måte forklare hvorfor en ønsker å gjøre en handling, opprettholde den eller avvike fra den. Motivasjonsformene kan plasseres på et kontinuum hvor man kan forflytte seg avhengig av dag til dag og handling til handling (se figur 1).



Figur 1. Kontinuumet av indre motivasjon, ytre motivasjon og amotivasjon (Ryan & Deci, 2007, s. 8)

Indre motivasjon

Indre motivasjon er den mest gunstige motivasjonen å inneha, ettersom en da drives av en indre glede og interesse av å utføre en handling, og det er høyst sannsynlighet for opprettholdelse over tid (Hagger et al., 2014; Ryan & Deci, 2017b; Slovynec D'Angelo et al., 2014). Er man indre motivert er man verken avhengig av at handlingen skal resultere i en gevinst, eller at tanken på straff ved å ikke utføre handlingen er drivkraften (Ryan & Deci, 2017b). Indre motivasjon handler mer om gleden en får ved å utføre selve handlingen, og man opplever derfor selve handlingen som givende. Man er derfor gjerne mer opptatt av mestring og egenutvikling. Utfordringer på veien vil for en indre motivert person ikke stoppe handlingen, men det vil være

innforstått med at det er en del av læringsprosessen. Sett opp mot kreftpasienter vil det være ønskelig at de opplever en indre motivasjon med å opprettholde et aktivitetsnivå under og etter behandling. Krevende sykdomsdager hvor aktiviteten bør senkes på et lavere aktivitetsnivå, vil for en indre motivert pasient ikke føre til at gleden av bevegelse blir mindre. Pasienten vil da senke forventningene og likevel oppleve mestring av gjennomføringen, og tenke at dette er en del av livet og kreftforløpet. Trenger pasienten en ekstra hviledag i uken etter en behandlingsperiode, vil ikke det påvirke motivasjonen til en indre motivert pasient. Pasienten vil akseptere dette og kanskje være glad for at han eller hun fortsatt kan bevege seg noen dager i uken.

Ytre motivasjon

Ytre motivasjon kan for mange være den eneste drivkraften til fysisk aktivitet. Som oftest starter man med å være ytre motivert for en atferdsendring, hvor endringen til slutt vil kunne ende med en overvekt av indre motivasjon. Det er ikke uvanlig at man over lang tid vil svinge mellom å være mest ytre motivert eller mest indre motivert, noe som billedlig kan vises gjennom en pendel på kontinuumet. Er man til det fulle ytre motivert vil det derimot si at alle handlinger gjøres på bakgrunn av materielle eller synlige belønninger (Ryan & Deci, 2017b). Drivkraften til en handling anses dermed å være instrumentell. Eksempelvis kan en kreftpasient klare å gjennomføre to treningsøkter i løpet av én uke, på bakgrunn av ros av familiemedlemmer eller en fysioterapeut. Ser man kun verdien i aktiviteten på bakgrunn av at det vil kunne hjelpe kreftbehandlingen, vil også det kategoriseres som en ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2017b).

Ettersom ytre motivasjon får en til å yte en handling som er bra for en, er det ikke nødvendigvis noe negativt med å være ytre motivert. Hovedforskjellen mellom ytre- og indre motivasjon er evnen til å kunne glede seg underveis i prosessen, og kunne opprettholde handlingene også etter at de ytre faktorene forsvinner. For la oss si at en pasient ikke er kronisk kreftsyk, men har stor sannsynlighet for å bli frisk. Da vil det for personen selv være mest optimalt å kunne opprettholde et fysisk aktivitetsnivå også etter at man er blitt kreftfri. Er personen kun blitt drevet av rosen fra fysioterapeuten og tanken på å bli kreftfri, kan dette føre til at den innarbeidende rutinen med fysisk aktivitet forsvinner. Dette vil da kunne føre til andre sykdommer, som har sammenheng med inaktivitet (Grøntved & Hu, 2011; Owen et al., 2010; Pedersen & Saltin, 2015; WHO, 1998) og kan i verste fall føre til at personen blir syk på nytt. Tanken på andre sykdommer kan være givende nok til å fortsette, men også mer krevende enn om selve aktiviteten var givende i seg selv (Ryan & Deci, 2017b).

Amotivasjon

Amotivasjon eller motivasjonsmangel er, som det ligger i navnet, mangel på motivasjon (Ryan & Deci, 2017b). Her har man verken interesse eller ønske om å yte en handling. Man ser verken verdi eller glede i å handle, og det gjør at ingen handlinger oppstår. Personen opplever ingen kompetanse til å gjennomføre handlingen, personen opplever det ikke som et indre ønske og personen har heller ikke en tilhørighet som bidrar til at handling oppstår. Det kan også tenkes at personen ikke er mottakelig for de overnevnte behovene, kompetanse, autonomi og tilhørighet, noe som gjør at en amotivert person kan ligne en depressiv person. I forhold til temaet i denne oppgaven vil en amotivert kreftpasient sannsynlig ikke oppsøke en fysioterapeut, ettersom han eller hun ikke ser nødvendigheten eller nytten av å få treningstøtte. Denne pasientgruppen vil trolig ikke fysioterapeutene som blir intervjuet i denne studien ha samtaler med, ettersom treningsstøttende samtaler er frivillig.

2.6.2 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en evidensbasert metode som blir benyttet til å påvirke og fremme en persons indre motivasjon og skape en varig forpliktelse til endring (Miller & Rollnick, 2002; Tuccero et al., 2016). En behandler, som for eksempel en psykolog eller en fysioterapeut skal styre samtalen, men skal samtidig samarbeide med personen det gjelder om hvilken endring som skal gjøres, når og hvordan (Miller, 1983). Motiverende intervju som metoden ble først utviklet innenfor rusomsorgen «Motivational interviewing with problem drinkers» (Miller, 1983). Metoden har senere blitt godt kjent innen helsesektoren, blant annet har Helsedirektoratet laget en egen podcast «Podkurs i Motiverende intervju» rettet mot helsepersonell, hvor man kan lære de grunnleggende prinsippene i Motiverende intervju (Helsedirektoratet, 2019d). I forhold til fysisk aktivitet og trening har en oversiktsartikkel fra 2014 vist til at metoden bidrog til et økt fysisk aktivitetsnivå blant personer med kroniske helsetilstander (O'Halloran et al., 2014). Metoden er også benyttet innenfor annen atferd som overspising, spilleavhengighet og stoffbruk (tobakk, alkohol og narkotika) (Lundahl et al., 2010). Motiverende intervju er samtidig ikke kun rettet mot helsepersonell, men derimot i alle settinger hvor man kan ha behov for endringssprat. Den kan benyttes av en saksbehandler hos NAV, som ønsker å motivere noen til å komme ut i jobb, eller av en fengselsbetjent, som ønsker å få en innsatt til å endre synet på kriminalitet (Helsedirektoratet, 2017).

Utgangspunktet for et Motiverende intervju er troen på at individet har de forutsetningene som trengs for å kunne endre egen atferd, og at individet har et behov for å endre atferd (Miller,

1983). Miller sier blant annet at merking *ikke* er viktig (Miller, 1983). Det kan for eksempel bety at en inaktiv pasient ikke skal måtte høre hvor inaktiv han eller hun er. Og det kan tenkes at det heller skal det rettes fokus på hvilke utfordringer pasienten har i forhold til trening og fysisk aktivitet, og hva som kan gjøres i forhold til å øke motivasjonen.

Miller (1983) fremhever at behandleren som fører samtalen skal ha en støttende rolle. Og at det Motiverende intervjuet er ment til å få pasienten til å innse sitt eget beste ved at behandleren reflekterer opp mot hva pasienten selv sier. Metoden snur på det man gjerne forventer av en behandler, fra å gi råd og informasjon, til at behandler tilrettelegger for at pasienten skal motivere seg selv, og finne egne løsninger. Hensikten med et Motiverende intervju er å få pasienten til å se hvilke endringer som er nødvendig for å leve i tråd med egne verdier, og få pasienten til å forplikte seg til endring. Det mest sentrale i metoden er å speile pasientens endringssnakk, noe som går mer ut på å stille de riktige spørsmålene enn å gi masse informasjon og vise til statistikker eller lignende (Miller, 1983). Gjentatte instruksjoner fra behandler kan oppleves pressende, og en slik korreksjonsrefleks har vist seg å kunne redusere sannsynligheten for atferdsendring, i stedet for å øke den (Miller & Rollnick, 2016). Formålet med et Motiverende intervju er med andre ord at behandleren mer skal fungere som en veileder i endringsprosessen enn en som opplyser. Helsedirektoratet forklarer metoden som en klinisk ferdighet (Helsedirektoratet, 2017).

Samtaleteknikk

Når man gjennomfører et Motiverende intervju med en pasient, er det flere prinsipper man bør følge om man skal lykkes med metoden. Flere av prinsippene er samtidig ikke like håndfaste, sett opp mot Selvbestemmelsesteorien hvor det er *tre* psykologiske prinsipper som skal dekkes for å oppnå indre motivasjon. Noen av hovedprinsippene ved Motiverende intervju er: å stille flere åpne spørsmål, fremkalle og bekrefte utsagn, drive reflekterende lytting, videreføre kompetanse, øke selvtilliten og selveffektiviteten hos individet og å oppsummere samtale tematikken (Miller, 1983). For å skape struktur i metoden og senere analyse, ble hovedprinsippene sammenfattet ned til tre grupper, som trolig skal dekke det mest essensielle fra Motiverende intervju:

1. Åpne spørsmål
2. Reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser
3. Videreføring av kompetanse

Målet med prinsippene ovenfor er å skape endringssnakk hos pasienten. Dette betyr at personen selv skal si hvilken endring som er ønskelig, og hvor og når endringen skal skje. Eksempler på når en behandler har oppnådd det, er når pasienten sier setninger som: «Jeg skulle ønske at jeg kunne klare å trene»; «Jeg tror jeg kunne klart å trene to ganger i uken»; «Jeg ønsker å få det til» (Helsedirektoratet, 2017).

Åpne spørsmål

Med åpne spørsmål menes spørsmål hvor man ikke forventer et spesielt svar, og det begynner gjerne med et spørreord som *hva*. Poenget er at personen selv skal føre samtalen dit vedkommende ønsker, og et åpent spørsmål gir derfor en invitasjon til å dele egne opplevelser og oppfatninger (Miller, 1983). Ett eksempel på et lukket spørsmål er «Liker du fysisk aktivitet?». Her kan det forventes ja, nei eller litt. Skal man gjøre spørsmålet mer åpent og mer motiverende intervju vennlig, kan man omformulere spørsmålet slik: «Kan du fortelle litt om hvordan du ser på fysisk aktivitet?». Målet med å stille spørsmålet mer åpent er å lære å kjenne personens tanker, perspektiver, følelser og verdier (Miller, 1983). Dette vil være gunstig på lang sikt, om man skal kunne utarbeide en god plan tilrettelagt personen. Målet med åpne spørsmål er samtidig å fremkalle selvmotiverende uttalelser og avdekke pasientens bekymringer, hvor behandler her bør innta en empatisk holdning (Miller, 1983). Begrepet *empati* betyr at man klarer å sette seg inn i en annens situasjon, at man kan føle det den andre føler, forstå hva den andre føler og oppleve situasjonen som den andre føler (PsykNytt, 2014). Ved at en behandler skal føre samtalen på en empatisk måte, vil det ut ifra begrepets betydning si at man på ingen måte skal konfrontere eller overtale personen til en endring, men heller veilede og få personen selv til å finne den rette løsningen.

Reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser

Med reflekterende lytting menes at man følger opp det personen sier. Dette kan være at man tester ut en antakelse man fikk etter at man hørte personen snakke: «Mener du ...?», og det kan være at pasienten sier utsagn som: «Jeg skulle ønske at jeg klarte å bidra med husarbeidet». Ved et slikt utsagt kan behandleren følge opp med: «Det er viktig for deg å kunne bidra i familien?». Gjennom denne teknikken er formålet å fremme autonomi, selvtillit og selveffektivitet hos personen (Miller, 1983). Gjennom bekreftelse og reflektering fra behandler, er målet at personen skal bli oppmerksom på egen atferd, egne verdier og ønsket endring. Behandler skal gjennom samtalen vise personen virkeligheten av endring på en tydelig måte, men på ingen måte overtale eller presse. Målet er at personen skal ta valget om endring selv,

ettersom forskning har vist til at dette øker sjansen for opprettholdelse og langvarig endring (Hagger et al., 2014; Slovynec D'Angelo et al., 2014). Ifølge Miller (1983) har behandlere størst sannsynlighet for å lykkes dersom de klarer å utføre en reflekterende lytting gjennom å reflektere på riktig tidspunkt, vise respekt for personen, styrke selvtilliten og selveffektiviteten til personen, og samtidig bygge et terapeutisk forhold (Miller, 1983).

Ved bekreftende utsagn er formålet å fremheve personens innsats, styrker, ressurser og verdier (Miller, 1983). Man kan også forklare det som å gjøre personen klar over hvem han eller hun er, gjennom å gjenta det personen selv sier. Eksempelvis kan en kreftpasient fortelle til legen sin at han leverer ungene i barnehagen hver dag. Etterpå forteller pasienten at han er så sliten når han kommer hjem at han hviler resten av dagen, noe han er veldig oppgitt over. I dette eksempelet kan et bekreftende utsagn fra legen være: «At du klarer å levere barna i barnehagen hver dag er jo kjempebra jobba. Det krever mye å få kledd på to barn og følge dem til barnehagen, som du forteller ligger ti minutters gåtur fra huset. Dette viser et engasjement overfor barna, og en styrke med tanke på at du får en gåtur på 20 minutter hver morgen».

Miller (1983) trekker også frem dissonans eller overveielse, som er begrepet som vil bli brukt videre. Overveielse kan forklares med å få personen til å plassere fordeler og ulemper, hvor fokuset bør ligge på fordeler. Behandleren bør ta en rolle om å føre overveielser mot atferdsendring, og hindre en fornektelse fra personen selv. Dette kan gjøres gjennom å øke bevisstheten til personen, gjennom å stille riktige spørsmål og bekrefte utsagn som har med bevissthet og vektig av positive fordeler å gjøre (Miller, 1983). Rent praktisk kan man som behandler spørre pasienten rett ut: «Hvorfor tror du at det er vanskelig for deg å være fysisk aktiv, hva hindrer deg?».

Videreføring av kompetanse

Videreføring av kompetanse betyr at behandler bør være forberedt på å kunne gi personen alternativer for hvordan endringen kan skje (Miller, 1983). Miller (1983) mener blant annet at klienter ofte har gode forslag for hva som kan fungere eller hva som ikke fungerer. Dette bør tas på alvor, hvor behandler avklarer om dette vil la seg gjøre og eventuelt fremlegge små justeringer. Hvis man tar utgangspunkt i en kreftpasient, vil han eller hun kanskje ikke være klar over hvor lite trening som skal til for at det kan gjøre en forskjell. Derfor er det viktig at behandler forteller pasienten måter man kan trene på, og hvilke alternativer pasienten har. For å videreføre kompetanse på en minst mulig pressende måte kan det være gunstig å innlede den

type informasjon med å be om lov fra pasienten først. Dette bør gjøres for å gi uttrykk for at man ikke ønsker å påtrengne informasjon, men at det er opp til pasienten selv. Etter at man som behandler har gitt uttrykk for egne faglige meninger eller råd, kan man etterfølge samtalen med et åpent spørsmål: «Hva tenker du når jeg sier det?», for å så få tilbakemelding fra pasienten, og kunne justere seg deretter (Miller, 1983).

2.6.3 Oppsummering

Motiverende intervju og Selvbestemmelsesteorien har en nær sammenheng, fordi behandlere bør legge til rette for indre motivasjon om man skal kunne bidra til atferdsendring. Dette bunner i belegg for at indre motivasjon øker sjansen for endring av atferd og utvikling av ny vane (Hagger et al., 2014; Slovinec D'Angelo et al., 2014). Dette gjør at Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju kan være gunstig å benytte seg av om man som fysioterapeut skal motivere kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening. Ifølge Selvbestemmelsesteorien vil den indre motivasjonen kunne frembringes ved å legge til rette for at de psykologiske behovene: 1. kompetanse, 2. autonomi og 3. tilhørighet, blir dekket (Ryan & Deci, 2017b). Ved Motiverende intervju vil den indre motivasjonen kunne oppstå ved å benytte: 1. åpne spørsmål, 2. reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser og 3. videreføre kompetanse (Miller, 1983). Målet til hver av dem er det samme, indre motivasjon, men veien dit er noe ulik.

3.0 Metode

I dette kapittelet redegjøres det for studiens forskningsdesign og forskningsprosess. Formålet er å gjøre forskningsprosessen transparent for leser, gjennom å belyse og begrunne metodiske valg som ble gjort under oppgavens utforming. Først vil prosjektets forskningsdesign og forskningsprosess gjennomgås, hvor det blir presentert kvalitativ forskningsmetode og bruk av kvalitativt intervju. Deretter vil forskningsprosessen utdypes med en forklaring på gjennomføringen, transkriberingen og analysen av datainnsamlingen. Til slutt vil studiens forskningsetiske vurderinger legges frem.

3.1 Forskningsdesign og forskningsprosess

På bakgrunn av problemstillingen: *Hvordan motiverer fysioterapeuter kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori?* er det benyttet kvalitativ forskningsmetode. Dette begrunnes i at metoden er egnet til å gå i dybden i et fenomen, og avdekke *hvordan* eller *hvorfor* noe gjøres (Thagaard, 2009, s. 17). Kvalitativ forskningsmetode omfatter metoder som: intervju, observasjon, analyse av audio- og videoanalyse og tekstanalyse (Thagaard, 2009, s. 13). Disse er egnet til forskning på nye temaer, på bakgrunn av sin åpenhet og fleksibilitet (Thagaard, 2009, s. 12). Kvalitativ forskningsmetode ble derfor også valgt på bakgrunn av at artikkelsøk i seks databaser ikke viste til relevant tidligere forskning på temaet *teningsstøttende samtaler til kreftpasienter*. Artikkelsøkene ble gjennomført i databasene: «Web of science», «Pub Med», «Chochrane Library», «Google Scholar», «EBSCO» og «Oria», hvor følgende søkeord ble benyttet: «physical activity», «training», «strength training», «cancer», «pasient», «cancerpasient», «cancer pasient not survivor» og «behavior change». Sammensetningene av søkeordene varierte. Artikkelsøkene ble gjennomført i september og oktober høsten 2020, og hvert søk ble begrenset ned til fagfellvurderte artikler fra de siste 5 årene og studier gjennomført på voksne personer >18år.

For å få en dypere innsikt i fysioterapeuters arbeidsmetoder ved teningsstøttende samtaler med kreftpasienter, ansås kvalitativt intervju som en hensiktsmessig forskningsmetode. Dette begrunnes i at formålet med et kvalitativt intervju er å forstå personers livsverden, gjennom å avdekke erfaringer, tanker og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 21; Thagaard, 2009, s. 61). Ved å benytte kvalitativt intervju som metode øker man trolig sannsynligheten for å få svar på det man lurer på, ettersom man ved behov kan stille eventuelle oppfølgingsspørsmål og tilleggsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 147-149). Ettersom formålet var å få innblikk

i hva fysioterapeuter gjør i forkant, under og etterkant av treningsstøttende samtaler, samt undersøke fysioterapeuters tanker om arbeidet, ble observasjon som forskningsmetode mindre relevant, men kunne blitt benyttet som et supplement. På bakgrunn av tid til rådighet og koronapandemi, noe som gjorde det vanskelig å møte ansatte i helsevesenet, ble det besluttet å gjennomføre kvalitative intervju ved bruk av Microsoft Teams. Microsoft Teams er en samlet plattform hvor man kan foreta videomøter underlagt Microsoft 365.

3.1.1 Utarbeiding av intervjuguide

I forkant av første kontakt med relevante informanter, og innsamlingen av datamateriale, ble det utarbeidet en intervjuguide. *Intervjuguide* kan forklares som et manuskript der intervjuets forløp er strukturert i ønsket utforming (Thagaard, 2009, s. 99). Intervjuguide ble laget for å sikre mest mulig relevant informasjon fra fysioterapeutene, og for å lettere kunne besvare eventuelle spørsmål informantene måtte ha når de senere ble kontaktet. Det var et ønske om å være godt forberedt (McGrath et al., 2019). I første omgang var tanken å finne en allerede utarbeidet intervjuguide, som var benyttet i forskning på et lignende tema. Ettersom det ikke ble observert lignende studier som har benyttet intervju som forskningsmetode, lot det seg ikke gjøre. Dette baseres på artikkelsøk forklart under punkt 3.1. Tanken ble dermed å utforske annen helserelatert kvalitativ forskning, som for eksempel motiverende samtale mellom pleier og sykkelig overvektig, røykere eller alkoholikere. Da artikkelsøk, utført i «Pubmed» og «Web of Science», ikke viste til nyere og relevante intervjuguides utført på pleiere som fysioterapeuter, sykepleiere og trenere, falt beslutningen på å utforme intervjuguide basert på dette prosjektets formål og problemstilling.

For å utvikle en egen intervjuguide, ble det benyttet en metode av Kvale og Brinkmann (2009, s. 145). Metoden gikk ut på å utforme forskningsspørsmål og deretter intervju spørsmål. Den startet med at man først skulle utforme *forskningsspørsmål*. Disse skulle bli formulert slik at de vil kunne begrunne besvarelsen av problemstillingen og formålet med studien. I dette tilfellet ble forskningsspørsmålene basert på å finne ut hvilke metoder, teorier eller strategier som benyttes av fysioterapeuter i møte med kreftpasienter som har manglende motivasjon til fysisk aktivitet og trening. For å finne ut *hvordan* en slik arbeidshverdag foregår ansås det relevant å stille spørsmål angående hvordan fysioterapeutene planlegger en slik samtale, hvordan selve samtalen foregår og hva som gjøres i etterkant. Det var også ønskelig å undersøke hvilken bakgrunn fysioterapeutene har, som treningsbakgrunn, utdannelse og arbeidserfaring, da dette kan tenkes å påvirke samtalen med kreftpasientene. Dette begrunnes også i et ønske om å bli

bedre kjent med informantene og deres egen opplevelse av temaet. Ved å undersøke bakgrunnen deres var tanken at det også kunne gi informasjon om hvilken kompetanse informantene besitter. Forskningsspørsmålene som ble utformet kan sees i tabell 1 under, i venstre kolonne.

Forskningsspørsmålene ledet deretter til *intervjuspørsmål*, som ansås å kunne oppklare forskningsspørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 145). Disse ble formulert med tanke på at en informant skulle besvare dem, og skulle gi muligheter for oppfølgingsspørsmål og eventuelle tilleggsspørsmål. I høyre kolonne i tabell 1 nedenfor vises intervjuspørsmålene, og disse utgjorde skissen til intervjuguiden (som man kan se i vedlegg 2). Spørsmålene er allerede her utformet *semistrukturert*, som betyr at spørsmålene skulle stilles i hovedsak i den rekkefølgen som skissert, og informanten svarer det han eller hun ønsker etter hvert spørsmål (Lund & Haugen, 2006, s. 162).

Tabell 1: Utarbeiding av intervjuguide

FORSKNINGSSPØRSMÅL	INTERVJUSPØRSMÅL
<p>Hvilken bakgrunn har fysioterapeuter som arbeider med å motivere kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har de passende kvalifikasjoner? - Er det stor variasjon i utvalget eller er det en homogen gruppe? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kan du fortelle litt om egen treningsbakgrunn og hvor fysisk aktiv du er i dag? 2. Hva er bakgrunnen for at du ønsker å arbeide med kreftpasienter og fysisk aktivitet og trening? 3. Har du en utdanning som er relevant for jobben du har her og temaet treningsstøtte for kreftpasienter? 4. Har du arbeidserfaring som er relevant for jobben her og temaet treningsstøtte for kreftpasienter?
<p>Hvordan forbereder fysioterapeuter seg i forkant av et møte med en kreftpasient?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det forskjell på forberedelsen med tanke på kreftpasient (under behandling eller rett etter) og kreftoverlevende? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kan du fortelle <i>hvordan</i> du forbereder deg i forkant av et møte med ny kreftpasient? 2. Hvordan varierer forberedelsen i forhold til om det er en kreftpasient (under behandling eller rett etter) eller en kreftoverlevende? 3. Hvor mye tid settes av til en samtale med en ny kreftpasient? 4. Hvor mye innsyn får du i kreftpasientens sykdomshistorie og nåværende helsestatus i forkant av møte?
<p>Hvordan foregår en samtale mellom fysioterapeut og kreftpasient, fra fysioterapeutens perspektiv?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kan du fortelle meg <i>hvordan</i> et møte med ny kreftpasient foregår?

