

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

En kvalitativ studie: Sykepleieres tanker og refleksjoner om motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet hos beboere på sykehjem.

Irina Bakheim.

Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre
Høgskolen i Oslo og Akershus,
Fakultet for helsefag.

En kvalitativ studie: Sykepleieres tanker og refleksjoner om motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet hos beboere på sykehjem.

Irina Bakheim.

Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Høst 2012.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Summary	7
1. Innledning	8
1.1. Bakgrunn for valg av tema	9
1.2. Sentrale begreper	10
1.3. Studiens problemstilling	11
1.4. Avgrensning	12
1.5. Oppgavens oppbygging	13
2. Tidligere forskning.	14
2.1. Motivasjon og barrierer for fysisk aktivitet hos eldre	14
2.2. Motivasjonsfaktorer hos eldre med kognitiv svikt	15
2.3. Eldres deltakelse i fysisk aktivitet	16
2.4. Oppsummering	17
3. Teoretiske perspektiver	19-20
3.1 Fysisk aktivitet og eldre	20
3.2. Motivasjon	20
3.2.1 Latent og manifest motivasjon	21
3.2.2. Motivasjonsprosess	22
3.2.3. Motivasjonsrelasjoner	22
3.3. Motivasjonsteori	23
3.3.1. Atkinsons Motivasjonsmodell	23
3.3.2. Heckhausens motivasjons- og kognitive reviderte modell	24-25
3.4. Helsefremmende teori(salutogenese)	26
3.5. Kommunikasjonsteori	27
3.5.1. Kontekst	28
3.5.2. Punktuering og sirkularitet	28
3.5.3. Relasjon	29
3.5.4. Samtale og fire typer spørsmål	30-31
3.5.5. Lytting	32-33
4. Metode	34
4.1. Vitenskapsteoretiske forankring	34-35
4.1.1 Valg av metode	36
4.2. Min forforståelse	36

4.3. Kvalitativ forskningsintervju	37-38
4.4. Utvalget	38-39
4.5. Gjennomføring av de kvalitative intervjuene	40
4.5.1. Rollen som forsker i eget fag	41
4.5.2. Min påvirkning av intervjusituasjoner	41
4.5.3. Pålitelighet og gyldighet	42-43
4.6. Transkribering	44
4.7. Analyse	45
4.8. Forskningsetiske vurderinger	46-47
5. Presentasjon av studiens funn	48
5.1. Å motivere for fysisk aktivitet til å øke aktivitetsnivå i det daglige	48
5.1.1. Sykepleierens egen motivering	48
5.1.2. Individuell tilpassing krav til brukeren	49
5.1.3. Motivasjonsarbeidet i hverdagen	50
5.2. Situasjoner som påvirker motivasjonen for fysisk aktivitet	51
5.2.1. Samarbeid mellom brukeren og sykepleieren	51-52
5.2.2. Samarbeid mellom pårørende og sykepleieren	53-55
5.2.3. Samarbeid med andre yrkesgrupper	56
5.2.4. Organisatoriske forutsetninger	56-58
5.3. Forutsetninger for brukerens fysisk aktivitet	59
5.3.1. Kartlegging av brukerens ressurser og behov og bruk av utstyr	59-60
5.3.2. En god samtale	60
5.3.3. Positive tilbakemeldinger	61
6. Drøfting av studiens funn	62
6.1. Sykepleierens motivasjonsarbeid for fysisk aktivitet	62
6.1.1. Sykepleierne motiverer brukerne for fysisk aktivitet i det daglige	62-63
6.1.2. Sykepleieren stimulerer brukerens tro på mestring av dagens utfordringer	64
6.1.3. Samarbeid med brukeren	65-66
6.1.4. Planlegging og organisering av fysisk aktivitet ved sykehjem	67
6.1.5. Faglig og pedagogiske kunnskap	67-68
6.2. Samarbeid og samhandling	69
6.2.1. Samarbeid med pårørende	70
6.3. Den motiverende samtalen	71-74
7. Konklusjon	75

7.1. Hva tenker sykepleiere om hvilken betydning motivasjon har i brukerens omsorg i sykehjem?	75
7.2. Hva vektlegger sykepleier i å fremme fysisk aktivitet som forebyggende tiltak ved sykehjem?	75-76
7.3. Hvordan legger sykepleieren til rette for fysisk aktivitet ved sykehjem?	76-77
7.4. Implikasjoner for praksis	77
7.5. Videre forskning	77
Litteraturliste.	78-84
Vedlegger.	85
Vedlegg: nr 1. Intervjuguiden	85
Vedlegg: nr 2. Systematisering av meningsbærende enheter.	86-88
Vedlegg: nr 3. Til sykepleiere ved sykehjem ved rehabiliterings funksjon	89-90
Vedlegg: nr 4. Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet	91
Vedlegg: nr 5. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.	92-93

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Fysisk inaktivitet hos eldre mennesker er et økende problem som øker i Norge. Å leve med funksjonssvikt eller funksjonsnedsettelse er krevende, og brukerne må forholde seg til rehabilitering eller behandling. Mange sykehjemsbrukere klarer ikke dette på egen hånd, og kan sykepleierne motivere brukerne slik at troen på å klare egenomsorgen styrkes? Studiens hensikt var å beskrive sykepleieres tanker og refleksjoner om hvordan de kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet hos sykehjemsbeboere slik at de oppnår tilfredsstillende egenomsorg i dagliglivet. Jeg ønsket å fokusere på hvordan sykepleiere motiverte brukerne til å delta i fysisk aktivitet, samt hvilke tiltak og forutsetninger som måtte være til stede for at sykepleierne skulle kunne stimulere brukerne til motivasjon. **Metode:** Dette er en kvalitativ studie med forskningsintervjumetoden. Det er gjennomført 6 individuelle intervjuer med sykepleiere som arbeider i undervisnings- og vanlige sykehjem. De individuelle intervjuene ble analysert og transkribert ved hjelp av en fenomenologisk analysemetodikk som beskrevet av Malterud. Funnene ble diskutert i forhold til studiens teori og aktuell tidligere forskning. **Resultat:** Funnene tilsa at sykepleierne iverksatte mange motiverende handlinger, selv om brukeres motivasjon for fysisk aktivitet var lav. De var engasjerte og hadde interesse for å motivere brukere med funksjonssvikt. Sykepleierne hadde behov for å danne seg et bilde av hvor motiverte brukerne med funksjonsnedsettelse var for å gjøre endringer i sin situasjon. Det gjorde de ved å kartlegge brukernes og sosiale ressurser. Videre vektla de å motivere og handle på en slik måte at det styrket brukernes tro på at det var mulig å klare egenomsorg. Funnene viste at sykepleierne etablerte gode relasjoner med brukerne og deres pårørende, samarbeidet i tverrfaglige team, samt stimulere brukerne til medbestemmelse og deltakelse i stellesituasjoner, måltider og motiverende samtaler. Sykepleierne hadde god kompetanse og lang erfaring med brukere med funksjonssvikt. Det kan være viktige faktorer dersom de stimulerer til motivasjon, men for å få utnyttet sin kompetanse var det også av betydning at det var tilrettelagt og planlagt for dette på arbeidsplassen. Når motivasjonssituasjonene ble utfordrende følte sykepleierne av og til at de kom til kort. Det kan skyldes at sykepleierne manglet verktøy, kunnskap eller ikke hadde fått tilstrekkelig tid i sin arbeidsdag. **Konklusjon:** Sykepleiere er hovedpersoner i motivasjonsarbeidet i sykehjem. De er engasjerte og interesserte i brukere med funksjonssvikt og fokuserer på mange tiltak som kan fremme motivasjon. For å mestre de utfordrende situasjonene trenger sykepleiere kunnskaper i motivasjonsarbeid, kommunikasjonsteknikker og samarbeid med pårørende og andre yrkesgrupper. **Søkeord:** fysisk aktivitet, motivasjon, sykehjem, eldre voksne, geriatrisk sykepleie.

Summary

Background and Purpose: Physical inactivity among elderly people is a growing problem in Norway. Living with impairment or disability is challenging, and users have to adhere to rehabilitation or treatment. Many nursing home users cannot do this on their own. Are nurses able to motivate them so that to strengthen their belief to manage their own care? The purpose of this study was to describe the nurses' thoughts and ideas about how to motivate and facilitate physical activity in nursing home users so that they were able to take care of themselves in everyday life. I wanted to focus on how the nurses motivated users to participate in physical activity, as well as on the activities and conditions that were necessary for the nurses to be able to encourage motivation in their users. **Methods:** This is a qualitative study based on the interview method. Six individual interviews with nurses working in model and ordinary nursing homes were conducted. The individual interviews were analyzed and transcribed with the help of phenomenological analysis as described by Malterud. The results were discussed in relation to the study's theory and previous research. **Results:** The results indicated that the nurses had initiated many motivating actions, even if the users' motivation for physical activity was low. They were active and interested in motivating the users with disabilities. The nurses needed to get a clear picture of how motivated the users with disabilities were to make changes in their own situation. They did this by mapping the users and social resources. Later they put effort into motivating and acting in such a way as to enhance the users' beliefs that it was possible to manage their own self-care. The results showed that they had established good relationships with the users and their families, working in interdisciplinary teams, encouraging co-determination and participation in care situations, meals and motivational talks. The nurses were competent and had a lot of experience with users with disabilities. These can be important factors if they stimulate motivation, but to make use of their skills it was also important that they were able to do that at their working place. When motivation situations were challenging, the nurses sometimes felt that they were about to give up. The reason for this may be that the nurses lacked tools, knowledge, or didn't have enough time during their working day. **Conclusion:** Nurses are the main characters in motivational work in nursing homes. They are active and interested in users with disabilities and focus on many activities that can promote motivation. Coping with challenging situations requires knowledge of how to stimulate motivation, communication techniques and collaboration with families and other professionals. **Keywords:** physical activity, motivation, nursing home, elderly people, geriatric nursing.

1. Innledning

Fysisk aktivitet har blitt den vestlige verdens store utfordring. Mange nordmenn opplever fysiske plager i hverdagen, blant annet som følge av en fysisk inaktivitet (St.prp. nr 1 (2008-2009); St. meld. nr 16(2002-2003); Meld. St.16 (2010-2011)). Det er godt dokumentert at fysisk inaktivitet har en rekke negative fysiologiske konsekvenser for individet. Det er nær sammenheng mellom inaktivitet og utvikling av fysiologiske og metaboliske forandringer i kroppen og muskelatrofi, og resultat av inaktivitet er redusert evne til å utføre dagliglivets funksjoner hos individet, særlig hos eldre mennesker (Andersen og Strømme 2002, 80-84). Alle mennesker har et grunnleggende behov for bevegelse for å ivareta viktige fysiologiske prosesser i kroppen og for opplevelse av velvære. Fysisk aktivitet er også viktig for å styrke muligheten for egenomsorg og selvstendighet. De fleste eldre er relativt friske og selvhjulpne, men potensialet for å gjøre eldre selvhjulpne lengre ut i alderdommen er likevel stort. Derfor kan fysisk aktivitet bidra til at eldre kan bo hjemme og unngå opphold på sykehjem. Det er også viktig å drøfte ulike tiltak for å få selvhjulpne eldre til å forbli aktive så lenge som mulig. Fysisk aktivitet er like viktig for brukere av sykehjem også, for å fremme deres livsutfoldelse og forebygge komplikasjoner. Aldring forandrer bevegelsesmønster, muskel- og leddfunksjoner. Mange eldre sykehjemsbeboere har behov for assistanse for å opprettholde fysisk funksjon og bevegelse (Helbostad 2007, 386).

I denne sammenheng ønsker jeg gjennom min masteroppgave å fokusere på hvordan sykepleierne kan motivere beboerne og tilrettelegge for fysisk aktivitet i dagliglivet på sykehjem. Dette bygger på en antakelse om at eldre som er fysisk aktive føler seg bedre og holder seg friske lengre. Hensikten med studien er å beskrive sykepleiernes tanker og refleksjoner i forhold til motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet på sykehjem. Jeg bruker deres erfaring til å belyse hvorledes fagoppgaver kan fremme mulighetene for fysisk aktivitet for eldre sykehjemsbeboere, og drøfter om hvordan sykepleieren motiverer, ivaretar brukerens grunnleggende behov for bevegelse og tilrettelegger for fysisk aktivitet i sykehjem i praksis. Tidligere forskning viser at inaktivitet blir et helseproblem i livet til eldre mennesker. Dersom målet er å øke deltagelsen i fysisk aktivitet trengs mer forskning på faktorer som påvirker dette. En avgjørende faktor i den forbindelse er motivasjon (Sarrazin m.fl. 2002). Motivasjon handler om en «drive» til å oppnå en varig endring i menneskers vaner, og defineres som det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder aktiviteten ved like, og det som gir mål og mening i livet (Imsen 1998, 226-227). I denne sammenheng kan

sykepleiere bidra til å øke motivasjonen til å være fysisk aktiv i dagliglivet og til trening hos eldre på sykehjem.

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Sykehjemmet er en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester og har en overordnet målsetting om individuelt tilpasset pleie og omsorg, medisinsk behandling og et sted å bo for eldre som har ulike pleiebehov (Hauge 2008,219). I Norge er det per i dag cirka 40 739 personer som bor på sykehjem- og aldershjem (SSB 2009). Sykehjemmene er underlagt kommunehelsetjenesteloven, og det foreligger forskrifter for sykehjem som beskriver krav til drift og brukerens rettigheter. Kommunene velger selv om de vil drive sykehjemmene privat eller kommunalt, men likevel er sykehjemmene underlagt kommunenes ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet 2010-2011). De er avhengige av hvilke rammebetingelser kommunen gir, ikke minst er de avhengige av kommunens økonomi (Handlingsplan for geriatri 2004-2010). Et økende antall eldre og syke vil medføre store utfordringer for helsevesenet de neste tiårene. Beboere på sykehjem er blant de eldste og skrøpeligste i samfunnet og er særlig utsatt for akutt sykdom på grunn av høy alder, kroniske tilstander og lavt funksjonsnivå (Ranhoff og Linnsund 2005). Mange klarer ikke å dekke sitt behov for bevegelse og det er en utfordring for sykepleierne og det andre pleiepersonalet. Mange ansatte på sykehjem mener at mer fokus på bevegelse hos brukerne og fysisk aktivitet ville være bra, men opplever en travel hverdag med knappe ressurser som barriere (Granbo og Helbostad 2006). Likevel har sykepleiere en hovedrolle i motiveringen og tilretteleggingen for at alle, uansett alder og funksjonsnivå, får ivaretatt sine behov for å bevege seg, også de som er gamle og skrøpelige.

Dagens sykehjem fikk nyere utviklingstrekk etter gjennomføring av handlingsplanen for eldre-omsorg (Hauge 2008,223). De fleste kommuner har utviklet fleksible løsninger mellom institusjonstilbud og heldøgntilbud i omsorgsboliger. I de siste 10 årene har sykehjemmene blitt omorganisert fra store avdelinger til små enheter med spesifikke funksjoner: Avdelinger for langtidsopphold og avdelinger for midlertidig opphold skal tilby tverrfaglig rehabilitering og behandling, pleie og omsorg (ibid). Tverrfaglige team kan bestå av lege, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, sosionom, ernæringsfysiolog og koordinerende sykepleier (Friis – Mikkelsen 2001,961). Sykehjemmene skal i dag tilby døgnkontinuerlig kontakt med helsepersonell og yte trygghet. Rask tilgjengelighet til kvalifisert hjelp har stor betydning for dem som er gamle, syke og pleietrengende. Sykehjemmenes oppgaver innebærer langtidspleie

og omsorg for de gamle med kroniske sykdommer og omfattende funksjonstap og rehabilitering av de gamle som er akutt og/eller kronisk syke. I tillegg kan pleietrengende gamle få omsorg ved sykehjem i en begrenset periode for å avlaste pårørende (Hauge 2008,224). Som sykepleier ved et sykehjem erfarte jeg at det grunnleggende behovet for bevegelse og fysisk aktivitet hos sykehjemsbrukerne er ikke blir tilfredsstilt på samme måte som andre grunnleggende behov. Begrunnelsen for dette er at sykehjemsbeboere er lite motivert for å være aktive i dagliglivet og andre aktiviteter. Dette har vekket både interesse og engasjement hos meg. Jeg finner temaet relevant og aktuelt både for sykepleiere og andre faggrupper.

1.2. Sentrale begreper

Fysisk aktivitet:

”Fysisk aktivitet kan defineres som all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur og som resultater i vesentlig øking av energiforbruket utover hvilenivå.” (Østerås og Torstensen 2007,101). Fysisk aktivitet vil her omfatte aktiviteter både med og uten treningseffekt. Jeg velger å bruke fysisk aktivitet som et overordnet begrep som omfatter menneskets fysiske utfoldelse og livsutfoldelse generelt. Fysisk aktivitet og individuell- og gruppetrening blir jevnt over sett på som viktig for å forebygge komplikasjoner hos eldre sykehjemsbeboere. Men det vil være viktig å ha en vid forståelse av aktivitet som inneholder ulik grad av fysiske utfordringer for å imøtekomme individuelle forutsetninger og behov. I denne masterstudien blir fysisk aktivitet definert i tråd med retningslinjene til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF 2001), og dermed vil eksempler på fysisk aktivitet være: Fotturer, trim, kroppsøving, i stell-situasjoner og daglige gjøremål (Helbostad 2008, 296).

Motivasjon:

Revstedt (1995, 39) beskriver motivasjon som en indre drivkraft der målet er å leve et så meningsfylt liv som mulig. Det er sammenfatningen av menneskets innerste natur som utgjør denne drivkraften: Å være konstruktiv, sosial, målrettet og aktiv.

Eldre sykehjemsbeboere:

Kjennetegner ved eldre sykehjemsbeboere er:

- De alle fleste er over 67 år, vel 75 % er over 80 år (Statistisk sentralbyrå 2007).
- De har sterk redusert funksjonsevne (Hauge 2008, 225).

- De er multisyke (Hauge 2008,225).
- 73 % er kvinner (Statens helsetilsyn 2003,59).

Sykehjem:

Med sykehjem menes her boform for heldøgnsomsorg og pleie som faller inn under Helse- og omsorgstjenesteloven i kommunen (Helse- og omsorgsdepartement 2010-2011,150).

Sykepleie:

Sykepleie er en form for yrkesmessig omsorgsarbeid. Omsorgens og sykepleierens grunnlag er solidariteten med den svake og ansvaret for ham. Omsorg er en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte. Sykepleierens omsorg omfatter personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering. Sykepleie innebærer aktiv handling til beste for den andre i dagligdagse situasjoner (Kristoffersen 2005, 24).

1.3. Studiens problemstilling

Mange sykehjemsbeboere har lavt aktivitetsnivå. Nærmere halvparten av de eldre som bor i sykehjem har svært svekket funksjonsevne og bare 20 % av pasientene ved langtidsavdelinger deltar regelmessig i aktiviteter (Resnick 2000). I en studie av Kirchhoff (2006) om fysisk aktivitet blant eldre, er det 21,7 % av deltakerne som har et aktivitetsnivå som er i samsvar med anbefalingene om å være aktiv 30 minutter hver dag (SEF 2000; Helse-og omsorgsdepartement 2005). Mennesker som er 90 år eller eldre, som ikke har noen kognitiv svikt, har vanligvis et variert, men relativt lavt aktivitetsnivå i løpet av en dag (Hillerås m.fl. 1999). I en studie av Helbostad, Sletvold og Moe-Nilsen (2004) kommer det fram at eldre over 75 år etter trening to ganger daglig får en god fysisk form, helse relatert livskvalitet, og de forbedrer den fysiske funksjonen i løpet av et kort treningsprogram.

Mange motivasjonsfaktorer virker inn på at eldre skal være mer aktive. I en studie av Hillerås m.fl. (1999) er det undersøkt en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet hos de motiverte eldste, og velvære. Det er ulikt for hver enkelt pasient ved et sykehjem, hvilken evne de selv har til å utføre dagligdagse aktiviteter og hva som motiverer til å være i aktivitet, men en viktig motivasjonsfaktor for at eldre skal være fysisk aktive, er å bevare helsen (Kirchhoff 2006; Chang, Wung og Crogan 2008). Evnen til egenomsorg og forventninger til resultat er to faktorer som påvirker Eldres treningsvaner. Det er også en sammenheng mellom oppfattet

helse og treningsvaner. Pleiepersonell fra den andre studien gir uttrykk for at det var vanskelig å kreve egenaktivitet fra pasientene, særlig når pasientene motsatte seg dette (Hem m.fl.2010). Samtidig ser de fleste eldre positivt på fysisk aktivitet og mener at regelmessig trening er av ”middels/stor betydning” for deres helse. De uttrykker en positiv holdning til fysisk aktivitet, likevel er de fysisk inaktive (Kirchhoff 2006). Mange eldre trenger lengre tid enn yngre på å komme seg etter akutt eller langvarig sykdom. Selvbildet blir ofte svekket, og motivasjonen for å mobilisere egne ressurser er dårligere(Helse Nord 2008). Ifølge Bredland, Linge og Vik (2002,82) kan sykepleiere vektlegge mer på motivasjon og bevegelse, deltagelse og oppbygging av eldres selvbildet.

Med bakgrunn i betydningen av motivasjon for brukerens fysiske aktivitet i dagliglivet og sykepleierens rolle i motivasjonsarbeidet ved sykehjem, kom jeg frem til en hovedproblemstilling: Hvordan kan sykepleiere motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet hos beboere i sykehjem? Problemstillingen er delt i to. Derfor vil jeg svare på følgende forskningsspørsmål: 1) Hva tenker sykepleiere om hvilken betydning motivasjon har i brukerens omsorg i sykehjem? 2) Hva vektlegger sykepleieren i å fremme fysisk aktivitet som forebyggende og behandlende tiltak i sykehjem? 3)Hvordan legger sykepleieren til rette for fysisk aktivitet ved sykehjemmet? Jeg ønsker i dette prosjektet å studere hvordan motivasjonsarbeidet og behovet for fysisk aktivitet hos sykehjemsbeboere forstås og tolkes av sykepleierne. De har ofte hovedansvaret for omsorg, helsen til sykehjemsbrukerne og organiseringen av hverdagen ved sykehjemmet. I denne sammenheng fikk sykepleierne flere utfordringer, økende krav til å ivareta beboernes ulike behov og ikke minst fullverdige tilbud med vekt på deltagelse og fysisk aktivitet.

1.4. Avgrensning

I denne masteroppgaven avgrenset jeg datainnsamlingen til 3 sykepleiere fra et undervisnings- sykehjem med rehabiliteringsfunksjon og 3 sykepleiere fra et kommunalt sykehjem. De seks intervjupersonene jobber ved avdelinger med eldre brukere som har ulike diagnoser og sammensatt sykdomsbilde. For å svare på min problemstilling, har jeg basert meg på intervjupersonenes tanker og refleksjoner. Jeg belyste altså ikke brukernes erfaring, og tok heller ikke for meg aldersbestemte forandringer av fysiologisk/psykologisk art i forhold til fysisk aktivitet. Jeg ønsket å undersøke sykepleieres motivasjonsarbeid ut fra deres egen praksis for å få dypere innsikt i temaet sett fra faggruppens perspektiv.

I denne sammenheng fokuserte jeg på generelle motivasjonstiltak og tilrettelegging for fysisk aktivitet, men hadde også et blikk for de individuelle forskjeller intervjupersonene uttrykker med hensyn til tanker og refleksjoner. Hovedfokuset for mine forskerspørsmål ligger i intervjuguiden som jeg benyttet under intervjuene (vedlegg nr 1).