<p>- Brukes det spesifikke metoder, teorier og strategier?</p> <p>- Føler de selv at de har nok kompetanse til å føre en slik samtale?</p>	<p>2. Hva legges vekt på under en samtale med en kreftpasient med tanke på å motivere til fysisk aktivitet og trening?</p> <p>3. Benytter du en teoretisk modell for å avdekke kreftpasientens behov?</p> <p>4. Benytter du en teoretisk modell for å avdekke kreftpasientens motivasjoneltstadiet?</p> <p>5. Benyttes det noen form for strategi med tanke på at pasientens atferdsendring?</p> <p>6. Hvor opptatt er du med tanke på ord og uttrykk som benyttes under en slik samtale?</p> <p>7. Opplever du at du har nok kompetanse og de verktøyene som trengs for å føre en slik samtale?</p>
<p>Hvordan fortsetter fysioterapeutens arbeid etter møte med en ny kreftpasient?</p> <p>- I hvor stor grad gjennomføres oppfølgingsmøter og hva gjøres eventuelt annerledes i møte nummer to?</p>	<p>1. Kan du fortelle meg hva som gjøres i etterkant av en samtale med en ny kreftpasient?</p> <p>2. Får du inntrykk av at pasienten drar nytte av møtet og opplever det gunstig?</p> <p>3. Er det vanlig å ha flere samtaler med samme pasient?</p> <p>4. La oss si det avtales nytt møte med en pasient som ønsker veiledende samtaler for å øke motivasjon til å opprettholde en fysisk aktiv livsstil og trene, hvilke forberedelser gjøres fra din side?</p>
<p>Hva er fysioterapeuters syn på treningsstøttende samtaler med kreftpasienter?</p>	<p>1. Kan du avslutningsvis fortelle hva ditt syn på og/eller opplevelse av treningsstøttende samtaler med kreftpasienter er?</p> <p>2. Har du noen hjertesukk angående dette tema?</p> <p>3. Er det noe du ønsker å tilføye eller si?</p>

3.1.2 Intervjuguide

I den ferdigstilte intervjuguiden (se vedlegg 2) ble det benyttet gunstige spørsmålstyper (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 147-149). Blant annet ble det benyttet *introduksjonsspørsmål* innledningsvis til hvert tematisk område. Denne spørsmålstypen er åpen gjennom at man for eksempel spør om informanten kan fortelle om en gitt situasjon eller opplevelse. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s. 147) kan dette fremkalle rike beskrivelser og spontanitet fra intervjupersonen. Det kan også forberede informanten på kommende *oppfølgingsspørsmål*, som er konkrete og situasjonsrettet. På flere av spørsmålene i intervjuguiden var det forventet korte svar. Derfor var det planlagt mulige scenarier slik at det ble oppnådd mer utfyllende informasjon, som for eksempel: «Hvis ja, på hvilken måte?» og «Hvis nei, hvorfor ikke?».

Ettersom det gjennomgående var en viss usikkerhet med tanke på hvordan og hva intervjupersonen ville svare, ansås det viktig å være forberedt på å måtte omformulere spørsmålene og stille *spesifiserendespørsmål* som: «Hva tenker du om det?» og «Kan du fortelle litt mer om det?». Det ble også gjort oppmerksom på å være forberedt på at man kunne oppleve uklarhet i svaret til informanten. Dermed ble det tenkt gjennom mulige *fortolkendespørsmål* som: «Du mener altså at ...?». Dette ble gjort for å motvirke mulige misforståelser. Bakgrunnen for de overnevnte og kommende valgene til dette kvalitative forskningsprosjektet baseres i stor grad på Kvale og Brinkmann (2009) sin bok «Det kvalitative forskningsintervju», og McGrath et al. (2019) sin fremleggelse av «Twelve tips for conducting qualitative research interviews».

3.1.3 Pilotintervju

For å kvalitetssikre det kvalitative forskningsprosjektet ble det gjennomført ett pilotintervju. *Pilotintervju* kan forklares som et testintervju, og benyttes for å sikre metodiske valg og teste ut eventuelle utstyr. Formålet med å gjennomføre et slikt intervju var å få prøvd seg i intervjuerrollen, testet ut intervjuguiden, diktafonen og Microsoft Teams. I et kvalitativt intervju er intervjuer forskningsinstrumentet, og for å sikre dens reliabilitet er det dermed gunstig å teste intervjuerrollen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 176; McGrath et al., 2019). *Reliabilitet* omhandler målesikkerhet, og man stiller spørsmål til om en annen forsker som anvender samme metode ville kommet frem til det samme resultatet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250; Thagaard, 2009, s. 198). Ved å prøve ut intervjuguiden på en pilot-informant fikk man også kvalitetssjekket om spørsmålene i intervjuet var logiske, og om rekkefølgen av dem opplevdes naturlig. Ettersom intervjuer aldri har benyttet en diktafon eller intervjuet noen gjennom Microsoft Teams, ble det viktig å få prøvd ut dette før de gjeldende intervjuene. Ved å gjennomføre et pilotintervju vil man trolig dra lærdom, justere seg til de gjeldene intervjuene og optimalisere reliabiliteten.

Pilotintervjuet ble gjennomført like etter godkjenningen fra *Norsk senter for forskningsdata* (NSD), som fant sted i starten av desember. Pilot-informanten som ble kontaktet var en utdannet fysioterapeut, men uten arbeidserfaring knyttet til temaet. Det ble sendt informasjonsskriv angående studien, men det ble tydeliggjort at datamaterialet *ikke* skulle bli benyttet i den foreliggende studien. Pilotintervjuet ble gjennomført ved bruk av Microsoft Teams, for å gjennomføre det mest mulig likt forskningsintervjuene. Erfaringene som ble gjort under intervjuet var:

- Hvordan tilkoblingen til Microsoft Teams burde gjøres
- At lengden på noen av spørsmålene burde kortes ned
- At noen spesifiseringer burde tillegges i spørsmål for å unngå misforståelser
- Bruk av notatkort istedenfor å lese på dataskjerm
- Tidsbruk

Totalt ble det gjort syv justeringer på intervjuguiden, men endringene påvirket ikke innholdet i intervjuguiden.

3.1.4 Utvalg

På bakgrunn av studiens formål ble det ansett gunstig å innhente et utvalg fysioterapeuter som besatt erfaring med å motivere kreftpasienter til opprettholdelse av fysisk aktivitet og trening. Det ble dermed benyttet en *skjønnsmessig utvelgelse*, som betyr at utvalget ble innhentet ut fra spesielle kriterier (Lund og Haugen, 2006, s. 107). Norske fysioterapeuter som oppfylte overnevnte inkluderingskrav, var dermed ønskelig. Etter søk kom det raskt frem at sykehus og spesielt *Pusterom* ble et relevant sted å innhente informanter. Dette på bakgrunn av at fysioterapeutene som er ansatt her oppfyller inkluderingskriteriene til fulle. For å komme i kontakt med relevante informantene ble både kontaktinformasjon på nettstedet til Aktiv mot kreft, som etablerte Pusterommene på Norske sykehus benyttet (Aktivmotkreft, u.å. a), samt bekjentskap og veileder. Det ble *ikke* satt en geografisk begrensning på hvor informantene var ansatt, utover at det skulle være innenfor Norges grenser. Stor geografisk spredning var mulig ettersom intervjuene skulle bli gjort ved bruk av Microsoft Teams, og det ble derfor bevisst etterspurt fysioterapeuter spredt rundt i landet. For det ble antatt at dette kunne øke sannsynligheten for ulike arbeidsmåter og metoder.

Utfra oppgavens omfang, tidsbruk og ressurser til rådighet, ble det etterspurt et utvalg på *seks* personer. Dette ble også vurdert opp mot et *metningspunkt*, at sannsynligheten for at flere informanter ikke ville gi nye aspekter til oppgaven (Thagaard, 2009, s. 59). Kontakten til relevante informanter foregikk over mail, hvor avtalen om deltakelsen ble låst ved en skriftlig signatur fra fysioterapeuten, som de sendte bilde av på mail. Malen til informasjonsskrivet som ble sendt ut kan sees i vedlegg 1. Det var kun én informant som takket nei til deltakelse. Da det ønskelige antallet informanter hadde takket ja til deltakelse, ble etterspørselen til flere

umiddelbart stoppet, og ettersom ingen av informantene trakk seg underveis i studien, førte det til ett utvalg på seks kvinnelige fysioterapeuter.

3.2 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene ble kommunikasjonen med informantene gjort gjennom mail. Her ble det blant annet sendt ut informasjonsskriv om studiens formål, samt gitt valg om å få lese prosjektplanen. Kontakten til informantene ble gjort *før* samtykke fra NSD til å gjennomføre studien. Grunnen til det er at det ble antatt at dette kunne ta litt tid. Ettersom det skulle vise seg at kontakten til ønsket utvalg gikk raskere enn først antatt, ble det forklart til informantene at prosjektet manglet samtykke og at de ville bli kontaktet igjen så fort dette var i orden. Etter samtykke til å gjennomføre prosjektet fra NSD, ble alle informantene igjen kontaktet og det ble avklart et tidspunkt og dato for intervju. Det ble også etterspurt en signering på informasjonsskrivet. Denne planleggingen endte med at alle intervjuene ble fordelt på de tre siste ukene i januar måned, hvor alle intervjuene ble holdt mellom klokken 08:00-09:00 på morgenen. En til tre dager før intervjuet fikk hver informant tilsendt tematikken for intervjuet, med eksempler på hvilke spørsmål som ville komme, slik at de fikk mulighet til å forberede seg litt (se vedlegg 3). Dette var i utgangspunktet ikke en del av planen, ettersom ønsket var å få mest mulig spontane besvarelser. Men fordi en av informantene hadde et ønske om en liten forberedelse, ble det besluttet å sende ut tematikken for intervjuet til samtlige informanter, men med kun noen få eksempler.

Flere metodiske valg ble gjort for å øke etterprøvsbarheten til studien. For eksempel fikk alle informantene den samme informasjonen på forhånd. Alle intervjuene ble gjennomført ved bruk av Microsoft Teams. Halvparten av informantene utførte i intervjuet på arbeidsplassen og andre halvparten hjemme, noe som var valgfritt. Intervjuer holdt alle intervjuene fra eget hjem på samme sted ved hvert intervju. Under intervjuet ble det brukt en diktafon (OLYMPUS VN-541PC), noe som begrunnes i at lydopptak er å foretrekke fremfor å gjøre notater underveis (Thagaard, 2009, s. 102). Da kan intervjuer være til stede og konsentrere seg om informanten. Ved bruk av diktafon er det også enklere å implementere med eventuelle spørsmål underveis, men den største fordelen er at alt som sies blir bevart (Thagaard, 2009, s. 102). Både gjennomføringen av intervjuene og oppbevaringen av datamaterialet fulgte etiske retningslinjer. Dette vil utdypes under forskningsetiske vurderinger (se punkt 3.5). Informantene ble også gjentatte ganger informert angående dette.

3.2.1 Intervju forberedelse

Som forberedelse til intervjuene ble intervjuguiden (se vedlegg 2) kopiert ut på papir, som notatkort. Dette ble gjort for å kunne være mest mulig til stede under intervjuet, gjennom å minimere distraksjoner. Det ble også gjort for å kunne notere når et spørsmål var stilt, eller at informanten svarte på et spørsmål som kom senere i intervjuet. Dette økte dermed kontrollen over intervjuforløpet. Før alle intervjuene startet var målet å føre en mest mulig naturlig samtale, gjennom å hilse og trygge informanten, noe som blir kalt en «brief» av Kvale og Brinkmann (2009, s. 141). Dette var allerede planlagt ved utarbeiding av intervjuguide og hadde dermed et notatkort. Under «brifen» fortalte intervjuer litt om seg selv og hvorfor akkurat dette temaet ble valgt. Videre ble det forklart hvorfor informanten er kontaktet og formålet med intervjuet. Det ble også gjennomgått hvilke rettigheter informanten har, og hvordan oppbevaringen av datamaterialet skulle gjøres. Før selve intervjuet startet ble det alltid åpnet opp for spørsmål fra informanten.

3.2.2 Intervjuet

Intervjuet ble delt inn i 5 deler. Tanken var at intervjuet skulle inneha en tydelig rød tråd, ved at samtalen skulle være mest mulig naturlig og flytende. Del 1 omhandlet personlige spørsmål om fysioterapeutens egen treningsbakgrunn, utdannelse og arbeidserfaring. Dette ble gjort for å bli kjent med informantene, samt undersøke hvilke bakgrunner fysioterapeutene som utgjorde de seks informantene hadde. Tanken var også å ufarliggjøre settingen med forholdsvis enkle spørsmål innledningsvis. Del 2-4 av intervjuet omhandlet spørsmål om arbeidshverdagen deres. Det startet med spørsmål angående hva de gjør *før* en samtale med en kreftpasient, hvordan *selve* samtalen foregår og deretter hvordan *etterarbeidet* og *oppfølgingen* er. Avslutningsvis i del 5 ble det åpnet opp for fysioterapeutenes egne tanker og eventuelle hjertesukk angående temaet. Lengden på intervjuene varierte mellom 49-69 minutter, noe som utgjorde et gjennomsnitt på 59 minutter (se tabell 10 kapittel 4). Antall ord informantene sa i intervjuet ble beregnet for å avdekke eventuelle mønster, mellom tid og ord. Dette ble også beregnet for senere kunne avgjøre hvor valid resultatet i analysen er, ettersom analysen vil beregne antall setningsutsagn, ord og uttrykk. Begrepet *validitet* er blant annet en betegnelse på at man har en metode som er egnet til studiens formål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250).

3.2.3 Etter intervjuene

Etter at selve intervjuet var gjennomgått, ble det gjort en «debrief». Dette ligner «brief», men det ble her gjort en oppsummering i motsetning til en introduksjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 142). Her ble det i korte trekk oppsummert intervjuers oppfatning av det fysioterapeuten sa i intervjuet, hvordan datamaterialet skal oppbevares etterpå, og kontakten videre. Alle informantene fikk også tilbud om å få tilsendt transkripsjonen av deres eget intervju, som er fysioterapeutens talespråk omgjort til tekst (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 187). Dette var det kun én informant som takket ja til. Etter at intervjuene og «debriefen» var gjennomgått satt intervjuer igjen med en følelse av et engasjement for temaet, noe som baseres på informantenes engasjement og utstråling. Informantene forstod tilsynelatende de fleste intervju spørsmålene. Ved unntak fra dette spurte de om gjentakelse av spørsmålet eller en omformulering.

3.3 Transkripsjonen av intervjuene

Tips nummer 12 fra McGrath et al. (2019) er å transkribere i god tid. Transkripsjonen av hvert intervju ble dermed påbegynt innen en til to timer etter avsluttet intervju. Dette ble gjort for være mer til stede og kunne huske eventuelle uklarheter fra diktafonen. Generelt var ikke lyden fra diktafonen noe problem, men det hendte at noen ord ble litt uklare på grunn av rask uttale eller at intervjuer og informant snakket samtidig. Fire av seks intervju ble ferdig transkribert samme dag, og de to resterende ble gjort ferdig dagen etter. Tid benyttet på transkripsjonen varierte fra 2 timer og 35 minutter til 4 timer og 20 minutter. I snitt ble det tatt fire pauser under hver transkripsjon. Det ble aldri transkribert lengre enn én time i strekk, ettersom det var lett å miste konsentrasjonen og motivasjonen utover det. Noen ganger opplevdes én time i strekk fort og andre ganger ikke. Derfor ble det tatt pauser ved behov. Under transkripsjonen ble det gjort opp tanker angående hvilke atferdsendringsteorier som ble benyttet blant utvalget, noe som førte til at Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju ble grundig presentert i kapittel 2 og primært benyttet i analysen.

3.4 Analyseprosess

Ettersom det primære formålet med studien var å avdekke *hvordan* et utvalg fysioterapeuter motiverer kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, ble det stilt åpne spørsmål i intervjuene. Det vil si at det ikke ble lagt føringer for at fysioterapeutene benyttet spesielle atferdsendringsteorier eller metoder i møte med kreftpasienter. Målet som intervjuer var å være åpen for erfaringer og mottakelig for fysioterapeutenes synspunkter. Det sekundære formålet

med studien var å sammenligne fysioterapeutenes arbeidsmetoder og tanker angående temaet opp mot allerede utarbeidete atferdsendringsteorier, noe som primært ble Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju. Det betyr at det ble benyttet en deduktiv tilnærming, som vil si at analysen tok utgangspunkt i hypoteser fra tidligere teorier (Thagaard, 2009, s. 189). På bakgrunn av problemstillingen ble analyseprosessen delt inn i tre:

1. Karakteristikk av deltakerne
2. Utvalgets arbeidsmetoder i lys av Selvbestemmelsesteorien
3. Utvalgets arbeidsmetoder i lys av Motiverende intervju

Del 1: Karakteristikk av deltakerne

I første omgang ble alle intervjuene gjennomgått i lys av forskningsspørsmålene, som ble utarbeidet ved utformingen av intervjuguiden (se tabell 1). Det vil si en oversikt over utvalgets:

1. Bakgrunn
2. Forberedelse til treningsstøttende samtaler
3. Gjennomføring av treningsstøttende samtaler
4. Arbeid i etterkant av treningsstøttende samtaler
5. Tanker og hjertesukk angående temaet

Formålet var å få en oversikt over deltakerne som deltok i studien, utover at det er seks kvinnelige fysioterapeuter som daglig har treningsstøttende samtaler med kreftpasienter rundt om i Norge.

Del 2: Utvalgets arbeidsmetoder i lys av Selvbestemmelsesteorien

Ønsket var å undersøke hvordan fysioterapeutene motiverer kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening. Derfor ble det besluttet å lage en skjematisk oversikt over hvor stor grad det ble gitt støtte til de tre psykologiske behovene fra Selvbestemmelsesteorien: 1. kompetanse, 2. autonomi og 3. tilhørighet. I første omgang ble datamaterialet vurdert opp mot hvert psykologisk behov, hvor hvert utdrag fra intervjuet som ansås å tilhøre ett bestemt behov ble kategorisert deretter (se tabell 2 i kapittel 4). I andre omgang ble hvert utdrag vurdert, hvor ord og uttrykk som gjorde at utdraget ble kategorisert til det bestemte behovet notert og til slutt kategorisert i passende kategorier underlagt de ulike behovene. Kategoriseringen av ord og uttrykk ble klassifisert ut ifra utvalgets utsagn og intervjuers oppfattning. I tredje omgang ble det gjort en optelling av ordene og uttrykkene som ansås å passe til kategoriene underlagt hver av de psykologiske behovene. I tabell 3, tabell 4 og tabell 5 i kapittel 4 blir denne kategoriseringen illustrert.

For å beregne utvalgets arbeidsmetoder i lys av Selvbestemmelsesteorien ble dermed hyppigheten og mengden ord og uttrykk som har sammenheng med 1. kompetanse, 2. autonomi og 3. tilhørighet telt opp. Med *mengde* menes hvor mye hver enkelt respondent snakker om de ulike behovene, og med *hyppighet* menes hvor ofte utvalgte ord og uttrykk som forbindes med behovene nevnes. For å anslå mengden ble det bestemt at liten grad av ord og uttrykk går fra 0-200 ord, middels grad går fra 200-500 ord og stor grad 500<. Denne beregningen er gjort på vurdert skjønn utfra det foreliggende datamaterialet.

Del 3: Utvalgets arbeidsmetoder i lys av Motiverende intervju

Som i del 2 ovenfor ble det samme gjort ved analysen av deltakernes arbeidsmetoder i lys av Motiverende intervju. Ettersom Motiverende intervju som metode ble konkretisert ned til tre prinsipper: 1. åpne spørsmål, 2. reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser og 3. videreføring av kompetanse, ble datamaterialet studert opp mot hvor aktivt fysioterapeutene ser ut til å benytte seg av disse tre prinsippene. Også denne prosessen foregikk i tre faser hvor det først ble kategorisert utdrag opp mot prinsippene, (se tabell 6 i kapittel 4), deretter ord og setningsutdrag, og avslutningsvis ble det gjort en opptelling. Det ble også her utarbeidet kategorier underlagt prinsippene. Disse ble utformet på bakgrunn av utvalgets utsagn og intervjuers oppfatning (se tabell 7, tabell 8 og tabell 9 i kapittel 4).

Til å beregne utvalgets arbeidsmetoder i lys av Motiverende intervju ble dermed hyppigheten og mengden ord og uttrykk som har sammenheng med 1. åpne spørsmål, 2. reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser og 3. videreføring av kompetanse telt opp. Med *mengde* menes hvor mye hver enkelt respondent snakker om de ulike prinsippene, og med *hyppighet* menes hvor ofte utvalgte ord og uttrykk som forbindes med prinsippene nevnes. For å anslå mengden ble det bestemt at liten grad av ord og uttrykk går fra 0-200 ord, middels grad går fra 200-500 ord og stor grad 500<. Denne beregningen er kun gjort på skjønn utfra det foreliggende datamaterialet.

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Det ble gjort forskningsetiske vurderinger i forkant og underveis i studien. For eksempel ble informantene anonymisert gjennom at datamaterialet ble transkribert til bokmål skriftspråk. Det ble ikke tatt med lyder som «hm» eller «sukk», tonefall som kan tolkes til en positiv eller negativ retning, eller pauser og betenkningstider. Bakgrunnen for dette er at det anses som

irrelevant i forhold til oppgavens formål, som er å undersøke hvordan en fysioterapeut gjennomfører en treningsstøttende samtale med en kreftpasient. Formålet var å avdekke hvilken bakgrunn fysioterapeuten har, hvordan arbeidet foregår i forkant, under og etter en treningsstøttende samtale, og fysioterapeutens egne tanker og eventuelle hjertesukk angående temaet. Intervjuet skulle ikke omhandle noe personlig og følelsesmessig, og hvor språkbruken har noe å si for problemstillingen. Formålet var i all hovedsak å avdekke hvilke metoder og strategier som benyttes av fysioterapeuter i treningsstøttende samtaler med kreftpasienter. Dermed ble transkriberingen gjort så nøytral og presis som mulig.

Metoden for masteroppgaven fulgte forskningsetiske retningslinjer fra *De nasjonale forskningsetiske komiteer* (NESH) (2016) og forskningsetikkloven (2017). Før det avtaltes dag og tid for intervju med en informant og før det ble etterspurt signatur på informasjonsskrivet, var prosjektet godkjent fra NSD. All deltakelse i studien var frivillig og anonym. Utvalget hadde også til enhver tid rett til å trekke seg fra prosjektet. Alle fikk samme mulighet til å lese transkripsjonen etter eget intervju. For å overholde forskningsetiske retningslinjer ble prinsippene menneskeverd, personvern og konfidensialitet tatt hensyn til. Under vises det til en forklaring omkring prinsippene og hvordan de ble overholdt i studien.

Menneskeverd omhandler det at mennesker har lik verdi og bestemte rettigheter (NESH, 2016, s. 12), «Forskningen skal verne om personlig integritet, sikre frihet og selvbestemmelse, respektere privatliv og familieliv og beskytte mot skade og urimelige belastninger» (NESH, 2016, s. 12). Måten menneskeverd ble overholdt i denne studien er at hver deltaker ble respektert og hørt fra dagen de ble kontaktet (NESH, 2016, s. 12). Dette hensynet ble overholdt både gjennom samtaler med informantene, skriftlig og muntlig, og skal senere bli overholdt ved fremvisning og formidling av prosjektet.

Personvern angår retten til vernet privatliv, men også retten til å bestemme over hvilke private opplysninger om seg selv som skal videreformidles (NESH, 2016, s. 12). Det vil si at all forskning som omhandler mennesker må få et godkjent samtykke fra utvalget, og forskningen må meldes (NESH, 2016, s. 14). Personvern ble i denne studien overholdt gjennom at utvalgets autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse ble respektert (NESH, 2016, s. 12). For eksempel ble alle personopplysninger behandlet og vernet i samsvar med retningslinjer og lovverk. Informantene måtte gi et skriftlig samtykke for deltakelse, og studien ble meldt inn til NSD for godkjennelse.

Konfidensialitet innebærer at man skal anonymisere utvalget, gjennom at ingen lesere kan identifisere hvem de er (NESH, 2016, s. 16). All informasjon som ble innhentet gjennom intervjuene ble ivaretatt en konfidensialitet gjennom at utvalget ble anonymisert med navnene informant 1-6 (NESH, 2016, s. 16). Det ble også unnlatt å opplysninger om bosted, arbeidsplass, alder og utdannelsessted, noe som anses som personlige opplysninger om informantene. Det ble også overholde taushetsplikt underveis og i etterkant av prosjektet.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil det bli presentert funn i forhold til problemstillingen: *Hvordan motiverer fysioterapeuter kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori?* Ettersom informantene i studien er seks kvinnelige fysioterapeuter vil det i noen grad veksles mellom å referere til dem som informanter og fysioterapeuter. Når det blir sitert eller referert til én spesifikk fysioterapeut vil det benyttes informant 1-6. Presentasjonen av studiens funn vil først ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene som ble utarbeidet ved utformingen av intervjuguiden (se tabell 1 i kapittel 3). Det betyr en presentasjon av utvalgets:

- Bakgrunn
- Forberedelse til treningsstøttende samtaler
- Gjennomføring av treningsstøttende samtaler
- Arbeid i etterkant av treningsstøttende samtaler
- Tanker og hjertesukk angående temaet

Videre vil det fremlegges en presentasjon av utvalgets utsagn sett opp mot Selvbestemmelsesteoriens tre psykologiske behov:

- Kompetanse
- Autonomi
- Tilhørighet

Til slutt vil det fremlegges en presentasjon av utvalgets utsagn sett opp mot tre prinsipper fra Motiverende intervju:

- Åpne spørsmål
- Reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser
- Videreføring av kompetanse.

4.1 Utvalgets bakgrunn, arbeidsmetoder og tanker angående treningsstøttende samtaler med kreftpasienter

Formålet med forskningsspørsmålene, som ble utarbeidet ved utformingen av intervjuguiden (se tabell 1 i kapittel 3), var å underbygge problemstillingen: *Hvordan motiverer fysioterapeuter kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori?* Dette begrunnes i at svarene på forskningsspørsmålene belyser generell og spesiell informasjon angående deltakerne som deltok i studien. Da utover at det er seks kvinnelige fysioterapeuter som daglig har treningsstøttende samtaler med kreftpasienter rundt om i Norge. Det vil

gjennomgående i kapittelet bli benyttet sitater fra informantene for å gi eksempler til noen av funnene. Dette understrekes ved anførselstegn og kursiv. Hvordan funnene tolkes og sees opp mot eksisterende atferdsendringsteori vil belyses under diskusjon i kapittel 5.

4.1.1 Fysioterapeutenes bakgrunn

Halvparten av fysioterapeutene som deltok i denne studien har utdanning og arbeidserfaring utover fysioterapi. To av informantene har studiepoeng innen psykologi og én har bachelorgrad som sosionom. *Alle* har spesialisert seg innen fysioterapi og kreft, og har tatt kurs innen dette feltet. Ett av kursene *alle* har, er AKTIV-instruktør som betyr at de kan gi kvalifiserte råd og veilede pasienter om trening etter gjennomgått kreftbehandling.

Alle i utvalget har en fysisk aktiv bakgrunn, hvor de har vært mye ute i naturen og drevet med ulike aktiviteter gjennom oppveksten. Fire av seks drev med idrett i barne- og ungdomsårene, hvorav én av dem nådde elitenivå i dans. I dag er *alle* fysisk aktive på hver sin måte på fritiden. Én er fortsatt aktiv med idrett, to er jevnlig på treningsentre, mens hele utvalget går og løper turer i mark og fjell. Tre av informantene nevner også hverdagslige aktiviteter, som lek med barna og aktiv transport til og fra jobb. Informantene regner dette som en del av deres fysiske aktivitetsnivå.

Når det kommer til fysioterapeutenes egen motivasjon for trening og fysisk aktivitet, blir den psykiske fordelene med å være fysisk aktiv nevnt blant informantene. Informant 3 sa for eksempel: «*Det er der jeg klarner hodet mitt. Jeg liker følelsen.*»; Informant 4: «*Det kjennes godt ut rett og slett. Jeg liker det.*»; Informant 5: «*... aktivitet er en type stressmestring for meg. For å bearbeide en krevende jobb.*». To av seks benytter likevel ikke egne erfaringer angående motivasjon til fysisk aktivitet og trening i møte med kreftpasienter, mens de resterende fire er veldig bevisst på å gjøre det. Ett av målene de belyser ved å benytte egne erfaringer, er å gjøre samtalen mer personlig, gjennom å vise til at opprettholdelse av fysisk aktivitet ikke alltid er like enkelt, selv for en som jobber med og brenner for fysisk aktivitet. Blant annet er det viktig for dem å legge frem betydningen av fysisk aktivitet på en avvæpnende måte, gjennom å snakke om det på pasientens nivå. De forteller pasientene bevisst om ganger hvor de selv har mislyktes med fysisk aktivitet og trening. To av dem nevner også at de ser på det som en fordel at de ikke har vært fysisk aktive på toppnivå.

4.1.2 Fysioterapeutenes forberedelse til treningsstøttende samtaler

Fem av seks fysioterapeuter starter forberedelsen til treningsstøttende samtaler med å lese journal. Informant 2 som sa hun ikke gjør dette, forklarer det med at pasientene gis et lavterskeltilbud, noe som gjør at hun trenger samtykke fra den enkelte pasient for å kunne lese journalen. De andre fem får på sin side en henvendelse fra legen og har med det godkjennelse til å lese journal, og kan forberede seg til den treningsstøttende samtalen. Hovedfokuset deres er på kreft historikken, og mulige bivirkninger og utfordringer pasienten har eller kan forvente seg, ifølge pasientens lege. Fire av fem sa også at de leser om tidligere sykdommer eller operasjoner pasienten har hatt, for å få en oversikt over eventuelle hensyn som bør tas med tanke på fysisk aktivitet og trening, noe som også er anbefalt (Helsedirektoratet, 2019b; Nesvold, 2016, s. 5). Fysioterapeutene synes det er viktig å vite så mye som mulig om hver pasients sykdomshistorie, slik at pasienten skal slippe å fortelle alt om sin sykdomshistorie selv, men i større grad kan fokusere på å bekrefte eller avkrefte det fysioterapeutene spør om.

Under intervjuet forteller tre av seks informanter at de benytter et skjema når de gjennomgår journalen. To fysioterapeuter sa også at det de leser i journalen ikke tas helt bokstavelig, ettersom erfaringer tilsier at informasjonen i journalen kan avvike fra virkeligheten. For eksempel sier informant 4: *«Så har jeg jo tilgang til journal så da må jeg forberede meg via journalen ... og da får man jo et inntrykk av det som står. Men det er ikke alltid at det er det inntrykket man får fra journalen som stemmer overens med den virkeligheten man treffer. Så jeg leser den som en bakgrunn».*

Utvalget bruker omtrent 10 til 30 min på å lese pasientjournalene, noe som avhenger hvor innholdsrik og omfattende journalen er, og hvor mye tid de har til rådighet den arbeidsdagen. De setter deretter av 30 til 60 min til treningsstøttende samtaler med en kreftpasient. Samtidig nevner de at dette kan variere, ettersom pasienten selv legger stor føring for hvor lenge og omfattende samtalen skal være.

4.1.3 Fysioterapeutenes gjennomføring av treningsstøttende samtaler med kreftpasienter

Blant *alle* informantene går det igjen at de fokuserer på å bli kjent med pasienten som sitter foran dem, før de begynner å prate om fysisk aktivitet og trening. Informant 5 er en av dem som ønsker å avdekke om pasienten er klar over egen diagnose og behandlingsveien videre. Dette gjør informant 5 for å avdekke og eventuelt oppklare uklarheter. Fem av seks informanter

bruker mye tid til å finne ut hvem kreftpasienten var *før* diagnosen, som hva de likte å gjøre og hvordan en vanlig uke så ut. Noen av fysioterapeutene legger større vekt på dette enn andre. Informant 1 er den i utvalget som ønsker å ha mest fokus på tiden fremover, noe hun skiller seg ut med.

Ingen av informantene benyttet konsekvent noen form for teori, metode eller strategi for å avdekke kreftpasientenes behov og utfordringer. Fem av seks informanter nevner likevel flere teorier og modeller de har lært gjennom kurser og utdanning, men sier samtidig at disse kun ligger i bakhode. De prøver i samtale med kreftpasienter å vise empati, og samtidig fortelle hva forskningen viser. For eksempel hvilke fordeler man kan få ved å være i fysisk aktivitet. *Alle* forteller at de prøver å stille åpne spørsmål, avdekke utfordringer for så å gå mer i dybden. Det å brette utfordringene ned til små delmål, er også noe som går igjen blant utvalget. Eksempelvis forteller informant 5: «*Jeg hadde en pasient som hadde problemer med ryggen. Pasientens store lidenskap var å spille bridge. Og for å spille bridge så må man kunne sitte i en stol fra 3 til 5 timer. Det er god nok motivasjon for meg, så øver vi på det. Og så lager vi en strategiplan på å få han til å trene seg opp til å kunne sitte 3 til 5 timer uten å trenge ekstra smertestillende. For ekstra smertestillende vil kunne ødelegge hans konsentrasjonsevne. For meg er ingen mål for små eller for dumme*». Informant 5 sa at ingen mål er for små eller for dumme, men blant informantene er det litt delte meninger angående dette med målsetting. Noen mener som informant 5 at ingen mål er for små eller for store, mens andre synes at det er viktig å hjelpe pasientene til å sette realistiske mål.

Fem av seks informanter er opptatt av ordbruk i møte med kreftpasienter, men de har samtidig ulikt syn på dette. To fysioterapeuter er opptatt av å bruke teoretiske begreper som *bevegelsestrygghet*, *bevegelsesglede*, *mestring*, og forklare pasientene forskjellen på *trening* og *fysisk aktivitet*. Informant 3 er svært bevisst på å bruke norske ord og uttrykk, og at hun bruker dialekten sin. Informant 5 sa på sin side at hun er bevisst på yrkesbakgrunnen til pasienten, og prøver på den måten å bruke ord og uttrykk som kan forstås av pasienten. For eksempel kan det tenkes at en ingeniør forstår begrepet *vektoverføring*, mens en renholder vil bedre forstå begrepet gjennom å bli forklart bevegelsen man gjør når man sveiper et gulv.

Ved spørsmålet: «Opplever du at pasientene drar nytte av en treningsstøttende samtale?», er svaret gjennomgående trykk på «*ja*». De får *alle* gode tilbakemeldinger, noe som betyr at pasientene opplever samtalene som betydningsfulle, og at pasientene setter pris på å bli sett.

Fire av seks fysioterapeuter sa at de får tilbakemelding fra pasienter at de opplever samtalen med dem som klargjørende og motiverende. Pasientene forteller at de får svar på flere spørsmål de har tenkt på, som i forhold til hva som er trygt og bra å gjøre før, under og etter kreftbehandling. For mange oppleves det også godt at det blir satt fokus på det friske i dem, og hva de selv kan gjøre i situasjonen de befinner seg i.

4.1.4 Arbeidet som gjøres i etterkant av treningsstøttende samtaler

Alle fysioterapeutene skriver et journalnotat i etterkant av samtale med en kreftpasient. Her blir det stort sett lagt vekt på: hva som ble snakket om, pasientens fysiske form og funksjon, hva pasienten gjør i dag, og hva målet til pasienten er. Her følger alle fysioterapeutene rådene som fremkommer fra Helsedirektoratet og håndboken «Fysioterapi til kreftpasienter» (Helsedirektoratet, 2019b; Nesvold, 2016, s. 5). Informant 6 sa i intervjuet at hun skriver opp spørsmål hun ønsker å stille pasienten i neste treningsstøttende samtale. Informant 4 sa at hun utarbeider et treningsprogram til kreftpasienten. Om pasienten følger treningsprogrammet til punkt og prikke er ikke så viktig, men fysioterapeuten synes det er viktig at de kan ha noe å hente frem dersom ønsket om trening skulle melde seg. Ved å sende et treningsprogram etter møtet, vil de også automatisk få en oppfølgingssamtale, men da gjennom mail. Informant 2 nevner i intervjuet at hun gjerne tar kontakt med kollegaer, leger og/eller sykepleiere for å drøfte hva som er mest gunstig for pasienten. Dette gjøres spesielt om hun opplever «casen» utfordrende.

Det er litt delte svar fra fysioterapeutene angående hva som avgjør om det blir gjort flere treningsstøttende samtaler med samme pasient. To av fysioterapeutene legger trykk på at dette er et kapasitetsspørsmål, og at ønsket deres om oppfølgingssamtale ikke går overens med kapasiteten. Dermed ender ofte treningsstøtten med det ene møte. De resterende fysioterapeutene sa at dette kommer helt an på hva pasienten ønsker, og at det ofte blir gjort oppfølgingssamtaler, men hvor omfattende disse er varierer. På det meste har den ene fysioterapeuten én samtale i uken med samme pasient, men dette gjelder kun for korte perioder. I de tilfeller det gjennomføres en oppfølgingssamtale, benytter tre av seks informanter journalnotatet de skrev etter første møte, mens de resterende lar det være mer åpent. Informantene som ønsker at samtalen skal være mer åpen vil at pasienten selv skal ta føringen. Samtidig benytter *alle* fysioterapeutene spørsmål som: «*Hvordan har det gått siden sist?*»; «*Hvordan har det gått med treningen?*»; «*Hva synes du om det vi snakket om sist gang?*»; «*Har du noen spørsmål?*».

4.1.5 Fysioterapeutenes syn på treningsstøttende samtaler og hjertesukk angående temaet

Informantene i denne studien hadde nokså likt syn på en treningsstøttende samtale, hvor *alle* beskrev det som viktig eller en god ting. Det fremheves at det er viktig at pasientene får en avklaring på hva de selv kan gjøre for å kunne bedre sin situasjonen. Informant 4 sa blant annet at: «*Jeg opplever at de aller fleste er veldig takknemlig og føler at de får en ramme rundt masse som er diffust. Og at de kanskje ser litt mer hvordan de kan gjøre noe selv*». Fysioterapeutene trekker også frem at under treningsstøttende samtaler blir det fokusert på å ufarliggjøre kreftdiagnosen, og trygge pasientene med det som er positivt. Informant 3 sa i intervjuet at: «*Jeg tror det er et fokus de ikke får noen andre plasser. Og så, jeg tror jeg ufarliggjør det, og det er i hvert fall mitt mål. Ufarliggjør det for de som synes det virker farlig eller og tillate å trene hardt for de som ønsker det, for de er usikre på det som regel. Og jeg vet at leger og sykepleiere ikke er noe gode på det, så jeg vet at det er jeg som har kompetansen og det er det ingen andre som har. Så jeg er veldig trygg i min rolle. Jeg tror at det viktigste er at de får inntrykk av at de kan gjøre noe selv, at det nødvendigvis ikke trenger å være noe ekstremt*». Det tredje som hyppig blir nevnt blant *alle* informantene, er at miljøet som blir skapt omkring fysisk aktivitet og trening stort sett kun er positivt. Ettersom flere kreftsyke er utav jobb og deltar lite i andre sosiale settinger, kan deltakelse i en treningsgruppe på sykehuset eller andre steder også dekke et sosialt behov. Derfor er treningsstøttende samtaler viktig med tanke på å få pasientene inn i en treningsgruppe og et større fellesskap.

Ved spørsmål angående hjertesukk for teamet *treningsstøtte til kreftpasienter*, sa fire av seks informanter at det er så tilfeldig hvem som får høre om tilbudet de som fysioterapeuter kan gi. Fysioterapeutene forteller at det har blitt bedre med årene, og opplever at flere og flere sykepleiere og leger er med på å promotere tilbudet om treningsstøttende samtaler, og belyser i større grad at kreftpasienter bør opprettholde et fysisk aktivitetsnivå under og etter kreftbehandling. Samtidig kan dette fortsatt forbedres ytterligere, ifølge de fire informantene.

Fire av seks informanter skulle ønske de hadde større bemanning og mer arbeidsplass. Større bemanning ønskes for å kunne gi tettere oppfølging, og med bedre arbeidsplass menes bedre treningsfasiliteter, som større og flere gruppetreningssaler. To av fysioterapeutene uttrykte også et brennende engasjement for veien videre for pasientene, etter at treningstilbudet deres går ut. Informant 5 sa blant annet: «*Altså etter hjerteinnfart er det hjertetrening i Egersund, altså alle små kommuner har det nesten. Tenk så hvis vi kunne fått noen slike grupper for folk som har*

vært igjennom, ikke bare kreft, men alvorlige sykdommer. Som man på en måte fikk et annet tilbud enn å gå på treningscenter så det ikke blir et så stort gap mellom frisk trening og syk trening. Det stedet hvor det finnes mest slik redusert trening er i bassengene. Der er det mange eldre som går, men mange av våres kreftpasienter tåler ikke det. De har et svekket immunforsvar og de kan ikke gå i basseng. Så jeg skulle ønske at det var flere lavterskeltilbud, liggende ute i kommunene ikke sentralisert. Fordi at de er trøtte nok som de er».

4.1.6 Oppsummering av utvalgets bakgrunn, arbeidsmetoder og tanker angående treningsstøttende samtaler med kreftpasienter

Det opplevdes ikke store forskjeller mellom informantene, noe som kan ha med at det er gjort en skjønsmessig utvelgelse. Samtidig kom det også frem ulike arbeidsmetoder, betraktninger og erfaringer, noe som anses naturlig på bakgrunn av ulike personligheter og ulike arbeidsplasser og arbeidsforhold. Fysioterapeutene i denne studien har en fysisk aktiv bakgrunn, og har utdanning og/eller kurs utover fysioterapiutdannelsen. De liker å være fysisk aktive på fritiden, hvor flere tar bevisste aktive valg, som aktiv transport. Informantene som kan lese pasientjournal før treningsstøttende samtale leser den grundig og danner seg et bilde av pasienten, dette settes det av 10 til 30 min til. Fysioterapeutenes treningsstøttende samtaler med kreftpasienter varierer mellom 30 til 60 min, hvor dette kommer an på kreftpasienten behov. Ingen av fysioterapeutene benytter metoder, teorier eller strategier aktivt i samtale med kreftpasienten, men flere har teorier og metoder i bakhode. Etter treningsstøttende samtaler skriver informantene et journalnotat, hvor det vektlegges pasientens treningsmål og en oppsummering av det som ble snakket om under samtalen. Fysioterapeutene mener selv at treningsstøttende samtaler er viktig i kreftomsorgen, og ett av hjertesukkene deres er at det er tilfeldigheter som avgjør hvilke kreftpasienter som får høre om tilbudet deres.

4.2 Utvalgets arbeidsmetoder i lys av Selvbestemmelsesteorien

For å beregne utvalgets arbeidsmetoder i lys av Selvbestemmelsesteorien ble hyppigheten og mengden ord og uttrykk som har sammenheng med kompetanse, autonomi og tilhørighet, beregnet. Med *mengde* menes hvor mye hver enkelt respondent snakker om de ulike behovene, og med *hyppighet* menes hvor ofte utvalgte ord og uttrykk som forbindes med behovene nevnes.

4.2.1 Mengden setningsutsagn som har sammenheng med Selvbestemmelsesteoriens psykologiske behov

Som det fremgår av tabell 2 prater de seks informantene mest om det psykologiske behovet kompetanse, hvor tre av informantene er beregnet til å prate i stor grad. Verken autonomi og tilhørighet har beregninger av stor grad, hvor det er beregnet enten flere eller likt av liten grad sett opp mot middels grad. Uttellingen her blir dermed nærmere liten grad enn stor grad. Ut ifra denne tabellen blir behovet tilhørighet tilfredsstilt minst blant utvalget, med nesten 200 færre ord enn behovet autonomi, og 2336 færre ord enn behovet kompetanse.

I kolonne fem (totalt) kan man se hvor mange ord det er anslått at hver informant prater om de psykologiske behovene til sammen, hvor det varierer mellom 312 ord (informant 4) til 1403 ord (informant 1). Tallene i parentes en beregning på hvor mye informanten prater til sammen gjennom *hele* intervjuet, og dette varierer mellom 5282 ord (informant 4) til 7983 ord (informant 1). Den totale mengden *hele* utvalget pratet om de psykologiske behovene, er beregnet til 4639 ord. Hvis man setter opp 4639 ord mot 39568 ord, som er antall ord informantene sa til sammen i intervjuene, utgjør det en prosentandel på 12 %.

Tabell 2: Oversikt over hvor mye utvalget prater om de psykologiske behovene: kompetanse, autonomi og tilhørighet

	Kompetanse	Autonomi	Tilhørighet	Totalt
Informant 1	Stor grad – 995 ord	Middels grad – 203 ord	Middels grad – 205 ord	1403 (7983)
Informant 2	Middels grad – 299 ord	Liten grad – 107 ord	Liten grad – 14 ord	420 (7229)
Informant 3	Stor grad – 543 ord	Middels grad – 341 ord	Middels grad – 204 ord	1088 (5513)
Informant 4	Liten grad – 81 ord	Liten grad – 31 ord	Middels grad – 200 ord	312 (5282)
Informant 5	Stor grad – 628 ord	Liten grad – 109 ord	Liten grad – 0 ord	737 (7872)
Informant 6	Middels grad – 492 ord	Liten grad – 108 ord	Liten grad – 79 ord	679 (5689)
Totalt	3038 (39568)	899 (39568)	702 (39568)	4639 (39568)

4.2.2 Tegn på kompetanse

Tabell 3 viser til hyppigheten av ord og uttrykk som anses å være tegn på kompetanse. Her ser man at *begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse* blir nevnt flest ganger av informantene med en totalt på 89, hvor hyppigheten av ord og uttrykk varierte mellom 0-50 ganger. *Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse* er den minste av kategoriene, med et antall på 11.

Alle kategoriene unntatt *sykdomsbegrep* hadde ett avvik, hvor én informant ikke var representert. Eksempelvis ble det ikke observert noen *belærende utsagn* hos informant 4.

I kolonne 6 (totalt) ser man at informant 1 er beregnet til et høyest antall ord og uttrykk som viser tegn på kompetanse, med 103 ord, mens informant 4 har lavest med 2 ord. De resterende informantene ligger på et sted mellom 18-33 ord og uttrykk.

Tabell 3: Opptelling av utvalgets ord og uttrykk, som viser tegn på kompetanse

	Begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse	Sykdomsbegrep	Belærende utsagn	Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse	
	Eks. belastning og psykiske velværet.	Eks. cellegift og angst.	Eks. jeg sier, og jeg snakker.	Eks. håndtere og navigere.	Totalt
Informant 1	50	31	17	5	103
Informant 2	5	11	8	-	24
Informant 3	13	10	7	2	32
Informant 4	-	1	-	1	2
Informant 5	16	11	4	2	33
Informant 6	5	9	3	1	18
Totalt	89	73	39	11	212

4.2.3 Tegn på autonomi

Tabell 4 viser til hyppigheten av ord og uttrykk som anses å være tegn på autonomi. Kategorien *selvbestemmelse* er den største (hyppigst nevnte) av dem, hvor det er beregnet et antall på 16 ord og uttrykk. Kategorien *tilpasset trening* er den minste av kategoriene, hvor kun informant 1 er representert med 4 ord og uttrykk.

Alle kategoriene hadde avvik, hvor én eller flere informanter ikke er representert. Eksempelvis ble det ikke observert tegn på *selvbestemmelse* hos informant 6. Under kategorien *tilpasset trening* er kun informant 1 representert, noe som betyr et avvik på fem i denne kategorien. I

kolonne 6 (totalt) ser man at informant 1 og informant 3 har høyest antall av ord og uttrykk, med 11 ord. Informant 4 og 6 har lavest, 2 ord, hvor disse tilhører kategoriene *selvbestemmelse* og *hjelpende atferd*.

Tabell 4: Opptelling av utvalgets ord og uttrykk, som viser tegn på autonomi

	Hjelpende atferd	Selvbestemmelse	Ansvarlighet	Tilpasset trening	
	Eks. hjelpe dem og legge til rette.	Eks. «Hva ønsker du nå?» og «De må selv gjøre valget».	Eks. «Noe de kan gjøre selv» og «De kan forme både sykdommen og forløpet sitt»	Eks. ulikt og tilrettelegge.	Totalt
Informant 1	3	3	1	4	11
Informant 2	-	5	1	-	6
Informant 3	3	5	3	-	11
Informant 4	-	2	-	-	2
Informant 5	1	1	1	-	3
Informant 6	2	-	-	-	2
Totalt	9	16	6	4	35

4.2.4 Tegn på tilhørighet

Tabell 5 viser til hyppigheten av ord og uttrykk som anses å være tegn på tilhørighet. Her er kategorien *støttende atferd* størst (hyppigst nevnte), hvor det er beregnet 16 ord og uttrykk. Kategorien *boforhold og pårørende* er den minste av kategoriene, hvor kun informant 1, 2 og 3 er representert med totalt 7 ord og uttrykk.

Alle kategoriene har også her avvik, hvor flere informanter ikke er representert. Eksempelvis ble det ikke observert tegn til *støttende atferd* hos informant 2 og informant 5. Det spesielle med denne tabellen er at informant 5 ikke er representert i noen av kategoriene og at informant 2 og informant 6 kun er representert i én kategori hver. Informant 1 og informant 3 viser derimot til ord og uttrykk i *alle* kategoriene. I kolonne 5 (totalt) ser man at informant 1 er beregnet til et høyest antall ord og uttrykk som viser tegn til tilhørighet. I denne kolonnen ser man også at totalen av antall ord og uttrykk er lik som i tabell 4 tegn til autonomi, med et antall på 35.

Tabell 5: Opptelling av utvalgets ord og uttrykk, som viser tegn på tilhørighet

	Felleskap og utsagn som omhandler noe sosialt	Støttende atferd	Boforhold og pårørende	
	Eks. møtes, treningsfellesskap og «De møter andre i samme situasjon».	Eks. god nok, aksept, omtanke og «Noen følger med».	Eks. familie, pårørende og «De kommer seg ut».	Totalt
Informant 1	7	4	1	12
Informant 2	-	-	2	2
Informant 3	1	6	4	11
Informant 4	4	3	-	7
Informant 5	-	-	-	-
Informant 6	-	3	-	3
Totalt	12	16	7	35

4.2.5 Oppsummering av tegn til Selvbestemmelsesteorien

Sammenligner man tabell 3, 4 og 5, ser man at det er flest tegn på det psykologiske behovet kompetanse, med 212 ord og uttrykk. Hyppigheten av ord og uttrykk er gjennomgående høy mellom kategoriene underlagt kompetanse, med 11 til 89 ord og uttrykk. Tegn på autonomi og tilhørighet er likt med 35 ord og uttrykk hver. Kategoriene underlagt autonomi varierer mellom 4 til 16 ord og uttrykk, mens kategoriene underlagt tilhørighet varierer mellom 7 til 16 ord og uttrykk.