1.5. Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i 7 kapitler. I kapittel 1 presenterer jeg bakgrunn for temaet, begrepsavklaring, avgrensning og studiens problemstilling. I kapittel 2 beskriver jeg aktuell forskning på området. I kapittel 3 omtaler jeg teoretiske perspektiver med vekt på motivasjons-arbeid, kommunikasjon, fysisk aktivitet og helsefremmende teori. Kapittel 4 er metodekapittelet som omfatter min vitenskapsteoretiske forankring, begrunnelse for valg av metode, beskrivelse av gjennomføringen av studien og etiske betraktninger. I kapittel 5 presenterer jeg resultatene av studiens funn. Utgangspunktet for drøftingen i kapittel 6 er studiens funn som knyttes til de teoretiske perspektivene i studien. Konklusjon skriver jeg i kapittel 7, med resultatene i forhold til problemstillingen, studiens praksis og den forskningsmessige betydningen.

2. Tidligere forskning

For å finne relevante studier på området, har jeg benyttet ulike søkebasert og søkeord.

Studiene som presenteres er valgt ut gjennom systematisk søk i databasene Pubmed, Medline, og CINAHL. Relevante emneord ble inndelt i fem grupper, som refererte til

- Aktiviteter og sykehjem
- Aktiviteter og eldre
- Motivasjon og eldre
- Sykepleie, eldre og aktivitet
- Sykepleie og aktivitet ved sykehjem

Alle søkeordene innefor hver gruppe ble kombinert med "or". For å avgrense søket til publikasjoner som presenterte empirisk forskning fra forskjellige institusjoner med hovedfokus på motivasjon og aktivitet hos eldre, ble de fem gruppene kombinert med "and". I tillegg ble det gjort usystematisk søk og gjennomgang av referanselister og pensum. Seleksjon og eksklusjon ble foretatt av en første gjennomgang av sammendraget. Relevante artikler, samt artikler med mulig relevans, ble gjennomgått i fulltekst.

2.1. Motivasjon og barrierer for fysisk aktivitet hos eldre

Jeg har ikke funnet noen studier som undersøkte sykepleiernes tanker og refleksjoner om motivering eller tilrettelegging for fysisk aktivitet for beboere ved sykehjem. Men jeg har funnet noen studier som kan kaste lys over funnene i min studie. En rekke studier er gjennomført med tanke på å undersøke sammenhengen mellom motivasjon og fysisk aktivitet hos eldre voksne (Brodie og Inoue 2004; Rasinaho m.fl. 2006; Batik m.fl. 2008; Schutzer, Graves og Sue 2004), og resultatene fra undersøkelsene er forskjellige. Studienes funn viser at ulike motivasjonsfaktorer kan påvirke eldre for å drive med fysisk aktivitet. For eksempel forskningen til Melanie og Stewart (2003) og Lee, Arthur og Avis (2008) har vist at motiverende samtaler med helsepersonell, helseproblemer og økende alder påvirker interessen for fysisk aktivitet hos eldre mennesker, mens mangel på tid, dårlig tilrettelagt miljø og helse minsker deres motivasjon for å drive med fysisk aktivitet. Melanie og Stewart (2003) studerte både motiver og barrierer for fysisk aktivitet hos eldre voksne og fant ut at med høy alder øker omfanget av stillesittende handlinger hos eldre. Studiens funn viser at stillesittende atferd er skadelig for Eldres helse, og etter gjennomføring av treningsprogram er de eldre blitt relativt aktive. Funnene fra undersøkelsen påviste også at motivasjonen for å bli aktive hos eldre innebærer bedre helse, selvstendighet og familien. Det betyr at fysisk aktivitet gir eldre

selvtillit, god helse, sosialt miljø og kontakt med familiemedlemmer. Studiens funn tyder at rådgivning om fysisk aktivitet av helsepersonell blir verdsatt og ansett som nyttige motivasjonsfaktorer av denne aldersgruppen. En studie av Navarro m.fl. (2007) har også undersøkt motiverende faktorer blant eldre. Målet med denne studien er å undersøke hva som er motiverende for eldre voksne for å delta i fysisk aktivitet. Studiens funn viser at helse, sosiale relasjoner og kunnskap om fysisk aktivitet er viktige motiverende faktorer. En av de viktigste motiverende faktorer for fysisk aktivitet er legens råd. Damush m.fl. (2005) har studert motivasjonsfaktorer hos eldre voksne. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at for å øke den fysiske aktiviteten blant inaktive eldre voksne, er det viktig å forstå motivasjonsfaktorene som påvirker treningen. For å belyse den motiverende påvirkningen til å utføre øvelser, ble det gjennomført et strukturert treningsprogram. Dette programmet var rettet mot eldre deltakere med kneartrose og knesmerter. Studiens funn antyder at organiserte øvelser og veiledning fra fagfolk er viktige faktorer for eldre til for å fortsette med treningsprogrammet. I tillegg reduserer øvelsene smerter og bedrer den fysiske funksjoner, noe som påvirker de eldres motivasjon for å fortsette med treningen.

2.2. Motivasjonsfaktorer hos eldre med kognitiv svikt

Forfattere Galik, Resnick og Pretzer-Abhoff (2009) har undersøkt motivasjonsfaktorer hos eldre med kognitiv svikt i sykehjem. Studiens funn viser at sykehjemsbeboere med demens representerer et flertall personer som er bosatt ved sykehjemmene. Denne studien har en kvalitativ design med en fokusgruppe for å utforske tilretteleggingen for fysisk aktivitet hos beboere med kognitiv svikt. Studiens funn viser at verbal oppmuntring, humor, musikk og rollemodellering, når de er tilpasset den enkelte beboer, kan bidra til å endre atferd. Beboere med kognitivt svikt ble lettere oppmuntret og utførte oppgaver bedre i den personlige omsorgen. For å balansere både funksjonelle og handlingsmessige mål hos eldre voksne med kognitiv svikt har en funnet teknikker, for eksempel en rollemodell av ulike oppgaver for ansatte og jevnaldrende. Slike teknikker stimulerer deltakerne til aktiviteter som de er kjent med fra tidligere. Kjent musikk eller marsjering kunne brukes sammen med de ansatte for å få flere passive brukere til å gå til spisesalen før måltider eller for å danse. I sin konklusjon skriver forfatterne at helsearbeidere og omsorgsytere ved hjelp av ulike stimulerende metoder kan behandle eldre med kognitiv svikt på en mer helhetlig måte. Derved vil slike brukere oppnå og opprettholde sitt høyeste nivå av fysisk aktivitet og optimalisere livskvaliteten. I en annen studie (Resnick 2001) ble det testet en modell hvor ulike fysiske aktiviteter skulle bistå helsepersonell for å forbedre mosjonen hos eldre voksne og dermed forebygge sykdom

og uførhet. Ved hjelp av denne modellen skulle helsepersonellet bidra til at eldre voksne kunne vedlikeholde og forbedre funksjonen og livskvaliteten. De eldre voksne hadde mulighet til å delta i månedlige samtaler og møter som gjentatte ganger gjennomgikk kjente øvelser, deltagelse i et pågående gåprogram innenfor bygningen og/eller å bruke trimrommet i bygningen. I tillegg presenterte sykepleier-utøveren uformelt informasjon om trening til beboerne under besøket. Studiens funn antyder at motiverende faktorer som hjelper eldre voksne å følge et treningsprogram, er de eldres voksnes identitet, bedre funksjonsevne, redusert blodtrykk, redusert dyspné og den psykologiske faktoren følelse av velvære. Dette har stor innvirkning på eldres treningsatferd. Studiens funn antyder også at de eldre fikk informasjon fra helsepersonell, venner, familie eller media angående trening eller fysisk aktivitet. Men frykten for å falle eller få vondt når de øvde er en barriere for trening hos eldre. Andre hindringer for å trene, er mangel på kunnskap om øvelsene, nedsatt helse, manglende tilgang til egnede fasiliteter, frykt for skader og ubehagelige følelser assosiert med trening (Resnick 2001).

2.3. Eldres deltakelse i fysisk aktivitet

Johnson, Hogdes og Keller (2006) har undersøkt hva som er motiverende for deltagelse i fysisk aktivitet hos eldre voksne generelt. Forfatterne anbefaler ulike motiverende modeller som kan hjelpe til å endre fysisk inaktivitet hos eldre voksne. En av modellene innebærer ulike aktivitetsprogrammer som kan legge til rette for fysisk aktivitet, livskvalitet, helse og trivsel gjennom individuelt arbeid eller gruppearbeid. Studiens funn viser at eldre voksne med ulike funksjonsnivåer mangler motivasjon, og dette er hovedårsaken til at eldre voksne ikke deltar i fysisk aktivitet. Grunnen for manglende motivasjon er at eldre voksne gruer seg for å komme i gang, misliker fysisk aktivitet eller vurderer det som meningsløst og ineffektiv bruk. Forfatterne fremhever at mange eldre voksne trenger støtte for å starte eller opprettholde fysisk aktivitet. Familie, venner, naboer og helsepersonell er viktige kilder til sosial støtte. Støtten kan forekomme i mange former, for eksempel av oppmuntring, ros, organiserte transport og deltakelse. I konklusjonen skriver forfatterne at fagfolk som arbeider med eldre voksne kan gi de eldre voksne mulighet til fysisk aktivitet og tilfredsstillende grunnleggende behov for bevegelse.

2.4. Oppsummering

Jeg har beskrevet mitt utvalg av forskningsartikler som jeg benytter i denne oppgaven. Disse undersøkelsene presenterer både motiver og barrierer for fysisk aktivitet hos eldre. Denne

delen av forskningen har hatt brukerens erfaring som grunnlag. Det som er undersøkt med utgangspunkt i motivasjonsfaktorene, handler mest om dårlig helse, sosiale relasjoner og helsepersonellets eller legens råd til eldre om å komme i gang med fysisk aktivitet. Jeg har valgt å ta med en studie hvor motivasjonsarbeid, forskjellige metoder og teknikker anbefales til helsepersonell for å stimulere motivasjonen hos sykehjemsbeboerne til å delta i egenomsorg og andre aktiviteter. Denne studien tar for seg hvordan ulike teknikker og et tilrettelagt miljø kan motivere eldre voksne med kognitivt svik til å bli aktivt og deltagende i hverdagens liv. For å knytte dette opp mot sykepleiernes motivasjonsarbeid i sykehjemmene har jeg også valgt ut en studie med dette temaet. Budskapet i denne studien er at helsepersonell, pårørende og venner kan være viktige støttekontakter. Denne støtten kan forekomme i mange former som hjelper de eldre til å delta i ulike aktiviteter.

3. Teoretisk perspektiv

De endelige teorivalgene gjorde jeg etter at intervjuene var skrevet ut. Jeg valgte motivasjon for fysisk aktivitet hos eldre voksne i sykehjem som sentralt teoretisk utgangspunkt for studien. I det norske sykehjemmet ser det ut til at de eldres motivasjon for fysisk aktivitet er svekket, og det har negative konsekvenser for deres helse og livsutfoldelse. I sykehjemmet har sykepleierne hovedansvar for organisering av ulike aktiviteter i hverdagen. Jeg mener at sykepleieren i sitt motivasjonsarbeid møter store utfordringer for å få eldre voksne til å bli fysisk og sosialt aktive. Jeg har valgt en motivasjonsteori som bygger på et positivt menneskesyn, kommunikasjonsteori som bygger på systemteori, teori om helsefremmende og fysisk aktivitet og eldre.

3.1. Fysisk aktivitet og eldre

Her avklarer jeg begrepet fysisk aktivitet, bevegelse og trening og skrevet om konsekvenser av inaktivitet hos eldre voksne.

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep som inneholder mange definisjoner, slik som fysisk utfoldelse generelt og hos eldre, for eksempel idrett, leik, trening og friluftsliv. Generelt sett kan fysisk aktivitet defineres som det å bevege seg, det å bruke kroppen (SEF 2000). Fysisk aktivitet påvirker altså humøret, gir energi, reduserer stress, bedrer forholdet til egen kropp og fremmer sosialt samvær (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). De positive helsegevinstene av et høyt aktivitetsnivå kan være: Følelse av velvære, reduksjon av angst, reduksjon av muskulære spenninger, reduksjon av psykosomatiske symptomer, bedre selvfølelse og kroppsfølelse (SEF 2000). Forskning viser også at fysisk aktivitet har både helsefremmende og sykdomsforebyggende effekter. I en oversiktsartikkel knyttet til fysisk aktivitet og eldre, fremhever Peder Hjort (2000, 35) de store helsegevinstene ved å være fysisk aktiv. Fysisk aktivitet reduserer sykkelighet, fremmer mental og fysisk helse, øker funksjonsdyktigheten og har altså en primær forebyggende effekt. Fysisk aktivitet har de seneste årene fått økt status og innpass i samfunnet (SEF 2000;SEF 2001; Sosial og helsedirektorat 2002).

Det er funnet klare sammenhenger mellom fysisk aktivitet og helse hos eldre voksne.

Stigende alder fører til økt muskelstivhet og redusert elastisitet i bindevev. Av denne grunn kan skikkelig oppvarming og uttøying ha en større effekt i å redusere risikoen for en ortopedisk skade hos eldre enn hos unge menn og kvinner. En 5 minutters oppvarming (øvelse med redusert intensitet) etterfulgt av 5-10 minutter med treg uttøying er sterkt anbefalt (Evans 1999).

I Norge har vi de seneste fem år fått et større fokus på fysisk aktivitet. Kartleggingsrapportene fra SEF fra 2000 og 2001 var med på å sette fokus på effektene av fysisk aktivitet for å fremme helse. St. meld. 16 har vært med å legge politiske føringer på viktigheten av å drive fysisk aktivitet (St. meld. nr16(2002- 2003)). Det er gjennomført en rekke helseundersøkelser som har inneholdt kartlegging av fysisk aktivitet i Norge de siste tiårene. Blant annet CONOR-undersøkelsene (Folkehelseinstitutt 2003), samt også en andre omfattende undersøkelse (Andersen og Andersen 2004). Denne undersøkelsen baserte seg på kartlegging av fysisk aktivitet gjennom spørreskjema. Over 1600 respondenter, både kvinner og menn mellom 18-65 år, gjennomførte undersøkelsen. Undersøkelsen hadde en noe lav svarprosent, men den viste at 63 % av kvinnene og 44 % av mennene ikke tilfredsstillt minimumsanbefalingene om fysisk aktivitet per dag(ibid).

Følgene av fysisk inaktivitet er mange. Leddenes funksjon nedsettes, hofter og knær blir lettere overbelastet og skadet. Muskler som ikke stimuleres tilstrekkelig svekkes. Redusert muskelstyrke hos eldre er en viktig årsak for deres økt forekomst av nedsatt funksjonsevne. Med stigende alder og svært lavt aktivitetsnivå hos gamle mennesker, er redusert muskelstyrke og kraft kritiske komponenter i evnen til å gå (Evans 1999). Fysisk inaktivitet er også forbundet med redusert sukkertoleranse, fordøyelsesproblemer, nedsatt stoffskifte, høyt blodtrykk, samt psykiske problemer (SEF 2000). Begrensninger i bevegelighet med betydning for funksjonen i dagliglivet kan ofte observeres gjennom utførelse av motoriske oppgaver (Helbostad 2007, 373). Bevegelsesfunksjonen har stor betydning for å kunne utføre daglige gjøremål selvstendig og for å oppleve velvære, også for de gamle og skrøpelige. Aldringsprosessen påvirkes av ulike og sammenvirkende faktorer som arv, sykdommer, livsstil og aktivitetsmønster. Disse faktorene er også med på å endre den eldres bevegelsesfunksjon og mulighet for egenomsorg. Eksempler på dette er å stå i oppreist stilling og ha kontroll over balansen. Bevegelighetstrening bør allikevel ikke gå på bekostning av trening av styrke, utholdenhet og balanse. Trolig er bevegelighet en mindre begrensning enn de andre treningsformene med tanke på funksjon (Østerås og Torstensen 2007, 102-118).

Fysisk aktivitet er viktig for å kunne opprettholde bevegelsesfunksjonen, og for å forebygge komplikasjoner som skyldes inaktivitet under sykdom og etter skade. Det er derfor en viktig og stor utfordring å sørge for at multisyke eldre og gamle med stort hjelpebehov får ivaretatt sitt grunnleggende behov for bevegelse. Opp mot ni av ti personer over 65 år har minst én kronisk lidelse som kan påvirke deres fysiske funksjoner negativt. Det kan derfor være

vanskelig å skille mellom endringer som skyldes sykdom, og endringer i funksjonsevne som skyldes normale aldersforandringer. Men det viser seg at mange kroniske sykdommer og lidelser gir funksjonsproblemer. Selve sykdomsprosessen kan føre til endringer i livsstil slik at man blir mindre aktiv, noe som igjen vil kunne redusere funksjonsevne og bevegelighet. Dette øker behovet for hjelp i daglige gjøremål hos eldre voksne (Helbostad 2008,287-288). Fysisk aktivitet er i utgangspunktet en naturlig ting å drive med for eldre mennesker. I vår tid har det derimot vist seg at inaktivitet med følgende helseproblemer er blitt et stadig økende problem. Denne økende inaktiviteten er en ny tendens i samfunnet, og har konsekvenser for kroppens system og funksjonering i dagliglivet (Helbostad og Simonsen 2007, 179-180). Mange som bor på sykehjem er inaktive på grunn av alvorlig sykdom med fysisk og kognitiv funksjonssvikt og er avhengige av hjelp for å kunne stå, bevege seg og gå. Inaktivitet kan føre til negative konsekvenser for helsen til sykehjemsbeboerne som er sengeliggende (ibid).

Mange komplikasjoner er konsekvenser av sengeleie, og et resultat av en mangel på aktivitet som sengeleie medfører. I tillegg kan det føre til isolasjon, redusert livskvalitet, økt risiko for fall, obstipasjon og utrygghet ved forflytning. Tilpasset fysisk aktivitet er helserelaterte positivt for helsen og gir økt selvstendighet på tross av helsemessige utfordringer (Skaug 2011, 271). Det er ingen annen gruppe i vårt samfunn som kan ha nytte av regelmessig utført øvelse enn de eldre. Selv om både aerobic og styrke og kondisjonstrening er sterkt anbefalt, kan bare styrketrening stoppe eller reversere sarcopenia. Økt muskelstyrke og muskelmasse hos eldre kan være første skritt mot en levetid og en realistisk strategi for å opprettholde funksjonell status og uavhengighet (Evans 1999).

3.2. Motivasjon

I dette kapitlet vil jeg presentere og belyse teorien om motivasjon som er beskrevet av den danske psykologen Revstedt (Revstedt 1995). Motivasjonsarbeidet som er beskrevet i denne boken er basert på et positivt menneskesyn, en humanistisk tilnærming. Menneskesynet som motivasjonsarbeidet har, er en menneskets essens som er konstruktiv, omgjengelig, målrettet og aktivt. Disse fire egenskapene må ses som deler av en helhet – den positive indre kjerne vi alle bærer (Revstedt 1995, 20).

3.2.1. Latent og manifest motivasjon

Ifølge Revstedt (1995) beskrives motivasjon som en indre drivkraft der målet er å leve et så meningsfylt liv som mulig. Det er sammenfatningen av menneskets innerste natur som utgjør

denne drivkraften: Å være konstruktiv, sosial, målrettet og aktiv (Revstedt 1995). Dette vil innebære at man ser på mennesket som en oppbyggende, sosial, målbevisst og aktiv person. Med oppfyllelse og meningsfylt liv betyr det at mennesket velger å ta ansvar for seg selv og ta vare på sine muligheter. Dersom mennesket handler konstruktivt i sitt liv, betyr det at mennesket strever etter å være godt mot seg selv og andre. Sosial innebærer for mennesket at en ønsker kontakt med andre mennesker, og målbevisstheten påpeker at alle søker et mål i livet sitt og strever etter å finne en mening. Aktiv kan bety at mennesket er et skapende vesen, og ønsker å utrette ting i livet. (Revstedt 1995, 21).

Med motivasjonsarbeidets definisjon av motivasjonen kan mange mennesker betraktes som mer eller mindre motivert. Det finnes de mest destruktive og uberettigede brukere, og de har også denne positive kjernen inni seg. Det finnes ingen håpløse tilfeller i henhold til deres vanskelige situasjoner. Tre ting legger Revstedt vekt på: Tro, tanke og ingen håpløse tilfeller. Det finnes ingen umulige situasjoner, og motivasjonsarbeideren har hovedansvaret for brukerens motivasjon (Revstedt 1995, 29). Imidlertid bør man ikke oppfatte det som om en følelse av håpløshet i helsearbeidet aldri forekommer. I stedet viser det seg at alle de som møter disse latent motiverte brukere opplever følelser av håpløshet, men utfordringen er hvordan man skal håndtere dem. Det er positive synet på mennesker opptrer som en "vaksine" mot å bli utbrent av motivasjonsarbeidet (Revstedt 1995,23).

Alle mennesker er indre motivert, og det er bare enkelte menneske er umotiverte. Med en umotivert person menes en person der destruktive krefter har overtaket over de konstruktive. Dette betyr at personen ikke er klar over eller føler at flere konstruktive alternativer er mulige for ham. Men en manifest motivert person føler at han har valg og ser ikke problemer enn en latent motivert person. Forskjellen er at manifest motiverte har mer konstruktive løsninger og ser løsninger på sine problemer bedre enn den latent motivert, som ser det destruktive. Latent motiverte har noe som kan føre til mental smerte som til slutt blir en del av ens personlighet. Dette negative selvilde kan gjøre at livet ruller videre i negativ retning, og som voksne blir latent berettiget, eller at ens indre kjerne er ikke sterk nok til å takle vanskelighetene i livet (Revstedt 1995, 44).

3.2.2. Motivasjonsprosess

Motivasjonsarbeidet omfatter en teori om hvordan motivasjonen endrer seg over tid med brukeren, og hvordan tilkoblingsprosessen til brukerens motivasjon utvikler seg. Denne

teorien er den viktigste støtten for motivasjon for brukeren, og hjelper ham til ikke å miste sitt engasjement. Motivasjonen for bruker er endring som en bølgebevegelse. Dette betyr at en økning i motivasjon er alltid fulgt av en rekyl, hvor brukeren handler destruktivt. Denne destruktive rekylen er ofte det vanskeligste for brukerens motivasjon til å jobbe med. Etter en periode hvor det synes som om brukeren har gjort fremskritt etter en nedgang, som tilsynelatende bekrefter at det har vært en positiv endring, mister motivasjonsarbeideren på dette punktet sitt engasjement med brukeren og gir opp. Hvis han imidlertid forstår rekylen som en bekreftelse av en tidligere positiv endring i brukeren, er det potensialet for ham til å fortsette å jobbe med brukerens motivasjon. Den destruktive rekyl er en uunngåelig og nødvendig del av endringsprosessen (Revstedt 1995, 77-82).

3.2.3. Motivasjonsrelasjoner.

Motivasjonsforholdet til brukeren er den praktiske anvendelsen av motivasjonsarbeidets vurderinger og teorier. Gjennom motivasjonsarbeidet formidler helsearbeider visse holdninger til brukeren. Sistnevnte får emosjonelle kraft av brukerens positive kjerne, og dermed motivasjonen hans til å bli styrket. Den positive menneskelige natur og destruktive rekyl hjelper helsearbeideren til å fortsette med motivasjonsarbeidet og gi denne livskraften til brukeren. Det er primære tre følelser som brukerens positive kjerne trenger, nemlig engasjement, håp og tillit (Revstedt 1995, 87). Engasjement er den viktigste delen av motivasjonsrelasjoner. Dette innebærer at helsearbeideren er engasjert i brukeren og synes at dette er viktig. Med utgangspunkt i sitt engasjement uttrykker helsearbeideren følelsesmessige reaksjoner til brukeren, som sinne, sorg og uro, fordi brukeren er en umotivert og mistenkelig person som har vansker med å stole på at noen vil engasjere seg med ham. Selv om helsearbeideren viser følelsesmessige reaksjoner, trenges det ytterligere bekreftelser før brukeren begynner å stole på ham. Det innebærer at engasjementet skal vise seg i handlingen for å bli troverdig. Disse handlingene kan være å oppsøke brukeren og hjelpe med å forbedre brukerens livssituasjon.

Helsearbeideren skal vise både i følelser og i handlinger at han er engasjert. Å være troverdig i sitt engasjement i brukeren betyr også at helsearbeideren forsøker, både verbalt og i handlinger, å begrense brukerens destruktive handlinger. Grensesetting er derfor en viktig del av motivasjonsrelasjoner (Revstedt 1995,88). I den andre delen av motivasjonsforholdet kan helsearbeideren formidle en følelse av håp til brukeren slik at han får muligheten for endring. Helsearbeideren kan ikke garantere at det vil bli bedre, men han kan formidle at muligheten eksisterer. Det er viktig å skape tillit i motivasjonsarbeidet. Tillit innebærer at

helsearbeideren formidler følelsen av at brukeren har sin egen kapasitet, noe som han kan ta vare på. Motivasjonsarbeideren skaffer det både på et overordnet nivå og i forbindelse med en bestemt oppgave, som brukeren skal utføre. I sistnevnte tilfelle skal helsearbeideren først vurdere om brukerens evne til å utføre oppgaven virkelig, ellers er ikke tilliten sann (Revstedt 1995, 89-90).

En emosjonell ærlighet innebærer flere ting. For det første betyr ærlighet at de tre følelsene engasjement, håp og tillit er ekte. Helsearbeideren skal ha styrke til å være innblandet i brukeren følelsesmessig, uten tilsynelatende å få noe positivt tilbake. For det andre har helsearbeideren profesjonelt ansvar og velger hvilke følelser han vil vise overfor brukeren etter at han har gjort en vurdering om at dette er til nytte for motivasjonsarbeidet. For at han skal kunne handle emosjonelt ærlig mot brukeren, må helsearbeideren være ærlig og åpen mot seg selv. For det tredje innebærer ærlighet også at motivasjonsarbeideren er ærlig med rammeverket om motivasjonsrelasjoner og andre fakta som er viktige (Revstedt 1995, 96-97).

3.3. Mestringsmotivasjonsteori

I dette kapitlet skal jeg presentere Atkinsons og Heckhausens Mestringsmotivasjonsteori. I boken "Mestringsmotivasjon" gir Rand (1991) en grundig innføring i disse teoriene. Grunnen til at jeg har valgt å behandle Atkinsons og Heckhausens mestringsmotivasjonsteorier, er fordi jeg ved hjelp av disse teoriene vil utdype min forståelse av den effekt motivasjon har på brukerens valg av oppgaver og de resultatene som oppnås. Atkinson og Heckhausen fokuserte sin forskning om mestringsmotivets innflytelse på motivasjonen. Dette kan være relevant i forbindelse med motivasjonsprosessen i sykehjem der brukere motiveres gjennom interaksjoner med ytre situasjoner. Jeg vil gå nærmere inn på mestringsmotivet slik det fremstilles i Atkinsons og Heckhausens teorier.

3.3.1. Atkinsons Motivasjonsmodell

Dette er en modell som analyserer en handlingssekvens av motivasjons-synspunktet. Her stiller Atkinson spørsmål om hvorfor en gitt aktivitet opphører og om hvorfor nettopp den nye aktiviteten tar over og ikke en helt annen. Atkinson splitter opp motivasjonsbegrepet i tre komponenter: Forventning, insentiv og motiv. Hver av de komponentene er igjen delt i to: Tilnærmings- og unngåelsesmotiv, tiltreknings- og frastøtingsinsentiv og forventningen av medgang og forventningen av nedgang. Hvis de seks variablene kombineres, kalles det resultatet for motivasjon (Rand 1991, 21). Dersom ser man på modellen i forhold til oppgavetype og oppgavens vanskelighetsgrad, vil modellen kun være gyldig for oppgaver av

samme type, men med ulik vanskelighetsgrad. I den sammenhengen kan man studere hvordan faktorene samvirker (Rand 1991, 23). I forhold til vanskelighetsgrad setter Atkinson to forutsetninger: Sannsynligheten for å lykkes med en bestemt oppgave og sannsynligheten for å mislykkes er det motsatte; står man overfor en veldig vanskelig oppgave, vil skamfølelsen for å ikke klare den være liten, mens det vil være bittert å mislykkes med en enkel oppgave. Hvis en person skal velge vanskelighetsgrad på oppgaven, må personen forutse en framtidig situasjon, og insentivverdien vil komme inn i bildet. De oppgavene som har de største insentivverdiene, er det minst sjans for å lykkes med. Derfor velger de fleste oftest en oppgave av middels vanskelighetsgrad (Rand 1991,27).

I Atkinson teori kalles det tilnæringsmotiv dersom motivet tiltrekker en person til situasjoner, og motiver som får en person til å unngå situasjoner, kalles unngåelsesmotiv. Personer med et tilnæringsmotiv vil velge oppgaver med middels vanskelighetsgrad der resultatmotivasjonen er størst. Det forventes at personen kommer til å jobbe hardes i gjennomføringen av en slik oppgave. Den middels vanskelige oppgaven blir sett på som enklere og fører til at den noe vanskelige oppgaven også blir sett på som noe enklere. Hvis personen mislykkes, vil det motsatte skje, nemlig at oppgavens vanskelighetsgrad øker. Det viser seg derimot gjennom prestasjonsnivåforskning at man fortere hever ambisjonsnivået enn senker det. Hos en person med unngåelsesmotiv vil derimot resultatene være helt annerledes. Fordi motivasjonsresultatene er negative, ville en slik person ikke velge noen av oppgavene. Hvis oppgaven likevel blir valgt, er det ytre motivasjon som kommet inn i bildet og en annen motivasjon som ikke er direkte knyttet til løsning av oppgaven. Ved å velge en oppgave i denne situasjonen, vil den vanskeligste og den letteste oppgaven stå som mest sannsynlig. Hvis man velger av den letteste oppgaven, vil sannsynligheten for å mislykkes være minst, mens ved valg av den vanskeligste oppgaven, vil skammen ved å mislykkes være minst også (Rand 1991,61).

3.3.2. Heckhausens motivasjons- og kognitive reviderte modell

Heckhausens teori presenteres i hovedsak som en videreføring av Atkinsons episodiske modell, og er i virkeligheten mer omfattende og nyansert. Atkinson begrenser seg i prinsippet til en enkeltstående episode og valg av vanskegrad innenfor en og samme oppgavetype. Det vil si at omfang ved handlingsresultatet har sammenheng med oppgavens vanskegrad å gjøre. I motsetning til dette går Heckhausen inn i dagliglivets mangesidige problemer i forbindelse med vårt handlingsliv og beskriver fire hovedpunkter. Det første er at motivasjonen alltid vil

ha flere kilder enn den som har sammenheng med mestring på ulike vanskegradsnivåer. Det andre er at man må gå ut over den enkle episoden, og episoden avsluttes med et handlingsresultat som enten er vellykket eller mislykket. Det tredje er at det også må regnes med kort- og langsiktige følger av om handlingen er vellykket eller mislykket. Det fjerde er at resultater kan oppnås ikke bare gjennom egen handling, men også som et resultat av ytre forhold. Som regel er resultatet en følge av en kombinasjon av ytre forhold og en innsats (Rand 1991, 130).

Heckenhausen har utarbeidet den modellen for analyse av en motivasjonssituasjon og kalte den modellen som "prosessmodellen" (Rand 1991). Utgangspunktet er en situasjon som inneholder utfordringer. Når man vurderer en situasjon, vekkes forventninger om hva som vil skje, og blant annet forventninger om at en handling kan føre til et positivt eller negativt handlingsresultat, som igjen kan få en rekke positive eller negative konsekvenser.

Heckenhausen beskriver motiv, relevante forventninger og insentiver og sammenfører alle disse faktorene i denne kognitive modellen (Rand 1991). Ifølge Heckenhausen i Rand (1991) ligger de grunnleggende oppfatningene med hensyn til motiv nær Atkinson, og hans spesielle bidrag ligger særlig i analysen av motivbegrepet i hovedkomponentene og spesifisering i de forholdene som oppfattes som viktige ved et motiv, for eksempel mestringsmotivet.

Mestringsmotivet er et selvvurderingssystem og består av bestemte bestanddeler.

Den første delen er følelsesreaksjoner som utløses av ytre betingelser, og personer kan kontrollere følelser ved å oppsøke situasjoner som utløser positive følelser. En person kan unngå negative situasjoner og ha valgmuligheter. Den andre delen er at personen bygger opp en generell kvalitetsstandard for handlinger på forskjellige områder. Han utvikler mer konkrete og spesifiserte standarder som er lik aspirasjonsnivået for de enkelte oppgavene. Både den generelle standarden og det spesielle aspirasjonsnivået er betydelig påvirket av personens motivkonstellasjon. Ifølge Heckenhausen (Rand 1991) er opplevelsen av både positive og negative følelser lært, og det skilles mellom handlingsresultatet og konsekvensene av det. Han påpeker også at årsaksattribusjon spiller en viktig rolle (Rand 1991, 133). I likhet med Atkinson oppfatter Heckhausen motivet som et relativt stabilt personlighetstrekk. Han viser til forskning på både egen, andres og daglige observasjoner som viser at det er en påfallende stabilitet i motivasjons- og handlingsmønstre. Dette er på tross av hvilke suksess- og mislykkingserfaringer personen gjør. Motivasjonsdominerte personer kan oppleve å lykkes gang etter gang uten at dette påvirker deres pessimistiske vurdering av egne sjanser. På den

annen side kan slik person tåle utrolig mange nederlag og mye motgang uten å gi opp (Rand 1991). Heckhausen har en forklaring på denne stabiliteten i motiver og beskriver typiske representanter med utgangspunkt i motivets hovedbestanddel i selvvurderingsmodellen. Ifølge denne selvvurderingsmodellen har mestringsmotiverte en realistisk standard for prestasjoner og setter seg realistiske mål. De velger et aspirasjonsnivå som ligger litt høyere enn deres eget tidligere prestasjonsnivå og alltid middels vanskelige oppgaver. Nederlag skyldes de ytre faktorer, for eksempel vanskelig oppgave, eller en ustabil indre årsak, for eksempel liten innsats (Rand 1991, 134). Nederlagsengstelige velger enten ekstremt høye eller lave mål og forsøker å unngå middels vanskelige oppgaver. De regner ofte suksess som forårsaket av ytre forhold som flaks eller lette oppgaver. De tror at det er egne evner som er årsaken til at de gjør det dårlig, velger oppgave med enten høye eller lave mål og fratar seg selv muligheten for en positiv selvvurdering. Deres attribusjonsmønster gjør også sitt for å hindre en positiv selvvurdering (Rand 1991,135).

Mestringsmotiverte har en mer realistisk standard og velger oppgaver med middels vanskegrad. De vil oppleve å lykkes eller mislykkes og attribusjonsmønstret deres gjør at de tar æren for suksess og føler glede. Mestringsmotiverte har et offensivt mønster og søker å øke egen dyktighet og utnytte egne evner best mulig. De velger alltid middels vanskelige oppgaver, noe som gjør at de oppdager fremgang, ser hva de kan forbedre til neste gang. Gleden av å lykkes blir maksimert og skuffelsen av å mislykkes blir dempet. Nederlagsorienterte har et defensivt mønster og har som mål å unngå selvbelastende konsekvenser. De er grunnleggende innstilt på å unngå dette og velger enten altfor vanskelige oppgaver eller altfor lette. Dersom de skulle velge middels vanskelige oppgaver, ville det oppleves som sterkt belastende, og velger de høy vanskegrad oppgaver, som de ikke opplever som belastende fordi de er altfor vanskelige! Dersom nederlagsorienterte velger oppgaver med lav vanskegrad, har de liten sjanse for å mislykkes, men samtidig lite å glede seg over (Rand 1991).

3.4. Helsefremmende teori (salutogenese)

Sosiologen Aaron Antonovsky ([1987]2000) har presentert sin teori om salutogenese, som er teorien om hva som fremmer helse og mestring i menneskets liv. Aaron Antonovsky ([1987]2000,34) fokuserer på helse i stedet for sykdom, og knytter individets opplevelser av sammenheng i livet til begrepet ”opplevelse av sammenheng” (OAS). OAS representerer en global holdning som består av tre komponenter, begripelighet, håndterbarhet og

meningsfylthet. Begripelighet handler om en dynamisk tillit til at det som skjer er kognitivt forståelig og forklarbart. Det kan settes inn i en sammenheng og fremstå som strukturert og tydelig. Håndterbarhet innebærer en følelse av at utfordringer kan håndteres. Det er ressurser som en selv har kontroll over eller som kontrolleres av en annen som man stoler på og har tillit til. En person som har en sterk følelse av håndterbarhet føler seg ikke som offer og ser ikke livet som urettferdig. Meningsfylthet er den av de tre komponentene som Antonovsky ([1987]2000) anser som den mest betydningsfulle. Den handler om viktigheten av å være deltakende og engasjert i sitt eget liv og i de prosesser som former ens egen skjebne. Livet har innhold og verdi, det er verd å engasjere seg. Livet oppleves som meningsfylt og forståelig og det søkes mening i ulike aktiviteter. En vil ta det som utfordringer og gjøre sitt beste for å klare seg igjennom deltakelsen. Meningsfylthet i fysiske og sosiale aktiviteter skaper lysten til å finne en dypere forståelse av sine ressurser. En person preget av meningsfylthet opplever seg selv i livet som stabilt og vedvarende. Antonovsky ([1987]2000) anser meningsfylthet som det mest sentrale elementet fordi det er motiverende.

Begripelighet, håndterbarhet og meningsfylthet henger sammen og virker på hverandre. Høy håndterbarhet er for eksempel avhengig av høy begripelighet, en må ha klart begrep om hvilke krav som stilles om en skal føle at det står ressurser tilgjengelig. Høy meningsfylthet og begripelighet gjør at man motiveres til å søke etter ressurser. OAS skaper orden av kaos og handler om hvordan orden kan oppnås. For å skape meningsfylthet, må problemets karakter defineres og gjøres begripelig før en kan mobilisere de nødvendige ressursene. Tydelig informasjon eller en omdefinering av situasjonen kan bidra til høyere begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky[1987]2000). Begrepet ”opplevelse av sammenheng” innebærer kunnskap som sykepleiere kan anvende i møte med eldre voksne på sykehjem. Med salutogenetisk fokus kan sykepleierne stimulere brukernes egne mestringsmuligheter gjennom motivering og tilrettelegging av fysisk aktivitet i det daglige liv. Således kan sykepleierne også stimulere til opplevelse av sammenheng og livsutfoldelse hos sykehjemsbeboerne via godt samarbeid med deres pårørende. Dette må balanseres med god omsorg og ses fra brukernes situasjon.

3.5. Kommunikasjonsteori

I denne delen av teorikapittelet vil jeg trekke frem kommunikasjon som virkemiddel for å motivere for fysisk aktivitet blant eldre voksne i sykehjem. Først vil jeg beskrive viktige begreper som kontekst, punktuering, sirkulæritet og relasjon. Deretter vil jeg presentere

samtale, ulike typer spørsmål og lytting som også er viktige elementer i motiverende samtalen med brukerne (Jensen og Ulleberg 2011).

3.5.1. Kontekst

Konteksten hjelper oss med å tolke det vi sier og bidrar til å gi et fenomen mening for å utvide forståelsesrammene våre. Det vil si at konteksten betegner våre forståelsesrammer slik at vi forstår fenomener innenfor situasjonen. Man kan si at konteksten er ens egne fordommer, erfaringer og sinnstilstand. Konteksten er videre den ytre konteksten, den sammenhengen hendelsene og fenomenene finner sted i (Jensen og Ulleberg 2011,99). Per Jensen og Inger Ulleberg (2011,103) sier at mennesket i sin kommunikasjon også forholder seg til det som ikke skjer. Det som ikke kommuniseres er også informasjon i en kontekst. Dette forstår jeg slik at det ikke mulig å ikke kommunisere. Som mennesker er vi på søken etter mening, og vi forstår aldri noe løsrevet fra konteksten. Samtidig forstår vi bare enkelte deler av gangen, men vi setter disse delene inn i en fortolkende helhet som gir oss mening. Vi setter med andre ord all informasjon og kommunikasjon inn i kontekst. Vi konstruerer denne konteksten ut fra vår egen forutinntatthet og det vi har som foreliggende informasjon. Jensen og Ulleberg (2011) beskriver dette som at det ikke er senderen av et budskap, men mottakeren av dette som skaper konteksten, og derav også meningen. Vi har subjektive tolkninger og assosiasjoner i forhold til hvordan konteksten skal forstås. Slik forstår jeg det som en sykepleier som er medlem av en flerfaglig gruppe. Ifølge Jensen og Ulleberg (2011) setter den flerfaglige gruppen ulike rammer for forståelse av problemene med brukerne. Det er avhengig av hvordan vi forstår og vil prøve å løse problemet. Disse ulike kontekstforståelsene må man forholde seg til når man skal inngå i et samarbeid (ibid, 107)

3.5.2. Punktuering og sirkularitet

En kontekst består av de punktueringene man gjør underveis, og det innebærer med andre ord å organisere forståelsen av en kontekst og foreta et utvalg. Vi organiserer vår forståelse av et samspill og mener noe om hvor samspillet oppstår ved å si at noe er årsaken til noe annet (Jensen og Ulleberg 2011). Det vil si at vi plasserer årsaken, vi tolker situasjon og mener noe om hvordan samspillet oppstår (Jensen og Ulleberg 2011, 114). Man kan ikke si at man er god eller dårlig til å punktuere. Det er noe man automatisk gjør i en kontekstvurdering. Når man tillegger informasjonen mening eller gir den et navn, omhandler dette vår tolkning av informasjonen vi punktuere. Disse punktueringene danner ofte et mønster i vår måte å tolke informasjon på. Disse mønstrene kan bidra til å vanskeliggjøre forandring. Mennesker kan

altså punktuere en hendelse forskjellig. Det er mange grunner til dette. Vi har med oss ulike forforståelser og opplevelser og punktuere ut i fra disse. I sykehjem vil sykepleieren kunne oppleve utfordringer knyttet til dette når hun skal samarbeide med brukeren. Dersom man tar utgangspunkt i historien om en bruker som er taus og mutt, og svarene må dras ut av ham, er hennes punktuering av samspillet at brukerens taushet er årsaken at hun blir påtrengende, og hun vil ta problemet opp til veiledning. Hun blir utfordret til å punktuere samspillet annerledes og hvordan hun kan se sin pågåenhet som årsak til hans taushet. Balansen mellom hvordan man ser de ulike punktueringene som en utfordring, samtidig som disse ulike perspektivene kan utfylle hverandre, synes å være det sentrale. Sirkulære prosesser kan være et nyttig utgangspunkt som forklaringsprinsipp for punktueringbegrepet (Jensen og Ulleberg 2011, 115).

En sirkulær forståelsesramme kan sees på som et grunnleggende prinsipp innenfor kommunikasjonsrelasjoner. En sirkulær forklaring er en god måte å forstå situasjonen når begge parter deltar i samspillet, bidrar og har ansvar. Jensen og Ulleberg (2011, 25) beskriver det sirkulære samspillet i kontrast til det lineære. Ifølge den sirkulære modellen er uenigheten om hvordan man skal punktuere en sekvens av hendelser det som er roten til uenighet. Hvilken av partene som begynte uenigheten er uvesentlig, men deres handlinger er gjensidig med på å opprettholde den andres handlinger. Jensen og Ulleberg (2011) påpeker at hvis man tenker i sirkulære sammenhenger, blir spørsmål om egentlig årsak uinteressant. Uenige partnere kan lete etter en forståelse som kan gi andre handlingsalternativer og åpne for nye løsninger når samspillet låser seg. Hvis samspill mellom mennesker skal forstås og forklares, kan det være nyttig å se nærmere på relasjonen mellom partene.

3.5.3. Relasjon

Relasjon omhandler å forstå fenomener ut i fra et menneskelig samspill og mellom mennesker og deres situasjon og kan deles inn i to typer: Symmetriske og komplementære relasjoner. Et eksempel på symmetriske relasjoner er relasjonen mellom mor og barn. Det handler om at barn og mor viser lik adferd og utveksler oppfatninger i et gjensidig forhold. En komplementær relasjon vil være et forhold hvor deltakerne fokuserer på ulikheter samtidig som de utfyller hverandre. I en komplementær relasjon ligger det et annet avhengighetsforhold enn i en symmetrisk relasjon. En samhandling kan sies å være komplementær når personenes atferd, følelser eller meninger er ulike, men gjensidig knyttet sammen. Komplementære relasjoner punktuere på ulikhet. I slike relasjoner har deltagerne

hver sine funksjoner, de utfyller hverandre, men da de ulike funksjonene har ulik verdi blir ofte den ene parten sett på som den sterke, mens den andre er underlegen. Slike relasjoner betegnes som dårlige komplementære relasjoner (Jensen og Ulleberg 2011,35-39).

Ifølge Jensen og Ulleberg (2011) er relasjoner i bevegelse, og de er mangfoldige og stabile i enkelte tilfeller. Hvordan kan man forholder seg til relasjonsnivået dersom man kommuniserer, kan være forholdet mellom en sykepleier og en bruker. Et eksempel på et nivå beskrevet av Jensen og Ulleberg (2011,121) om sykepleieren som kan formidle kunnskap om fysisk aktivitet og et innhold, for eksempel noen øvelser for armer og bein. Samtidig vil sykepleieren vise at dette er en sykepleier-bruker-relasjon med de forventninger som hun har om slike relasjoner. Det betyr at hun retter seg med oppmerksomhet mot brukeren og markerer sin måte å snakke på. Brukeren vil bekrefte denne relasjonen ved å oppføre seg som en bruker og hører etter og stiller spørsmål (Jensen og Ulleberg 2011, 121). Men brukeren kan utfordre sykepleieren og vil gjøre noe annet enn det som forventes av det som skulle gjøres eller sies. Jensen og Ulleberg (2011) sier at det er en utfordring hele tiden til å godta eller avvise slike forsøk på å definere relasjonen. Hvis sykepleieren opplever en relasjon med brukeren som vanskelig, kan hun se nærmere på det samspillet hun er en del av. Hun kan lage ulike tolkninger av hvordan den situasjonen kan forstås og hvordan hun kan komme til nye handlinger og holdninger. Slik kan sykepleieren bidra til at relasjonen mellom henne og brukeren utvikler seg i en hensiktsmessig og nyttig retning (Jensen og Ulleberg 2011).