4.3 Utvalgets arbeidsmetoder i lys av Motiverende intervju

Hvor aktivt fysioterapeuter benytter Motiverende intervju som metode for å motivere pasientene vises gjennom mengden og hyppigheten av ord og uttrykk som har sammenheng med prinsippene: åpne spørsmål, reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser, og videreføring av kompetanse. Som ved beregning av Selvbestemmelsesteorien forstås *mengde* som hvor mye hver enkelt informant pratet om de ulike prinsippene. Med *hyppighet* forstås hvor ofte utvalgte ord og uttrykk som forbindes med prinsippene nevnes.

4.3.1 Mengden setningsutsagn som har sammenheng med tre prinsipper fra Motiverende intervju

I tabell 6 kan man se at de seks informantene pratet om prinsippet videreføringa av kompetanse, hvor tre av informantene er beregnet til å prate i stor grad. Prinsippet åpne spørsmål ble benyttet

hyppigst etter videreføringa av kompetanse. Ved beregningen av setningsutdrag som passer til åpne spørsmål ligger alle informantene utenom informant 3 på middels grad. Som man ser er det observert færrest tegn til prinsippet reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser i datamaterialet, hvor det skiller 860 ord til åpne spørsmål og 2257 ord til videreføring av kompetanse. Informant 1-5 er her beregnet til liten grad, mens det er kun informant 6 som kategoriseres til middels grad.

I kolonne fem (totalt) kan man se hvor mange ord det er anslått at hver informant bruker når hun prater om de tre prinsippene, hvor det varierer mellom 444 ord (informant 4) til 1347 ord (informant 1). Tallene i parentes er en beregning på hvor mye informanten prater til sammen gjennom *hele* intervjuet, og dette varierer mellom 5282 (informant 4) til 7983 (informant 1) ord. Mengden *hele* utvalget pratet om de psykologiske behovene, er beregnet til 5460 ord. Sett opp mot 39568 ord, som er antall ord informantene sa til sammen i intervjuene, utgjør det 14 %.

Tabell 6: Oversikt over hvor mye utvalget prater om prinsippene fra Motiverende intervju

	Åpne spørsmål	Reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser	Videreføring av kompetanse	Totalt
Informant 1	Middels grad – 235 ord	Liten grad – 117 ord	Stor grad – 995 ord	1347 (7983)
Informant 2	Middels grad – 420 ord	Liten grad – 0 ord	Middels grad – 299 ord	719 (7229)
Informant 3	Liten grad – 149 ord	Liten grad – 117 ord	Stor grad – 543 ord	809 (5513)
Informant 4	Middels grad – 224 ord	Liten grad – 139 ord	Liten grad – 81 ord	444 (5282)
Informant 5	Middels grad – 309 ord	Liten grad – 136 ord	Stor grad – 628 ord	1073 (7872)
Informant 6	Middels grad – 304 ord	Middels grad – 272 ord	Middels grad – 492 ord	1068 (5689)
Totalt	1641 (39568)	781 (39568)	3038 (39568)	5460 (39568)

4.3.2 Tegn til bruk av åpne spørsmål

Tabell 7 viser hyppigheten av setningsutdrag som anses å være tegn til bruk av åpne spørsmål. Den første kategorien *fysioterapeuten gir eksempler på hvilke åpne spørsmål som benyttes i samtale med kreftpasient* er størst (hyppigst nevnte), hvor det er beregnet 81 setningsutdrag. Denne kategorien er nesten dobbel så stor som kategori to, *fysioterapeut forteller intervjuer åpne spørsmål som ønskes svar på gjennom samtalen med kreftpasient*, som har 42 setningsutdrag. Samtidig kan man se antydning til et visst mønster mellom de to første kategoriene, hvor informantene som gir flere tegn i den ene kategorien, er i den andre kategorien er mindre representert. For eksempel viser informant 4 kun 1 tegn i den første kategorien, men hele 10 tegn i den andre. Informant 1 og 6 avviker litt fra denne trenden, hvor de er tilnærmet likt representert i begge kategoriene. Kategorien *tegn som tyder på at det stilles åpne spørsmål* er den minste av kategoriene, hvor kun tre informanter er representert, med til sammen 9 setningsutdrag.

Det er kun kategorien *tegn som tyder på at det stilles åpne spørsmål* som har avvik, hvor informant 3, informant 5 og informant 6 ikke er representert. I kolonne 5 (totalt) ser man at informant 2 er beregnet til et høyest antall setningsutdrag, som viser tegn på bruk av åpne spørsmål, med et antall på 39. De resterende informantene ligger på et sted mellom 13-23 setningsutdrag.

Tabell 7: Opptelling av utvalgets setningsutdrag som viser tegn til bruk av åpne spørsmål

	Fysioterapeuten gir eksempler på hvilke åpne spørsmål som benyttes i samtale med kreftpasient	Fysioterapeuten forteller intervjuer åpne spørsmål som ønskes svar på gjennom samtalen med kreftpasient	Tegn som tyder på at fysioterapeuten stiller åpne spørsmål	
	Eks. «Hva er viktig for deg nå?»; «Hvordan gikk det i dag?».	Eks. «Hvor mye orker de?»; «Hva trives de med?».	Eks. «Jeg stiller åpne spørsmål»; «Snakker om hva de gjør i dag».	Totalt
Informant 1	8	13	2	23
Informant 2	29	5	5	39
Informant 3	12	2	-	14
Informant 4	1	10	2	13
Informant 5	18	2	-	20
Informant 6	13	10	-	23
Totalt	81	42	9	132

4.3.3 Tegn til reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser

Tabell 8 viser til hyppigheten av setningsutdrag som anses å være tegn til reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser. Kategorien *styrkende og aksepterende uttalelser* er den største (hyppigst nevnte) av kategoriene med totalt 27 setningsutdrag. Her er alle utenom informant 2 og informant 5 representert i opptellingen, og hvor informant 1 og 4 skiller seg ut med flest tegn. Den første kategorien reflekterende lytting er minst, hvor det er beregnet 10 setningsutdrag, og det er kun informant 5 og 6 som er representert i denne kategorien. Informant 3, informant 5 og informant 6 er de eneste som gir eksempler på *oppfølgingsspørsmål* som de stiller kreftpasienter. Kategorien *oppfølgingsspørsmål* endte dermed på et antall på 14 setningsutdrag.

Alle kategoriene hadde avvik, hvor flere informanter ikke var representert. I kolonne 6 (totalt) ser man at informant 6 er beregnet til et høyest antall setningsutdrag som viser tegn til reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser. Informant 6 skiller seg også ut med å være representert i alle underkategoriene. Informant 2 viser på sin side ikke til noen tegn til reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser. De resterende informantene ligger på et sted mellom 6-13 setningsutdrag.

Tabell 8: Opptelling av setningsutdrag, som viser tegn til reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser

	Reflekterende lytting	Styrkende og aksepterende uttalelser	Oppfølgingsspørsmål	
	Eks. «Man skal komme med innspill som hjelper pasienten».	Eks. «Det er helt greit»; «Mange som har det som deg».	Eks. «Hvordan er de turene da?»; «Kunne vi lagt det på et annet nivå?».	Totalt
Informant 1	-	12	-	12
Informant 2	-	-	-	-
Informant 3	-	3	3	6
Informant 4	-	10	-	10
Informant 5	3	-	7	10
Informant 6	7	2	4	13
Totalt	10	27	14	51

4.3.4 Tegn til videreføring av kompetanse

I tabell 9 vises det til hyppigheten av ord og uttrykk som anses å være tegn på videreføring av kompetanse. Her ser man at *begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse* blir nevnt flest ganger av informantene med en total på 89, hvor hyppigheten av ord og uttrykk varierte mellom 0-50 ganger. *Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse* er den minste av kategoriene, med et antall på 11.

Alle kategoriene unntatt *sykdomsbegrep* hadde ett avvik, hvor én informant ikke var representert. Eksempelvis ble det ikke observert noen *belærende utsagn* hos informant 4.

I kolonne 6 (totalt) ser man at informant 1 er beregnet til et høyest antall ord og uttrykk som viser tegn på kompetanse, med 103 ord, mens informant 2 har lavest med 2 ord. De resterende informantene ligger på et sted mellom 18-33 ord og uttrykk.

Tabell 9: Opptelling av utvalgets ord og uttrykk, som viser tegn til videreføring av kompetanse

	Begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse	Sykdomsbegrep	Belærende utsagn	Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse	
	Eks. belastning og psykiske velværet.	Eks. cellegift og angst.	Eks. jeg sier, og jeg snakker.	Eks. håndtere og navigere.	Totalt
Informant 1	50	31	17	5	103
Informant 2	5	11	8	-	24
Informant 3	13	10	7	2	32
Informant 4	-	1	-	1	2
Informant 5	16	11	4	2	33
Informant 6	5	9	3	1	18
Totalt	89	73	39	11	212

4.3.5 Oppsummering av tegn på Motiverende intervju

Sammenligner man tabell 7, 8 og 9, ser man at det er flest tegn på prinsippet videreføring av kompetanse, med 212 ord og uttrykk. Hyppigheten av ord og uttrykk er gjennomgående høyt mellom kategoriene, med 11 til 89 ord og uttrykk. Det ble også vist flere tegn til prinsippet åpne spørsmål, med 132 ord og uttrykk. Her varierte kategoriene mellom 9 til 81 ord og uttrykk. Prinsippet reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser, blir benyttet minst blant utvalget, med 51 ord og uttrykk. Her var variasjonen mellom kategoriene mindre, med en hyppighet mellom 10 til 27 ord og uttrykk.

4.4 Utvalgets mengde ord i intervjuene og totale tidsbruk

I tabell 10 viser en opptelling av informantenes mengde ord løpet av intervjuet og tidsbruken per intervju. Her ser man at tidsbruken på alle intervjuene ikke samsvarer med antall ord fysioterapeutene sa. Dette gjelder kun hos informant 1, hvor hun prater mest og intervjuet tar lengst tid. Det vil dermed si at antall minutter intervjuet tok påvirket ikke mengden datamateriale i denne studien. Hvordan analysens funn, tegn på Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju, sees opp mot utvalgets totale mengde og ord i intervjuet bør tas i betraktning.

Tabell 10: Utvalgets mengde ord i intervjuet og totale tidsbruk

	Del 1	Del 2	Del 3	Del 4	Del 5	Ord totalt:	Tid totalt:
Informant 1	1463	630	3151	1713	1026	7983	69 min
Informant 2	1168	1329	3225	703	811	7236	49 min
Informant 3	979	373	1860	1500	801	5513	66 min
Informant 4	908	594	1656	1190	934	5282	56 min
Informant 5	1386	711	2638	1207	1930	7872	55 min
Informant 6	985	639	2927	511	627	5689	60 min

5.0 Drøfting

Formålet med dette kapittelet er å diskutere datamaterialet fremkommet i resultatkapitlet (kapittel 4) og besvare problemstillingen: *Hvordan motiverer fysioterapeuter kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori?* Ettersom det er gjennomført en *eksplorerende* forskningsprosess som betyr at problemstillingen er relativt åpen (Lund & Haugen, 2006, s. 17), anses det gunstig å ta utgangspunkt i allerede utarbeidede atferdsendingsstrategier og vurdere utvalgets tilnærming opp mot det. Dermed tas det utgangspunkt i *to* atferdsendringsteorier, Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju. Bakgrunnen for det er at det finnes allerede eksisterende forskning og erfaringer angående atferdsendring og fysisk aktivitet og helse med bruk av disse teoriene (Chatzisarantis et al., 2003; Frost et al., 2018; Gilbert et al., 2018; Johnson, 2007; Miller & Gramzow, 2016; Sheeran et al., 2020). Valget begrunnes også i en antakelse om at Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju ble benyttet hyppig, men relativt ubevisst blant de utvalgte fysioterapeutene i motsetning til andre teorier som: Sosial kognitiv teori (Bandura, 2001), Transteoretisk modell (Prochaska et al., 1992), Bronfenbrenners modell (Kvelling, 2015) og Sosial-økologisk perspektiv (Stokols, 1996). For som det vises til i kapittel 4 benyttet *ingen* av fysioterapeutene konsekvent noen form for teori, metode eller strategi for å skape en atferdsendring blant kreftpasientene.

Det vil gjennomgående i kapittelet bli benyttet sitater fra informantene for å vise bakgrunnen for tolkningen. Dette understrekes ved anførselstegn og kursiv. Ettersom informantene i studien er seks kvinnelige fysioterapeuter vil det i noen grad veksles mellom å referere til dem som informanter og fysioterapeuter. Når det blir sitert eller referert til én spesifikk fysioterapeut vil det benyttes informant 1-6. Ettersom det er benyttet kvalitativ tilnærming, med få informanter, kan ikke funnene overføres til andre fysioterapeuter, men kun belyse *dette* utvalgets treningsstøttende metoder og tanker angående temaet (Kleven, 2014, s. 133).

Oppbygning

Ved å ta utgangspunkt i Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju er formålet å lete etter tegn og hyppighet av disse i datamaterialet. For å gjøre dette på en oversiktlig måte vil det først tas utgangspunkt i Selvbestemmelsesteoriens tre psykologiske behov: 1. kompetanse, 2. autonomi og 3. tilhørighet, og deretter tre prinsipper fra Motiverende intervju: 1. åpne spørsmål, 2. reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser og 3. videreføring av

kompetanse. Hvordan behovene og prinsippene kommer frem i lys av det fysioterapeutene forteller om egne arbeidsmetoder, vil legge føring for besvarelsen av problemstillingen. Deretter vil funn av Selvbestemmelsesteoriens bli drøftet opp mot funn av Motiverende intervju. Til slutt vil studiens metodiske begrensinger bli diskutert.

5.1 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien kan forklare grunner for motivasjon og/eller mangel på motivasjon (Ryan & Deci, 2017a). Teorien viser til tre psykologiske behov som må være tilfredsstilt for at en person skal kunne bli indre motivert for en handling og kunne opprettholde den over tid (Ryan & Deci, 2017b):

1. Kompetanse
2. Autonomi
3. Tilhørighet

Hvordan fysioterapeutene legger til rette for disse psykologiske behovene, kan dermed forklare hvorvidt kreftpasientene de er i kontakt med blir motivert til fysisk aktivitet og trening. Mengden og hyppigheten av ord og uttrykk som har sammenheng med kompetanse, autonomi og tilhørighet legger derfor her grunnlag for hvor aktivt fysioterapeuten benytter Selvbestemmelsesteorien til å motivere pasientene. Med *mengde* menes hvor mye hver enkel prater om de ulike behovene, og med *hyppighet* menes hvor ofte utvalgte ord og uttrykk som forbindes med behovene nevnes.

5.1.1 Kompetansestøtte

Selvbestemmelsesteorien hevder at behovet for kompetanse er viktig om en skal trives og motiveres til å yte en handling (Ryan & Deci, 2017b). Hvor mye kunnskap og informasjon angående fysisk aktivitet og trening som formidles til kreftpasienter, vil dermed ifølge Selvbestemmelsesteorien påvirke motivasjonen til fysisk aktivitet og trening (Ryan & Deci, 2017b). Fysioterapeutene som er intervjuet i denne studien har daglig samtaler med kreftpasienter, og ønsker å motivere dem til fysisk aktivitet og trening. De uttrykker alle kunnskap om kreft, bivirkninger av behandling, fysisk funksjon og tilrettelegging av fysisk aktivitet og trening. I en gjennomgang av datamaterialet med fokus på kompetansestøtte, ble det valgt fire kategorier på bakgrunn av fysioterapeutenes uttalelser:

1. *Begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse*
2. *Sykdomsbegrep*

3. *Belærende utsagn*
4. *Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse*

Utvalgets hyppighet av ord og uttrykk som forbindes med kategoriene ovenfor kan sees i tabell 3 i kapittel 4. *Begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse* er det som ble nevnt hyppigst blant utvalget med et antall på 89. *Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse* er det som ble nevnt minst blant utvalget med et antall på 11.

Begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse

Begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse er forbundet med kompetanse, ettersom bruken av disse hadde sammenheng med formidling av kunnskap. Eksempelvis sa informant 1: «*Jeg snakker mye om det psykiske, den psykiske biten, psykiske velværet til fysisk aktivitet og trening. Jeg sier gjerne at dette er en underkommunisert del av aktivitet og trening, men at det er veldig viktig effekt helsemessig*». I dette sitatet kommer det tydelig frem at fysioterapeuten snakker om hvorfor fysisk aktivitet er bra for kreftpasienten. Hun understreker at det psykiske velvære man kan få av å være fysisk aktiv er underkommunisert. I sitatet blir ord som *aktivitet, trening* og *psykisk* nevnt flere ganger. Her vises det til at fysisk aktivitet og trening påvirker ens psykiske velvære. Formålet til informant 1 var å tydeliggjøre helsegevinsten av fysisk aktivitet og trening, og dermed øke kompetansen til pasienten (Ryan & Deci, 2017b).

Informant 6 får frem viktigheten av å veilede kreftpasienter til riktig aktivitet og treningsmengde. Hun fortalte at det er mange som er usikre på dette: «*Mange som har trent før, men plutselig skal de trene under kreft, og så blir de kjempeusikre og den korteste veien for de alle er å ikke gjøre noe, fordi man er livredd for å gjøre noe feil*»; «*Mange gjør mye riktig, men noen går hele tiden og tenker «Er det riktig?» «Er det bra?»*»; «*De trenger å få hjelp til å finne riktig dosering, de trenger hjelp til tilretteleggelse*». Her benyttes det aktivitetsbegrep som *treningsmengde, trent, trene* og *tilretteleggelse*. Sitatene ovenfor fra informant 6 viser til at kreftpasienter tilsynelatende har et behov for økt kompetanse. Det trengs både kompetanse til hvordan treningen kan tilrettelegges, og det trengs kompetanse til å forstå at trening er trygt.

Sykdomsbegrep

Sykdomsbegrep ble kategori to underlag kompetansestøtte. På bakgrunn av at utdragene med sykdomsbegrep i stor grad har med å gi informasjon til kreftpasienten, noe som tyder på videreføring av kompetanse (Ryan & Deci, 2017b). Eksempelvis sa informant 2: «*Og så snakker vi gjerne om hva «fatigue» er, og da kan jeg si at det som er forsket mest på når det*

gjelder «fatigue» er kondisjonstrening, og da er anbefalingene at du trener så og så lenge og så og så hyppig». «Fatigue» er en trøtthets tilstand som er svært utbredt blant kreftpasienter (Bower et al., 2018; Weis, 2011), og det er nærliggende å tro at pasienter som opplever «fatigue» ønsker å spare på kreftene. Dette blir derimot avkreftet av informant 2, ettersom hun her informerer kreftpasienten om at det mest gunstige å gjøre når man har «fatigue» er å drive kondisjonstrening. Hun gir konkrete anbefalinger angående lengden og hyppigheten på kondisjonsøkten. Ved å gjøre dette avklarer hun dermed for pasienten at det er trygt å trene, og at man helst bør trene om man ønsker å minske bivirkningene av kreftbehandlingen. Dette kan dermed motivere pasienten til å drive fysisk aktivitet og trening til tross for bivirkning som «fatigue» etter kreftbehandling (Ryan & Deci, 2017b).

Informant 4 fortalte hvordan tilegnelse av kompetanse kommer pasienten til gode, eksempelvis sa hun dette i intervjuet: «... men også fortelle hvordan, hva de har forstått med deres diagnose og deres situasjon som de er i. Fordi, for noen er det et stort sammensurium som kan være vanskelig å fortelle videre, og det er ofte ting som de ikke helt har forstått»; «Jeg opplever at de aller flest er takknemlige og føler at de får en ramme rundt masse som er diffust ...». Tanker om hvor viktig og givende denne samtalen er for pasientene kommer frem i alle intervjuene. Den treningstøttende samtalen beskrives som et sted hvor pasientene kan få svar på spørsmål som leger og sykepleiere ikke har nok kunnskap om, eller ikke tar seg tid til å snakke om. Da fysioterapeutene ble spurt om de opplever at pasientene drar nytte av denne samtalen svarer alle «ja». De utdyper det med at de aller fleste opplever det givende. Pasientene blir sett, de får pratet om det friske i det syke, det blir satt fokus på hva de kan få til eller får bekreftet at det de i dag klarer er bra nok. Med det sagt tror informant 5 at det er viktig at den som fører en slik samtale både har god kunnskap om kreftdiagnoser, bivirkninger og sykdomsbildet, samt fysisk aktivitet og trening. Informant 5 sa blant annet dette: «... går de på cellegift, hva gjør cellegiften? Får de stråling, hva gjør strålingen? Hvilke bivirkninger kan pasienten forvente, slik at du kan være så konkret som mulig i den støtten». Ordet *cellegift* anses her som et *sykdomsbegrep*. Når hun sier *cellegift* følger hun videre opp med et ønske om å videreformidle kunnskap om hva cellegiften kan gjøre med pasienten, og hvilke forventninger pasienten bør ha. Hun fortalte også at hun ønsker å være så konkret som mulig i denne forklaringen, noe som kan tyde på at hun har stort fokus på å videreføre kompetanse.

Belærende utsagn

Gjennom analysen av datamaterialet så det ut til at *belærende utsagn* hadde en sammenheng med videreføring av kompetanse. Dette begrunnes i at når fysioterapeutene gir eksempler angående samtale-situasjonen og de starter setninger med: «*Jeg snakker*», «*Jeg sier*», «*Jeg legger ofte vekt på*», førte det deretter til videreformidling av kunnskap. Eksempelvis kom informantene med følgende utsagn:

Informant 1: «*Jeg snakker jo også om at den daglige gåturen også kan være trening i den forstand at man kan gå raskere, man kan bruke bakker, som at hver gang du står på toppen av bakken og er sliten så er jo det en treningseffekt av det*».

Informant 3 «*... Jeg er veldig tydelig på at dette. Okey, du er sykemeldt nå. Dette er din jobb. Du gjør behandlingen bedre om du trener*».

Informant 5: «*Jeg prøver å forklare hvorfor vi er så opptatt av det her. Fordi jeg har en tanke om at hvis den jeg snakker med, pasienten, ikke, eller forstår hvorfor det er viktig for dem så får de lyst til å gjøre det*».

Alle tre eksemplene ovenfor viser til et ønske om å videreføre kompetanse til kreftpasientene. Måten de viderefører kompetanse anses også som belærende. Bakgrunnen for det er at informantene ikke spør pasientene om de ønsker innspill. Skulle informantene tatt en mer passiv rolle kunne de ha spurt pasientene: «*Er det greit at jeg kommer med et forslag?*» eller «*Kan jeg fortelle deg hvorfor det er viktig at du trener litt hver dag?*». Sammenlignet med det informant 3 sa: «*Jeg er veldig tydelig på dette ...*», kan det virke som at informanten er rett på sak og ikke går inn i en passiv rolle. Hvordan utsagnet til informant 3 tolkes av kreftpasienten er det vanskelig å si noe om ettersom det kun er fysioterapeutens utsagn som kommer frem. Tatt i betraktning at informant 3 ikke fortalte i intervjuet at hun ofte spør om lov til å videreføre kompetanse, tolkes det dermed dit hen at hun er litt belærende i måten hun viderefører kompetanse på. Om dette er riktig eller galt bedømmes ikke her, men det velges å kategorisere det som *belærende utsagn*.

Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse

Den siste kategorien ble laget på bakgrunn av at det var flere ord og uttrykk som ble forbundet med kompetanse, men som ikke passet inn i de resterende kategoriene. For eksempel benyttet informant 1 begrepet *håndtere* og i den sammenheng fortalte hun: «*... å hjelpe de og håndtere de bivirkningene som kan oppstå under kreftbehandlingen hvor vi vet at aktivitet og trening både kan være med på å lindre både på det fysiske og psykiske plan, og være med på å opprettholde fysisk kapasitet underveis i kreftbehandlingen for at de skal komme ut i andre*

enden bedre rustet etter kreftbehandlingen». Ved å fortelle at hun ønsker å hjelpe pasientene til å håndtere bivirkninger tolkes her som et ønske om å videreføre kompetanse slik at pasienten får en bedre hverdag gjennom mindre plager (Ryan & Deci, 2017b). I sitatet ovenfor ser man også flere sykdomsbegrep og begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse, noe som bekrefter at bruk av begrepet *håndtere* har i denne sammenheng noe med videreføring av kompetanse å gjøre.

Informant 3 poengter i intervjuet at hun har en kompetanse som ingen andre har, og at det er viktig at pasienter tar imot det tilbudet hun som fysioterapeut kan gi dem: *«Jeg tror det er et fokus de ikke får noen andre plasser og jeg tror jeg ufarliggjør det, og det er i hvert fall mitt mål. Ufarliggjør det for de som synes det virker farlig eller og tillate å trene hardt for de som ønsker det, for de er usikre på det som regel. Og jeg vet at leger og sykepleiere ikke er noe gode på det, så jeg vet at det er jeg som har kompetanse og det er det ingen andre som har. Så jeg er veldig trygg i min rolle. Jeg tror at det viktigste er at de får inntrykk av at det er noe de kan gjøre selv at det nødvendigvis ikke trenger å være noe ekstremt»*. Her vises et engasjement for arbeidet hun daglig gjør. Hun uttrykker en viktighet over at de får kunnskap om hva de kan gjøre selv, som at det ikke trenger å være ekstrem hard trening (Ryan & Deci, 2017b). Ifølge informant 3 er hennes kompetanse unik, og kanskje desto viktigere er det at pasienter som ønsker å komme best mulig ut av behandlingen tar imot et slikt tilbud.