3.5.4. Samtale og fire typer spørsmål

Når det gjelder å utvikle en god relasjon mellom helsearbeidere og brukere, finnes det viktige elementer for å gjennomføre en god motiverende samtale (Jensen og Ulleberg 2011, 47-48). Disse er: Å lytte til brukeren, å gi brukerens erfaring forrang, å be om tilbakemelding på forholdet, å unngå kritiske og nedsettende kommentarer og å spørre om hva som har vært mest viktig i samtalen (ibid). Ifølge Jensen og Ulleberg (2011) kan samtaler befinne seg innenfor bestemte rammer: Institusjonen, arbeidsplassen eller sykehusavdelingen. For å trekke inn min problemstilling kan en motiverende samtale foregå i et sykehjem på brukerens rom, treningsrom eller spisesal. Disse steder vil angi hvilke temaer som er aktuelle og hva som er i fokus. Det kan bidra til en god samtale, utveksling av informasjon, utforsking av virkelighetsforståelse og avklaring av samarbeidet mellom sykepleieren og brukeren. I en motiverende samtale er det nødvendig å komme frem til enighet, en felles forståelse av problemet og formålet. Slike samtaler kunne være små samtaler i det daglige

motivasjonsarbeidet og gi innsikt i seg selv i daglige ulike aktiviteter i sykehjem (Jensen og Ulleberg 2011). Når mennesker samtaler, bruker de å stille spørsmål og gi svar. Det finnes fire forskjellige typer spørsmål, og de er utarbeidet av den kanadiske psykiateren Karl Tømm. Hver type spørsmål kan brukes i et område hvor det er relevant. For eksempel stilles lineære spørsmål når en søker å gi forklaring for å forstå en årsakssammenheng. De lineære spørsmålene kan være nyttige i en samtale med brukeren når sykepleieren skal kartlegge brukerens kunnskap om treningsøvelser eller hvordan han forstår betydningen av fysisk aktivitet (Jensen og Ulleberg 2011,279). Strategiske spørsmål blir i dagligtale kalt ledende spørsmål. De har påvirkende hensikt, inkluderer et forslag til svar eller peker mot en bestemt retning. Jensen og Ulleberg (2011) hevder at helsearbeidere bør være forsiktige med å bruke strategiske spørsmål overfor brukere eller klienter. For det første virker de som regel normative, og de reduserer mulighetene for å ta selvstendige valg. Når for eksempel sykepleieren spør en bruker om når han skal begynne å trene på å gå med rullator i korridoren, kan det forstås som påpeking av hva som må gjøres (ibid, 280).

Sirkulære spørsmål er en type spørsmål som fremstår som nesten ukjente i den norske kulturen, sier Jensen og Ulleberg (2011). Denne typen spørsmål er utarbeidet av italienske familieterapeuter i 1970-årene, og har en orienterende hensikt. Ved hjelp av de sirkulære spørsmålene forsøkes det å knytte fenomener til relasjoner. På den måten fås det ny kunnskap og det kastes nytt lys over vanskelige situasjoner. Spørsmålene brukes i samtalegrupper for brukere eller klienter. Helsearbeideren forsøker via de sirkulære spørsmålene å bevege samtalen omkring forestillinger om relasjoner. Metodens hensikt er å gi helsearbeideren informasjon om relasjonene i gruppen eller familien og medvirke til å utvide den enkeltes kontekstforståelse (Jensen og Ulleberg 2011). Sirkulære spørsmål kan brukes også i samtaler med brukeren for å utvide forståelsen av det aktuelle problemet eller hendelser. Sykepleieren kan utforske brukerens relasjoner til erfaringer og opplevelser. For eksempel kan hun spørre han om at det er like vondt i foten om morgenen som om kvelden og like vondt før en gåtreening som etter at han har gått. Disse sirkulære spørsmålene er nyttige i en motiverende samtale og bidrar til forandring og ny forståelse hos brukeren (Jensen og Ulleberg 2011,281-282).

Refleksive spørsmål hjelper både helsearbeideren og brukeren til å se nye muligheter og alternativer til en situasjon hvor man står fast eller har et problem. Hensikten med refleksive spørsmål er å påvirke uten å få svar. Det er åpent spørsmål hvor man inviterer til åpen refleksjon i forhold til en situasjon eller et problem. Målet er at den som reflekterer stoler på

sin egen dømmekraft og finner nye veier videre. Refleksive spørsmål bruker sykepleieren når hun vil forstå hvilke følelser brukeren har i en situasjon som er problematisk. Hun spør: «Hva føler du når vi tar gåtøring i dag igjen?» Det er viktig at hun tar tid og tillater brukeren å finne svar. For å invitere brukeren til refleksjon, skape motivasjon og nysgjerrighet, kan sykepleieren stille et spørsmål av typen «hva tror du ville skjje hvis vi skal ta en gåtur ut neste gang?» Det vil si at sykepleieren sammen med brukeren utforsker hans situasjon og bidra med ny forståelse og konstruktive samspill. Da blir medvirkningen reell og en anerkjennende holdning knyttes til dette. Hvilken type spørsmål sykepleieren stiller til brukeren for å motivere han til fysisk aktivitet, er viktig, fordi de virker forskjellig på brukerens holdninger og invitere til forskjellige handlinger (Jensen og Ulleberg 2011,282-283).

3.5.5. Lytting

Det er viktig å lytte til hva brukere sier, og hvordan sykepleieren lytter, er avhengig av hva slags samtale det er, hva målet eller hensikten med samtalen er. Helsearbeideren lytter til brukeren på ulike måter, og det betyr at han inntar ulike lytterposisjoner. Disse grunnleggende lytterposisjonene er ifølge Jensen og Ulleberg (2011) å lytte for at man ønsker å forstå, er interessert i det den andre har å si og at en streber etter å prøve å forstå. På den måten kan man konstruere mening mens man lytter (Jensen og Ulleberg 2011, 287). I følge Jensen og Ulleberg (2011) kan sykepleieren lytte etter særlige opplysninger eller viktig informasjon for å undersøke brukerens problemer eller en vanskelig situasjon. Hun lytter også etter betydningsfulle historier eller nøkkelord som brukeren benytter etter uttrykk eller metaforer. På den måten ser sykepleieren nærmere på brukerens holdninger og handlinger i henhold til hans situasjon. En annen lyttposisjon er å lytte empatisk og følsomt (Jensen og Ulleberg 2011, 287). Det betyr at helsearbeidere er åpne for alt som kommuniseres parallelt. Det vil si hvordan ordene sies, hvordan kroppsspråket fremhever det som sies og hvilket humør brukeren oppfatter når helsearbeideren snakker med han om et tema. Jensen og Ulleberg (2011) bruker uttrykket “å lytte innover”. Jeg forstår det slik at helsearbeideren kan lytte til brukeren for å få fatt i gjenkjennelser og parallelle historier. På den måten kan helsearbeideren ha det som en bakgrunn for hvilke spørsmål han stiller i den motiverende samtalen med brukeren.

I en samtale mellom helsearbeideren og brukeren organiserer de seg selv ved turtaking. Det vil si at helsearbeideren og brukeren bytter på å lytte og snakke. Han bruker pauser mellom de enkelte turene knyttet til tema, og mellom skifte av tema. Ifølge Jensen og Ulleberg (2011) er det viktig at helsearbeideren tar hensyn til brukerens tempo og behov for tenkepauser i

samtalen. Det virker som om helsearbeideren lytter, tolker og tenker før han endelig sier noe. Brukeren trenger tid på å svare på spørsmålene, og tiden kan oppleves ulikt hos forskjellige personer. Det betyr at helsearbeideren i motivasjonsarbeidet tar den tiden som det trengs, og er oppmerksom på forskjellen i brukerens opplevelse av tid i samtaler (Jensen og Ulleberg 2011, 290).

4. Metode

4.1. Vitenskapsteoretisk forankring

Temaet for studien er hvordan sykepleiere kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet hos eldre i sykehjem. Hensikten var å beskrive sykepleieres tanker og refleksjoner i forhold til motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet i sykehjem, og jeg har hatt som et ønske å studere hvordan sykepleierens motivasjonsarbeid kan stimulere sykehjemsbrukerne til fysisk aktivitet og tilrettelegging for dette. Gjennom en utforskning av menneskelig erfaring og en fortolkning av meningsinnholdet i intervjumaterialet vil min vitenskapsteoretiske posisjon være foranket i en fenomenologisk og hermeneutisk kunnskapstradisjon. Det er flere forfattere beskriver sammenheng mellom forskning og den kunnskapstradisjonen (Kvale og Brikmann 2009; Malterud 2003; Thornquist 2003).

Når det gjelder hermeneutikk, omtales den som fortolkningslære og knyttes til spørsmålene om forståelse og fortolkning (Thornquist 2003,139). Fokuset i hermeneutikken har endret seg gjennom tidene og ulike teoretikere har satt preg på faget. Først konsentrerte hermeneutikken seg om tolkninger av bibelske og juridiske tekster. I vårt moderne samfunn vektlegges tekster som kan fortolkes uten å være avhengige av forfatteren (Thornquist 2003,15). Den hermeneutiske tolkningen søker kunnskap gjennom menneskelige handlinger, ytringer og språk. I fortolkningen legges det vekt på å fokusere på et dypere meningsforhold enn det som umiddelbart kommer frem. Det legges vekt på at fenomener kan tolkes på flere nivåer og at det ikke finnes en egentlig sannhet. Ved å se helheten og delene sammen med egen forforståelse, og deretter pendle mellom ulike perspektiver, tas den hermeneutiske spiralen i bruk. Spiralen indikerer at tolkningen aldri tar slutt. Ifølge hermeneutikken beveger all forståelse seg i en hermeneutisk sirkel eller spiral, der nye runder med fortolkning fører til ny forståelse av religion, livssyn og verdensbilde (Thornquist 2003, 142-143). Sirkel- eller spiralbildet er en illustrering av en hermeneutisk metode for tolkning og forståelse som veksler mellom å se det som studeres i lys av helhet og av enkeltdeler innenfor helheten, i et såkalt dialektisk perspektiv (Fuglseth 2006,269;Kjørup 1996,269-270; Aadland 2004,191-194).

I dette avsnittet om hermeneutikken vil jeg beskrive denne metoden og forsøke å forklare hva begrepet dialektisk perspektiv innebærer. Når man skal forstå et objekt, vil man alltid ta utgangspunkt i det man allerede vet om det, samtidig som ny informasjon som man tilegner seg om objektet, gir en ny forståelse av det. Går man til hermeneutikkens opprinnelige

teksttolkning, kan man si at man gjennom den hermeneutiske spiral får en ny forståelse av teksten for hver gang man leser den, noe som kommer av både ens forforståelse og det nye man oppdager for hver gang. Hver gjennomlesning blir en ny runde i spiralen, der ny forståelse baseres på forforståelsen og den nye informasjonen man tilegner seg. Når man igjen går en ny runde i spiralen, blir forståelsen igjen en forforståelse med muligheter for en ny tolkning av objektet (Fuglseth 2006, 266). Einar Aadland (2004) sammenlikner disse rundene i spiralen med samtaler eller dialoger. I tolkningsarbeidet foregår det en dialog mellom tolker og objekt, mellom forforståelse og ny forståelse. Ny informasjon kan både forkaste og forsterke en tidligere forståelse, og en tolkningsprosess ses på som en konstant dialog mellom disse elementene (Aadland 2004,190-191). Når jeg studerer motivasjonsarbeidet ved sykehjem, har jeg en forforståelse om dette temaet, men denne både utfordres, forkastes delvis og bekreftes delvis, i mitt møte med teori, egne observasjoner og intervjuer. I denne dialogen mellom meg, mitt tema og mine kilder, utvikles altså min forståelse kontinuerlig.

I sin bok om kvalitative metoder skriver Kirsti Malterud (2003,22-23) at fenomenologi er et omfattende felt innen filosofisk teori, og representerer en forståelsesform der menneskers subjektive erfaringer regnes som gyldig kunnskap. Den fenomenologiske filosofi drøfter betingelser for dette. En slik lesning kan gi viktig innsikt for forskere som vil bruke menneskelig innsikt til å kartlegge menneskelig mening. Jeg er interessert i å belyse sykepleieres tanker og refleksjoner om hvordan de kan motivere eldre og tilrettelegge for fysisk aktivitet ved sykehjem. Den meningen de har om motivasjonsarbeid og tilrettelegging kan jeg benytte for å besvare problemstillingen. Ut fra min problemstilling søker jeg å finne kunnskap om sykepleiernes kompetanse med sikte på å belyse meninger som de gir og konsekvenser i praksis. Derfor blir en kvalitativ beskrivende og tolkende metode mitt valg. Malterud (2003,100) og Kvale og Brinkmann (2009,46) beskriver den fenomenologiske metoden i fire trinn. I første trinn skaffer man seg et helhetsinntrykk av det som er beskrevet i intervjuet ved å lese dette flere ganger. I andre trinn har man et bilde av helheten, og leter etter meningsbærende enheter sett i forhold til temaet for forskningen. For å gjøre dette må teksten brytes ned til deler som det er mulig å bearbeide. Det tredje punktet i analysen beskriver omformulering av informantens daglige uttrykksform til en språkform som henger sammen med fenomenet som blir utforsket. Dette gjøres for å finne frem til hovedkategorier som er selektive sett i forhold til de kriteriene vi har satt opp. Det fjerde trinnet innebærer å sette sammen essensen av meningsenhetene til synteser som vedrører det aktuelle

forskningstemaet. For å komme frem til beskrivelsen, analysen en empiri og en analysemetode i flere trinn, har jeg altså valgt denne kvalitative fremgangsmåten.

4.1.1. Valg av metode

Ut fra målet med studien har jeg valgt en kvalitativ metode med det kvalitative forskningsintervju som tilnærming for å utforske sykepleieres tanker og refleksjoner. En kvalitativt orientert metode kan gi en dypere forståelse av det fenomenet som studeres (Kvale og Brinkmann 2009; Malterud 2003; Thornquist 2003). Det kvalitative forskningsintervju kan ifølge Kvale og Brinkmann (2009,21) ha som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden og åpne opp for produksjon av vitenskapelig kunnskap gjennom en interaksjon mellom forskeren og intervjupersonen.

4.2. Min forforståelse

Min bakgrunn er utdanning og praksis som sykepleier, og jeg har jobbet med eldre på sykehjem i 7 år. Temaet motivasjon for fysisk aktivitet ble valgt fordi det er en del av mitt daglige arbeid som sykepleier. Mitt faglige syn på fysisk aktivitet, motivasjon og tilrettelegging for ulike aktiviteter i daglig livet i sykehjem er en del av forforståelsen. Min grunnutdanning som sykepleier har gitt meg forforståelse av at fysisk aktivitet er et grunnleggende behov som påvirker hele menneskekroppen. Det er også en viktig faktor for å hindre sykdom og helsesvikt hos eldre voksne. Jeg ser det derfor slik at det er en viktig oppgave å motivere og medvirke til å øke funksjonsnivå i det daglige liv hos eldre, samt forebygge komplikasjoner som knyttet til immobilitet. Utgangspunkt i min studie er sykepleierens tanker og refleksjoner rundt dette temaet. Som forsker har jeg en forforståelse av sykepleierens motivasjonsarbeid i hverdagen på et sykehjem. Jeg har fått erkjennelse av hvordan sykepleieren opplever sin rolle i sykehjemets hverdag, og hvordan hun kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet hos eldre voksne. Tidligere erfaringer med motivasjonsarbeid og å bedrive fysisk aktivitet i sykehjem er også en del av denne forforståelsen. Denne forforståelse virker på hvordan jeg som forsker kan tolke datamaterialet til studien og gjennom fortolkningsarbeid belyse nye perspektiver i henhold til temaet og min problemstilling.

Ifølge Malterud (2003,46-48) bør forskeren prøve å lytte til deltagerens meninger på en fordomsfri måte for å få tilgang til en persons livsverden. Det er derfor viktig å ha en åpen holdning gjennom hele forskningsprosessen (Malterud 2003). Samtidig vil forskeren ha med seg en forforståelse av fenomenet han studerer. Det dreier seg om utforming av prosjektet,

problemstillingen og utforming av intervjuene. I gjennomføringen av intervjuene og under analysen har jeg lagt vekt på å ha en åpen og lyttende holdning til det mangfoldet av betydninger som kan ligge i deltagerens uttalelser. Dette vil ha betydning for de konklusjoner som kunne trekkes (Kvale og Brinkmann 2009; Malterud 2003).

4.3. Kvalitativt forskningsintervju

For å få tilgang til sykepleierens meninger og tanker, har jeg gjennomført individuelle forskningsintervjuer Kvale og Brinkmann (2009,21). Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er altså å beskrive og forstå de sentrale elementer slik de deltakende sykepleierne opplever og formidler det aktuelle temaet. Ifølge Malterud (2003,130) har det stor betydning for hvilket forskersperspektiv studien har. Som forsker har jeg muligheter til å velge ulike perspektiver og kan fokusere på den sosiale sammenhengen temaet foregår i eller velge å se på likheter eller ulikheter i svarene fra intervjupersonene. I kvalitative forskningsintervjuer søker en å få innsikt i hva intervjupersonen mener, både det som konkret sies, og det som er den underliggende mening i det som sies. Som forsker vil jeg derfor registrere og tolke hva som sies og hvordan det sies. Underveis i intervjuet har jeg presentert min forståelse av hva jeg har oppfattet at intervjupersonen har sagt, slik at intervjupersonene kan bekrefte eller avkrefte, eventuelt nyansere eller endre min tolkning.

Gjennom det kvalitative forskningsintervjuet sikter jeg mot å få frem forskjellige aspekter av sykepleierens livsverden i denne sammenhengen og fokuserer på å innhente beskrivelser hvor de forteller så presist som mulig om hva de opplever og hvordan de handler. Nyansene som kommer frem, gir et bilde av det studerte fenomenets kvalitative variasjon. Jeg ønsket altså å få frem konkrete beskrivelser av intervjupersonens opplevelser og reaksjoner omkring emnet fysisk aktivitet, motivasjon og tilrettelegging, ikke bare generelle oppfatninger (Kvale og Brinkmann 2009;Malterud 2003). Jeg har stilt spørsmål til intervjupersonen som ”kan du si mer om det og gi eksempler?” dersom hun har uttalt om motiverende tiltak og tilrettelegging for fysisk aktivitet. Intervjusituasjonen var en dialog med gjensidig påvirkning mellom meg som intervjueren og den som ble intervjuet. Kvale og Brinkmann (2009,51) fremhever at den gjensidige påvirkningen på kognitivt og emosjonelt nivå kan være en positiv side ved et kvalitativt intervju, samtidig som det kan være en mulig feilkilde. De påpeker at samspillet mellom intervjueren og intervjupersonen kan utløse en forsvarsmekanisme hos den som blir intervjuet. Dette kan føre til at intervjupersonen kan holde informasjon tilbake eller snakke utenom temaet (Kvale og Brinkmann 2009, 53).

Gjennom dybdeintervjuene ble noen sentrale tema jeg vurderer som sentrale belyst. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009,128) vil en intervjuguide tilføre intervjuet struktur og lette bearbeidelsen og analysen av materialet. Med basis i problemstillingen utarbeidet jeg en intervjuguide med undertemaer og underspørsmål, for eksempel ”kan du si noe om motivasjon for fysisk aktivitet for denne pasientgruppen? ”

- Hva er lett – hva er utfordrende med å motivere eldre beboere?
- Hvordan planlegger du arbeidet før du starter?
- Hva gjør og sier du for å motivere for deltakelse i fysisk aktivitet?
- Kan du gi eksempel på hvordan dette fungerer i praksis i forhold til dine pasienter?

Jeg ønsket å stimulere til fri refleksjon, og betraktet guiden som en foreløpig sjekklister for å sikre dekning av noen sentrale tema og som en hjelp til å holde intervjuet i gang om det skulle stoppe opp (Kvale og Brinkmann 2009,143). Dette fungerte godt ved samtaler mellom meg og sykepleierne som deltok i studien. Som forsker leder jeg til bestemte temaer under samtalen, men ikke til bestemte meninger om emnet. Intervjuguide er her en godhjelp til å studere dette fenomenet. Bevisst naivitet krever en kritisk bevissthet fra min side om egen forforståelse og egne forutsetninger for å kunne registrere og tolke det sykepleierne beskriver. Deres utsagn kan ha mange fortolkningsmuligheter, være flertydige og kan være motsetningsfylte. Derfor har jeg i slike tilfelle bedt de intervjuede om å utdype hva de mener. Kravet om sensitivitet og forhåndskunnskap om det aktuelle emnet står i motsetning til den bevisste naiviteten som kreves. Det sentrale er at min forhåndskunnskap kan anvendes til å få frem intervjutemaets ulike nyanser og stimulerer til rikholdig refleksjon over emnet (Kvale og Brinkmann 2009,121).

Som intervjuer forberedte jeg meg godt og satte meg inn i temaet på forhånd. Jeg var med på å konkretisere hva det skulle dreie seg om. Før arbeidet ordnet jeg en utforming av intervjuguide, stikkordliste og en oversikt over temaer som jeg ønsket å berøre under intervjuet. For å sikre kvalitet i informasjon fra intervjupersonen, la jeg vekt på å skape et gjensidig kontaktforhold mellom intervjupersonen og meg som forsker (Fog 2004,89-90). Det hendte flere ganger under intervjuene at intervjupersonen selv ble oppmerksom på aspekter ved emnet som ikke var bevisst for dem før de ble intervjuet. Ny mening og kunnskap utfoldet seg altså i selve intervjusituasjonen.

4.4. Utvalget

For å få intervjupersoner kontaktet jeg en enhetsleder ved et undervisningspsykehjem. Jeg fikk godkjenning fra ledelsen og ble satt i kontakt med to avdelingsledere fra rehabiliterings- og

vanlige avdelinger. Det ble tilsendt informasjon om prosjektet og skriftlig samtykkeerklæring til 6 sykepleiere. Jeg la informasjonen og den skriftlige samtykkeerklæringen i egen konvolutt som sykepleierne fikk hos sine avdelingsledere etter forespørsel. Ønsket var at de ikke skulle ha økonomisk utlegg og bryderi med å delta i prosjektet. Jeg avtalte med avdelingslederne at jeg skulle komme tilbake for å hente disse konvoluttene om en uke. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009,92) trekker ikke forskeren ut et utvalg i den kvalitative undersøkelsen når intervjupersoner blir rekruttert på en måte som sikrer riktig et empirisk materiale. I mitt tilfelle ble intervjupersonene valgt ut fra ulike enhetsavdelinger, alder og erfaring som sykepleier. Dette sikret variasjon og bredde i materialet. Det har vært viktig for meg å finne intervjupersoner som har praksiskunnskap med å jobbe med eldre i sykehjem ved ulike avdelinger. Dette kalles for et strategisk utvalg av informanter ifølge Malterud (2003, 59-60). For meg er det viktig at sykepleierne har en viss erfaring fra sykehjem og opparbeidet kunnskap om temaet fysisk aktivitet og motivasjon. Jeg synes at med kriteriet «minst to års erfaring» vil informantene være godt forberedt på å kunne reflektere over hvordan de kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet hos sykehjemsbeboerne. Jeg fikk svar fra to avdelingsledere. Disse avdelingslederne hadde forespurt flere sykepleiere fra sine avdelinger. Jeg fikk fire positive svar fra sykepleiere som jobbet på rehabiliteringsavdelingen og som ønsket å delta.

Det tok lengre tid å få tilbakemelding fra avdelingslederen på den vanlige avdelingen. Jeg ventet for å se om flere ønsket å delta, men det kom ingen flere forespørsler. Totalt fikk jeg spurt fire sykepleiere fra rehabiliteringsavdelingen. Jeg tok kontakt via telefonsamtaler og e-postmeldinger med disse fire sykepleierne for å lage en avtale om når jeg kunne intervju dem. En av de fire sykepleierne trakk seg dagen før intervjuet. Etter dette tok jeg kontakt med min veileder og diskuterte om rekruttering av sykepleiere fra andre sykehjem. Vi ble enig om at det ville vært viktig å intervju sykepleiere fra rehabiliteringsavdelinger og i tillegg tre sykepleiere som jobber på sykeavdelingene ved andre sykehjem. Jeg tok kontakt på nytt med enhetslederne til de andre sykehjemmene og fikk tillatelse å intervju sykepleiere. Jeg fikk tre sykepleiere fra ulike sykehjem. Totalt fikk jeg seks sykepleiere: Tre av dem jobber på sykeavdelingene ved ulike sykehjem, og andre tre sykepleiere jobber ved rehabiliteringsavdelingen ved undervisningssykehjem. Valget av disse sykepleierne utgjør hva som er virkelighetsnært nok til å kunne gjennomføre denne studien.

4.5. Gjennomføring av de kvalitative intervjuene

I forkant av intervjuene hadde jeg formulert en intervjuguide med alle de spørsmålene som jeg ønsket svar på, og som jeg anså dekkende for min problemstilling. Jeg sendte informasjon om prosjektet og samtykke til informantene, både muntlig og skriftlig. Etter at intervjupersoner hadde levert sine samtykker til deltagelsen, kontaktet jeg dem via telefon eller e-post for å avtale tid og sted for intervju. Jeg tilbød meg å komme til deres arbeidsplass og intervju dem i arbeidstiden, for å spare deres fritid. Alle de seks sykepleiere syntes at det var mest hensiktsmessig at jeg kom til deres arbeidsplass. Jeg hadde avklart med intervjupersonene før intervjuet at sensitive opplysninger ikke skulle bringes videre til ledelsen. På bakgrunn av dette hadde jeg oppklart min rolle som forsker i forkant før intervjuet startet.

For å få gyldige data valgte jeg å intervju personene hver for seg. Jeg ønsket at intervjupersonen på denne måten skulle bli mer personlig og reflektert, og unngå påvirkning fra andre intervjupersoner. Dette kunne blitt et problem dersom det hadde vært to eller flere til stede på samme tid. Jeg tror at det er lettere å være åpen når det bare er en til stede ved intervjuet, og at dette er en fordel for å oppnå pålitelige opplysninger. Under det første intervjuet ble jeg veldig opptatt av å stille alle spørsmålene som stod i guiden. Jeg noterte under intervjuet og stilte tilleggsspørsmål. Når jeg kom til det sjette og siste intervjuet, hadde jeg bearbeidet opplysninger fra intervjupersonene og følte meg tryggere som intervjuer. Jeg hadde fått bedre øyekontakt og konsentrerte meg mer om budskapet fra dem. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009,175) er det viktig med intervju kvalitet, at intervjuer greier å være konsentrerende og lyttende fordi dette hjelper intervjupersonen til å åpne seg. Intervjuguiden var en god støtte for meg som intervjuer, og har jeg erfart at det var viktig med en god intervjuguide. Det var også viktig for meg å stille oppklarende tilleggsspørsmål slik at intervjupersonen kunne reflektere over disse spørsmålene og utdype sine svar. Det sikrer et riktig materiale.

Å møte intervjupersoner på deres egen jobbarena er spesielt fordi jeg var ukjent for dem, samtidig som jeg har samme yrke som dem. Jeg opplevde at intervjupersonene følte seg hjemme og at de slappet av og samtidig tok styringen av tiden. Jeg vil derfor i kort trekke frem noen paralleller i mine møter med informantene. Jeg opplevde blant annet da vi avtalte tid for intervjuene per telefon at sykepleierne tok kontroll over slikt som å reservere rom. Når jeg kom til arbeidsplassen følte jeg at jeg ble møtt som en ny person fordi arbeidsstedet og sykepleierne var ukjente for meg, men min bakgrunn fra sykehjem og min opparbeidete

erfaring, gjorde at jeg hadde kjennskap til hvordan et sykehjem er organisert, og dermed følte jeg at jeg ble inkludert. Selve intervjusituasjonen og gjennomføringen av intervjuene opplevde jeg som positiv. De seks intervjuene ble gjennomført som avtalt i forhold til tidspunkt og møteplass. Imidlertid måtte den sjette intervjupersonen utsette intervjuet i en uke på grunn av at det var travelt på avdelingen. Vi avtalte nytt intervju uken etter. Dette intervjuet ble gjennomført som avtalt. Før jeg startet med intervjuene var jeg engstelig for at jeg og informantene ikke skulle ha god «kjemi». Jeg var også opptatt av om jeg ville klare å holde fokuset på intervjuguiden eller ikke. Imidlertid følte jeg bare positiv kjemi under alle intervjuene, og intervjupersonene så ut til å trives i intervjusituasjonen fordi jeg spurte dem om hvordan de opplevde det etter intervjuet. Dette var en god følelse å tenke tilbake på, og som fulgte meg i det videre arbeidet.

4.5.1. Rollen som forsker i eget fag

En fordel ved å forske i eget fag er at man kjenner feltet og lettere forstår det som formidles. Samtidig kan man risikere å ta for mye for gitt og bli blind for andre aspekter ved temaet. Ifølge Thornquist (2003,206-208) kan man motvirke en slik blindhet ved å erkjenne det som er kjent og aktivt prøve å skape den nødvendige distansen til feltet i stedet for å forsøke å undertrykke kjennskapen. Jeg har tilstrebet å skape en slik distanse ved å trekke inn teoretiske perspektiver og ved å betrakte faggruppen og miljøet fra utsiden. Samtidig er jeg en del av hele intervjusituasjonen, og kan ikke distansere meg helt fra egen forforståelse som jeg har på bakgrunn av mine erfaringer. Tema og problemstilling for studien kan være aktuell for flere andre faggrupper ved sykehjem. Når valget falt på min egen faggruppe, er det fordi jeg selv kjenner utfordringene som sykepleier ved sykehjem. Jeg velger ikke å bruke egen arbeidsplass som arena for datasamling, men å gå til andre virksomheter med tilsvarende arbeidsfelt.

4.5.2. Min påvirkning av intervjusituasjonen

Min rolle i intervjusituasjonene varierte underveis. Guiden i stikkordsform var både en fordel og en ulempe. Ved hjelp av guiden kunne jeg tilpasse spørsmålene til situasjonen og stille mer velformulerte spørsmål noen ganger slik at jeg fikk intervjupersonene til å utdype sine svar. Tolkningen av meningsinnholdet i intervjupersonenes formidling starter ifølge Kvale og Brinkmann (2009,214) allerede under selve intervjuet. Det er sannsynlig at min oppfølging med utdypende spørsmål er en følge av tolkninger underveis i intervjuet. Introduksjonen av undertemaer innenfor hovedtemaet, utdyping av spørsmål, kunne i seg selv virke ledende i

intervjusituasjonen, min forforståelse og teoretiske referanseramme har også vært styrende for hva jeg la vekt på i intervjuet, og hvordan jeg formulerte spørsmålene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009,184) kan ledende spørsmål heller bli brukt for lite enn for mye, og de kan ofte være nødvendige. Det er avgjørende fordi de leder til ny, troverdig og interessant kunnskap.

4.5.3. Pålitelighet og gyldighet

Kvale og Brinkmann (2009,250) fremhever at verifikasjon av pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet) må foregå som en løpende kvalitetskontroll gjennom hele forskningsprosessen. Påliteligheten ved en intervjuundersøkelse kan påvirkes av ledende spørsmål, transkriberingsmetode, kategoriseringen av svar og intervjuerens subjektivitet. Påliteligheten handler om forskningsresultatenes konsistens. Gyldigheten er et utsagns sannhet og korrekthet. Gyldighet dreier seg om en metode undersøker det den har til formål å undersøke og i hvilket omfang observasjonene faktisk avspeiler de fenomener eller variabler som vi undersøker (ibid). Forskningsresultater skal være så troverdige som mulig, og alle undersøkelser må evalueres i henhold til de prosedyrer som er brukt for å komme frem til funnene (Graneheim og Lundman 2004).

Reliabilitet og validitet er begreper som brukes for å vurdere troverdigheten i en studie. Begrepene er mest brukt i kvantitativ forskning, men begrepene brukes også i kvalitative studier (Kvale og Brinkmann 2009,249). Reliabilitet fokuserer på instrumentet og dets nøyaktighet, mens validitet er en kvalitetskontroll og et virkemiddel som fokuserer på forskningsarbeidets troverdighet og gyldighet. Siden forskeren selv er instrumentet i kvalitativ forskning, henger reliabilitet og validitet nært sammen. Jeg velger derfor å bruke disse begrepene når jeg redegjør for denne undersøkelsens troverdighet. Med validitet spørres det om det faktisk er undersøkt det en påstår en har undersøkt (ibid, 251). I denne oppgaven blir validiteten ivaretatt ved at jeg først har jobbet grundig med forarbeidet for å få innsikt i temaet. Jeg har lest metode, teori og studier, både om motivasjon og fysisk aktivitet hos eldre voksne. Dette arbeidet var viktig for å velge relevant design, som jeg mener denne studien har. Videre var forarbeidet viktig for å utarbeide en relevant intervjuguide og det virket som informantene synes denne var relevant ut fra svarene de gav. I kvalitative studier er det få personer som blir intervjuet, men informasjonsrikdommen er stor. Med et hensiktsmessig utvalg på 6 sykepleiere søkte jeg etter informanter som kunne belyse min problemstilling. Utvalget er et viktig grunnlag for gyldigheten av funn og tolkning (Jacobsen 2005,214-215).

Informantene som deltok i studien var sykepleierne som hadde jobbet i mange år med rehabilitering ved sykehjem og eldre mennesker. De delte villig sin kunnskap. Det vil styrke gyldigheten til dataene. Jeg valgte individuelt intervju som datainnsamlingsmetode og hadde et utvalg på seks sykepleiere som jeg møtte én gang. Det kunne gitt større datatilgang og trolig en bedre validering hvis jeg hadde møtt disse sykepleierne to ganger. Intervjupersoner kunne ha mer tid til refleksjon mellom gang én og to som trolig kunne gitt mer utfyllende data. Det var likevel hensyn til tid og ressurser som ble avgjørende når jeg valgte å møte seks sykepleiere én gang. Reliabilitet henviser til hvor pålitelig resultatene er. Påliteligheten handler om hvor godt håndverk en utvist i løpet av undersøkelsen. (Kvale og Brinkmann 2009). Min manglende erfaring som forsker kan påvirke resultatet, og jeg har i denne undersøkelsen prøvd å være nøyaktig og synliggjøre de ulike fasene slik at andre kritisk kan vurdere dette. Jeg har diskutert hvert trinn med mine veiledere, som har kommet med nyttige innspill. Hvorvidt en undersøkelse er pålitelig, knyttes spesielt til hvordan forskeren opptrer som instrument (ibid).

Jeg hadde ikke intervjuet tidligere i forskningssammenheng og synes det var krevende. Innledningsvis i det individuelle forskningsintervjuet vektla jeg å presisere min rolle som forsker og student og gi en god presentasjon av studien. Videre la jeg vekt på å følge en halvstrukturert intervjuguide, både for å sikre meg svar på temaer jeg ønsket, men også for å hjelpe meg med å holde struktur og sørge for at de samme spørsmålene ble stilt til hver intervjuperson. Jeg mener jeg lyktes med dette. Intervjupersonene delte raust av sine erfaringer, meninger og opplevelser den gangen vi møttes. Jeg har forsøkt å transkribere så nøyaktig som mulig, og jeg har brukt sitater for at deres ”stemme” skal høres. Det kan styrke gyldigheten, men min manglende erfaring med transkribering og kategorisering kan ha medført at andre ville valgt andre koder og kategorier enn jeg har gjort. Dette bør en ta høyde for når en vurderer resultatene. Jeg har også kontrollert min egen oppfatning underveis i det individuelle intervjuet slik Kvale og Brinkmann (2009,256) anbefaler, ved å spørre ”har jeg forstått deg riktig...?” og ”slik jeg oppfatter det du sier...” og til slutt hadde jeg en kort oppsummering. At intervjuene var åpne og interaktive kan være med på å øke gyldigheten til datamaterialet (ibid). Ifølge Kvale (2009,183) har et sterkt nøytralitetskrav resultert i at det stilles for få ledende spørsmål. For å holde samtalen innenfor aktuelle temaer har jeg brukt ledende spørsmål og mener det har vært med på å tilføre data om temaer jeg ønsket, og det har lettet analysen. Jeg ønsket at intervjupersonene skulle komme med flere eksempler fra sitt arbeid enn de gjorde. Der var jeg nok for lite pågående, og det kan ha gjort at jeg gikk glipp

av noen data. Min forforståelse kan også påvirke resultatet, og jeg har derfor gjort rede for denne. Jeg var bevisst min manglende erfaring med forskningsfeltet og prøvde derfor å se på datamaterialet med nysgjerrige øyne, som ikke har vært preget av tidligere meninger og forståelser av hvilke utfordringer sykepleierne har i møte med eldre mennesker med svak motivasjon for fysisk aktivitet. Det er viktig å ta stilling til i hvilken grad resultatene er overførbare til andre situasjoner enn den undersøkelsen er utført på (Polit og Beck 2004,435). Det er ønskelig at beskrivelser og funn skal kunne overføres til flere og i andre sammenhenger enn de opprinnelig er hentet fra (Jacobsen 2005,222). Selv om denne undersøkelsen ikke er generaliserbar, anser jeg den for å være overførbar til sykepleiere som jobber med eldre voksne med funksjonssvikt etter skade eller akutt sykdom. Sykepleierne i studien hadde rike erfaringer som de delte under de individuelle intervjuene. De peker på noen viktige faktorer som er vesentlig når de skal stimulere til motivasjon for fysisk aktivitet hos eldre med funksjonssvikt for å oppnå tilfredsstillende egenbehandling. Det kan øke kunnskapen og gi en innsikt som kan være verdifull for sykepleierne i det praktiske arbeid med disse brukerne.

4.6. Transkribering

Transkriberingen i en undersøkelse er en skriftliggjøring av intervjuets muntlige form. Malterud (2003) ser på transkriberingen som en fortsettelse av den tolkningen som starter i selve intervjusituasjonen. Jeg har utført transkriberingen selv for å starte en tolkningsprosess av råmaterialet umiddelbart. Intervjudeltakere godkjente bruk av lydbåndopptak. Lydopptakene er ifølge Kvale og Brinkmann (2009,187) en indirekte representasjon av de virkelige hendelsene. I transkripsjonen fra muntlig til skriftlig form ligger en rekke beslutninger og vurderinger som kan medføre tap av meningsinnhold. Transkripsjonen er derfor en del av tolkningsprosessen. Struktureringen i skriftform gjør intervjuene bedre egnet for videre analyse. Derfor vil jeg selv skrive intervjuene på papiret for å forstå, tolke det som blir sagt og finne mening i intervjuenes innhold (ibid, 192).

Jeg hadde planlagt å transkribere hvert enkelt intervju så raskt som mulig, før jeg gjennomførte det neste. Jeg lyttet systematisk gjennom lydfilen når jeg transkriberte. Etter at jeg hadde skrevet ut intervjuet, lyttet jeg på nytt gjennom lydfilen med en utskrift av teksten foran meg. Denne fremgangsmåten bidro til å styrke påliteligheten fordi jeg da kunne oppdage nyanser i det som ble sagt og kunne finne feil i utskriftene. Ved transkribering av intervjuene skrev jeg intervjuene på bokmål. Dette har gjort materialet lettere å lese, samt at

jeg skrev intervjuene ned ordrett i første omgang og beholdte alle gjentakelser og delvis uttalte ord som vanligvis forekommer i en muntlig fremstilling. Pauser er også blitt markert, da dette ofte viste intervjupersonenes refleksjon over temaet.

4.7. Analyse

Kvale og Brinkmann(2009,120) fremhever at analysen ikke er et isolert stadium, men foregår både underveis i intervjuet, under transkribering og under den strukturerte analysen. Jeg valgte å påbegynne analysen av første intervju for å kunne justere og utvide intervjuguiden underveis hvis det var nødvendig. Dette ble gjort for å være så åpen som mulig og forsøke å sette min egen forforståelse i en parentes. Jeg valgte en systematisk tekstkondensering (STC) som analysemetode, som beskrevet av Malterud (2003,99). STC er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud. Det anbefales å gjennomføre analysen i fire trinn. Jeg vil i det følgende redegjøre for hvordan prosessen ble gjennomført i denne studien. Analysen er beskrivende og basert med sikte på å få frem tankene og refleksjonene til sykepleierne om motivasjonsarbeid og tilrettelegging for fysisk aktivitet hos brukere av sykehjem (Malterud 2003).

I første analysetrinn ble intervjuene lest igjennom flere ganger for å få et helhetsbilde og se etter mulige temaer. På dette trinnet skal man ifølge Malterud (2003,100-101) arbeide aktivt med å legge forforståelsen og den teoretiske referanserammen til side for å være så åpen for materialet som mulig. Når gjennomlesningen var slutført, ble inntrykkene oppsummert i fortløpende temaer. Disse temaene var et resultat av hva som umiddelbart ble oppfattet som interessant i forhold til min problemstilling, men var ikke basert på en systematisk refleksjon (Malterud 2003). Det ble funnet temaer, for eksempel å motivere for å øke aktivitetsnivå, motiverende samtale, tilrettelegging, situasjoner som påvirke brukerens motivasjon, og hvert tema representerte foreløpige ideer om ulike sider av problemstillingen. Deretter ble intervjuene systematisk gjennomgått linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Jeg merket de meningsbærende enhetene i teksten og systematiserte dem. Dette foregikk på pc ved å opprette nye dokumenter og klippe ut de meningsbærende enheter fra det opprinnelige intervjudokumentet og lime dem inn i de nye dokumentene. Denne systematiseringen av meningsbærende enheter kalles koding (Malterud 2003,102) (vedlegg 2). Temaene og kodene ble lest igjennom for å ta stilling til fellestrekk og forskjeller. I dette trinnet var det viktig å være åpen for justeringer og endringer av de opprinnelige temaene for å få frem mer presise koder. Det var nødvendig med en stor grad av fleksibilitet, og materialet

ble lest flere ganger for å utvikle et reflektert forhold til temaene og de meningsbærende enhetene og for å være sikker på å få med alle de meningsbærende enheter til hver enkelt kode. Jeg jobbet deretter med hver kodegruppe for seg. Jeg kondenserte og fortettet innholdet i hver kode ved å omskrive det konkrete innholdet til abstrakt mening (Malterud 2003,106-107). Jeg prøvde å gjenfortelle og sammenfatte innholdet i hver kodegruppe, fortrinnsvis med bruk av informantenes egne ord fra de meningsbærende enheter. Hver kodegruppe ble gjennomgått med lesing av de meningsbærende enhetene for alle informanter. Det ble dannet subgrupper under enkelte av kodegruppene. Deretter ble alle temaene med underpunkter satt inn i en matrise hvor sitatene til den enkelte sykepleier ble sortert og knyttet til de ulike temaene og meningsbærende enhetene. I siste del av analysen, rekontekstualiseringen, ble funnene sammenfattet i form av gjenfortellinger og sitater. Dette ga et mest mulig riktig bilde, og ble utarbeidet for å finne passende overskrifter som skulle sammenfatte innholdet. Dette var en prosess som foregikk over tid og der flere mulige overskrifter ble vurdert. Validering av funnene gjorde det før siste fremstilling i forhold til den sammenheng de ble hentet ut fra gjennom en systematisk krysslesning av matriser (Malterud 2003,110). Jeg så etter beskrivelser som ikke var plassert under noen av kategoriene og hvilke sykepleiere som bidro mest under enkelte av kodene. Samtidig lette jeg etter data som var annerledes enn de resultatene som var kommet frem (Malterud 2003,111). Resultatene, slik de er fremstilt i kapittel 5, er et resultat av gjentagende analyse og gjennomgang av datamaterialet. Alle sitatene er ikke helt direkte sitater, og jeg valgte noen steder å gjøre små endringer. Grunnen var forskjellen mellom muntlig og skriftlig språk, men selve meningsinnholdet i uttalelsen er ikke endret.

4.8. Forskningsetiske vurderinger

Jeg siktet på å utøve en ansvarlig forskningsetikk overfor sykepleierne som vil dele sine erfaringer og kunnskap med meg. Å åpne seg for andre krever tillit. Det gjelder også mellom sykepleier og forsker. Å fortelle om vanskelige situasjoner og faglige dilemmaer, er ikke alltid enkelt. Slik jeg ser det, er det større faglige utfordringer for sykepleiere i møtet med eldre sykehjemsbeboere som har et sammensatt sykdomsbilde. Alle intervjupersoner har fått skriftlig samtykkeerklæring. Jeg har påpekt deres rettigheter til å trekke seg fra studien når som helst uten konsekvenser for dem. Samtykkeerklæringen ble underskrevet før intervjuet startet. Det kommer klart frem av denne hva intervjuet skulle brukes til og i hvilken sammenheng, samt planlagt tidspunkt for ferdigstilling av prosjektet. Intervjupersonene ble informert om at lydbandopptak og transkriberte intervjuer skulle slettes når oppgaven var

ferdig gjennomgått, samt at det var klare retningslinjer for at utskrevne intervjuer skulle anonymiseres og at sitater og beskrivelser fra intervjuene i oppgaven ikke skulle kunne spores tilbake til informantene. Det er sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste om godkjenning av denne studien, da all bruk av personopplysninger krever dette (Vedlegg 5).

5. Presentasjon av studiens funn

Jeg vil i dette kapittelet presentere studiens funn. Jeg vil belyse intervjupersonens tanker og refleksjoner og få frem både det som er mønstre av meninger og det som er variasjon.

Analysen av datamaterialet viser at intervjuetekster kan deles inn i hovedtemaene ”Å motivere for fysisk aktivitet til å øke aktivitetsnivå i det daglige”, ”Situasjoner som påvirker motivasjon for fysisk aktivitet», «Forutsetninger for brukerens fysisk aktivitet”. Gjennom videre tekstanalyse kom det frem ulike undertemaer knyttet til studiens hovedtema.

5.1. Å motivere for fysisk aktivitet til å øke aktivitetsnivå i det daglige

Når man skal arbeide med motivasjonsarbeid i sykehjem, er det flere forhold som kan påvirke brukerens motivasjon. Her presenteres flere temaer som er viktig for at motivasjon for fysisk aktivitet hos brukeren skal bli så optimal som mulig.

5.1.1. Sykepleiernes egen motivering

Sykepleierne mente at å motivere til å øke aktivitetsnivået hos brukerne i dagliglivet står sentralt på sykehjemmet. Motivasjonsarbeidet blir beskrevet av flere som utfordrende, der brukeren skal være i fokus og brukerens selvbestemmelse og medbestemmelse blir et viktig utgangspunkt for aktivitet og deltakelse. Flere av sykepleiere sa at de kan hjelpe brukerne til å mestre dagens utfordringer, der både brukerne og pårørende har store forventninger til rehabilitering, og det kreves at man skal forstå brukernes ønsker og samtidig inkludere pårørende. Alle sykepleierne fortalte at de møter brukere med nedsatt fysisk funksjon, med ulike sykdommer og ikke minst medfølgende psykiske problemer som setter ned den fysiske aktiviteten i det daglige liv. De hevdet at hvis brukerne har lite motivasjon for aktivitet, fører dette til inaktivitet og dårlig livskvalitet hos dem. Når sykehjemsbeboere deltar mer i fysisk aktivitet, blir de mer selvhjulpne i sin egen omsorg, ifølge sykepleiere. En av dem sa følgende:

Fysisk aktivitet i sykehjem er viktig fordi det er dreier seg om livskvalitet, opprettholdelse av funksjonsnivå og deltagelse i egen hverdag. Hvis det blir mindre fysisk aktivitet, da blir brukerne mer isolert og hjelpetrengende i forbindelse med når de skal på toalettet eller skal spise.