Informant 5 benytter ordet *forskning*, hvor hun viser til et eksempel på en gammel undersøkelse gjennomført i USA. Hun fortalte i intervjuet hvordan hun benytter denne undersøkelsen som et eksempel på hvorfor opprettholdelse av fysisk aktivitet er viktig. At det er mye vanskeligere å bygge opp den fysiske formen etter at man har vært inaktiv over lengre tid, sett opp mot en opprettholdelse av ens fysiske form. Tanken hennes er at det blir irrelevant å prate med pasienter om fysisk aktivitet og trening dersom de ikke forstår viktigheten av det. Dette anses her som et tydelig og konkret eksempel på videreføring av kompetanse, fordi hun benytter sin fagkunnskap og samtidig viser til forskning for å støtte opp om viktigheten av fysisk aktivitet og trening (Ryan & Deci, 2017b).

5.1.2 Autonomistøtte

Behovet for autonomi kommer av at mennesker som skal gjenta en handling over tid og tilegne det til en vane, trenger eierskap til handlingen (Ryan & Deci, 2017b). I en gjennomgang av

datamaterialet med fokus på autonomistøtte, ble det valgt fire kategorier på bakgrunn av fysioterapeutenes uttalelser:

1. *Hjelpende atferd*
2. *Selvbestemmelse*
3. *Ansvarlighet*
4. *Tilpasset trening*

Utvalgets hyppighet av ord og uttrykk som forbindes med kategoriene ovenfor kan sees i tabell 4 i kapittel 4. *Selvbestemmelse* er det som ble nevnt hyppigst blant utvalget med et antall på 16. *Tilpasset trening* er det som ble nevnt minst blant utvalget med et antall på 4.

Hjelpende atferd

Hjelpende atferd regnes som et tegn på autonomistøtte. Dette begrunnes i at fysioterapeuten ønsker å støtte og veilede, og ikke presse kreftpasienten til noe som han eller hun ikke ønsker selv (Ryan & Deci, 2017b). Informant 6 fortalte blant annet: «Og så klarer jeg da å trekke ut, ja, men hun liker å gå tur med venninner og da er det jo det sosiale, ja okey, han går toppturer. Så det å trekke ut om de ikke klarer å sette ord på det selv så hjelper jeg dem til å trekke det ut og sammenfatte det. «Jeg hører at du sier at du har gjort det og det, du er kanskje da en som blir motivert av det og det, da er du kanskje en som blir motivert av å slå resultater eller nå nye høyder?». Informant 6 fortalte her hvordan hun konkret fører samtalen, og hvordan hun prøver å få kreftpasienten til å forstå hva han eller hun liker og motiveres av. Hun sa: «trekker ut», noe som kan tyde på at hun er en aktiv lytter og benytter sin kompetanse til å konkretisere og sammenfatte det kreftpasientene selv forteller. Målet med dette er å utarbeide aktivitetsplaner ut ifra personenes egne verdier og interesser, noe fysioterapeuten gir eksempler på. En kvinnelig pasient forteller at hun liker å gå tur med venninner. Da hører fysioterapeuten at det sosiale med fysisk aktivitet er noe som kan motivere pasienten. En mannlig pasient forteller at han liker å gå toppturer. Da hører fysioterapeuten en motivasjon til å oppnå resultat, og at fysisk aktivitet og trening hvor målet er å slå rekorder kan være hensiktsmessig. Gjennom disse eksemplene viser fysioterapeuten til en interesse av at hver pasient er unik, og man må tilpasse og lytte til kreftpasientens egne behov og ønsker. En slik aktiv lytting som informant 6 gjør kan se ut til å være en bevisst metode for å fremme autonomistøtte (Ryan & Deci, 2017b).

Hjelpende atferd kommer også frem hos informant 3 gjennom at hun fortalte: «Fordi jeg er jo med på å legge til rette ...» og gjennom informant 1 som sa: «Så der må vi bare hjelpe dem i gang til hvordan dette kan tilrettelegges». Begge eksemplene ovenfor viser til et ønske om å

hjelpe og tilrettelegge, og ikke presse kreftpasienten. Om man snur på siste eksempel og omformulerer det til et pressende utsagn, kunne det blitt sagt: «Så der må pasienten trene de og de styrkeøvelsene tre ganger i uken, og gå en liten tur hver dag». I dette tenkte eksempelet gis det mindre rom for autonomi gjennom at fysioterapeuten tar beslutningen for hva som skal gjøres, og det gis ingen rom for valg av øvelse eller utførelse. Ved at de benytter seg av ord som *hjelpe* og *tilrettelegge* signaliserer de større valgfrihet og rom for at pasienten selv kan komme med ønsker, og derav større grad av autonomi (Ryan & Deci, 2017b).

Selvbestemmelse

Kategorien *selvbestemmelse* er kanskje den mest åpenbare, nettopp fordi den peker på at pasienten selv skal ta valg og være delaktig i beslutninger som tas. Ord og setningsutdrag som ble forbundet med selvbestemmelse kunne både være åpne spørsmål som fysioterapeuten stiller pasientene, men også utsagn som viser til et ønske om at pasientene skal bestemme selv. Informant 1 stiller for eksempel kreftpasientene spørsmål som: «*Hva er viktig for deg nå?*»; «*Hva ønsker du nå?*»; «*Hvordan ønsker du å komme i gang med tilpasset trening?*». Spørsmålene er åpne, noe som gjør at fysioterapeuten åpner opp for alle mulige svar. Hadde det blitt stilt et lukket spørsmål, ville tegn på selvbestemmelse blitt mindre fremtredende ettersom fysioterapeuten i større grad hadde lagt føring for hvilket svar som kom. Eksempelvis: «*Er det viktig for deg å være fysisk aktiv nå?*»; «*Ønsker du å trene nå?*»; «*Ønsker du å komme i gang med tilpasset trening?*». Ved å stille lukkede spørsmål som vist ovenfor begrenser man svarene til ja eller nei. Et resultat av dette er at samtalen får mindre flyt og det legges færre føringer for selvbestemmelse, ettersom man ikke kan forvente lengre svar enn ja eller nei. Ved å stille spørsmålene åpne som informant 1 gjør, er man mottakelig for å høre hva pasienten ønsker med treningsveiledningen. Om målet til pasienten er store eller små er mindre vesentlig, men fysioterapeuten vil ved å spørre åpne spørsmål kunne få svar på hvilke verdier og behov pasienten har, og kan derfra bidra med sin kunnskap.

Informant 2 stiller gjerne pasientene sine spørsmålet: «*Hva er det du har lyst til i livet?*». Dette er åpent og dypt spørsmål, men også vesentlig å stille om man vil finne ut hvilke ønsker og iboende verdier pasienten har.

Informant 4 fortalte i intervjuet at: «*For målene skal være formulert av pasienten selv, for målet de formulerer blir noe helt andre enn hva jeg hadde formulert*». Her tydeliggjør informant 4 at autonomistøtte er grunnleggende i samtalen, ettersom alle er unike og har forskjellige ønsker og interesser (Ryan & Deci, 2017b). Hva informant 4 vil for pasienten er uvesentlig, og vil kanskje ikke gi mening eller motivasjon for pasienten selv.

Ansvarlighet

Kategorien *ansvarlighet* ligner i stor grad på kategorien *selvbestemmelse*. Samtidig anses kategoriene også som ulike i den grad at fysioterapeuten her snakker om at pasientene selv må ta ansvar og at de som fysioterapeuter ikke skal bestemme, altså en fraskrivelse av ansvar. Informant 3 sa for eksempel: «*Fordi helsevesenet gir dem behandling og det forløpet og alt det, også har de en egen jobb å gjøre, og det er trening, kosthold og slutte å røyke*». Dette viser tegn til ansvarlighet gjennom at det er helt opp til pasienten selv å ta ansvar for å være fysisk aktiv. Informant 2 snakker også om ansvarlighet gjennom utsagnet: «*Jeg er veldig tydelig på at de ikke skal komme på trening for min skyld, og at de skal ikke være der for å «please» meg eller andre*». Begge eksemplene tolkes dit hen at de ønsker at kreftpasientene selv skal ta en avgjørelse og være ansvarlig for handlingene de gjør. Dette tyder også på at de er opptatt av autonomi (Ryan & Deci, 2017b). Som informant 2 sa: «*De skal ikke komme på trening for min skyld*», viser til at hun ønsker de skal ta valget om å trene selv, og ikke gjøre det for noen andre. Snur man på det informant 2 sa kan et tenkt utsagn være: «*De skal komme på trening når jeg sier det*». Med dette tenkte utsagnet sier man både at pasienten *skal* noe og at de skal gjøre det fordi fysioterapeuten ønsker det. Informant 3 viser på sin side til hvorfor ansvarlighet kan motivere pasienten til fysisk aktivitet og trening: «*Jeg tror at det viktigste er at de får inntrykk av at det er noe de kan gjøre selv, at det nødvendigvis ikke trenger å være noe ekstremt*»; «*... de kan forme både sykdommen og forløpet sitt ...*». Tolkningen av dette er at informant 3 uttrykker til pasientene at deres handlinger kan endre sykdomsforløpet til det bedre, og at dersom de selv tar det ansvaret for å være fysisk aktive, vil det også kunne resultere i en bedre sykdomshverdag.

Tilpasset trening

Den siste kategorien utgjorde en mindre del av intervjuet, men anses relevant nok til å inkluderes. Her inngår utsagn hvor fysioterapeutene uttrykker at pasientene er unike og hvordan eventuelle treningsprogram bør tilrettelegges for den enkelte. Etter en gjennomgang av intervjuene ble det kun observert uttrykkene: *ulikt, tilpasset trening* og *tilrettelegges* hos informant 1. Hun sa blant annet: «*... Hvordan ønsker du å komme i gang med tilpasset trening til din type kreftbehandling? Og dette vil jo være veldig ulikt hva folk har behov for, og det er også veldig ulikt. For noen har jo gjerne trent hele livet og har det gjerne inne som en naturlig mestringsstrategi og de må gjerne hjelpes til å ta mere hensyn nå under kreftbehandlingen.*»; «*Andre har aldri trent før og aldri vært i aktivitet, så der må vi bare hjelpe dem i gang til hvordan dette kan tilrettelegges*». I disse utragene viser informant 1 til en kompleksitet gjennom

at det er store individuelle forskjeller blant pasientene. Sitatet: «... *veldig ulikt hva folk har behov for ...*», sier noe om at hun ønsker å prate med pasienten for å få en forståelse av hvem de er og hva de trenger og ønsker. Ved å gjøre det og lytte til hva de har å si vil pasientene også kunne oppleve stor grad av autonomistøtte, fordi de får fortelle om sine egne behov (Ryan & Deci, 2017b).

5.1.3 Tilhørighetsstøtte

Mennesker har ifølge Ryan og Deci (2017b) et behov for å bli sett av andre mennesker, gjennom å oppleve gjensidig respekt og tillit, og ved å tilhøre et større fellesskap. I en gjennomgang av datamaterialet med fokus på tilhørighetsstøtte, ble det valgt tre kategorier på bakgrunn av fysioterapeutenes uttalelser:

1. *Fellesskap og utsagn som omhandler noe sosialt*
2. *Støttende atferd*
3. *Boforhold og pårørende*

Utvalgets hyppighet av ord og uttrykk som forbindes med kategoriene ovenfor kan sees i tabell 5 i kapittel 4. *Støttende atferd* er det som ble nevnt hyppigst blant utvalget med et antall på 16. *Boforhold og pårørende* er det som ble nevnt minst blant utvalget med et antall på 7.

Fellesskap og utsagn som omhandler noe sosialt

Fellesskap og utsagn som omhandler noe sosialt betyr i denne sammenhengen ord og setningsutdrag som har med en sosial sammenkomst å gjøre. Informant 1 fortalte i stor grad om viktigheten av det sosiale i intervjuet, eksempelvis: «*Vi ser også at det tilbyr et viktig sosialt fellesskap med andre kreftpasienter, og det ser vi er en sterk motivasjonsfaktor for mange. De kommer seg ut, de møter andre i samme situasjon, de ser at hvis hun kan klare det som er så sliten etter behandling så skal vel jeg også klare det*». Informant 1 er her tydelig bevisst på hvilken effekt det sosiale fellesskapet kan ha på kreftpasienten. For eksempel at det kan ha en styrkende effekt til å tørre og orke å være fysisk aktiv sammen med andre til tross for kreftsykdommen. Hun fortalte at ved å trene i et større fellesskap kan man oppleve en smittende effekt. For eksempel når man observerer at andre klarer å være fysisk aktive selv om de er slitne av behandling, vil det kunne være motiverende.

At det sosiale fellesskapet kan ha en påvirkning på motivasjonen til å endre en atferd er ikke et eget fenomen fra Selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2017b). Dette hevder også det Sosial-økologiske perspektivet (Stokols, 1996), Bronfenbrenners modell (Kvello, 2015) og den

Sosial kognitive teorien (Bandura, 2001). Hvor alle viser til at mennesket påvirkes av sosiale forhold, hvor man enten blir forhindret eller motivert for en handling. Informant 1 sa videre i intervjuet at: «*Kreftpasienter har jo ikke det vanlige arbeidsfellesskapet sitt gjerne, og de er gjerne sykemeld så de er mye alene. Så dagene deres er mye endret fra tidligere slik at det er ikke så mange naturlige fellesskap, så vi ser at pusterommet blir en viktig sosial arena*». Her setter fysioterapeuten fokus på hvordan de kan dekke et behov som kreftpasienter mister, nettopp et fellesskap. Ved å bli en del av en treningsgruppe, som man for eksempel kan bli på *Pusterommet*, vil man nettopp bli en del av ett større fellesskap. Det å få en fast arena å gå til løpet av uken og der gjennom å få dekket et sosialt behov, kan i seg selv virke positivt for pasientene. Slike psykososiale forhold øker livskvaliteten til kreftpasienter (Kalter et al., 2018).

Støttende atferd

Støttende atferd ble en kategori underlagt tilhørighetsstøtte, nettopp fordi det har med gjensidig tillit og respekt og gjøre. Informant 6 fortalte blant annet at: «*Da sier mange at det er motiverende å vite at noen følger med. For de vet at de skal være aktive og de ønsker å være det, men det hjelper å ha noen på sidelinjen som heier på dem*». Ut ifra dette sitatet ble det observert tre utsagn som kan kategoriseres som *støttende atferd*: 1. «*noen følger med*», 2. «*heier på dem*» og 3. «*noen på sidelinjen*». At noen følger med er i denne sammenhengen et tegn på at noen bryr seg og ønsker å hjelpe. Dermed tolkes det som en støttende atferd av informant 6. «*Heier på dem*» og «*noen på sidelinjen*» kan også i stor grad assosieres med supportere i idrettssammenheng. Hvor man får bilder av noen som jubler når ting går bra, og noen som roper støttende ord når ting butter imot. Begge utsagnene blir derfor kategorisert som *støttende atferd*.

Informant 1 fortalte hvordan treningsfellesskapet på *Pusterommet* kan virke støttende for pasientene: «*De gir hverandre aksept på at i dag er dagsformen dårlig, i dag gjør man det man orker i dag, og så er det godt nok. De støtter hverandre når de gruer seg til kontroller, de er gode med hverandre og de snakker også om alt annet en kreft også*». Her er det flere tegn på støttende atferd, som : «*gir hverandre aksept*», «*godt nok*», «*de støtter hverandre*» og «*de er gode med hverandre*». Informant 3 fortalte at hun snakker ofte om familiemedlemmene til kreftpasienten og at hun kaller familien for heilagjengen. Hun gir også eksempel på en kreftpasient som forteller at familien er masete og han (kreftpasienten) plutselig ikke får lov til å delta i hverdagslige oppgaver. Da prøver informant 3 å støtte opp under handlingene familiemedlemmene til kreftpasienten gjør, og forteller i intervjuet at hun sa dette til pasienten:

«Det er jo bare kjærlighet og omtanke, men det blir litt feil det her for du klarer å gå ned å sette på oppvaskmaskinen din selv ... men det er jo bare heiagjengen din vet du, det der gjør at du kommer deg». Her påpeker informant 3 *heiagjengen*, som i denne sammenheng er familien. Hun prøver også å fortelle pasienten at hun tror *heiagjengen* gjør at han vil komme seg, da de støtter han i sykdomsforløpet og ønsker kun det beste med handlingene de gjør (Ryan & Deci, 2017b).

Boforhold og pårørende

Boforhold og pårørende omhandler prat om pasientens nærmiljø og om de som står kreftpasienten nær. Informant 2 fortalte at hun stiller kreftpasientene disse spørsmålene: «Hvordan bor du?»; «Hvem bor du sammen med?». Dette viser en interesse for hvilken tilhørighet pasienten har. Prat om pårørende og familie er mest dominerende hos informant 3. Hun fortalte at hun snakker *svært* mye om pasientens pårørende, blant annet sa hun dette i intervjuet: «Så jeg prøver å, ja pårørende er kjempeviktig. Utrolig ressurs å ha med, som regel. Så jeg snakker varmt om de og ja normaliserer også deres reaksjoner, så det er en familie som blir prega av en kreftdiagnose ikke bare pasienten selv». Ved å bruke positive adjektiv som *kjempeviktig* og *utrolig*, viser det at fysioterapeuten vektlegger å prate varmt om pasientens pårørende. Avslutningsvis i sitatet viser hun også en forståelse for at det ikke bare er kreftpasienten som blir prega av en kreftdiagnose, men det er *hele* familien. Dette sier også noe om at hun ser hele sykdomsbildet og viser empati ved å leve seg inn i andres situasjon, noe som igjen tyder på et fokus på pasientens tilhørighet (Ryan & Deci, 2017b).

5.1.4 Oppsummering av Selvbestemmelsesteorien

Etter en analyse av alle intervjuene, hvor det ble sett etter tegn til Selvbestemmelsesteoriens psykologiske behov: kompetanse, autonomi og tilhørighet, ble det observert stor grad av prinsippet kompetanse blant utvalget. Til å anslå dette ble både antall ord i *utdrag* som anses å tilhøre prat om de ulike psykologiske behovene beregnet (se tabell 2 i kapittel 4), samt en opptelling av *ord* og *uttrykk* som samsvarer med de psykologiske behovene (se tabell 3-5 i kapittel 4). Uttellingen på kompetansestøtte var så dominerende at det skiller over 2000 ord til det neste psykologiske behovet og over 150 ord og uttrykk. Det som ble nest mest nevnt blant utvalget var autonomi med 899 ord og tilhørighet ble nevnt minst med 702, om man ser på utdrag. Ved opptelling av ord og uttrykk er det helt likt mellom tegn på autonomi og tilhørighet med 35 ord og uttrykk hver.

Ut ifra det som blir sagt i intervjuene i denne studien, og etter en opptelling av utdrag, er det pasientenes autonomi noe som blir nest mest ivaretatt (se tabell 2 i kapittel 4). En forklaring på dette kan være at det er opplagt for fysioterapeutene at pasienten selv bestemmer om de ønsker å være i fysisk aktivitet, og dette kan være grunnen til at utsagn knyttet til autonomi i mindre grad kommer frem i intervjuene. Det er tross alt opp til pasientene å ta imot et tilbud om motiverende samtale til fysisk aktivitet og trening. Samtidig er formålet i denne studien å se etter hvordan autonomistøtten blir opprettholdt *under* en motiverende samtale. Etersom fysioterapeutene fortalte lite om dette anses autonomistøtte dermed å bli mindre ivaretatt. Ser man derimot på opptellingen av ord og uttrykk som anses som tegn på autonomi (se tabell 4 i kapittel 4), kommer autonomistøtte og tilhørighetsstøtte ut med et likt antall ord og uttrykk på 35 hver.

Behovet for tilhørighet blir i minst grad ivaretatt, etter en beregning av hvor mye informantene prater om dette (se tabell 2 i kapittel 4). Tilhørighet ligger likt med autonomi om man kun ser på ord og uttrykk (se tabell 5 kapittel 4). Det som skiller tilhørighet fra de andre psykologiske behovene, autonomi og kompetanse, er at informant 5 ikke er med i beregningen, med 0 ord både ved utdrag og ved opptellingen av ord og uttrykk. Informant 2 er også svært lite med i beregningen med kun 14 ord på utdrag, og 2 ord og uttrykk. Det som derimot trekker tilhørighet noe opp er at informant 1, 3 og 4 anses å prate mye om det, hvor de er beregnet til middels grad i tabell 2 (se kapittel 4).

Likevel kan det alltid diskuteres hvor valid dette resultatet er. For eksempel ser man at informant 1 pratet mye mer enn de andre til sammen (se tabell 10 i kapittel 4), og beregningen angående behovsstøtte må dermed ses i forhold til dette. Utelukkende fordi hun generelt snakker mer enn de andre, kan man ikke trekke den slutningen at hun er mye flinkere på å støtte pasientene sine på de ulike behovene. Dette må sees i sammenheng med mengden ord hun benytter når hun prater. Samtidig ser man at informant 5 kun sa 111 ord mindre enn informant 1 til sammen i løpet av hele intervjuet (se tabell 10 i kapittel 4), men er beregnet til å nesten prate 50% mindre om de psykologiske behovene (se tabell 2 i kapittel 4). Sammenligner man disse to informantene skiller dermed informant 1 seg ut, og det kan tyde på at hun i større grad benytter seg mer av Selvbestemmelsesteorien ved treningsstøttende samtaler enn informant 5. Samtidig kan *vektleggingen* av ord og uttrykk være annerledes under en samtale med en kreftpasient, og fra samtale til samtale. Her kan det også tenkes at tonefallet informantene benytter kan påvirke betydningen. Dette kunne man først fått avdekket gjennom et større antall

observasjoner av treningsstøttende samtaler mellom fysioterapeut og kreftpasient. Hadde man da fått lignende resultat, som i disse intervjuene, kunne man i større grad anslått resultatet som valid. Når det er sagt må man ta utgangspunkt i det datamaterialet som er samlet inn.

5.2 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en metode som kan benyttes til å fremme motivasjon til handling og atferdsendring (Miller & Rollnick, 2002; Tuccero et al., 2016). Ettersom metoden er omfattende og inneholder flere prinsipper til å fremme en persons indre motivasjon, ble det besluttet å komprimere disse ned til tre prinsipper. Dette ble gjort for å skape en bedre struktur over hva metoden omfatter og for å kunne skape en oversiktlig analyse, som i større grad kunne brukes til å sammenligne funnene opp mot Selvbestemmelsesteorien. Prinsippene som ble til etter en gjennomgang av metoden er:

1. Åpne spørsmål
2. Reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser
3. Videreføring av kompetanse

Prinsippene kan tenkes å dekke det mest essensielle fra Motiverende intervju som metode. Og viktigst av alt fremme endringsnakk, noe som er formålet med Motiverende intervju (Miller, 1983). Alle prinsippene anslås som like viktige, og derav er summen av disse avgjørende for hvorvidt Motiverende intervju blir benyttet av fysioterapeutene. Hvor aktivt fysioterapeutene benytter seg av prinsippene kan dermed forklare hvorvidt kreftpasientene de er i kontakt med blir motivert til fysisk aktivitet og trening. Mengden og hyppigheten av ord og setningsutdrag som har sammenheng med åpne spørsmål, reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser og videreføringa av kompetanse, legger grunnlag for hvor aktivt fysioterapeuten benytter metoden Motiverende intervju i samtale med kreftpasienter. Med *mengde* menes hvor mye hver fysioterapeut prater om de ulike prinsippene, og med *hyppighet* menes hvor ofte utvalgte ord og setningsutdrag som forbindes med prinsippene nevnes.

5.2.1 Åpne spørsmål

Spørsmål hvor det ikke forventes ett spesielt svar, kan kalles for åpne spørsmål. Dette prinsippet har som hensikt å få personen til å åpne seg for behandler, og selv velge hvilken retning samtalen skal ta. På lang sikt vil dette være gunstig, ettersom man i større grad vil klare å utarbeide en tilrettelagt plan som vil passe den enkelte, da man med åpne spørsmål blir bedre kjent med personens ønsker og verdier (Miller, 1983). I en gjennomgang av datamaterialet på

leting etter bruk av åpne spørsmål ble det ut ifra fysioterapeutenes uttalelser laget tre kategorier:

1. *Fysioterapeuten gir eksempler på hvilke åpne spørsmål som benyttes i samtale med kreftpasient*
2. *Fysioterapeuten forteller om åpne spørsmål som ønskes svar på gjennom samtalen med kreftpasient*
3. *Tegn som tyder på at fysioterapeuten stiller åpne spørsmål*

Utvalgets hyppighet av setningsutdrag som forbindes med kategoriene ovenfor kan sees i tabell 7 i kapittel 4. *Fysioterapeuten gir eksempler på hvilke åpne spørsmål som benyttes i samtale med kreftpasient* er det som ble nevnt hyppigst blant utvalget med et antall på 81. *Tegn som tyder på at fysioterapeuten stiller åpne spørsmål* er det som ble nevnt minst blant utvalget med et antall på 9.

Fysioterapeuten gir eksempler på hvilke åpne spørsmål som benyttes i samtale med kreftpasient

Den mest åpenbare kategorien som ble laget er *fysioterapeuten gir eksempler på hvilke åpne spørsmål som benyttes i samtale med kreftpasient*. Denne kategorien fikk størst utslag i analysen, hvor alle informantene viste til flere eksempler på åpne spørsmål som stilles til kreftpasientene. Bakgrunnen for at denne kategorien fikk stort utslag kan ha med at informantene jevnt over var flinke på å gi konkrete eksempler på hvordan arbeidshverdagen er. Informant 2 er den av informantene som gir flest eksempler på åpne spørsmål, hvor hun har tolv flere eksempler enn den neste. Informant 2 spør for eksempel åpne spørsmål som: «*Hvordan ser livet ditt ut?*»; «*Hva er du interessert i?*»; «*Hvor mye ønsker du å jobbe?*»; «*Hvorfor sluttet du med den aktiviteten?*»; «*Hvilke ressurser har du?*». Det som kjennetegner de åpne spørsmålene er bruk av spørreord som: *hvordan, hva, hvor, hvorfor* og *hvilke*. Ingen av de overnevnte spørsmålene legger føringer for hvilke svar som ønskes. Spørsmålene prøver å avdekke hvem pasienten er, gjennom hvilke tanker, perspektiver, følelser og verdier som er iboende hos pasienten. Dette gir informant 2 informasjon til å kunne veilede og hjelpe kreftpasienten til å motiveres til fysisk aktivitet og trening på en gunstig måte. Spørsmålene kan også få kreftpasienten til å bli bedre kjent med seg selv, gjennom å besvare store og små spørsmål som han eller hun gjerne ikke har reflektert eller tenkt over før. Ved å innse hva en selv ønsker med livet kan tenkes å føre til opplevd motivasjon til fysisk aktivitet, ettersom det man ønsker sannsynlig krever en viss fysisk form. Så der hvor man kanskje hadde stilt pasienten spørsmålet: «*Vil du ha hjelp til å trene?*», som er et lukket ja eller nei spørsmål, kan

det åpne spørsmålet som informant 3 pleier å stille pasienter: «*Hva er viktig for deg og din hverdag?*», gjøre både kreftpasienten og fysioterapeuten mer bevisst på hvilket mål man bør sette for å øke motivasjonen til fysisk aktivitet og trening. Hvilket treningsopplegg som utarbeides vil deretter avhenge av målet. Informant 5 er også en av dem som viser til flere eksempler på åpne spørsmål som stilles til pasientene, blant annet dette: «*Kan du sammen med meg visualisere hva som skal til for at du kan holde deg i jobb?*». Her har informant 5 tatt samtalen et steg videre hvor hun har fått vite at det er viktig for pasienten å være i jobb, og hun ønsker at pasienten selv skal reflektere over hvordan det kan la seg gjøre og hva som kreves av han eller hun.

Fysioterapeuten forteller om åpne spørsmål som ønskes svar på gjennom samtalen med kreftpasient

Noen av informantene gir ikke like mange eksempler på hva som sies i samtale med kreftpasienter. Det kommer likevel frem hvordan en slik samtale foregår, gjennom at de fortalte intervjuer hva de ønsker svar på gjennom samtalen. Av de informantene som ikke gir konkrete eksempler på hva som sies i samtaler med kreftpasienter, får i denne kategorien vist at de benytter seg av åpne spørsmål. Dette vises tydelig i analysen hvor de med flest eksempler slår ut minst på denne kategorien og motsatt (se tabell 7 i kapittel 4). For eksempel fortalte informant 6: «*... jeg har ikke noen andre strategier enn å bli kjent med dem og spørre hva de ønsker å få til som de ikke får til nå*». Her ser man at hennes strategi er å bli kjent med kreftpasienten gjennom å for eksempel spørre åpne spørsmål som: «*Hva ønsker du å få til som du ikke får til nå?*». Dette signaliserer at informant 6 er nysgjerrig på hvilket ønske og behov pasientene har. Sett opp mot datamaterialet til denne studien er informant 6 en av dem som stiller flest åpne spørsmål, noe som viser igjen i forrige kategori *fysioterapeuten gir eksempler på hvilke åpne spørsmål som stilles* (se tabell 7 i kapittel 4), men også i denne kategorien. Informant 6 fortalte for eksempel hvilke spørsmål hun stiller seg selv i forkant av en samtale med kreftpasient: «*Hva de har av utfordringer både fysisk og psykisk?*»; «*Hvor aktive de pleide å være?*»; «*Hvem var de før?*». Det er ut fra dette tenkelig å tro at hun stiller pasientene spørsmålene ovenfor, men at hun da omformulerer spørsmålene rettet mot pasienten.

I denne kategorien underlagt åpne spørsmål, får spesielt informant 4 vist at hun også benytter seg av åpne spørsmål, selv om hun ikke gir konkrete eksempler på det i intervjuet. Ved spørsmålet: «*Kan du fortelle meg litt om hvordan første møte med en ny kreftpasient foregår*»,

svarer informant 4: «Jeg prøver å få den det gjelder til å fortelle meg: 1. Hvorfor de er her? Om de ønsker det selv? Hva de ønsker å få ut av det, men også fortelle hvordan, hva de har forstått med deres diagnose og deres situasjon som de er i». Her tyder det på at hun stiller pasientene sine åpne spørsmål som: «Hvorfor er du her?»; «Er du her av fri vilje?»; «Hva ønsker du og få ut av denne samtalen?»; «Hva har du forstått med diagnosen og situasjonen du er i?». Hun sa også i intervjuet at hun prøver å stille åpne spørsmål, noe som dermed bekrefter hva hun også fortalte i sitatet ovenfor.

Tegn som tyder på at fysioterapeuten stiller åpne spørsmål

Den siste kategorien er *tegn som tyder på at fysioterapeuten stiller åpne spørsmål*. Her kategoriseres det som anses som enkle, men viktige tegn å få med i analysen av datamaterialet underlagt prinsippet åpne spørsmål. Et eksempel som tilhører denne kategorien er at informantene sa selv at de stiller åpne spørsmål, noe informant 1, 2, og 4 gjorde. Informant 2 sa også: «Da er det å kartlegge hvilke ressurser har de rundt seg nå». Ved å bruke ordet *kartlegge* forstås her som at man går i dybden i et tema, og ønsker å få en oversikt. For å få til det må man dermed stille ulike spørsmål, og gjerne åpne spørsmål. Informant 4 fortalte også at hun stiller åpne spørsmål og utdyper det med: «Jeg prøver å få den som sitter på den andre siden til å fortelle og litt hvordan det berører en». Ved å bruke ordet *fortelle* kan det tyde på at det stilles åpne spørsmål, ettersom et lukket spørsmål i mindre grad gjør at man kan fortelle. Er spørsmål lukket, slik at man kan svare ja eller nei, må man nettopp ikke fortelle og utdype svaret om man ikke ønsker det. Stiller man ett eller flere åpne spørsmål er man i motsetning nødt til å fortelle.

Informant 2 er den som anses å vise flest tegn på åpne spørsmål. Hun kom blant annet med disse utsagnene: «Finne ut hva som trigger dem og hva de skal bruke det til»; «Høre om hva de ønsker å bruke dette til selv». Her sa hun utsagn som: «Finne ut hva som trigger dem ...» og «Høre om hva de ønsker ...», noe som kan si noe om at hun er på leting etter forklaringer og underliggende tanker hos pasienten. En omformulering av eksemplene ovenfor kan være: «Høre om pasienten liker dans» og «Spørre om god musikk trigger dem». Her ser man at disse tenkte eksemplene er lukkede spørsmål som ikke forventer mer enn ja eller nei til svar. Spør man de mer åpne som det kan se ut til at informant 2 gjør, kan ikke pasientene kun svare ja eller nei noe som gjør at hun også blir bedre kjent med kreftpasienten. Når informant 2 blir spurt oppfølgingsspørsmålet: «Men du stiller da gjerne åpne spørsmål og reflekterer, det er metoden

du bruker?»), svarer hun «ja». Dette bekrefter dermed at informant 2 benytter åpne spørsmål i samtale med kreftpasienter.

5.2.2 Reflekerende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser

Ved reflekterende lytting menes at man følger opp det en person sier (Miller, 1983). Dette kan gjøres på ulike måter. Man kan teste ut en antakelse «Mener du ...?», og man kan omformulere det personen sier for å få en bekreftelse eller avkrefte av en antakelse, eksempelvis: «Det er viktig for deg å klare å gå på jobb?». Formålet med reflekterende lytting er å fremme autonomi, selvtillit og selveffektivitet til personen (Miller, 1983). Ved bekreftende utsagn stiller man ikke spørsmål, men man konkretiserer gjerne det personen sier og styrker uttalelsen, som: «Det er kjempebra at du ønsker å gå på jobb, men at du klarer å besøke jobben én gang i uken er bra nok, da beholder du kontakt med kollegaene dine».

Etter en gjennomgang av datamaterialet, i lys av reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser, ble det utarbeidet tre kategorier på bakgrunn av fysioterapeutenes uttalelser:

1. *Reflekerende lytting*
2. *Styrkende og aksepterende uttalelser*
3. *Oppfølgingsspørsmål*

Utvalgets hyppighet av setningsutdrag som forbindes med kategoriene ovenfor kan sees i tabell 8 i kapittel 4. *Styrkende og aksepterende uttalelser* er det som ble nevnt hyppigst blant utvalget med et antall på 27. *Reflekerende lytting* er det som ble nevnt minst blant utvalget med et antall på 10.

Reflekerende lytting

Denne kategorien omhandler tegn som tyder på at informantene driver med reflekterende lytting i samtale med kreftpasienter. I gjennomgangen ble det kun avdekket eksempler på reflekterende lytting hos informant 5 og informant 6. Informant 6 er den som viser flest tegn på reflekterende lytting med 13 setningsutdrag (se tabell 8 i kapittel 4), gjennom utsagn som: «*Så hjelper jeg dem til å trekke det ut og sammenfatte det.*». Sitatet anses som tegn på reflekterende lytting ettersom informant 6 fortalte handlinger hun gjør på bakgrunn av det kreftpasientene sier. Det kan tenkes at utsagnet *trekke ut* er et ønske om å konkretisere pasientens egne tanker, og ved *sammenfatte det* kan det tenkes at pasienten ikke har helt oversikten og trenger dermed hjelp til å sortere tankene eller ønskene. Informant 5 sa på sin side disse utsagnene: «*Så deler jeg det opp*»; «*Jeg stykker det opp og så tenker vi sammen*». Dette tolkes her som tegn på

reflekterende lytting ettersom hun ønsker å gå mer i dybden på uttalelser som pasienten kommer med. Ved å dele og stykke opp det pasientene sier, forbindes her med et ønske om en bedre forklaring på utsagn, eller at man ønsker å finne bakenforliggende årsaker. Ved å dele eller stykke opp et utsagn er det også sannsynlig at det blir stilt oppfølgingsspørsmål, som er en egen kategori underlagt prinsippet reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser.

Ordet *innspill* ble også ansett som å være et tegn på reflekterende lytting, hvor informant 6 sa: «*Man skal komme med innspill som hjelper pasienten.*». Ordet *innspill* tolkes her som at informant 6 ønsker å tilføre nye aspekter til det pasienten selv sier. Det vil si at om kreftpasienten sier: «Jeg ønsker å få inn litt mer fysisk aktivitet i hverdagen», kan et innspill være «Hva om du prøver å gå til butikken som ligger 10 minutter unna, istedenfor å kjøre bil?». Om det er dette informant 6 mener med innspill, tyder det på at hun driver reflekterende lytting, ettersom man hører det personen sier og man kommer med en respons som er passende (Miller, 1983).

Styrkende og aksepterende uttalelser

Styrkende og aksepterende uttalelser omhandler at fysioterapeutene gir bekreftelse og styrker uttalelser pasientene kommer med. Informant 1 gir flere tegn på dette gjennom intervjuet, eksempelvis: «*Jeg starter gjerne med en aksept om at det er lov å ikke elske å trene, det er helt greit. Jeg sier alltid det at det er mange som har det som deg, så det at det å gi dem litt støtte på at det er ikke nødvendigvis lykke for alle å trene og at det kan være vanskelig å motivere seg, det gir jeg forståelse på og normaliserer det litt, at det er mange som tenker som deg*». Det at informant 1 sa: «*... det er lov å ikke elske og trene, det er helt greit*» tyder på en aksept. Dette sa også informant 1 selv: «*Jeg starter gjerne med en aksept*». Videre sa informant 1: «*... det er ikke nødvendigvis lykke for alle å trene*», noe som igjen er en aksept til pasienten om at det nødvendigvis ikke er lykke for alle å trene. Hadde informant 1 vært mindre empatisk i denne sammenhengen kunne tenkte eksempler på utsagn vært: «Jeg forstår ikke hvorfor du ikke elsker å trene»; «Jeg sier alltid at det er ikke mange som har det som deg»; «Det er ikke vanskelig å motivere seg». Her fornekte man det personen sier, gjennom fravær av forståelse og empati. Sammenligner man disse tenkte utsagnene med sitatene fra informant 1 ser man tydelig at hun både viser forståelse, og at hun ønsker å tilpasse seg pasientens tanker angående fysisk aktivitet og trening.

Informant 6 viser også til flere eksempler på styrkende og aksepterende uttalelser i intervjuet, eksempelvis: «Iblant så prøver jeg å hjelpe dem til å tenke «good enough», trygge dem på at når du får til det du har lyst til å få til så kanskje det er bra nok». Her ser man både styrkende og aksepterende uttalelse gjennom at hun ønsker at pasientene skal tenke bra nok. Dette utsagnet tyder på at informant 6 ønsker at pasientene skal tenke positivt og sette forventningene ned til et realistisk nivå, og at det er han eller hun klarer er bra nok. Når en pasient forteller til informant 1 at han eller hun kun har gått en tur på 10 minutter svarer hun: «Så sier jeg, vet du 10 min kjempestor forskjell kontra å ikke gjøre noen ting». Her gir informant 1 tydelig aksept på at 10 min er mer enn godt nok, og sammenlignet med ingenting er det kjempebra jobbet av pasienten ifølge informant 1.

Informant 4 viser også tegn til å fremkalle og styrke uttalelser gjennom utsagnene: «Jeg gir dem «cred» for det istedenfor at de går rundt med dårlig samvittighet for de ikke gjør noe»; «Jeg prøver å fremheve det positive med det»; «Hjelper dem til å se hvor mye de gjør». Her viser informant 4 til at hun både ønsker å fremkalle og styrke pasientens uttalelser og fremheve det pasienten klarer av fysisk aktivitet. Hun ønsker at de ikke skal gå med dårlig samvittighet for å ikke gjøre noe. Dette sier noe om at hun gir bekreftelse til kreftpasientene om at de ikke skal presse seg selv utover det de ønsker eller klarer. Ved at hun prøver å hjelpe dem til å se hvor mye de gjør, viser igjen et ønske om å fremkalle og styrke det pasienten kanskje ikke selv ser eller trenger bekreftelse på at er bra nok.

Om man vil øke sannsynligheten til å lykkes med reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser, forutsetter det at fysioterapeuten viser respekt for pasienten (Miller, 1983). Etter gjennomgang av datamaterialet ble det observert flere tegn til at fysioterapeutene ønsker å vise respekt til pasientene. Informant 1 viser dette på ulike måter: hun ønsker å formidle en aksept for at det pasienten føler er helt i orden. Hun ønsker videre å gi dem støtte og forståelse og hun ønsker å normalisere tanker pasientene har. Dette kan tyde på at hun ønsker å vise en respekt overfor pasienten.

Oppfølgingsspørsmål

Når man stiller oppfølgingsspørsmål, uttrykker man en interesse og nysgjerrighet. Man hører det personen sier, og man følger det opp med et nytt spørsmål som får personen til å fortelle mer detaljert på et dypere eller bredere nivå. *Oppfølgingsspørsmål* kategoriseres derfor her som et eksempel på reflekterende lytting. Informant 3 gir eksempler på oppfølgingsspørsmål i

intervjuet. Hun fortalte først om en pasient som sa til henne at han eller hun går turer. Informant 3 stiller dermed et oppfølgingsspørsmål: «*Hvordan er de turene da?*». Et tenkt «scenario» er da at pasienten forteller at turene er greie, og da stiller informant 3 enda et spørsmål til pasienten: «*Ja blir du andpusten under turen?*»; «*For det jeg egentlig spør deg om nå er om du får treningseffekt eller ikke av den turen?*». Eksemplene på oppfølgingsspørsmål ovenfor forstås her som reflekterende lytting, ettersom fysioterapeut lytter til det pasienten sier, og prøver deretter å få ut så mye informasjon av pasienten som mulig. Det kan virke som hun har gjort seg opp en tanke om at pasienten er inne på noe, prøver å trene, men at informant 3 er usikker på hvor god effekt han eller hun får ut av turene. Dermed blir oppfølgingsspørsmålet om puls et spørsmål, slik at hun kan bekrefte eller avkrefte treningseffekten.

Informant 5 fortalte noe lignende under intervjuet. Hun er opptatt av å finne ut hvem pasientene er, og hva de likte å gjøre før sykdommen. Informant 5 fortalte for eksempel: «*Hvis de sier til meg at: «Jeg har aldri likt å trene», så sier jeg: «Hvis vi tar bort trening hva likte du å gjøre når du brukte kroppen din? Gikk du til butikken? Kjørte du alltid bil?»*». Når jeg går inn i denne tematikken så er det en tanke for meg å kartlegge, hvor er de? Hvilke forhold har de til fysisk aktivitet og trening?». Her viser informant 5 at hun prøver å komme i dybden på pasientens interesser og motivasjon. For som hun fortalte videre i intervjuet, er det viktig for henne å bli godt kjent med pasientene og lete etter små eller store tegn og mål som kan være drivkraft til fysisk aktivitet.

Oppfølgingsspørsmål som er konkrete, hvor man ikke kan forvente et lengre svar enn ja eller nei, kan være gunstig å benytte som et oppfølgingsspørsmål. For det er tenkelig at det for noen pasienter er vanskelig å alltid fortelle og utdype et stort åpent spørsmål. Ved å stille noen konkrete oppfølgingsspørsmål kan det føre til at pasienten blir tryggere på hva fysioterapeuten ønsker å vite noe om. Ved spørsmål som: «*Kan du fortelle litt om hvordan du var fysisk aktiv før du ble syk?*», kan det tenkes at noen tror at det forventes et så detaljert svar som hvor ofte de har tatt i en spinningssykkel eller løftet en vektstang. Men ved å stille oppfølgingsspørsmålene: «*Gikk du til butikken eller kjørte du alltid bil?*» som informant 5 benytter, kan det kanskje gi en åpenbaring til pasienten: «*Ah.. det var så hverdagslig hun tenkte*».

Informant 6 gir eksempel på hvordan oppfølgingsspørsmål kan få pasienten til å reflektere over egne utsagn. Hun hadde en pasient som fortalte alt han eller hun fikk til før sykdommen. Da

følger informant 6 opp med: «Okey, og det får du ikke til nå?», pasient svarer så: «Jo, jo jeg får til det!». I første omgang ser det ut til at pasienten forteller om alt han eller hun fikk til før sykdommen, men etter oppfølgingsspørsmålet fra fysioterapeuten kommer det frem at dette også er ting som pasienten får til i dag. Tolkningen av dette er at oppfølgingsspørsmålet fra Informant 6 får pasienten til å innse at han eller hun faktisk får til mye til tross for kreftsykdommen. Hadde ikke informant 6 stilt oppfølgingsspørsmålet: «Okey, og det får du ikke til nå?», kunne man tenke seg at pasienten ikke innså dette på egenhånd. Oppfølgingsspørsmålet til informant 6 fikk dermed pasienten til å reflektere over egne handlinger. Samtidig som informant 6 får økt forståelse for hva pasienten tenker og føler.

5.2.3 Videreføring av kompetanse

Videreføring av kompetanse omhandler at en behandler, i denne sammenhengen en fysioterapeut, tilfører kreftpasienten faglig kunnskap, som hvordan man kan og/eller bør trene (Miller, 1983). Ettersom behovet for kompetanse i Selvbestemmelsesteorien anses å stemme godt overens med videreføring av kompetanse underlagt Motiverende intervju, er analysen benyttet begge steder. Dermed er kategoriene de samme her, som under Selvbestemmelsesteorien:

1. *Begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse*
2. *Sykdomsbegrep*
3. *Belærende utsagn*
4. *Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse*

Utvalgets hyppighet av ord og uttrykk som forbindes med kategoriene ovenfor kan sees i tabell 9 i kapittel 4. *Begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse* er det som ble nevnt hyppigst blant utvalget med et antall på 89. *Ord og uttrykk som forbindes med kompetanse* er det som ble nevnt minst blant utvalget med et antall på 11.

Ettersom kompetanse allerede er analysert under Selvbestemmelsesteorien, vil det her bli satt fokus på hvordan *videreføringen* gjøres. For ifølge Miller (1983) bør man videreføre kompetanse på en minst mulig pressende måte, og det kan for eksempel være gunstig å *be om lov* fra pasienten som skal motiveres. For å avdekke hvor godt utvalget oppfyller dette ble det dermed sett etter ord som: *forslag, innspill, be om lov*.

Informant 6 er den eneste i utvalget som ser ut til å ta en passiv rolle ved videreføring av kompetanse, basert på hva informantene fortalte i intervjuet. Informant 6 sa tre ganger i

intervjuet ordet *innspill*, hvor ett av eksemplene hun gir er: «*Da sier jeg det og spør om jeg kan komme med et innspill?*». Dette er et godt eksempel på at informant 6 ikke ønsker å presse pasienten til å tilegne seg kunnskap, men legger heller opp til at det skal være opp til pasienten selv om han eller hun ønsker hennes tanker og innspill.

Kategorien *belærende utsagn* kan i denne sammenheng se ut til å ikke stemme overens med det å videreføre kompetanse på en minst mulig pressende måte. Dette på bakgrunn av at det *ikke* gis eksempler på at de *spør om lov* før de informere pasientene. Ved *belærende utsagn* menes uttrykk som: «*jeg sier*», «*jeg snakker*» og «*jeg underbygger*». Om denne antakelsen stemmer overens med hvordan den faktiske samtalen foregår, er uvisst og må tas i betraktning. Samtidig burde utvalget gitt et klarere bilde på at de fokuserer på å spør pasientene om lov, eller at de gir forslag om det er det de pleier å gjøre. Ifølge Miller (1983) bør man spørre pasientene om man kan få komme med litt informasjon eller innspill, og deretter belære pasienten. Ut ifra intervjuene i denne studien kommer ikke dette tydelig frem. Det kan virke som at flere av informantene er rett på sak, og har en stor iver til å videreformidle informasjon. Ved å pøse på med informasjon viderefører man kompetanse, men det er kanskje ikke den beste måten å gjøre det på ifølge Motiverende intervju (Miller, 1983). Ved å intervju fysioterapeutene i stedet for å observere en samtale mellom fysioterapeut og pasient kan dette inntrykket være feilaktig, noe som vil bli diskutert nærmere i slutten av kapittelet. For det er tenkelig å tro at i en observasjon ville man sett en mildere innfallsvinkling og en mindre pressende måte å videreføre kompetanse på. Samtidig er dette uvisst, og ettersom man her ikke har observert må man ta utgangspunkt i datamaterialet som er samlet inn gjennom intervju.

5.2.4 Oppsummering av Motiverende intervju

Etter analysen av alle intervjuene hvor det ble sett etter tre prinsipper fra Motiverende intervju, ble det observert størst grad av prinsippet videreføringa av kompetanse. Til å anslå dette ble både antall ord i utdrag som anses å tilhøre prat om de ulike prinsippene beregnet (se tabell 6 i kapittel 4), samt en opptelling av ord og uttrykk som samsvarer med de ulike prinsippene beregnet (se tabell 7-9 i kapittel 4). I Uttellingen av videreføring av kompetanse sammenlignet med prinsippet åpne spørsmål skiller det 1397 ord ved opptelling av utdrag, og 80 ord og setnings utsagn. Tar man bort kategorien *belærende utsagn* under videreføring av kompetanse, er dette prinsippet fortsatt mest benyttet blant utvalget. Der er imidlertid usikkert hvor valid dette resultatet er, ettersom vektleggingen av ord og setningsutdrag kan variere etter hvem som studerer datamaterialet. Hva informantene fortalte i intervjuene kan også variere opp mot

virkeligheten, og fra samtale til samtale. For som nevnt under oppsummeringen av Selvbestemmelsesteorien, se punkt 5.1.4, burde man gjort flere observasjoner i tillegg til intervju for å kunne øke validiteten av resultatet. Tar man likevel utgangspunkt i datamaterialet som er samlet inn, kan det se ut til at prinsipper fra Motiverende intervju blir benyttet blant utvalget.

Blant prinsippene er det observert minst tegn til reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser i datamaterialet, noe som det kan være ulike forklaringer på. Dette kan ha en sammenheng med spørsmålene i intervjuguiden, men det kan også tyde på at informantene i liten grad driver med reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser. For spørsmålene i intervjuet la imidlertid ingen føringer for hva som blir gjort, ettersom de var store og åpne spørsmål som: «Hvordan foregår en samtale med kreftpasient?». Hadde intervjuer spurt mer spørsmålet lukket, som: «Driver du med reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser?», er det kanskje naturlig å tenke at flere hadde svart ja, da man blir mer oppmerksom på det. Det kan også tenkes at det er vanskelig å se seg selv utenfra og huske hva man selv gjør i gitte situasjoner. Analysen viser likevel til flere tegn på reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser, men det kan se ut til at det gjøres i mindre grad enn det stilles åpne spørsmål og videreføres kompetanse.