Alle sykepleierne sa at hensikten med fysisk aktivitet er å opprettholde beboerens funksjonsnivå slik at de kan utføre daglige gjøremål. De uttalte at fysisk aktivitet styrker ulike kroppsfunksjoner hos brukerne, som igjen påvirker deres helse og velvære. Målet for å

motivere sykehjemsbeboerne til fysisk aktivitet, ifølge sykepleierne, er å opprettholde brukernes funksjonsnivå slik at de kan gjøre mest mulig selv og bli mer selvstendige. De påpekte at dette øker de eldres bevegelighet, og stimulerer også det mentale. En av sykepleierne uttalte følgende:

Jeg som sykepleier tror at fysisk aktivitet har effekt på sirkulasjon, ernæring, muskler, energi og mental stimulering også.

5.1.2. Individuell tilpasning og krav til brukeren

Alle sykepleierne fortalte at noen av brukerne hadde behov for praktisk hjelp for å utføre personlig hygiene, og her spiller motivasjonen en viktig rolle. Den største utfordringen ifølge sykepleierne, er det å motivere brukerne slik at de kunne være mest mulig deltakende og aktive, og samtidig med at de ikke skulle gjøre for mye, slik at de ikke ble for slitne. Det handler om å finne brukeres optimalt aktivitetsnivå og balanse i aktiviteten. Sykepleierne sa også at det er viktig å bli kjent med beboerne, deres forventninger og hva de kan utføre selv av personlig hygiene. En av sykepleierne uttalte:

Det er viktig å vite hva brukeren har til bakgrunnen for fysisk aktivitet og å finne ut hva brukeren forventet av det. Vi prøver å undersøke hva kan brukeren gjøre selv under stell og motivere for at han kunne gjøre det selv.

Sykepleierne fortalte at brukerens evne til å vaske seg selv og hva som motiverer til å være aktive, er ulikt for hver enkelt. De uttalte at noen av brukerne har opplevelse av redsel for å skade seg og mangelen på en kjent person å være aktiv med. Noen av sykepleierne sa at brukerne har behov for en god støtte når de mangler de nødvendige ressursene til å kunne utføre personlig hygiene. Brukerens ressurssvikt kan blant annet skyldes mangel på krefter og/eller vilje, slik at de ikke makter å vaske seg eller gå på toalettet, ifølge sykepleierne. Sykepleierne ga uttrykk for at det var vanskelig å kreve egenaktivitet fra brukerne, særlig når brukerne motsatte seg dette eller var veldig syke. Samtidig har noen av sykepleierne sagt at å være omsorgsfull ikke betyr at man ikke kan stille krav til brukeren. Det handler om at man som sykepleier har tro på at brukeren kan mestre noe selv når det gjelder personlig hygiene. En av sykepleierne uttaler:

Jeg kan komme med eksempler på hvordan vi ser på motivering for fysisk aktivitet i daglige gjøremål. Det var en dame som kom hit fra en annen avdeling, og hun var sengeliggende og fikk kontrakturer i kne av en fot. Først begynte vi å trekke foten, bøye og tøyne den, og så neste dag fikk hun sitte på sengekanten sammen med oss. Før fikk hun avføring ved hjelp av

mikrolaks når hun lå i senga, men nå greier hun å komme seg på dostolen, sitter, og det fungerer bra.

5.1.3. Motivasjonsarbeidet i hverdagen

Sykepleierne fortalte om hvordan motivasjonsarbeidet kan være i deres hverdag. De har erfart at det er viktig å la sykehjemsbrukerne få utføre enkle øvelser og oppgaver i stell og påkledning. Sykepleierne har sagt at de har prøvd å motivere brukeren til å opprettholde sine fysiske funksjoner slik at han kunne forflytte seg og bevege seg selv. De så at det er viktig for brukerens helse når brukerne er fysisk aktive og deltagende i hverdagslivet. De uttalte at stellet av beboerne kan man utføre i ro og uten stress. Dette kunne påvirke brukernes motivasjon til å delta i stellet selv eller deres velvære ved å bli stelt. Noen av sykepleierne fortalte at når det brukes mye tid på morgenstell, kan man overta det som brukerne kan gjøre selv innen personlig hygiene på grunn av travelhet, fordi det er enklere å stelle enn å legge til rette for dette. Sykepleierne har sagt at dette kan unngås, og det er viktig at brukerne får god tid til å bli motivert for deltakelse under stellet. En av sykepleierne sa følgende:

Vi prøver å gi god tid til vedkommende og ikke gjøre ting som vedkommende kan gjøre selv. Hvis vedkommende kan reise opp selv, gir vi støtte på hver side slik at vedkommende føler seg trygg. Det er viktig å vedlikeholde eller øke vedkommendes aktivitetsnivå under stell og forflytting.

Alle sykepleierne sa at måltider er en gunstig situasjon som gir mulighet til brukerne for aktivitet og trening av motoriske funksjoner, og ikke minst for motivasjon til å bli aktive under måltider. Noen av sykepleierne fortalte at det er vesentlig at brukerne går til spisesalen med rullator eller med hjelp fra helsepersonellet. Dette stimulerer beboernes gangfunksjon og bevegelse, sa sykepleierne. Sykepleierne fortalte at det er viktig at de kan komme frem for å hjelpe brukerne under måltidene. De påpekte at brukerne får til å spise og drikke selv, men de trenger hjelp noen ganger. En av sykepleierne sa følgende:

Vi prøver å samle brukerne til måltider og oppmuntrer dem til å komme til felles- spisestuen. Vi er som regel i nærheten slik at vi er tilgjengelige hvis noen trenger hjelp til å spise. Brukere som ikke har muligheten til å komme til spisestuen, serverer vi mat på rommet. For eksempel har vi en dame som er lammet på ei side etter hjerneslag. Når hun ligger i senga, setter vi spisebrettet over senga. Da får hun mat. Vi mater henne, men hun klarer å drikke selv. Det er viktig at vi passer på at hun ser på glasset slik at hun tar glasset og drikker selv.

Noen av sykepleierne sa at kostholdet og forholdene under måltidene er veldig viktig for beboerens motivasjon til å bli fysisk aktiv ut på dagen. De vektla at brukerne må få nok mat og drikke for at kroppen skal fungere bra. Dette motiverer beboerne til å bevege seg eller gå en tur i korridoren, sa sykepleierne. De sa også at bråkete og stressende omgivelser minsker brukernes motivasjon fordi de ikke kan fokusere på å spise. En av sykepleierne har sagt følgende:

Jeg tenker på brukeren som sitter ved bordet og blir matet. Hvis den brukeren føler at pleieren har dårlig tid, blir han stresset og får luft i magen, fordi han mates veldig fort, og dette er ikke en god situasjon for brukeren.

5.2. Situasjoner som påvirker motivasjonen for fysisk aktivitet

5.2.1. Samarbeid mellom brukeren og sykepleieren

Sykepleierne har sagt at det er viktig å skape en god relasjon til brukerne. Flere av sykepleierne sa at beboerne ikke har fått tilstrekkelig informasjon om viktigheten av å bevege seg, og at de kan komme i deltagelsen av personlig hygiene eller andre aktiviteter.

Sykepleierne forklarte at dette oppstår på grunn av at brukerne har mange sykdommer som forhindrer dem i å forstå slik informasjon eller at brukerne blir umotivert for deltakelse. Flere sykepleiere har også sagt at mange brukere som kommer fra sykehuset er deprimerte på grunn av funksjonsnedsettelse eller skade. En av sykepleierne sa følgende:

Jeg tror ikke de forstår informasjonen på grunn av at de er nedstemt etter hjerneinfarkt, som fører til lammelse, og denne hendelsen har snudd livet helt rundt.

Sykepleierne uttalte at det er vanskelig å motivere brukerne som oftest har mange sammensatte problemer for fysisk aktivitet. Det er først når de er syke at de ikke forstår tilbudet om å gjøre ting selv, og at dette fører til misforståelser eller mangel på kunnskap om hva de klarer selv. Mangel på tilstrekkelig forklaring og dialog er en av årsakene til at mange av brukerne ikke er aktive, men det er også andre årsaker. Noen brukere ønsker å klare seg selv lengst mulig, men manglende motivasjon og fysiske begrensninger er hindringer for å utføre daglige oppgaver, sa sykepleierne. De uttalte at det er bra at noen brukere er potensielt aktive, og kommer med ønsker om hvordan de skulle starte med det. Det som kan være et problem, som flere av sykepleierne tok opp i studien, var at brukerne satte seg for høye mål i rehabiliteringsoppfølgingen eller var veldig deprimerte. De fortalte at det kunne være en fordel om at de kom med gode forslag til behandling og forklarer tilstrekkelig hva tilbudet til

brukeren er. På denne måten har de en god dialog, og samtidig blir de kjent med brukerne. De så på dette som en måte å danne en god relasjon til brukerne, og som flere uttalte var viktig for å skape tillit i forholdet. Respekt for brukeren og hva brukeren mestrer er grunnleggende forutsetninger i alle møter mellom brukerne og sykepleierne. En av sykepleierne opplevde det på følgende måte:

Brukerne som kommer til rehabilitering er i samme situasjon og kan tåle mer på hva av det de allerede kan gjøre, men vi respekterer brukernes ønsker. I utgangspunktet er de ganske likeens, og er deprimerte, og vi prøver å forklare at vi hjelper dem til å komme seg tilbake og motiverer dem hvis de selv ønsker å delta i de små skrittene i rehabiliteringsprosessen. Det er viktig at vi sier fra at det er en forandring hver gang.

Sykepleierne ga uttrykk for at det er utfordrende å jobbe med brukernes motivasjon. Noen beskrev det som skuffende. Man prøver alt, men klarer ikke å motivere. Motivasjon er et subjektivt fenomen og derfor er opplevelsen av den ulik for hver enkelt bruker, og resultatene kan ikke generaliseres. Derfor er det viktig at man lytter til hva brukeren opplever som subjektive motiver, og har forståelse for deres opplevelser. Sykepleierne sa at det er lett å trekke slutninger fra det tidligere arbeidet med umotiverte brukere, men motivasjonsarbeidet med hver enkelt bruker er individuelt. Det er greit å ta med seg erfaringer fra tidligere opplevelser, men opplevelsen av mestring er ulik for hver enkelt bruker, og omgivelsene er også forskjellige. En av sykepleierne sa følgende:

Brukeren må få håp, og vi prøver å snu hans tankegang. Vi begynner å trå forsiktig fremover og setter et kortsiktig mål slik at brukeren begynner å forstå selv og se realistisk på det.

Sykepleierne fortalte at noen teknikker og metoder kan ha en motiverende effekt på noen, mens andre ikke har effekt i det hele tatt, dette oppleves som skuffende i noen brukeres situasjoner. Man tror man har funnet den optimale metoden for motivasjonsarbeid, men så hjelper det ikke i det hele tatt. En av sykepleierne beskrev det på følgende måte:

Vi vet at brukeren har en dårlig dag, men vi prøver å snakke med ham og motivere ham. Men likevel er han mistenkelig og er stygg med oss på tross av at vi prøver å være trivelige og hyggelige med ham. Dersom det ikke virker, kan brukeren få et dårlig inntrykk av oss.

Individuell tilnærming. Brukernes holdninger er med på å avgjøre motivasjonsarbeidet, ifølge sykepleierne. Flere fortalte at noen av brukerne ikke har ønske om å bruke en lammet hånd eller en brukket fot når de kommer på sykehjem. De tror at de skal få hjelp fordi de er syke og gamle og avhengige av helsepersonell, uttalte sykepleierne. En av sykepleierne beskrev det på følgende måte:

Brukerne som kommer til oss er gamle og har mye smerter. De tror at hvis de er gamle og har smerter, kan de ikke gjøre noe ting. Derfor må helsepersonellet gjøre det for dem.

Flere uttalte at bevegelse, aktivitet og flytting er noe som de fleste brukere frykter. De går noe uvisst i møte som er med på å frembringe engstelse og et liv preget av bekymringer, sa sykepleierne. Noen av dem mente at dette kan skyldes tidligere brukerens livshistorie og bekjente som har opplevd en lignende situasjon, og slike historier kan påvirke brukernes holdninger. De tror ikke at behandling kan hjelpe dem til å komme seg tilbake til et tidligere funksjonsnivå, og videre påpekes det av sykepleierne at noen av brukerne gir opp når de kommer på rehabiliteringsavdelingen fordi de tror at helsepersonellet ikke har kompetanse i rehabilitering. Noen av sykepleierne sa at det var en bruker som ønsket å få fast plass på sykehjemmet fordi hans situasjon var håpløs. I noen tilfeller føles det som om brukerne ikke har tiltro til behandlingen som de får på sykehjemmet, sa sykepleierne.

Vi prøver å motivere vedkommende til å gjøre ting selv og støtter vedkommende i egen mestring slik at vedkommende får kontroll over egne ressurser og ferdigheter.

5.2.2. Samarbeid mellom pårørende og sykepleier

Sykepleierne fortalte at det er viktig å få kontakt med pårørende på kveldstid eller i helgene. Mange av de pårørende jobber, og kommer ikke på besøk på dagtid, og noen bor langt unna. Sykepleierne sa at pårørende har mange spørsmål til sykepleierne i forhold til behandling og rehabiliteringsoppfølging av deres mor eller far. Noen av sykepleierne ga uttrykk at de var lite fleksible når det gjaldt å snakke med pårørende. De skulle vært flinkere å fange opp pårørendes ønsker og prate med dem. Dersom man ikke har en dialog med de pårørende, vil mye viktig informasjon rundt brukerne gå tapt, og dette vil medføre at rehabiliteringen av brukerne blir dårligere. De pårørende vet mye om brukerne, og de kan observere brukerne og merke noen få forandringer som sykepleieren kan overse, sa sykepleierne. Det er viktig at det dannes et tillitsforhold mellom de pårørende og sykepleieren, og at de pårørende ikke vegrer seg for å gi tilbakemeldinger om den vanskelige situasjonen. En av sykepleierne beskrev det på følgende måte:

Vi sykepleiere må gi informasjon til pårørende hele tiden. Da får vi et naturlig forhold til de pårørende. De pårørende blir trygge på oss, og de tør ta opp ting som de synes er viktig for brukernes fysiske aktivitet i rehabiliteringen.

Noen av de pårørende er flinke til å ta kontakt med sykepleierne, mens andre har en mer passiv form for deltakelse, fortalte sykepleierne. De pårørende som er passive vil få informasjon om det som er helt nødvendig, mens de som er aktive vil få en mer utfyllende informasjon, og har en større mulighet til å påvirke den fysiske aktiviteten til brukerne. Flere av sykepleierne hevdet at noen av de pårørende er aktive, og det er krevende å samarbeide med dem. De vil gjerne ha mye informasjon og delta på møter, ifølge sykepleierne. De sa at det er veldig positivt for å få en god dialog mellom sykepleierne og de pårørende. En av respondentene sa følgende:

Det er viktig at vi hilser på pårørende som kommer på besøk til brukeren. Vi ser på dem og snakker med dem om brukeren. Vi informerer dem om det som har skjedd, både positivt og negativt.

Pårørende må ha kjennskap til hva sykepleieren kan tilby, dette er noe som flere av sykepleierne mente det burde fokuseres mer på. Det kan engasjeres felles middager i høytidene, for eksempel julaften, eller tilbud om underholdning. Dette stimulerer brukerne å bli aktive under felles arrangementer, for eksempel bruk av bestikk hvis beboeren har et potensial for det, fortalte sykepleierne. De ga uttrykk for at pårørende kan bli mer åpne og positive til å snakke om brukerens situasjon dersom de får være med på fellesmåltidene. En sykepleier sa følgende:

Det er viktig å engasjere felles middager med pårørende, for eksempel julaften. Brukerne som har hatt afasi blir stimulert til å spise med kniv og gaffel når de spiser sammen med sine pårørende.

Pårørende som ressurser. Pårørende som kan og vil ta del i omsorgen, er en viktig ressurs for alle parter. Sykepleierne har sagt at noen av de pårørende til tider kan bli pålagt oppgaver fra helsepersonellet. Det er pårørende som er engasjert å ta brukeren på tur ut eller ut fører treningsøvelser sammen med ham. Noen av sykepleierne mente at pårørende må respekteres dersom de ikke ønsker å delta i en slik del av omsorgen. Det blir for noen pårørende for mye ansvar. Det er de som jobber mye og har det travelt, de blir slitne og føler seg utslitt, sa sykepleiere. De mente at det var viktig at pårørende blir sett, de har behov de også, så dersom sykepleierne kan ta over, kan de ta seg fri. Pårørende er en uunnværlig ressurs, som vi må gi god hjelp og støtte, slik at de kan fortsette å være det, uten at de blir utbrent, mente sykepleierne. Videre påpekes det at man ikke fratrar dem det naturlige ansvaret for sine nærmeste, slik som en av sykepleierne uttalte:

Pårørende er ulike. Hvis de er interessert å motivere sine nærmeste til aktivitet, tar de dem med på gåtur eller sitter og leser for dem. Pårørende er ressurser og det er viktig at de bidrar kun enkelte ganger slik at det blir ikke tvang eller frustrasjon.

Noen av sykepleierne uttalte at det er viktig at man i hvert enkelte tilfelle får frem hvilke oppgaver de kan påta seg og hvor stort ansvar de klarer. Det blir lett til at helsepersonellet pålegger dem oppgaver som de ikke har forutsetninger for å klare, og at man kanskje i en stresset situasjon ikke tenker over det. Noen av sykepleierne påpekte at de kan spørre pårørende om de har mulighet å bli med brukeren på sykehuset eller til tannlegen og ser på at pårørende vil bli med, men er usikre eller tør ikke å ta ansvar for det. Noen av de pårørende har ikke mulighet på grunn av arbeid, så det er variasjon i hva de pårørende gjør. En sykepleier sa følgende:

Hvis pårørende har lyst til å bli med brukeren på sykehuset eller til tannlegen, gjør vi en avtale med dem. Vi ser at de pårørende er forskjellige. Noen vil bli med, men tør ikke eller tror ikke eller har ikke mulighet på grunn av arbeid, så det varierer i hvilken grad de kan.

Alle sykepleierne har lagt vekt på at medvirkning med pårørende er viktig i motivasjonsarbeidet. De påpekte at det står i lover og regler at pårørende skal inkluderes i omsorgen til brukeren, og de kan samarbeide med helsepersonellet. Sykepleierne fremhevet at det er viktig å skape et trivelig miljø som kan medvirke til samarbeid med pårørende og brukernes motivasjon for fysisk aktivitet. Det var lagt merke til at pårørendes deltakelse i brukernes aktiviteter øker deres motivasjon i rehabiliteringsprosessen. Sykepleierne fortalte at brukere som hadde mye besøk av pårørende ble mer motivert for å oppnå funksjonsnivået som de hadde før skaden eller akutt sykdom. En sykepleier uttalte:

Vi fornemmer at brukere som har mye besøk av pårørende, kommer seg hjem raskere enn de som har mindre besøk. For eksempel vi har to damer på avdelingen. En dame er over nitti år og har besøk hver dag. Den andre damen er over åtti år og har tre besøk om dagen. Døtrene til den damen som er over nitti år er enig med henne om å gå turer ut hver dag.

Alle sykepleierne sa at de inviterer pårørende til samarbeidsmøter for å snakke om planer og behandling videre. Det legges opp realistiske målsettinger og diskuteres om ressurser og muligheter som kan brukes under rehabiliteringsoppholdet til brukerne. En sykepleier sa at det spørres om vaner og interesser som brukerne har eller hadde før de havnet på sykehjem. Det diskuteres også om relevante aktiviteter som kan påvirke brukernes motivasjon for å bli mer aktiv og deltagende. Sykepleiere understreket at hovedpoenget med møtene med pårørende er å finne fram til generell informasjon om brukerne, men ikke sensitive

opplysninger. Det brukes altså et skjema hvor pårørende kan skrive om brukernes interesser. Slike skjemaer anvendes når brukerne har demenssykdom og vansker til å snakke med helsepersonellet. En sykepleier fortalte:

Hvis brukeren har en demenssykdom, kan han ikke fortelle om seg selv eller si fra selv. Det blir ikke kommunikasjon verbalt med ham i hele tatt. Da tilbyr vi pårørende å fylle ut bakgrunnsopplysningsskjemaet. Hovedhensikten er at de pårørende skriver allmennlegeinformasjon, og de trenger ikke å skrive sensitive opplysninger.

5.2.3. Samarbeid med andre yrkesgrupper

Sykepleierne har sagt at fysioterapeuten og ergoterapeuten tar mer ansvar for brukerne på rehabiliteringsavdelingen nå enn tidligere, men fremdeles er det ting som kan bli bedre. De siste årene har oppfølgingen av fysioterapeut/ergoterapeut blitt bedre, sykepleierne fortalte at det opprettes jevnlig kontakt med brukerne, sykepleierne og fysioterapeut/ergoterapeut. Det har blitt vanlig å ha tilsyn 2-3 ganger i uken på rehabiliteringsavdelingen, der alle parter kan treffes. Sykepleierne mente at det var viktig at pårørende også var til stede, da de ofte har mange ubesvarte spørsmål. Flere av sykepleierne uttalte at et godt tilrettelagt besøk av fysioterapeut/ergoterapeut er viktig for brukernes motivasjon når det gjelder fysisk aktivitet. Ifølge sykepleierne er alle fysioterapeuter/ergoterapeuter er klar over hvor viktig det er med motivasjon for fysisk aktivitet og trening hos brukerne. Noen av sykepleierne mente at dette var viktig også for oppfølgingen av brukerne som er på langtidsopphold på sykehjem. Det er nødvendig at det i en tidlig fase dannes et tillitsforhold mellom de ulike partene, dette er med på å gjøre situasjonen rundt brukerne tryggere. Når man kjenner hverandre er det lettere å ta opp og diskutere ting, sa sykepleierne. Dersom fysioterapeuten/ergoterapeuten ikke viser interesse, så er det lett for at det hele blir negativt. Noen av sykepleierne mente at samarbeidet med fysioterapeuten/ergoterapeuten kunne blitt bedre når det gjelder individuell opptrening av brukerne. De sa at det kan skje mye i løpet av uken, og gjensidige tilbakemeldinger kan forebygge frustrasjon hos brukere og pårørende. Alle sykepleierne hevdet at de tar kontakt med fysioterapeuten/ergoterapeuten først, hvis de synes at treningsprogrammet ikke fungerer bra for brukerne eller det ikke passer for dem i det hele tatt. En av sykepleierne sa følgende:

Vi prøver å samarbeide med fysioterapeuten for å hjelpe brukeren til fremskritt i rehabiliteringen. Vi tar kontakt med ham hvis brukerens situasjon er forandret negativt. Da hører vi på ham hva han synes, og vi diskuterer om hva som skal gjøres videre. Det er faglig

forsvarlig fordi både fysioterapeut og sykepleier har sine synspunkter og vurderinger når det gjelder treningsprogrammet til brukeren.