5.3 Selvbestemmelsesteorien sett opp mot Motiverende intervju

Tidligere i kapitlet har datamaterialet blitt diskutert opp mot Selvbestemmelsesteoriens psykologiske behov: 1. kompetanse, 2. autonomi og 3. tilhørighet (Ryan & Deci, 2017b), og opp mot tre prinsipper fra Motiverende intervju: 1. åpne spørsmål, 2. reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser og 3. videreføring av kompetanse (Miller, 1983). Videre er ønsket å sammenligne Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju, ved å se på likheter og ulikheter. Ettersom det psykologiske behovet kompetanse, og prinsippet videreføring av kompetanse, er kategorisert som det samme i analysen, vil de to resterende behovene fra Selvbestemmelsesteorien og prinsippene fra Motiverende intervju diskuteres opp mot hverandre.

Autonomi versus åpne spørsmål

Det psykologiske behovet autonomi og prinsippet åpne spørsmål, kan med første øyekast se ut til å være ulike. Men går man dypere inn i hva som beskriver behovet for autonomi vil man

kanskje se at for å styrke en persons autonomi bør det stilles åpne spørsmål. Og ser man på prinsippet åpne spørsmål og hvilke underkategorier som ble til på bakgrunn av utvalgets utsagn, finner man også åpne spørsmål som har med å styrke en persons autonomi. Flere av de åpne spørsmålene fysioterapeutene stiller går nemlig ut på å gi kreftpasienten et valg eller å beskrive hva han eller hun føler, som informant 1: «*Hva er viktig for deg nå?*»; «*Hvordan ønsker du å komme i gang med tilpasset trening til din type kreftbehandling?*». Dette er eksempler på to åpne spørsmål, samtidig er dette også kategorisert som tegn på autonomisøtte, og er plassert under kategorien *selvbestemmelse*. Informant 3 gir dette eksempelet i intervjuet: «*Hva er realistisk for deg å få til av trening?*». Dette er et åpent spørsmål som ikke legger frem alternativer til typer eller mengde trening. Spørsmålet er også tegn på selvbestemmelse, ettersom informant 3 ønsker at pasienten selv skal uttrykke hva som er realistisk å få til.

Samtidig som det finnes flere likheter mellom behovet autonomi og prinsippet åpne spørsmål, bør det pekes på ulikhetene dem imellom og hvorfor ikke disse er analysert på samme måte. For eksempel så er prinsippet åpne spørsmål et mer konkret prinsipp, i form av at det må vises tegn på spørsmål. Det vil si at fysioterapeuten må gi konkrete eksempler på åpne spørsmål, fortelle hvilke åpne spørsmål som ønskes svar på, eller gi tydelige tegn på at dette gjøres, som informant 1: «*Jeg stiller åpne spørsmål*». Autonomi er dermed mer åpent i den grad at det trenger ikke ha noe med spørsmål å gjøre for at man skal kunne kategorisere det som autonomistøtte. *Hjelpende atferd* at fysioterapeuten vil hjelpe til med å legge til rette og ikke presse og kommandere, ble sett på som tegn til autonomi. *Ansvarlighet*, i den grad at fysioterapeuten hevder at kreftpasientene får et tilbud, men de er selv ansvarlige for å ta imot eller benytte seg av det, viser også tegn på at det er en valgfrihet over det hele, og at det er noe de må bestemme seg for selv å ta imot. Kategorien *selvbestemmelse* er kanskje den som ligner åpne spørsmål, men også her måtte det ikke være et konkret spørsmål som kom fra fysioterapeuten for at det skulle være tegn på selvbestemmelse. For eksempel sa informant 5: «*Målene skal være formulert av pasienten selv*». Dette er et tydelig tegn på at pasienten skal ha selvbestemmelse og råde over egne handlinger, og pasienten skal være autonom (Ryan & Deci, 2017b). Dette utsagnet er derimot ikke et åpent spørsmål. Det blir heller ikke kategorisert som tegn på åpent spørsmål, og det skiller dermed tegn på autonomi og åpne spørsmål fra hverandre. Det interessante med dette er at selv om kategorien autonomi høres bredere og større ut, er det beregnet mindre antydninger til autonomistøtte enn prinsippet åpne spørsmål. Ved opptelling av ord og utdrag ble det beregnet 132 ord på åpne spørsmål (se tabell 7 i kapittel 4), og 35 ord og uttrykk på autonomi (se tabell 4 i kapittel 4).

Tilhørighet versus reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser

Tilhørighet og reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser kan også sammenlignes, på bakgrunn av empatiske trekk. Ved empatiske trekk menes i denne sammenheng tegn på at fysioterapeuten er opptatt av å vise aksept og omsorg til kreftpasienten. Når det ble lett etter tegn på tilhørighetsstøtte ble kategorien *støttende atferd* til. Denne kategorien kan sammenlignes med eksempler på *styrkende og aksepterende uttalelser*, på bakgrunn av at begge kategoriene samler uttalelser som omhandler aksept og omsorg. Informant 1 fortalte i intervjuet om treningsgruppen hun leder: «*De gir hverandre aksept på at i dag er dagsformen dårlig, så i dag gjør man det man orker i dag og så er det godt nok. De støtter hverandre når de gruer seg i kontroller, de er gode med hverandre ...*». Her settes det fokus på viktigheten av at kreftpasienter omgås et støttende fellesskap, hvor man gir aksept for dårlig dagsform og at det er lov å grue seg til kontroller. Dette utsagnet ble ikke kategorisert som *reflekterende lytting*, men det kan til en viss grad sammenlignes med underkategorien *styrkende og aksepterende uttalelser*. Styrkende og aksepterende uttalelser fra informantene var eksempelvis: «*... hjelpe dem til å tenke «good enough» trygge dem*» (informant 6); «*Ja, men det er helt fint, for da har du et godt grunnlag*» (informant 4); «*Vet du hva? 10 min er kjempestor forskjell kontra å ikke gjøre noen ting*» (informant 1).

Kategorien *reflekterende lytting* kan også sammenlignes med *støttende atferd*, gjennom at det pasientene forteller blir lyttet til og fysioterapeutene følger opp det som blir sagt på en empatisk måte. Eksempelvis informant 6: «*Man skal komme med innspill som hjelper pasienten*»; «*Hjelpe dem til å sette mål som er oppnåelige*». Utsagnene viser her tegn på støttende atferd, gjennom ord som *hjelpe*, *innspill* og *sette mål* som er oppnåelige. Informant 6 ser ut til å ha et fokus på å hjelpe og tilrettelegge for hver enkelt, og ikke presse eller kreve noe av pasientene. Det at hun sa at man *skal* komme med innspill som *hjelper* pasientene, kan tyde på at hun aktivt benytter seg av prinsippet reflekterende lytting gjennom å fremkalle og styrke uttalelser, gjennom at hun støtter opp under pasientenes ønsker, og hjelper dem på riktig vei gjennom å sette realistiske mål.

5.4 Diskusjon av studiens metodiske begrensninger

Ettersom det er gjennomført et kvalitativt intervju er det tenkelig å tro at det fysioterapeutene fortalte kan stride mot virkeligheten. Det kan stilles spørsmål ved om den som har intervjuet

fysioterapeutene har klart å få frem det studien hadde som hensikt å undersøke, og om resultatet på bakgrunn av det kan kalles valid (Pervin, 1984, s. 48). For i større grad å kunne anslå en sammenheng mellom det fysioterapeutene gjenforteller og virkeligheten, og øke studiens validitet, kunne man for eksempel gjennomført observasjoner i tillegg til kvalitative intervju. Da kunne man ha sammenlignet det fysioterapeutene sa opp mot hva de gjør i praksis. Observasjon alene som forskningsmetode ansås samtidig ikke like gunstig til denne studien, på bakgrunn av manglende forskningsartikler på liknende områder. Etersom det ikke ble funnet at det tidligere har blitt undersøkt hvordan fysioterapeuter driver treningsstøttende samtaler med kreftpasienter, ble det ansett vanskelig å vite hva man skulle sett etter ved en observasjon. Det kunne også tenkes at fokuset hadde falt mer på samspeillet mellom fysioterapeut og kreftpasient, og mindre på fysioterapeuten alene, noe som var ønsket i denne studien.

Transkripsjonen av datamaterialet har den begrensningen at det ikke fanges opp informantenes mimikk, ettersom det ble benyttet diktafon og ikke videopptak. Det ble også valgt å unnlate å notere informantenes tonefall på ord og uttrykk, og om fysioterapeuten tok pauser. Dette begrunnes i at formålet med studien var å undersøke *arbeidsmetoder* og *erfaringer* omkring treningsstøttende samtaler. Fysioterapeutenes mimikk, tonefall og eventuelle pauser ble dermed ansett å være mindre relevant i denne studien. Likevel er det nevnt som en av begrensningene med studien, noe som begrunnes i at det kan endre betydningen av det informanten sa til en viss grad. Hvis man for eksempel gir en beskrivelse av hvordan et møte med en kreftpasient er, kan fysioterapeuten gi et visst inntrykk av dette gjennom valg av tonefall, som at det er et hyggelig eller trist møte. Ved mimikk kan utvalget på samme måte få intervjuer til å føle betydningen av det informanten forteller. Informanten kan med ansiktsuttrykk for eksempel uttrykke en usikkerhet over hvordan hun driver samtale med kreftpasient. Flakkende blikk eller ved at informanten ser mye ned eller bort fra intervjuer samt tar lang pause før et svar, kan det tolkes som tegn på usikkerhet. Samtidig kan både tonefall, mimikk og pauser tolkes på ulike måter, og derfor kan intervjuers tolkning av dette stride imot informantens mening.

I analysen blir datamaterialet, det informantene forteller, tolket opp mot Selvbestemmelsesteoriens psykologiske behov og tre prinsipper fra Motiverende intervju. Hvordan dette tolkes kan stride mot fysioterapeutenes mening, og opp mot andres perspektiv og oppfatning (Thagaard, 2009, s. 191). Til hvert psykologiske behov og hvert prinsipp ble det også utarbeidet flere kategorier, på bakgrunn av utvalgets utsagn. Om kategoriene er en riktig

tolkning av utsagnene, og opp mot de psykologiske behovene i Selvbestemmelsesteorien og tre prinsipper tilhørende Motiverende intervju, kan også diskuteres.

Utgangspunktet for en tolkning av kvalitativt intervju avhenger av forskerens tolkning og hvordan informantene forstår seg selv og sin livsverden (Thagaard, 2009, s. 190), i denne sammenheng sine arbeidsmetoder. I denne studien er det kun én som har studert datamaterialet, og dens oppfatning kan også endres flere ganger om analysen gjøres om igjen (Thagaard, 2009, s. 199). Det er også en risiko for at andre personer hadde tolket informantenes utsagn forskjellig (Thagaard, 2009, s. 200). Skulle man gjort analyseprosessen mer reliabel, kunne forskningen blitt styrket ved at flere personer analyserte datamaterialet og kodet det ut ifra deres perspektiv og oppfatning (Thagaard, 2009, s. 199). Hadde flere analysert og tolket noe av det samme kunne man i større grad anslått resultatet som reliabelt. For å styrke den foreliggende analysen ble det besluttet å gjøre en opptelling av hvor mye fysioterapeutene *pratet* om de psykologiske behovene fra Selvbestemmelsesteorien og tre prinsipper fra Motiverende intervju. Det ble også gjort en opptelling av ord, uttrykk og setningsutdrag, som anses å tilhøre behovene og prinsippene. Dersom ett behov både ble *pratet* mest om, og opptellingen av ord, uttrykk og setningsutdrag fikk høyest antall kunne man i større grad hevde at dette behovet gis det mest støtte til blant informantene i utvalget. Det ble også gjort en opptelling av hvor mye hver enkel informant prater til sammen i intervjuet. Dette ble gjort for å kunne sammenligne mengden ord totalt opp mot mengden ord om behovene og prinsippene som analysen tok for seg. For det er tenkelig å tro at noen bruker mer ord på å forklare en situasjon eller arbeidsmetode enn andre.

6.0 Konklusjon

Som problemstillingen lyder: *Hvordan motiverer fysioterapeuter kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori?*, har det nå blitt undersøkt hvordan et utvalg fysioterapeuter motiverer kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, i hovedsak sett opp mot Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju. Gjennom en analyse av datamaterialet, hvor det ble undersøkt tegn til tre psykologiske behov og tre prinsipper, er det avdekket tegn til både Selvbestemmelsesteorien og Motiverende intervju. Det ble funnet flest tegn til videreføring av kompetanse, noe som er et av behovene i Selvbestemmelsesteorien og ett prinsipp fra Motiverende intervju. Funnene er basert på en tolkning av det fysioterapeutene forteller i ett intervju, og på bakgrunn av ord, uttrykk og setningsutdrag som anses å omhandle kompetanse, som begrep knyttet til fysisk aktivitet og mental helse.

Åpne spørsmål er det prinsippet som ble observert nest mest etter behovet for kompetanse og prinsippet videreføring av kompetanse. Informantene gav 1-29 eksempler på åpne spørsmål som benyttes av dem i samtale med kreftpasienter og de fortalte også hvilke åpne spørsmål de ønsker svar på. Dette førte til at bruk av åpne spørsmål også var svært hyppig benyttet av fysioterapeutene til å motivere kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening. Når det er sagt betyr det også at prinsipper fra Motiverende intervju er det som ser ut til å være mest benyttet blant utvalget, sammenlignet med de psykologiske behovene fra Selvbestemmelsesteorien. Det vil si at fysioterapeutenes støtte til autonomi og tilhørighet ikke er like fremtredende som de resterende prinsippene. Samtidig kan vektleggingen av ord og forklaringer i intervjuet ha ulik dybde og betydning, noe som bør tas i betraktning.

Denne studien har avdekket at fysioterapeuter benytter flere prinsipper fra atferdsendringsteorier i samtale med kreftpasienter om fysisk aktivitet og trening. Videre forskning bør gjøre observersjoner av treningsstøttende samtaler mellom fysioterapeuter og kreftpasienter for å kunne avdekke *hvordan* en slik samtale foregår. Det kunne også vært interessant å gjort oppfølgingsamtaler med kreftpasienter som har deltatt i en slik samtale, for å kunne estimere effekten av den.

7.0 Referanseliste

- Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., Montgomery, P. S. & Gardner, A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health qual life outcomes*, 4(37), 1-6.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-37>
- Aktivmotkreft (u.å. a). *Aktiv mot kreft*. Aktiv mot kreft. Hentet 27. april 2021 fra <https://aktivmotkreft.no/>
- Aktivmotkreft (u.å. b). *Velkommen til pusterommet*. Aktiv mot kreft. Hentet 8. mars 2021 fra <https://aktivmotkreft.no/pusterommet/>
- Aktivmotkreft (u.å. c). *Velkommen til pusterommet LIVE!* Aktiv mot kreft. Hentet 8. mars 2021 fra <https://aktivmotkreft.no/pusterommet-live/>
- Amireault, S., Fong, A. J. & Sabiston, C. M. (2016). Promoting healthy eating and physical activity behaviors: A systematic review of multiple health behavior change interventions among cancer survivors. *American journal of lifestyle medicine*, 12(3), 184-199. <https://doi.org/10.1177/1559827616661490>
- Anderson, A. S., Mackison, D., Boath, C. & Steele, R. (2013). Promoting changes in diet and physical activity in breast and colorectal cancer screening settings: An unexplored opportunity for endorsing healthy behaviors. *Cancer prevention research*, 6(3), 165-172. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-12-0385>
- Anderssen, S. A. & Strømme, S. B. (2001). Fysisk aktivitet og helse – anbefalinger. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121(17), 2037-2041.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual reviews*, 52, 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bauer, M. R., Bright, E. E., MacDonald, J. J., Cleary, E. H., Hines, J. & Stanton, A. L. (2018). Quality of life in patients with pancreatic cancer and their caregivers: A systematic review. *Pancreas*, 47(4), 368-375.
<https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000001025>
- Berge, T. (u.å). *Hva er depresjon?* Norsk psykologisk forening.
<https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-depresjon>
- Bouchard, C., Shepard, R. J. & Stephens, T. (Red.). (1994) *Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement*. Champaign: Human Kinetics

- Bower, J. E., Wiley, J., Petersen, L., Irwin, M. R., Cole, S. W. & Granz, P. A. (2018). Fatigue after breast cancer treatment: Biobehavioral predictors of fatigue trajectories. *Health psychology journal*, 37(11), 1025-1034. <https://doi.org/10.1037/hea0000652>
- Buffart, L. M., Galvão, D. A., Brug, J., Chinapaw, M. J. M. & Newton, R. U. (2014). Evidence-based physical activity guidelines for cancer survivors: Current guidelines, knowledge gaps and future research directions. *Cancer treatment reviews*, 40(2), 327-340. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2013.06.007>
- Buffart, L. M., Kalter, J., Sweegers, M. G., Courneya, K. S., Newton, R. U., Aaronson, N. K., Jacobsen, P. B., Mai, A. M., Galvão, D. A., Chinapaw, M. J., Steindorf, K., Irwin, M. L., Stuiver, M. M., Hayes, S., Griffith, K. A., Lucia, A., Mesters, I., van Weert, E., Knoop, H., ... Brug, J. (2017). Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer treatment reviews*, 52, 91-104. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.11.010>
- Bøhn, M. (1990). *Kreftpasienter og fysioterapi*. Kommuneforlaget.
- Campbell, A., Stevinson, C. & Crank, H. (2012). The BASES expert statement on exercise and cancer survivorship. *Journal of sports sciences*, 30(9), 949-952. <https://doi.org/10.1080/02640414.2012.671953>
- Cancer registry of Norway. (2020). *Cancer in Norway 2019 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway* (ISSN: 0806-3621). <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/>
- Cantwell, M., Walsh, D. M. J., Furlong, B., Moyna, N., McCaffrey, N. & Woods, C. (2020). The development of the medex IMPACT intervention: A patient-centered, evidencedbased and theoretically-informed physical activity behavior change intervention for individuals living with and beyond cancer. *Cancer control*, 27, 1-14. <https://doi.org/10.1177/1073274820906124>
- Carayol, M., Ninot, G., Senesse, P., Bleuse, J., Gourgou, S., Sancho-Garnier, H., Sari, C., Romieu, I., Romieu, G. & Jacot, W. (2019). Short- and long-term impact of adapted physical and diet counseling during adjuvant breast cancer therapy: The “APAD1” randomized controlled trial. *BMC cancer*, 19(737), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5896-6>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public health Report*, 100(2), 126-131.

- Chatzisarantis, N., Hagger, M. S., Biddle, S. J. H., Smith, B. & Wang, J. C. K. (2003). A meta-analysis of perceived locus of causality in exercise, sport, and physical education contexts. *Journal of sport and exercise psychology*, 25(3), 284–306.
<https://doi.org/10497/14303>
- Coletta, A. M., Marquez, G., Thomas, P., Thoman, W., Bevers, T., Brewster, A. M., Hawk, E., Basen-Engquist, K. & Gilchrist, S. C. (2019). Clinical factors associated with adherence to aerobic and resistance physical activity guidelines among cancer prevention patients and survivors, *Plos one*, 14(8), 1-14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220814>
- Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Lange, S., Langhorst, J. & Dobos, G. J. (2017). Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), 1-136. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010802.pub2>
- Dahl, H. A. & Jensen, J. (2016). *Treningens biologiske grunnlag*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Demmelmaier, I. (2018). Atferdsendring knyttet til fysisk aktivitet. I M. Klungland, H. Lohne Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.). *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 350-371). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dieli-Conwright, C. M., Courneya, K. S., Demark-Wahnefried, W., Sami, N., Lee, K., Sweeney, F. C., Stewart, C., Buchanan, T. A., Spicer, D., Tripathy, D., Bernstein, L. & Mortimer, J. E. (2018). Aerobic and resistance exercise improves physical fitness, bone health, and quality of life in overweight and obese breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Breast cancer research*, 20(1), 124.
<https://doi.org/10.1186/s13058-018-1051-6>
- Dittus, K. L., Gramling, R. E. & Ades, P. A. (2017). Exercise interventions for individuals with advanced cancer: A systematic review. *Preventive medicine*, 104, 124-132.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.07.015>
- Farris, M. S., Mosli, M. H., McFadden, A. A., Friedenreich, C. M. & Brenner, D. R. (2015). The association between leisure time physical activity and pancreatic cancer risk in adults: A systematic review and meta-analysis. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 24(10), 1462-1273. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0301>
- FHI. (2018). *Kreft i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

- FHI. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Fong, D., Ho, J., Hui, B. Lee, A., Macfarlane, D., Leung, S., Cerin, E., Chan, W., Leung, I., Lam, S., Taylor, A. & Cheng, K. (2012). Physical activity for cancer survivors: metaanalysis of randomised controlled trials. *The BMJ*, 344(70), 1-14.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e70>
- Forskningsetikkloven (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven) (LOV-2017-04-28-23). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23/>
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., Cheyne, H., Coles, E. & Pollock, A. (2018). Effectiveness of Motivational interviewing on adult behavior change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *Plos one*, 13(10).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
- Fuller, J. T., Hartland, M. C., Maloney, L. T. & Davison, K. (2018). Therapeutic effects of aerobic and resistance exercises for cancer survivors: A systematic review of metaanalyses of clinical trials. *British journal of sports medicine*, 52(20), 1311.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098285>
- Gianfredi, V., Blandi, L., Cacitti, S., Minelli, M., Signorelli, C., Amerio, A. & Odone, A. (2020). Depression and objectively measured physical activity: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3738. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103738>
- Gilbert A, L., Lee, J., Ehrlich-Jones, L., Semanik, P. A., Song, J., Pellegrini, C. A., Pinto, Pt. D., Dunlop, D. D. & Chang, R. W. (2018). A randomized trial of a Motivational interviewing intervention to increase lifestyle physical activity and improve self-reported function in adults with arthritis. *Seminars arthritis and rheumatism*, 47(5), 732-740. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.10.003>
- Giovannucci, E. (2001). Insulin, insulin-like growth factors and colon cancer: A review of the evidence. *The journal of nutrition*, 131(11), 3109-3120.
<https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3109S>
- Grøntved, A. & Hu, F. B. (2011). Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: A meta-analysis. *Journal of the American medical association*, 305(23), 2448-2455.
<https://doi.org/10.1001/jama.2011.812>

- Gulde, I., Oldervoll, L. M. & Martin, C. (2011). Palliative cancer patients' experience of physical activity. *Journal of palliative care*, 27(4), 296-302.
<https://doi.org/10.1177/082585971102700406>
- Hagger, M. S., Hardcastle, S. J., Chater, A., Mallett, C., Pal, S. & Chatzisarantis, N. L. S. (2014). Autonomous and controlled motivational regulations for multiple health related behaviors: Between- and within-participants analyses. *Health psychology and behavioral medicine*, 2(1), 565-602. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.912945>
- Hamilton, M. T., Hamilton, D. G. & Zderic, T. W. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Diabetes*, 56(11), 2655-2667.
<https://doi.org/10.2337/db07-0882>
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Dehli Andersen, I., Dalene, K. E. & Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge: Nasjonal kartlegging 2014-2015* (IS-2367). HelseDirektoratet.
- Harvey, S. B., Øverland, S., Hatch, S. L., Wessely, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2018). Exercise and the prevention of depression: Results of the HUNT cohort study. *American journal of psychiatry*, 175(1), 28-36.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111223>
- HelseDirektoratet (2015). *Implementering av pakkeforløp for kreft: Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015* (IS-2426). HelseDirektoratet.
- HelseDirektoratet (2016, 14. oktober). 1. *Pakkeforløp på kreftområdet*.
<https://www.helseDirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon>
- HelseDirektoratet. (2017, 7. mars). *Motiverende intervju som metode*. HelseDirektoratet.
<https://www.helseDirektoratet.no/tema/motiverende-intervju->
- HelseDirektoratet. (2019a, 29. april). 2. *Fysisk aktivitet for voksne og eldre*. Hentet 30.11.20:
<https://www.helseDirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet>
- HelseDirektoratet. (2019b, 8. mars). *Fysioterapi ved kreft*. Hentet 30.11.20:
<https://www.helseDirektoratet.no/tema/kreft/fysioterapi-ved-kreft>
- HelseDirektoratet. (2019c). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen: nasjonal faglig retningslinje* (IS-2800). HelseDirektoratet.
- HelseDirektoratet. (2019d). *Podkurs i Motiverende intervju*. [Audio podkast].
HelseDirektoratet. <https://podcasts.apple.com/no/podcast/podkurs>