5.2.4. Organisatoriske forutsetninger

Behov for strukturert fagutvikling. Sykepleierne føler at de trenger mer kunnskap og de sa at de hadde anledning til å oppdatere seg faglig, og at de hadde etterlyst mer fagutvikling på arbeidsplassen. Noen av sykepleierne sa at det er lite kursvirksomhet, og man får kanskje en lærer fra høgskolen til å undervise litt om temaet fysisk aktivitet for eldre, men det er det. Det blir sjelden gjennomført interne kurs, på grunn av manglende kompetanse. Når det gjelder kunnskap om rehabilitering og motivasjon, så vil knappe ressurser sette en stopper for dette. Noen av sykepleierne mente at det burde gjennomføres små prosjekter på sykehjemmet som ga konkrete resultater når det gjelder å øke det fysiske aktivitetsnivået hos brukerne. To av sykepleierne fortalte:

Vi oppdaterer kunnskapen vår når vi går på kurs, men vi ønsker å være med mer på ulike prosjekter her på sykehjemmet. Fordi dette gir oss ny kunnskap om hvordan vi kan forbedre rehabiliteringen av brukeren.

Noen av sykepleierne sa at det ble en ekstra belastning for de andre, dersom de gikk på kurs eller tilegnet seg kunnskap på andre måter. Dette opplevdes på grunn av mangel av tid eller en hektisk hverdag. Det er også med på å påvirke tiden man har til rådighet for faglig oppdatering. Sykepleierne sa at de hadde en refleksjonsgruppe på arbeidsplassen. De bruker å sette av noe tid på slutten av gruppemøtene til å ta opp et relevant tema. Da er det gjerne en av sykepleierne som har fått i oppgave å undervise litt om et avtalt tema og diskutere dette nærmere med de andre, slik som en av sykepleiere beskrev det:

Vi bruker å ta opp et aktuelt tema i refleksjonsgruppen. Det settes av 20 minutter på slutten av personalmøtene hvor vi diskuterer, og en som kommer ut for å komme med innspill til de andre. Dette er slik at man lærer andre slik at det utvikler seg videre.

Flere sykepleiere uttalte at de blir mer sikre når de får beskjed om å undervise sine kollegaer. De føler at de utvikler både sin kunnskap og andre sykepleieres kunnskap. Sykepleierne sa at de hadde det godt med seg selv etter at de hadde gjennomført undervisningen med kollegaene. De følte de hadde fått formidlet sine kunnskaper, men de erfarte også at det må avsettes mer tid til tilbakemeldinger og diskusjoner. Dette kunne gjerne gjøres i form av fagforum eller fagdager. En av respondentene sa følgende:

Vi diskuterer problemer som dukker opp i løpet av arbeidsdagen. Men det blir vanskelig med alle arbeidsoppgaver vi har blitt satt til å gjøre. Det kunne ha vært fint med faste turnusdager til å tilegne oss kunnskaper.

Noen av sykepleierne henviste til erfarne hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, noe de hadde hatt utbytte av under samarbeidet. I slike faggrupper har man tid til å diskutere opplevelser som kan bidra til utvikling, og det å få tilbakemeldinger fra kollegaer. Kompetansen kommer med årene, man tilegner seg erfaringer når man har jobbet en stund, og det er derfor viktig å dele disse erfaringene med resten av personalet. Videre er det viktig å gjøre hverandre tryggere. Sykepleierne mente at en slik felles gruppe ville være et godt utgangspunkt for faglige diskusjoner og veiledning i praksis. Noen av sykepleierne fortalte at en hadde problemer med å pleie en «vanskelig» bruker eller ikke ville stille ham på grunn av utagerende oppførsel. Dette kan føre til frustrasjon hos personalet. Et av målene i refleksjonsgruppen er at medarbeidere får hjelp fra erfarne kollegaer til å takle utfordringer. Dette handler om veien videre og en meningsfylt arbeidsdag. De fleste av sykepleierne mente at det skulle blitt fokusert mer på fysisk aktivitet og motivasjon, for dette er noe du møter uansett hvor du befinner deg i helsevesenet.

Tid er en viktig faktor for at sykepleierne skal føle at de kan motivere. Alle sykepleierne uttalte at tidsaspektet spiller en stor rolle i sykehjemshverdagen. Dette temaet ble trukket frem i mange kontekster under intervjuer. Personalet har liten tid til å motivere brukerne til fysisk aktivitet under stell, måltider eller fritid. Alle sykepleierne ga uttrykk for at på grunn av underbemanning blir personalet frustrert og redde for at ikke alle får delta i aktivitetene som de trenger. En sykepleier sa at det er en utfordring når sykepleieren fokuserer på hvor viktig det er for brukeren at han kan gjøre noe selv, og samtidig går hun fra brukeren og sier at hun har det så travelt at han forstår det for sin egen del og ikke for hennes del. Alle sykepleierne nevnte travelhet som årsak til at brukerne ble forlatt av personalet og ble sittende alene eller sammen med andre brukere.

Noen dager hadde vi det så travelt og vi har ikke tid å stoppe ved pasienten og snakke med ham eller å motivere han til å gjøre noe selv.

Noen av sykepleierne fortalte at travelhet påvirker dagens prioriteringer og sykepleierne har ikke tid for å snakke med brukeren. De følte at når tidspresset er stort, blir brukeren fratatt muligheten til aktivitet. Dette reduserer brukernes livskvalitet fordi de sitter i lenge i rullestol uten å gjøre noen ting. Noen av sykepleierne sa at de har lite tid og rekker ikke å hjelpe brukeren til å være i fysisk aktivitet. Sykepleiere mente at hvis de hadde mer tid til brukerne

som måtte motiveres til deltagelse i fysisk aktivitet, vinner både brukere og sykepleiere på å gjøre mye sammen. Sykepleierne hevdet at tidsaspektet er en avgjørende faktor i sykepleierens planlegging i forholdt til tilbudet av fysiske og sosiale aktiviteter. De mente at det er viktig at beboerne får tiden de trenger for å ivareta sine egne funksjoner. Det kan foregå ved hjelp av sykepleiernes veiledning, slik som å stille seg eller innta mat. Noen av sykepleierne sa at hvis beboerne blir reduserte og ”glemmer” slike ting som å kle på seg i riktig rekkefølge, kan det være lett å ta over brukerens funksjon på grunn av mangel på tid. En av sykepleiere sa det slik:

Da det er viktig at brukeren prøver å bli aktiv under stellet ved hjelp av veiledning, men det tar mye tid. Pleiepersonellet tar det fra dem på grunn av travelhet fordi det er enklere å stille enn å tilrettelegge. Derfor er det viktig å planlegge arbeidsoppgaver og tid slik at brukeren blir motivert for fysisk aktivitet under stell og andre gjøremål.

Alle sykepleierne uttalte at sykehjemssystemet har daglige rutiner som først må utføres, før man kan tenke på aktiviteter ut fra tiden som er igjen til rådighet. De har også sagt at sykepleierne kan unngå travelheten hvis arbeidsdagen skal planlegges riktig. Da får sykepleierne tid til å motivere brukeren til å delta i stell, måltider eller andre aktiviteter.

5.3. Forutsetninger for brukernes fysiske aktivitet

Sykepleierne sa at dersom de kan stimulere brukerne til motivasjon for å trene eller opprettholde fysiske funksjoner, må det være en tilpasset tilrettelegging og god struktur i arbeidet til sykepleierne på sykehjemmet. De fortalte om hvilke muligheter og utfordringer de hadde på sine arbeidsplasser. Flere av sykepleierne organiserte sin egen hverdag i forhold til å lage egne avtaler med brukerne, de bestemte selv hvordan trening eller stell av brukerne skulle gjennomføres, hvor ofte brukerne skulle trenes og hvor lang tid treningen skulle vare. Noen av sykepleierne har sagt at de snakker sammen med fysioterapeuten om brukernes treningsopplegg, og de får opplæring i hvordan øvelser skal utføres. De hevdet at faste avtaler med brukerne kvikke opp deres motivasjon for å bli aktive. Noen av sykepleierne har sagt at de skulle være fleksible når de motiverte brukerne til handling. De mente at det kunne forandres på tidspunktene i planleggingen hvis brukerne var umotiverte eller har dårlig form. En av sykepleierne sa følgende:

Jeg tror at vi kan forandre tidspunkter i vår planlegging. Brukeren kan få og hvile seg etter frokost for eksempel, da ser vi at han var aktiv med i morgenstell og kom opp til frokost. Da vurderer vi øvelser på formiddagen istedenfor ettermiddagen. Vi må være fleksible i arbeidet med eldre, vi kan ikke putte inn brukerens behov i vår planlegg når vi samarbeider med brukeren.

5.3.1. Kartlegging av brukernes ressurser og behov og bruk av utstyr

Sykepleiere hevdet at kartlegging av brukernes ressurser og valg av riktig utstyr er viktig for brukernes forflytning og bevegelsesfrihet. De fortalte at de bruker stillesituasjonen til å kartlegge brukernes behov for fysisk funksjon og aktuelle hjelpemidler. Etterpå vurderer de hvilke hjelpemidler brukerne kan ta i bruk for å gjøre noen ting selv eller ved hjelp av helsepersonellet, sa sykepleierne. Sykepleierne uttalte at mange beboere bruker rullestol. Det er viktig at de sitter på en bekvem sittepute. De påpekte at riktig sittestilling kan stimulere brukernes motivasjon for å være med på ulike aktiviteter eller utføre aktiviteter i det daglige. En av sykepleierne sa følgende:

Det er viktig å bedømme hvilken rullestol brukeren skal ha. Rullestolen skal fungere bra og sitteputen skal være behagelig. Det påvirker deres frihet til å gjøre ting selv og ikke minst for motivasjon til å utføre fysiske øvelser under trimtimene.

Alle sykepleierne har sagt at det er viktig å ta hensyn til beboernes interesser og aktiviteter som de hadde fra fortiden. Dette hjelper sykepleieren med å vurdere hvilke fysiske eller sosiale aktiviteter som skal tilpasses den enkelte brukeren. Noen av sykepleierne understreket at individuelle aktiviteter kan vekke brukernes lyst på deltakelsen. En av sykepleierne uttalte:

Vi prøver å finne ut hva brukeren liker og hvilke temaer vedkommende vil snakke med oss om. Vi har en aktivitetsavdeling på første etasjen, og vi tilbyr beboerne slike aktiviteter de kunne være interessert i.

5.3.2. En god samtale

Alle sykepleiere fortalte at en god prat med brukerne kan motivere dem til fysisk aktivitet. De har sagt at det er avgjørende i den motiverende samtalen hvordan de kan stille spørsmål til brukerne, og forklare og begrunne ting som skulle gjøres i forhold til fysisk aktivitet. Det er et viktig skritt i motivasjonsarbeidet ved sykehjemmet, i følge sykepleierne. Alle sykepleierne fremhevet at en god prat med brukerne betyr mye for dem til å gjøre oppgaver som de greier. En av sykepleierne sa følgende:

En god forklaring gir god motivasjon til fysisk aktivitet, fordi vedkommende fikk forståelige begrunnelse hvorfor hun skulle gjøre ting. Det er en måte å motivere brukerne på. Den andre måten er oppfordring. Brukeren kan oppmuntres for å gjøre ting som han greier. Dette foregår i samtalen mellom brukeren og sykepleieren, hvor betydningen av disse tingene kunne forklares. Det er et skritt i rehabiliteringsprosessen.

Noen av sykepleierne påpekte at å etablere en god kommunikasjon mellom sykepleier og bruker er viktig. De sa at sykepleierne gjennom samtalen kan observere brukerens opplevelse og hvordan han erfarer sin egen situasjon. De mente at de kan møte brukerne med varme og

empati, og dette er viktig for eldre. Noen av sykepleierne har sagt at aktiv lytting hjelper sykepleieren å få frem brukernes egne ønsker og opplevelser. De fortalte at noen av sykehjemsbeboerne ikke klarer å sette ord på sine problemer når de har det vondt og vanskelig. Det er viktig at man fanger opp brukerens signaler og får tak i situasjonen, ifølge sykepleierne. En av sykepleierne uttrykte:

Jeg prøver å bruke noe annet. Jeg kan begynne å avlede vedkommende fra ubehagelige ting og tar samtalen på en annen måte.

5.3.3. Positive tilbakemeldinger

Alle sykepleierne sa at ros, oppvekking og oppmuntring er viktig når brukerne skal motiveres til fysisk aktivitet. Noen av sykepleierne fortalte at det er viktig å ta til hensyn til hva brukerne er i stand til å motta budskapet. De sa at noen av brukere har demenssykdom, og noen er veldig skrøpelige. Slike brukere trenger oppmuntring og oppfordring til å bevege seg, sa sykepleierne. En av sykepleierne uttalte:

Hvis vedkommende har "kjempedagen", kan jeg si til det vedkommende: "Du er så herlig, og jeg sier etterpå: "Jeg er så glad for å få bli med deg på aktivitetsstuen".

Alle sykepleierne fremhevet at engasjement og sykepleierens interesse er viktig i den motiverende samtalen. Det er oppmuntrende for brukerne i forhold til fysisk aktivitet og gir optimal effekt på deres fysiske og mentale helse, sa sykepleierne. De understreket også at samvær med beboerne under ulike samlinger og aktiviteter gir motivasjon til eldre voksne til å bli aktive ut på dagen. En av sykepleierne sa følgende:

Det er viktig å gi ros til eldre beboere og legge til rette for at forholdene blir optimale, og det er viktig at sykepleieren er med.

Noen av sykepleierne sa at positive tilbakemeldinger påvirker brukernes motivasjon, men sykepleierne bør tenke på at veldig mye repetisjon og gjentaking kan virke motsatt på noen av brukerne under stellesituasjonen eller måltidene. De understreket at sykepleierne vil være bevisste når de oppmuntrer beboerne, og prøver å gi ros til dem på en god måte slik at de blir motivert til å stille seg mest mulig selv. De mente at noen av brukerne er preget av usikkerhet når sykepleieren begynner å snakke med dem. Derfor er faglig skjønn og kompetanse ifølge sykepleierne noe som kan hjelpe brukerne til å fokusere på ting som de klarer å gjøre.

Hvis vi repeterer for mye, så kan en dement bruker blir sint og si: «Jeg kan det og jeg vet det». Så vi roser ikke hver gang, men vi hjelper brukeren til å bruke sine ferdigheter hvis han klarer å gjøre noe selv.

6. Drøfting av studiens funn

Studien hadde som hensikt å beskrive sykepleiernes tanker og refleksjoner i forhold til motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet ved sykehjemmene. I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene opp mot tidligere og andre studier, teoretiske perspektiv og annen litteratur innenfor samme tema. Diskusjonen av funnene er organisert innenfor tre hovedtemaer:

- Sykepleiernes motivasjonsarbeid for fysisk aktivitet ved sykehjemmene.
- Samarbeid og samhandling.
- Den motiverende samtalen.

6.1. Sykepleieres motivasjonsarbeid for fysisk aktivitet ved sykehjemmene

I dette underkapittelet vil jeg diskutere sykepleiernes motivasjonsarbeid som påvirker brukernes holdninger og handlinger for fysisk aktivitet ved sykehjemmene. Jeg diskuterer først hvordan sykepleierne kan motivere brukerne til bevegelse og deltakelse i daglig livet, og stimulere brukernes tro på egen mestring, som er vesentlig for dem i å utføre daglige oppgaver. Deretter diskuterer jeg betydningen av planlegging og organisering for fysisk aktivitet i sykehjemmene.

6.1.1. Sykepleierne motiverer brukerne for fysisk aktivitet i det daglige

Studiens funn viser at sykepleierne mener å kunne oppnå målet med å øke aktivitetsnivået hos brukere med funksjonssvikt dersom sykepleierne motiverer dem til fysisk aktivitet i det daglige. For å vekke brukernes motivasjon må sykepleierne ha kunnskaper om hvordan de kan motivere brukerne til å bevege seg under stellesituasjonen. Det er viktig at bevegelsesorganene skal brukes, og stedet er en situasjon der dette kan skje på en naturlig og meningsfylt måte (Brodtkorb 2008, 151). Sykepleierne i studien ga uttrykk at brukerne som utfører øvelser selv får en stor mulighet til å opprettholde bevegelsesfunksjonen lengst mulig og bli mer selvhjulpne. Dette kan støttes av Helbostad (2007), som hevder at bevegelsesfunksjonen har stor betydning for sykehjemsbeboere for å kunne utføre daglige gjøremål selvstendig og for å oppleve velvære. Sykepleierne har opplevd at det er en utfordring å motivere brukerne dersom de er lite motiverte til å stelle seg og kle på seg. Dette kan begrunnes med at disse brukerne føler seg usikre, engstelige, eller de mangler lyst til å gjøre ting selv. Studiens funn viser at sykepleierne var skuffet i slike situasjoner hvor brukere

følte seg håpløse. Det kan støttes av Revstedt (1995), som påpekte at det finnes ingen håpløse tilfeller i henhold til brukernes vanskelige situasjoner, og brukerne kan være destruktive, men de har en positiv kjerne. Sykepleierne i studien mente at de som kan drive motivasjonsarbeid på sykehjem må ha et positivt menneskesyn, og det vil være sykepleiernes oppgave å hente frem brukernes ressurser og brukernes indre kraft for å delta i stellet og påkledning. Samtidig uttalte de at det ikke alltid er lett å forstå deres motiver og handlinger når brukerne er umotiverte, og de mente at brukerne hadde subjektive motiver og kunne behandles individuelt. Det kan støttes av Atkinsons motivasjonsmodell, som beskrevet av Rand (1991), at motivasjon består av forventning, insentiv og motiv. Sykepleierne i studien syntes at brukernes forventninger i forhold til trening og andre aktiviteter påvirket deres nederlag eller oppturer. I følge Atkinson motivasjonsmodell i Rand (1991) så sykepleierne i studien ut til å ville finne hvilke motiver brukerne har og knytter det til tilhørende måltyper. Personer med tilnæringsatferd, ifølge Atkinson (Rand 1991), setter seg tilnæringsmål, og personer med unngåelsesatferd setter seg unngåelsesmål. Slike mål kan bli dannet av brukeren selv på bakgrunn av subjektiv persepsjon av sannsynligheten for å lykkes med tilgitte oppgaver, mente sykepleierne i studien.

Ut fra dette er et motiv som vekkes i en bruker bestemmende for hvilke mål han setter seg. Sykepleierne observerte at brukeren med tilnæringsmål ønsker å oppnå suksess i prestasjons-situasjoner, mens brukeren med unngåelsesmål, for eksempel når det gjelder smerter eller fallrisiko, ikke ønsker å inngå i prosesser som kan føre til opplevelsen av nederlag og følelsen av å mislykkes. For å kunne hjelpe slike brukere til å oppnå egne mål og egne handlinger, er det viktig å forstå hva brukeren forventer og føler. Hvis brukeren er umotivert og destruktiv, er det viktig at sykepleierne ser positivt på en slik vanskelig situasjon og håndterer den på en god måte, viser funnene. Dette kan støttes av Revstedt (1995), som hevdet at et positivt syn på brukeren kan hjelpe sykepleierne til å motivere brukere slik at brukerne oppnår mål i sin situasjon. Ifølge Revstedt (1995) er umotiverte brukere ikke bevisste på egen styrke, og har svekket initiativ for å delta i aktivitetene, sykepleieren kan påvirke brukeren slik at han kan få utvikle drivkraft.

Måltider er en god situasjon hvor sykepleieren kan påvirke brukerens motivasjon. Her møter sykepleieren en utfordring dersom brukeren ikke vil spise selv eller ikke vil ha maten som blir servert. Det er viktig at sykepleieren etablerer god kontakt med brukeren og finner alternativer for å løse den vanskelige oppgaven. Dette kan støttes av Revstedt (1995), som hevdet at

personlig kontakt er et av de viktigste aspektene i motivasjonsarbeidet. Det er også i tråd med Hammel (2006,159), som påpeker at samarbeid forutsetter god kontakt mellom bruker og helsearbeider, som igjen påvirker brukerens motivasjon, aktivitet og mål.

6.1.2. Sykepleieren stimulerer brukerens tro på mestring av dagens utfordringer

Antonovskys ([1987] 2000) teori om salutogenese handler om hva som bidrar til mestring. Hans tre hovedelementer i opplevelsen av sammenheng, begripelighet, håndterbarhet og meningsfylthet, ble beskrevet av han både teoretisk og praktisk (Antonovsky [1987] 2000, 34). Studiens funn viser at disse hovedelementene kan knyttes til sykepleiernes forståelse av brukernes mestring av dagens utfordringer. Begripelighet betyr at man har evne til å forstå det som skjer i sammenhengen. Studiens funn antyder at sykepleierne kan stimulere brukernes positive tenkning for å mestre utfordringer i hverdagen, og sykepleierne prøvde ulike motiverende tiltak og samtaler som støtter brukernes forståelse av sin situasjon og skaper et tillitsforhold i det som skulle skje. For eksempel er stell og måltider gunstige situasjoner for å skape tillit mellom partene. I slike situasjoner kan sykepleieren prate med brukeren og vise til positive resultater av brukerens handlinger.

Begrepet håndterbarhet kan knyttes til hvordan sykepleierne tolker og forventer at brukerne skulle ha tilgjengelige ressurser i møtet med hverdagen, viser funnene. Sykepleierne ga uttrykk for at målet er at brukerne skulle ha nok tilgjengelige ressurser slik at de mestrer de daglige aktivitetene de har lyst til å gjøre og ønsker å gjøre. Brukernes mestringsevne knyttet til aktiviteter som for eksempel å kle på seg, å bruke spisebestikket og å forflytte seg fra seng til rullestol, mener sykepleiere er avhengig av ulike tverrfaglige tiltak under rehabiliteringsoppholdet. Slike tiltak kan være trening, tilrettelegging, riktig valg av hjelpemidler, kartlegging av brukernes behov og interesser, og det er viktig å se dem i sammenheng, mente sykepleierne. Det handler også om at brukerne har motivasjon og nok styrke i kroppen for å utføre oppgavene best mulig, og det handler her også om strategier som sykepleierne har funnet ut til å hjelpe brukerne for å mestre utfordringer, syntes sykepleierne.

Meningsfylthet, som omhandler det som gir livet mening og det å finne mening i det som skjer i livet, er i denne studien knyttet til hvilke betydningsfulle aktiviteter sykepleieren kan tilby brukeren som han klarer. Sykepleierne uttrykte at mestring av aktiviteter er viktig for brukeren, hans indre følelser, relasjoner og livskvalitet. Det er beskrevet av Antonovsky ([1987] 2000) som meningsfylthet i livet, og dette nevnte sykepleierne i studien. De mente at

de kunne hjelpe brukerne med å finne ut alternative mestringsstrategier og oppleve mestring knyttet til daglige aktiviteter på sykehjemmet. Meningsfylthet i aktiviteten, ifølge Antonovsky ([1987] 2000), er en avgjørende faktor for motivasjon.

6.1.3. Samarbeid med brukeren

Studiens funn viste at sykepleierne mente at medbestemmelse var viktig for brukernes motivasjon og forventninger om å delta i fysisk aktivitet. Det kan støttes av Ryan og Deci (2000), som påpeker at medbestemmelse er en forutsetning for indre motivasjon. Når sykepleierne bruker stillesituasjoner til å fremme brukerens fysiske aktivitet, så blir brukeren medvirkende og motiveres til deltakelse. Da må sykepleierne omdefinere sin tradisjonelle yrkesrolle til å bli en ressurs som skal virke i samarbeid med og på brukerens premisser (Wormnes og Manger 2005,63). Ifølge Antonovsky ([1987] 2000) kan både sykepleier og bruker trekke inn egne teorier til å forstå hver sin rolle hvis en skal lykkes. Sykepleierne i studien mener at det er en krevende oppgave å motivere brukeren til en aktiv rolle. De opplevde at brukerens negative holdning til aktiviteten påvirker hans motivasjon. Begrunnelsen for dette kan være mangel på kunnskap, smerter, dårlige livserfaringer og angst, viser funnene. Slike manglende forhold kan gjøre brukerne umotiverte og utrygge, mener sykepleiere. Funnene antyder at sykepleierne brukte sin positive erfaring og valgte motiverende handlinger hvor de trakk brukeren aktivt med selv. Det kan støttes av Hammel (2006,160), som hevder at fagfolk kan fokusere sine intervensjoner på positive resultater som betyr noe for brukerne. Sykepleieren kan bruke faglig skjønn og personlige egenskaper for å motivere beboerne å delta i ulike aktiviteter, viser funnene.