- Henriksson J. (1995). Influence of exercise on insulin sensitivity. *Journal of cardiovascular risk*, 2(4), 303-309.
- Hjort, P. (1995). *Society, community and marginalization: The countermeasures and health*. (Report from the international conference on culture and health 82-7172-011-2). <http://hdl.handle.net/11250/2378134>
- Husebø, A. M. (2015). *Exercise during breast cancer treatment: A study of physical and psychosocial outcomes and motivational challenges*. [Doktorgradsavhandling] Universitetet i Stavanger.
- IARC. (2004). *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Tobacco smoke and involuntary smoking*. Lyon: WHO
- Johnson, V. D. (2007). Promoting behavior change: Making healthy choices in wellness and healing choices in illness - use of Self-determination Theory in nursing practice. *Nursing clinics of North America*, 42(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.02.003>
- Kalter, J., Verdonck-de Leeuw, I. M., Sweegers, M. G., Aaronson, N. K., Jacobsen, P. B., Newton, R. U., Courneya, K. S., Aitken, J. F., Armes, J., Arving, C., Boersma, L. J., Braamse, A. M. J., Brandberg, Y., Chambers, S. K., Dekker, J., Ell, K., Ferguson, R. J., Gielissen, M. F. M., Glimelius, B., ... Buffart, L. M. (2018). Effects and moderators of psychosocial interventions on quality of life, and emotional and social function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 22 RCTs. *Psycho-oncology*, 27(4), 1150-1161. <https://doi.org/10.1002/pon.4648>
- Keinänen, J., Mantere, O., Markkula, N., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S. I., Härkänen, T. & Suvisaari, J. (2018). Mortality in people with psychotic disorders in Finland: A population-based 13-years follow-up study. *Schizophrenia research*, 192, 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.048>
- Kerr, J., Anderson, C. & Lippman, S. (2017). Physical activity, sedentary behavior, diet and cancer: an update and emerging evidence. *The lancet oncology*, 18(8), 457-471. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30411-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30411-4)
- Kleven, T. A. (Red.) (2014). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kolle, E. & Grydeland, M. (2018). Begrepsavklaringer. I S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 40-52). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Kreftforeningen (u.å.). *Kreftforskning gjør det mulig*.
<https://kreftforeningen.no/kreftforskning-gjor-det-mulig/>
- Kreftforeningen. (2020). *Hva er kreft?* Sist oppdatert 23.10.2020.
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftflex (u.å.). *Generelt om kreft: Utvikling av kreft*. <https://www.kreftflex.no/Om-Kreft>
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, B., Loza, J. K., Carpenter, J. S. & Tu, W. (2010). The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 40(3), 327-341. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.023>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M. & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behavior change: A systematic review of behavior theories. *Health psychology review*, 10(3), 277-296.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>
- Lahart, I. M., Metsios, G. S., Nevill, A. M. & Carmichael, A. R. (2018). Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane library*, 1(1), 1-668.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011292.pub2>
- Li, T., Wei, S., Shi, Y., P., Qin, Q., Yin, J., Deng, Y., Chen, Q., Wei, S., Nie, S. & Liu, L. (2016). The dose–response effect of physical activity on cancer mortality: Findings from 71 prospective cohort studies. *Journal of sports medicine*, 50(13), 339-345.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094927>
- Lowrie, E. G., Curtin, R. B., LePain, N. & Schatell, D. (2003). Medical outcomes study short form-36: A consistent and powerful predictor of morbidity and mortality in dialysis patients. *American journal of kidney diseases*, 41, 1286-1292
- Loyen, A., Clarke-Cornwell, A. M., Anderssen, S. A., Hagströmer, M., Sardinha, L. B., Sundquist, K., Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Baptista, F., Hansen, B. H., Wijdaele, K., Brage, S., Lakerveld, J., Brug, J. & van der Ploeg, H. P. (2016). Sedentary time and physical activity surveillance through accelerometer pooling in four European countries. *Sports medicine*, 47(7), 1421-1435.
<https://doi.org/10.1007/s40279-016-0658-y>

- Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L. & Biddle, S. (2016). Physical activity for cognitive and mental health in youth: A systematic review of mechanisms. *The journal of pediatrics*, 138(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642>
- Lund, T. & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub Forlag.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. R. & Burke, B.L. (2010). A metaanalysis of Motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on social work practice*, 20(2), 137–160. <https://doi.org/10.1177/1049731509347850>
- Martinsen, E. W. (2018). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser. I M. Klungland, H. Lohne Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.). *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 245-268). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- McGrath, C., Palmgren, P. J. & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical teacher*, 41(9), 1002-1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *International quarterly of community health education*, 15(4), 351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- McInerney, D. M. (2019). Motivation. *Educational psychology*, 39(4), 427-429. <https://doi.org/10.1080/01443410.2019.1600774>
- Miller, L. S. & Gramzow, R. H. (2016). A Self-determination theory and Motivational interviewing intervention to decrease racial/ethnic disparities in physical activity: Rationale and design. *BMC public health*, 16(1), 768. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3413-2>
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral psychotherapy*, 11(2), 147-172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2. utg.). New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick S. (2016). *Motiverende samtale: Støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mishra, S. I., Schere, R. W., Geigle, P. M., Berlanstein, D. R., Topaloglu, O., Gotay, C. C. & Snyder, C. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer

- survivors. *Cochrane library*, (8).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007566.pub2>
- Moore, S., Lee, I., Weiderpass, E., Campell, P., Sampson, J., Kitahara, C., Keadle, S. K., Arem, H., Berrington de Gonzalez, A., Hartge, P., Adami, H. O., Blair, C. K., Borch, K. B., Boyd, E., Sjekk, D. P., Fournier, A., Freedman, N. D., Gunter, M., Johannson, M., ... Patel, A. V. (2016). Association of leisure- time physical activity with riskof 26 types of cancer in 1.44 million adults. *JAMA internal medicine*, 176(6), 816-825.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1548>
- Morris, H. P. (1945). Ample exercise and a minimum of food as measures for cancer prevention? *Science*, 101(2627), 457-459.
<https://doi.org/10.1126/science.101.2627.457>
- Nerhus, K. A., Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E., & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk epidemiologi*, 20(2), 149-152.
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. [Brosjyre].
- Nesvold, I. L., Frantzen, T. & Tagholdt, K. L. (2016). *Fysioterapi til kreftpasienter: Norsk Fysioterapeutforbund, faggruppen for onkologi og lymfologi*. Nasjonal kartlegging 2014-2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *Plos one*, 8(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
- O'Halloran, P. D., Blackstock, F., Shields, N., Holland, A., Iles, R., Kingsley, M., Bernhardt, J., Lannin, N., Morris, M. E. & Taylor, N. F. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 28(12), 1159-1171.
<https://doi.org/10.1177/0269215514536210>
- Oldervoll, L. M., Loge, J. H., Lydersen, S., Paltiel, H., Asp, M. B., Nygaard, U. V., Oredalen, E., Frantzen, T. L., Lesteberg, I., Amundsen, L., Hjermsstad, M. J., Haugen, D. F., Paulsen, Ø. & Kaasa, S. (2011). Physical exercise for cancer patients with advanced disease: A randomized controlled trial. *Oncologist*, 16(11), 1649-1657.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0133>

- Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E. & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: The population health science of sedentary behavior. *Exercise and sport sciences reviews*, 38(3), 105-113. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181e373a2>
- Patterson, R., McNamara, E., Tainio, M., Hérick de Sá, T., Smith, A. D., Sharp, S. J., Edwards, P., Woodcock, J., Brage, S. & Wijndaele, K. (2018). Sedentary behavior and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: A systematic review and dose response meta-analysis. *European journal of epidemiology*, 33(9), 811-829. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>
- Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 25(3), 1-72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>
- Pervin, L. A. (1984). *Personality*. New York: John Wiley.
- Peto, R., Darby, S., Deo, H., Silcocks, P., Whitley, E., & Doll, R. (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: Combination of national statistics with two case-control studies. *The BMJ*, 321(7257), 323-329. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- PsykNytt. (2014, 13. mai). *Empati-ulike forståelser (Sykepleien.no)*. Helsebiblioteket. <https://www-helsebiblioteket-no.ezproxy.uis.no/psykisk-helse/aktuelt/empati-ulike-forstaelser-sykepleien.no>
- Quist, M., Langer, S. W., Lillelund, C., Winther, L., Laursen, J. H., Christensen, K. B., Mikael, R. & Adamsen, L. (2020). Effects of an exercise intervention for patients with advanced inoperable lung cancer undergoing chemotherapy: A randomized clinical trial. *Science direct*, 145, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2020.05.003>
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity-a systematic review of longitudinal studies. *BMC public health*, 13(813), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-813>
- Roberts, A. L., Fisher, A., Smith, L., Heinrich, M. & Potts, H. W. W. (2017). Digital health behavior changes interventions targeting physical activity and diet in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of cancer survivorship*, 11, 704-719. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0632-1>

- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2007). Active Human Nature. I M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisaratis (Red.), *Intrinsic motivation and Self-determination in exercise and sport* (s. 1-21). Champaign: Human Kinetics.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017b). Basic psychological needs theory: Satisfaction and frustration of autonomy, competence and relatedness in relation to psychological wellness and full functioning. I R. M. Ryan & E. L. Deci. *Self-determination Theory: Basic psychological needs in motivation, development and wellness*. (s. 239-271). London: The Guilford press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (Red.). (2017a). *Basic psychological needs theory: Satisfaction and frustration of autonomy, competence and relatedness in relation to psychological wellness and full functioning*. London: The Guilford press.
- Sallis, J. F., Bull, F., Guthold, R., Heath, G. W. Inoue, S., Kelly, P., Oyeyemi, A. L., Perez, L. G., Richards, J. & Hallal, P. C. (2016). Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *Lancet*, 388(10051), 1325-1336.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30581-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30581-5)
- Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., Dmark-Wahnefried, W., Galvão, D. A., Pinto B. M., Irwin, M. L., Wolin, K. Y., Segal, R. J., Lucia, A., Schneider, C. M., von Gruenigen, V. E. & Schwartz, A. L. (2010). American college of sports medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Medicine & science in sports & exercise*, 42(7), 1409-1426. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181e0c112>
- Segal, R., Zwaal, C., Green, E., Tomasone, J. R., Loblaw, A. & Petrella, T. (2017). Exercise for people with cancer: A systematic review. *Current oncology*, 24(4)290-315. <https://doi.org/10.3747/co.24.3619>
- Sheeran, P., Wright, C. E., Avishai, A., Villegas, M. E., Lindemans, J. W., Klein, W. M. P., Rothman, A. J., Miles, E. & Ntoumanis, N. (2020). Self-determination Theory interventions for health behavior change: Meta-analysis and meta-analytic structural equation modeling of randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(8), 726-737. <https://doi.org/10.1037/ccp0000501>
- Skuterud, A. & Berge, T. (u.å). *Hva er angst og angstlidelser?* Norsk psykologisk forening. <https://www.psykologforeningen.no/>
- Slovinec D'Angelo, M. E., Pelletier, L. G., Reid, R. D. & Huta, V. (2014). The roles of self-efficacy and motivation in the prediction of short- and long-term adherence to exercise among patients with coronary heart disease. *Health psychology journal*, 33(11), 1344-1353. <https://doi.org/10.1037/hea0000094>

- Stacey, F. G., James, E. L., Chapman, K., Courneya, K. S. & Lubans, D. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of Social cognitive theory-based physical activity and/or nutrition behavior change interventions for cancer survivors. *Journal of cancer survivorship*, 9(2), 305-338. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0413-z>
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4), 282-298. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.282>
- Stout, N. L., Baima, J., Swisher, A. K., Winters-Stone, K. M. & Welsh, J. (2017). A systematic review of exercise systematic reviews in the cancer literature (2005-2017). *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 96(9S2), 347-384. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.07.074>
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thune, I. (2008). Kreft. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 359-370). Helsedirektoratet.
- Tjelta, L. I. & Berge, I. B. (2015). Fra utrent til halvmartonløper på 20 uker (from inactive to half-marathon-runner in 20 weeks). *Fysioterapeuten*, 8(15), 16-20.
- Tollosa, D. N., Tavener, M., Hure, A. & James, E. L. (2019). Adherence to multiple health behaviors in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of cancer survivorship*, 13(3), 327-343. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00754-0>
- Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E. et al. (2017). Sedentary behavior research network (SBRN) – Terminology consensus project process and outcome. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 14(1), 75.
- Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N., Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied physiology, nutrition, and metabolism* 35(6), 725-740. <https://doi.org/10.1139/H10-079>
- Trivedi, R. B., Post, E. P., Sun, H., Pomerantz, A., Saxon, A. J., Piette, J. D., Maynard, C., Arnow, B., Curtis, I., Fihn, S. D. & Nelson, K. (2015). Prevalence, comorbidity, and prognosis of mental health among us veterans. *American journal of public health*, 105(12), 2564-2569. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302836>
- Tuccero, D., Railey, K., Briggs, M. & Hull, S. K. (2016). Behavioral health in prevention and chronic illness management: Motivational interviewing. *Primary care*, 43(2), 192-202. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.006>

- Turner, R. R., Steed, L., Quirk, H., Greasley, R. U., Saxton, J. M., Taylor, S. J., Rosario, D. J., Thaha, M. A. & Bourke, L. (2018). Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), 1-130. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010192.pub3>
- Vartolomei, L., Ferro, M., Mirone, V., Shariat, S. F. & Vartolomei, M. D. (2018). Systematic review: Depression and anxiety prevalence in bladder cancer patients. *Bladder Cancer*, 4(3), 319-326. <https://doi.org/10.3233/BLC-180181>
- Wang, X., Wang, N., Zhong, L., Wang, S., Zheng, Y., Yang, B., Zhang, J., Lin. & Wang, Z. (2020). Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Molecular psychiatry*, 25(12), 3186-3197. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00865-6>
- Warburton, D. E., Charlesworth, S., Ivey, A., Nettlefold, L. & Bredin, S. S. (2010) A systematic review of the evidence for Canada's physical activity guidelines for adults. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7(39), 1 - 220. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-39>
- Weis, J. (2011). Cancer-related fatigue: Prevalence, assessment and treatment strategies. *Expert review of pharmacoeconomic & outcomes research*, 11(4), 441-446. <https://doi.org/10.1586/erp.11.44>
- WHO. (1948). *Constitution of the world health organization*. (ISBN 978-92-4-000051-3) https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6
- WHO. (1998). *The world health report 1998: Life in the 21st century a vision for all* (ISSN 1020-3311). https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf
- Winningham, M. L. & MacVicar, M. L. (1988). The effect of aerobic exercise on patient reports of nausea. *Oncology nursing forum*, 15(4), 447-450.
- Zhang, Y., Pan, X., Chen, J., Cao, A., Zhang, Y., Xia, L., Wang, J., Li, H., Liu, G. & En panne. (2020). Combined lifestyle factors, incident cancer, and cancer mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *British journal of cancer*, 122(7), 1085-1093. <https://doi.org/10.1038/s41416-020-0741-x>

VEDLEGG 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

«*Treningsstøtte for kreftpasienter*»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan fysioterapeuter motiverer kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening, sett opp mot eksisterende atferdsendringsteori. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan motiverende samtaler mellom en fysioterapeut og en kreftpasient foregår, fra fysioterapeutens perspektiv. Bakgrunnen for prosjektet er at det finnes flere bevis på at fysisk aktivitet og trening er gunstig for pasienter under og etter kreftbehandling. Statistikk viser samtidig til at denne gruppen ikke oppfyller retningslinjene for fysisk aktivitet. Ønsket er derfor å undersøke fysioterapeuter sin formidling av fysisk aktivitet og trening til kreftpasienter og deres rolle som motivatorer. Ved bruk av intervju som metode er ønsket å få kunnskap om hvordan fysioterapeuter som er i kontakt med kreftpasienter forbereder seg til en samtale om fysisk aktivitet og trening, hvordan samtalen foregår og hva som gjøres i etterkant av samtalen.

I dette prosjektet skal forskningsspørsmålene under analyseres:

- Hvilken bakgrunn har fysioterapeuter som arbeider med å motivere kreftpasienter til fysisk aktivitet og trening?
- Hvordan forbereder fysioterapeuter seg i forkant av et møte med en kreftpasient?
- Hvordan foregår en samtale mellom fysioterapeut og kreftpasient, fra fysioterapeutens perspektiv?
- Hvordan fortsetter fysioterapeutens arbeid etter møte med en ny kreftpasient?
- Hva er fysioterapeuters syn på treningsstøttende samtaler med kreftpasienter?

Forskningsprosjektet er en mastergradstudiet som tilhører idrettsvitenskap studiet ved Universitetet i Stavanger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger - Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til dette prosjektet baserer seg på kriteriet:

- Fysioterapeuter med erfaring med å motivere kreftpasienter under og etter kreftbehandling til opprettholdelse av fysisk aktivitet og trening.

For å innhente et hensiktsmessig utvalg til prosjektet er det benyttet *skjønnsmessig utvelging*. Utvalgets arbeidssted har dermed satt føring for hvem som får denne forespørselen, noe som innebærer at organisasjonen eller arbeidsstedet arbeider aktivt med kreftpasienter. Omtrent 6-10 fysioterapeuter vil få denne henvendelsen om deltakelse til forskningsprosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du lar deg intervjuet én gang løpet av januar måned 2021.

Intervjuet vil bli gjennomført via Microsoft Teams, med hensyn til geografisk avstand og koronavirus pandemien. Under intervjuet vil det gjøres lydopptak av samtalen og det regnes med at intervjuet vil ta 60-90 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål om din treningsbakgrunn, utdanning og arbeidserfaring som er relevant i forhold til tema. Du vil også bli stilt spørsmål til dine arbeidsmetoder, hvordan du forbereder deg i forkant av møte med ny kreftpasient, hvordan en samtale med ny kreftpasient foregår og hva du gjør i etterkant av en slik samtale. Dine svar i intervjuet vil transkriberes og lydopptakene vil bli oppbevart adskilt og slettes ved prosjektslutt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine 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.

- Ved instituttet for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk er det kun masterstudenten og veilederen av oppgaven som har tilgang til opplysningene som kommer frem av intervjuet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på en ekstern server.
- Dersom du velger å delta i forskningsprosjektet vil du ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av arbeidet. Navnet ditt og geografisk tilholdssted vil ikke benyttes. Din treningsbakgrunn, utdanning og arbeidserfaringer vil bli benyttet, men det vil ikke bli spesifisert utdannelsessted og arbeidsplass. For eksempel vil jeg skrive «Tidligere aktiv fotballspiller, har utdanning innen idrettsvitenskap og fysioterapi, og har arbeidet 10 år med kreftpasienter».

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 11. Juni 2021 (innleveringsdato). Da vil personopplysninger og lydopptakene slettes.

Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til 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 Universitetet i Stavanger - institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk 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:

- Behandlingsansvarlig institusjon:
Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk ved Universitetet i Stavanger.
- Prosjektansvarlig:
Leif Inge Tjelta, tlf.nr.: 97687383, e-post: leif.i.tjelta@uis.no
- Masterstudenten:
Thea Marie Barkve, tlf.nr.: 48062795, e-post: theamariebarkve@gmail.com
- Vårt personvernombud:
Rolf Jegervatn, personvernombud@uis.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Leif Inge Tjelta
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Thea Marie Barkve
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Treningsstøtte for kreftpasienter* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 2

Intervjuguide

Brief og introduksjon:

- Starter samtale med intervjupersonen ved å hilse og fortelle litt om meg selv.
- Deretter vil jeg gi en kort forklaring om prosjektet og fortelle om formålet med intervjuet, hva lydopptakeren skal brukes til, hvordan materialet skal oppbevares og når det skal slettes.
- Jeg forteller så viktigheten av at de holder taushetsplikten i forhold til pasientene. For eksempel er det viktig at de ikke nevner navn, alder, bosted, spesifikk diagnose og andre detaljer.
- Si at jeg har et ønske om å holde svarene litt korte, men at jeg har forståelse for at de ønsker å utdype. Jeg vil også si at dette er noe som kan bli nevnt underveis og at det kan være jeg stopper informanten slik at vi kan komme oss videre.
- Til slutt vil jeg gi informanten mulighet for å stille spørsmål eller gi kommentarer.
- Når intervjupersonen er klar, slår jeg på lydopptakeren og starter selve intervjuet.

Informantens bakgrunn:

1. Kan du fortelle litt om egen treningsbakgrunn?
2. Hvor fysisk aktiv er du i dag?
 - a. Hva motiverer deg til fysisk aktivitet?
 - b. Er egne erfaringer noe du benytter i møte med kreftpasienter?
 - i. Hvis ja, på hvilken måte?
 - ii. Hvis nei, hvorfor ikke?
3. Hva er bakgrunnen for at du ønsker å arbeide med kreftpasienter?
 - a. Hvor lenge har du jobbet på denne arbeidsplassen?
 - b. Hvor mange kreftpasienter har du vanligvis samtale med i løpet av en uke?
4. Har du en utdanning utover fysioterapi som er relevant for temaet treningsstøtte for kreftpasienter?
 - a. Hvis ja, hvilken?
5. Har du arbeidserfaring som er relevant for temaet treningsstøtte for kreftpasienter?

- a. Hvis ja, hvilken?

Forberedelse til samtale:

1. Kan du fortelle *hvordan* du forbereder deg i forkant av et møte med ny kreftpasient?
 - a. Hvis fast plan, hva innebærer det?
 - b. Hvis ikke fast plan, hva er grunnen?
2. Hvor mye tid settes av til en samtale med en ny kreftpasient?
3. Hvordan varierer forberedelsen i forhold til om det er en kreftpasient under behandling eller rett etter, eller en kreftoverlevende?
4. Hvor grundig setter du deg inn i kreftpasientens sykdomshistorie og nåværende helsestatus?
 - a. Hvor mye tid settes av til å sette av til dette?

Under samtale:

1. Kan du fortelle meg *hvordan* et møte med ny kreftpasient foregår?
2. Hva legges vekt på under en samtale med en kreftpasient med tanke på å motivere til fysisk aktivitet og trening?
 - a. For eksempel: avdekke pasientens behov, informere hva dere kan tilby, stille åpne spørsmål til pasienten, reflektere pasientens tanker og oppfatninger, oppmuntre til endringsprat, utarbeide en plan sammen med pasienten og lignende.
3. Benytter du en teoretisk modell og/eller strategi for å avdekke kreftpasientens behov?
 - a. Hvis ja, hvilken eller hvilke? Og hvorfor?
 - b. Hvis ikke, hva er grunnen for det?
4. Benytter du en teoretisk modell og/eller strategi for å avdekke kreftpasientens motivasjonelle stadie?
 - a. Hvis ja, hvilken eller hvilke? Og hvorfor?
 - b. Hvis ikke, hva er grunnen for det?
5. Benytter du en teoretisk modell og/eller strategi for å hjelpe pasienten til atferdsendring?
 - a. Hvis ja, hvilken og hvorfor?
 - b. Hvis nei, hvorfor ikke?
6. Hvor opptatt er du av ord og uttrykk som benyttes av deg under en slik samtale?
 - a. Kan du eventuelt gi eksempler.

7. Opplever du at du har nok kompetanse og de verktøyene som trengs for å være til hjelp for kreftpasienters behov?
 - a. Hvis ja, på hvilken måte?
 - b. Hvis ikke, hva er grunnen for det og hva mangler du?

Etter samtale:

1. Kan du fortelle meg hva som gjøres i etterkant av en samtale med ny kreftpasient?
 - a. For eksempel: Hva noteres i journalen og i videre arbeid frem i tid?
2. Får du inntrykk av at pasienten drar nytte av møtet og opplever det gunstig?
 - a. Hvis ja, på hvilken måte?
 - b. Hvis nei, hva tror du kan være grunnen til det?
3. Hvem avgjør om det blir gjort flere samtaler om dette temaet med samme pasient?
 - a. Hva er dine tanker angående dette?
4. La oss si det avtales nytt møte med en pasient som ønsker treningsstøtte, hvilke forberedelser gjøres fra din side?
 - a. Kartlegges det momenter fra første samtale?
 - b. Benyttes det nå atferdsendringsteorier?
 - i. Hvis ja, hvilken og hvorfor?
 - ii. Hvis nei, hvorfor ikke?

Avsluttende spørsmål:

1. Kan du avslutningsvis fortelle hva ditt syn på og/eller opplevelse av treningsstøttende samtaler med kreftpasienter er?
2. Har du noen hjertesukk angående dette tema?
 - a. For eksempel noe du skulle ønske var annerledes i arbeidssituasjonen eller øvre system?
3. Er det noe du ønsker å tilføye eller si?

Debrief og informasjon:

- Slår av lydopptakeren.
- Spør informanten hvordan intervjuet opplevdes.
- Fortelle min opplevelse av intervjuet og gi en kort oppsummering (gjenfortelle) av hva som har kommet frem gjennom samtalen, slik at informanten eventuelt kan korrigere.

- Jeg vil gjenta hva som er formålet med intervjuet og hvordan det vil bli benyttet senere. Det vil bli gitt informasjon angående videre kontakt, med tanke på at informanten skal få tilgang til transkripsjonen, og jeg vil gjenta hvordan taleopptaket skal lagres og når det slettes.
- Deretter vil jeg igjen gi informanten mulighet for å stille spørsmål eller gi kommentarer angående prosjektet.
- Til slutt vil jeg avslutte intervjuet med å takke for deltakelse.

VEDLEGG 3

Intervjuets tematikk

1. Informantens bakgrunn

– Som treningsbakgrunn og arbeidserfaring.

2. Forberedelse til samtale med kreftpasient

– Som planlegging og variasjon i forberedelse.

3. Selv samtalen med kreftpasient

– Som vektlegges av tematikk, bruk av teoretiske modeller eller strategier til å avdekke kreftpasientens behov og motivasjon.

4. Etter samtale med kreftpasient

– Som inntrykk av pasientens nytte av samtalen.

5. Avsluttende spørsmål

– Som egne oppfatninger av treningsstøtte og eventuelle hjertesukk angående tema.