Sykepleierne i studien påpekte også at sykepleieren kan kombinere, håndtere sine kunnskaper og sin personlighet i samspill med brukeren, og det er avgjørende i motivasjonsarbeidet i sykehjem. De syntes at det er svært viktig at de hjelper brukerne i å gjøre det brukerne klarer. Dette styrker brukernes ressurser. Det er i tråd med Pilmark og Mulberg (2005,165-166), aktiv medvirkning fra brukerens side er viktig i planleggingen av hans egen pleie og aktivitetsopplegg for at dette skal trekke frem brukerens egne ressurser og ansvar. En aktiv hverdag er en god måte å bevare funksjonsevnen til eldre, syntes sykepleiere. Sykepleierne mente det var viktig å sette opp mål sammen med brukeren. Hensikten var å trekke brukeren aktivt med i egen rehabilitering. Dette reflekterer at sykepleierne betraktet mål som motiverende for brukeren i rehabiliteringsprosessen. Ifølge Vifladdt og Hopen (2004, 37) er målet nettopp med på å motivere personer, og målene må være viktig for brukeren.

De fleste av sykepleierne var bevisste på at brukerne skulle bestemme målene dersom brukerne har samtykkekompetanse. Disse målene blir motivasjonsdrivende nok til å utføre trening og andre aktiviteter. Målene brukte sykepleierne til å lage system og klargjøre hva brukerne kan fokusere på. Sykepleierne brukte både kort- og langsiktige mål for å gjøre oppgavens vanskelighetsgrad overkommelig og oppnåbar. Når brukerne bestemmer selv hva de vil øve på, er sykepleierens rolle til å veilede og støtte brukerne i bestrebelsene for å nå målene (Wormnes og Manger 2005,64). Sykepleieren kan tro at brukerne velger å jobbe med oppgaver de synes er interessante, da har oppgavene en personlig verdi for dem og det kan bidra til motivasjon. Dette er også i tråd med annen forskning, som påpeker at brukerne motiveres av å få jobbe med oppgaver de selv har valgt ut som interessante (Anderson og Funnell 2005; Britt, Hudson og Blampied 2004; Wigfield og Eccles 2000).

Studiens funn viser at en av de viktigste utfordringer er det å skape et støttende miljø og trivsel på sykehjemmet, fordi dette kan påvirke brukerens motivasjon for fysisk aktivitet som han er interessert i. Det er viktig å bruke tid til å skape rolige omgivelser for stressende situasjoner som gir negative påkjenninger til brukeren, mente sykepleierne. Dette kan føre til et nytt nederlag i rehabiliteringsprosessen eller utførelsen av daglig gjøremål. Det støttes av Rand (1991), som hevdet at nederlagene til brukeren kan kjennetegnes av ytre årsaker. Funnene viser at sykepleierne var opptatt av å skape gode relasjoner og samhandling i møtet med brukerne. Det støttes av Jensen og Ulleberg (2011), som hevdet at relasjon handler om et menneskelig samspill og mellom mennesker og deres situasjon. Det er i tråd med tidligere forskning, som Navarro mfl.(2007), etablerte relasjoner mellom helsepersonell og brukere har betydning for brukernes motivasjon for fysisk aktivitet. Funnene viser altså at sykepleierne behandlet brukere med respekt uansett om de klarte å motivere seg til fysisk aktivitet eller ikke. Respekt for andre i et samarbeid betyr at en må få bekreftelse på sin klokhet, kunnskap og visdom (Wormnes og Manger 2005). Sykepleierne roste og anerkjente brukerne for innsatsen de gjorde i forbindelse med fysisk aktivitet. Å få en bekreftelse og anerkjennelse på innsatsen sin kan være en sterk motivasjonsfaktor, slik det også fremkommer i tidligere forskning (Galik m.fl. 2009).

6.1.4. Planlegging og organisering av fysisk aktivitet ved sykehjem

Funnene viste at alle sykepleiere i studien hadde ansvar i større eller mindre grad for brukerens motivering til fysisk aktivitet. De fleste av sykepleierne har tilrettelagt for fysisk aktivitet for brukerne og utøvet en selvstendig veiledningsfunksjon. Funnene antyder også at

planlegging og organisatoriske forhold på arbeidsplassen spiller en viktig rolle i forhold til sykepleiers motivasjonsarbeid for fysisk aktivitet. Når arbeidsdagen er planlagt og strukturert godt, kan sykepleierne ha god tid og ro til å gjennomføre motiverende tiltak. Det gjelder ulike motivasjonssituasjoner og behandling av brukerne. Dette kan reflektere betydningen av at god tid og struktur legger til rette for at sykepleierne kan gi god motivering til brukerne til å bli aktive og være med. Men samtidig opplevde sykepleierne at travelhet og dårlig tid kan forhindre dem, når de ikke hadde mulighet til å motivere brukere med funksjonssvikt eller skade til fysisk aktivitet og deltakelse. Det kan støttes av Breiviks (2010), beskrivelser i sin masteroppgave om sykepleiernes frustrasjon når de opplevde arbeidspress med mange pasienter, lite personell og dårlig tid. Funnene viste at gjennom kartlegging av brukernes ressurser kan sykepleierne finne frem til hvilke fysiske aktiviteter og tiltak som passer for den enkelte bruker. Ifølge Rands (1991) beskrivelse om tilnæringsmotiver kan sykepleierne finne oppgaver til brukerne med passende vanskelighetsgrad. Sykepleierne i studien uttrykte at de er bevisste på å vektlegge tilrettelegging for fysisk aktivitet hos eldre brukere i sykehjem. Det er en utfordrende oppgave å finne tilpassete aktiviteter til sykehjemsbrukere. Sykepleierne syntes at de kan legge forståelsen med å kunne se det individuelle behovet hos den enkelte beboer. De mente at de allerede i stellet kan bruke sine kunnskaper for å vurdere og å tilrettelegge der brukeren har behov for hjelp. Det kan støttes av Brodtkorb (2008,151), sykepleiere kan gjennom stellet, måltider og andre aktiviteter guide brukeren med å vise og veilede om hvor vedkommende kan bruke sine ressurser.

6.1.5. Faglig og pedagogisk kunnskap

Funnene fra studien viste at det kreves en god del kompetanse når man skal utføre, tilrettelegge og planlegge godt motivasjonsarbeid for fysisk aktivitet ved et sykehjem. Sykepleierne kan, med sin kompetanse, bidra til at brukerne blir aktive i så stor grad som mulig i det daglige. Dette vil bidra til økt trygghet for brukeren og de pårørende, og en større sjans for at brukeren mestrer situasjonen. Brukerne og de pårørende må kunne ha tillit til at sykepleierne utfører behandlingen på en god og forsvarlig måte (Natvig 1997, 187-190). Funn fra studien viste at sykepleierne savnet tilgang til faglig oppdatering, og at de følte at de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse rundt fysisk aktivitet for eldre og motiverende tiltak. Skau (2011,77) sier at det å være kompetent innebærer å være skikket eller kvalifisert til det man skal gjøre, og ha de kvalifikasjoner som er nødvendige. Det kan man si at noen av sykepleierne i studien ikke følte at de hadde tilstrekkelig kompetanse rundt motivasjonsarbeid og fysisk aktivitet hos eldre. Fagermoen (1993, 27-32) og Kirkevold (1996,28-36) hevder at

sykepleierne må ha teoretisk, praktisk og etisk kunnskap for å yte god omsorg av god kvalitet til den enkelte bruker. Funn fra studien viste at det kreves kompetanse i å koordinere tjenestetilbudet til brukerne. Sykepleierne kan ha kompetanse i det å kunne samhandle og lede, når tjenestene skal koordineres. De kan tilegne seg den kompetansen som de trenger for å motivere brukere for fysiske og sosiale aktiviteter. Lov om helsepersonell (1999) forplikter helsepersonell til å handle innenfor sitt kompetanseområde for å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet. Funnene viste at hvor viktig det er med fagutvikling for å beholde den faglige forsvarligheten i arbeidet de utfører. Det kan bli en organisatorisk utfordring å legge forholdene til rette slik at sykepleierne har mulighet til faglig oppdatering. Sykepleierne i studien kommer med flere forslag til tiltak som kan være med på å gi en faglig gevinst. Sykepleierne ønsket veiledning, og så helst at de fikk veiledning av en sykepleier som hadde videreutdanning i eldreomsorg. Dette støttes av Hermansen, Carlsen og Vråle (1992, 63), som hevder at kompetanse kan opparbeides gjennom sykepleiefaglig veiledning.

Funnene viste at sykepleierne ønsket å danne refleksjonsgrupper, slik at de fikk muligheten til å diskutere tidligere erfaringer de hadde med eldre med funksjonssvikt og skader, der fokuset er rettet mot for eksempel motiverende tiltak, tilpasset fysisk aktivitet, samarbeid og samhandling. På denne måten kan man formidle nye erfaringer med hverandre, og man har også muligheten til å diskutere hvordan de ulike sykepleierne har opplevd de forskjellige situasjonene. Deltakelse i små prosjekter var noe sykepleierne opplevde som positivt, de fikk en mer aktiv rolle, og de kunne være mer forberedt på hva som skulle skje. Dette støttes av Olsen (2000,72), som hevder at sykepleierne blir mer deltakende i læresituasjonene, noe som vil gi økt læring. Ifølge Heckenhausens kognitive modell i Rand (1991) er lærte positive og negative opplevelser grunnlag for sykepleierens egen motivasjon. På denne måten økes ikke bare kompetansen på arbeidsplassen, men det fører til dannelsen av et faglig nettverk og gir en gevinst i samarbeidet mellom de ulike instansene (Olsen 2000).

6.2. Samarbeid og samhandling

Studiens funn antyder at samarbeid og samhandling mellom ulike faggrupper er en forutsetning for å kunne skape en god motivasjon for fysisk aktivitet hos brukerne av sykehjem. Derfor er det viktig at man klarer å danne et samarbeid mellom de ulike faggruppene, brukerne og pårørende slik at effekten av fysisk aktivitet kunne bli optimal. Tverrfaglige team kan legge forholdene til rette for at brukeren skal kunne bli motivert for å utføre oppgaver, og det stilles store krav til samarbeid og samhandling mellom de ulike

profesjonene. Sykepleierne i studien mente at brukerne er avhengige av god samhandling og samarbeid mellom ulike profesjoner som stimulerer brukernes motivasjon. Arbeid med motivasjon overfor brukere er en stor utfordring for helsepersonell, og ingen profesjon kan dekke alle behovene alene. Det er derfor viktig med tverrfaglig samarbeid. Det kan støttes av Gudbergsson (2010,321), som hevder at tverrfaglig samarbeid er avhengig av respekt og interesse for hverandres faglige kompetanse, nærhet og samråd gjennom kontinuerlig kommunikasjon. Det er også slik at tverrfaglig samarbeid bidrar til å fremme felles positive holdninger, og gir i følge Revstedt (1995) brukeren emosjonell kraft. Sykepleiere i studien har sagt at sykehjemsbeboere har ofte et komplisert sykdomsbilde med flere plager, og det kan endre seg etter hvert. Derfor vil deres fysiske aktivitet være redusert, og brukerne vil ha behov for motivering som øker aktivitetsnivået, mente sykepleierne. Studiens funn viser at gode kontakter mellom sykepleier og fysioterapeut påvirker brukernes motivasjon for trening og deltakelse, og hvordan disse yrkesgruppene kan samarbeide i sykehjem. Det er i tråd med Grandbo (2007,24), som påpeker at tverrfaglig samarbeid er spennende og utfordrende. Dette skaper en felles forståelse mellom ulike typer faghelsepersonell for at sykehjemsbeboerne kunne yte mer i hverdagen og utnytte egne evner best mulig (Rand 1991,133).

Sykepleierne i studien ga uttrykk for at når det gjelder rehabilitering i sykehjemmet, er det viktig med individuell opptrening. For noen av brukerne kan det være nødvendig med tilpassete opptreningstiltak, for eksempel etter hjerneslag og lårhalsbrudd. Når det gjelder andre beboere ved sykehjem, har de behov for fysisk aktivitet og trening i hverdagen etter sine behov og ønsker, ifølge sykepleierne i studien. Det kan støttes av Granbo og Helbostad (2006), som skriver at tverrfaglighet kan være nødvendig for å lage oversikt over brukernes individuelle behov. Funnene viste også at samarbeid mellom sykepleiere og fysioterapeut gir innsikt i vurdering av ulike funksjoner, som har betydning for brukernes behov. Samtidig viser funnene at sykepleierne har hovedansvaret for regelmessig fysisk aktivitet hos de eldre, og vedlikeholder deres motoriske og koordinerende funksjoner gjennom ulike aktiviteter i hverdagen. Når sykepleierne legger til rette for å vedlikeholde beboernes funksjoner, vil dette ivaretas gjennom brukernes deltakelse i fysiske aktiviteter knyttet til stell, forflytning, måltider og andre aktiviteter. (Trondheimsstudien 2006, 35).

Sykepleierne i studien mente at fysioterapeuten har fokus på fysisk aktivitet når det skal iverksettes tiltak i forbindelse med sykdom, svikt i muskeltonus, bevegelighet, balanse eller generell nedsettelse av funksjoner hos sykehjemsbeboerne. Dette er i likhet med sykepleiernes målsetting også, viser funnene. Når sykepleierne legger vekt på forebyggende

arbeid og rehabilitering i sin arbeidsdag, er det et felles område for samarbeid, kommunikasjon og kunnskapsutvikling mellom disse profesjonene. Det kan støttes av Bredland, Linge og Vik (2002, 169), som hevder at felles verdier, ideologi og områder kan skape forståelse av hva tverrfaglig samarbeid er. Når sykepleierne blir hovedstøtten til brukerne, er det viktig at fysioterapeuten og ergoterapeuten får kunnskap fra sykepleierne om brukernes funksjoner i daglige aktiviteter. Dette medvirker til at det utarbeides rehabiliteringsplaner for den enkelte beboer og iverksettes reelle tiltak. Det er i tråd med tidligere forskning, som i Turner-Stokes m.fl. (2005), de viktigste tiltakene er vellykket dersom rehabiliteringstilbudet består av et tverrfaglig team som har relevant kompetanse. Funnene viste at å jobbe i et tverrfaglig team kan være positivt for å kunne møte brukeren best mulig ut i fra brukerens individuelle behov og pårørende sine ønsker. Det er i tråd med tidligere forskning, ifølge Prvu Bettger og Stineman (2007) er det bevis for effekten av tverrfaglig samarbeid for slagpasienter og behandlingssinnstillinger.

6.2.1. Samarbeid med pårørende

Studiens funn viser at sykepleierne setter pris på pårørendes deltagelse i felles aktiviteter ved sykehjem. De er bevisst på at et godt samarbeid med pårørende påvirker brukernes motivasjon for ulike aktiviteter. Det er i tråd med tidligere forskning. Ifølge Melanie og Stewart (2003) er pårørende ofte mennesker som fyller brukerens liv med glede, og når pårørende er å til stede ved aktiviteter, da blir det også lettere for brukerne å kunne yte litt ekstra selv. Sykepleierne i studien har sagt at pårørende kan forklare viktigheten av ulike aktiviteter til dem som ikke vil høre på sykepleierne. Dette gjør ofte at brukeren prøver og får lyst til å gjøre noe ved neste anledning, mente sykepleiere. Det kan støttes av Heckhausens motivasjons- og kognitive modell i Rand (1991), som påpeker at motivasjonen avhenger av flere kilder. Pårørende kan være den viktigste kilden, og bidra til tilkoblingsprosessen til brukernes motivasjon. Sykepleierne sa også at pårørende har bedre tid enn sykepleierne, så de kan gå turer og gjøre litt enkel gymnastikk med sine kjære som bor på sykehjem. Derfor er relasjonen mellom sykepleiere og pårørende et viktig punkt, mente sykepleierne.

Funnene viste at noen av sykepleierne opplevde mangel på oppmerksomhet i forholdt til pårørende. Sykepleierne ga uttrykk at ansatte kunne engasjere seg i kontakten med pårørende når de har kommet på besøk. I følge Alvsvåg (2010,47) viser sykepleiere godhet og medmenneskelighet, opplever de pårørende sin og brukernes situasjon som betryggende. Sykepleierne i studien mente at samhandling mellom sykepleiere og pårørende i forhold til

beboernes fysiske aktivitet er viktig. Funnene viste at sykepleierne er bevisste på å styrke utviklingen av systematiske kontakter med pårørende for å kunne håndtere fysiske og sosiale aktiviteter hos sykehjemsbrukerne på en bedre måte. Det er naturlig for både brukere og pårørende dersom pårørende kan ta del i praktiske oppgaver som aktivitet, stell og mating (Stubberud 2010, 80).

6.3. Den motiverende samtalen

Når sykepleierne bruker en motiverende samtale til å vekke brukerens motivasjon til fysisk aktivitet, så blir brukeren påvirket til å endre sin situasjon. Dette kan støttes av Barth og Naasholm (2007,41), som hevder at formålet med den motiverende samtalen er at brukeren litt etter litt skal komme frem til endringen. For å oppnå dette formålet må sykepleierne dermed beherske kommunikasjonsteknikk slik at den motiverende samtalen blir vellykket. Det er i tråd med Jensen og Ulleberg (2011), som påpeker at sykepleierne kan bruke motivasjonsfremmende elementer i sine samtaler med brukerne.

Funnene viste at sykepleierne opplevde at det var viktig for eldre brukere å ha noen å snakke med om sin situasjon og eksistensielle spørsmål. Motiverende samtaler er en empatisk metode hvor brukeren selv og brukerens behov er i fokus (Barth og Naasholm 2007,60). Når sykepleierne tar del i brukernes bekymringer, håp og glede, kan det være en stor utfordring for sykepleierne. Det kan støttes av Jensen og Ulleberg (2011), som sier at sykepleiere kan tolke en situasjon på ulike måter og komme til nye handlinger og holdninger derfra. Funnene viste også at sykepleierne hadde erfaring i å møte brukere i vanskelige situasjoner, og de var bevisst på å møte brukerne med oppmerksomhet, varme og empati. I tråd med Jensen og Ulleberg (2011) oppfordret sykepleierne brukerne til å fortelle hvordan de hadde det og lyttet til det. Det synes som om sykepleierne var interesserte og hadde et ønske om å sette seg inn i brukerens hverdag på sykehjemmet. Det er i tråd med tidligere forskning, ifølge Melanie og Stewart (2003) og Lee mfl. (2008) kan sykepleiere gjennom samtaler forstå brukerens identitet og forståelse av situasjonen. Det forstås slik at sykepleierne la vekt på å skape en relasjon preget av trygghet og tillit hvor de etablerte et likeverdige forhold til brukerne. Studiens funn antydte at sykepleiere er bevisst på at det er viktig å skape et tillitsforhold mellom sykepleieren og brukeren under samtalen, og at de respekterer hverandre. Det er i tråd med Revstedt (1995), som hevder at det er viktig å skape tillit når sykepleieren bruker en motiverende samtale til å vekke brukerens motivasjon for fysisk aktivitet. Når sykepleieren lytter og forsøker å forstå brukerens perspektiv, legger hun vekt på at brukeren kan tenke over

vurderingene sine, finne sine egne svar og selv ta en beslutning om endring. Det er i tråd med Jensen og Ulleberg (2011), som hevder at sykepleieren kan prøve å forstå og se nærmere på brukerens tanker i forhold til hans situasjon. Funnene i studien antydte at sykepleierne vektla dialogen som betydningsfull for motivering i brukerens fysiske og sosiale aktivitet.

Sykepleierne var oppmerksomme på brukerens opplevelser og hverdag med funksjonssvikt eller skade. Det er i tråd med Jensen og Ulleberg (2011), som påpeker at helsearbeidere ofte kan spørre brukerne hva de er opptatt av, og om de vil snakke om og lytte til dette. Gjennom motiverende samtaler fikk sykepleierne brukerne til å fortelle om viktige ting og utfordringer, og på denne måten kan samtalen øke motivasjon for fysisk aktivitet hos brukerne.

Sykepleierne i studien har sagt at god kommunikasjon med bruk av åpne spørsmål, aktiv lytting og empatisk væremåte var metoder de brukte for å få brukerne til å fortelle om sin egen situasjon. Dette er i samsvar med tidligere forskning. Damush mfl. (2005) kan påpeke at sykepleiere gjennom dialog fikk brukere til uttrykke sine behov, og at dette kunne gi dem en indre motivasjon til å bli aktive i hverdagen.

Sykepleierne mente at å veilede brukerne på alvor ville stimulere dem til å tro at de kunne mestre dagens utfordringer. Motiverende samtaler krever god evne til å lytte av sykepleierne. Når sykepleieren lytter med aksepterende og ikke-moraliserende interesse, forsøker hun å forstå brukeren fremfor å overtale ham eller komme med egne løsninger på hans problemer. Det kan støttes av Revstedt (1995), som påpeker at engasjement er den viktigste delen av sykepleierens arbeid i den motiverende samtalen med eldre brukere. Det betyr ikke at sykepleieren lar være å gi informasjon eller praktiske råd, men disse formuleres som forslag som brukeren kan velge å ta til seg eller ikke: «Er det i orden at jeg forteller litt om hva som har hjulpet andre mennesker i samme situasjon?» Samtidig er motiverende samtaler en styrende metode når sykepleieren velger å utforske og fokusere på noen av de viktigste temaene brukeren presenterer, men ikke andre. På denne måten kan sykepleieren styre brukerens motivasjon mot en positiv endring. Det er i tråd med Revstedt (1995), som har beskrevet motivasjonsprosessen til brukeren som en bølgebevegelse på grunn av hans tankers kaos og destruktive handlinger. Derfor bruker sykepleieren den motiverende samtalen for å hjelpe slike mindre motiverte brukere til å ta riktige beslutninger mot endring. Studiens funn antyder at sykepleierne ikke bruker den for å forsøke å få en bruker til å gjøre noe hun eller han ikke vil, men de har som formål å stimulere brukeren til endring på en respektfull måte, og på brukerens egne vilkår. I den motiverende samtalen forsøker sykepleierne å lokke frem brukerens eget ønske om endring så vel som ressurser i form av tanker, følelser og konkret

handling. Det er i tråd med Rand (1991), som har beskrevet Heckenhausens kognitive modell, hvor det står at opplevelsen av positive og negative følelser er lært, og dette påvirker brukerens selvvurderinger og handlingsresultater.

Når sykepleieren styrker brukerens selvtillit ved å vise tiltro til at brukeren kan gjennomføre en endring, understreker hun at endringen er brukerens eget valg, for brukeren vet best selv hvordan endringer bør skje. Det kan støttes av Rand (1991), som har skrevet at ifølge Heckenhausens kognitive modell at individet kan unngå ubehagelige situasjoner og har valgmuligheter. Studiens funn antyder at sykepleierne kan kjenne igjen de motiverte brukerne som tror på seg selv, tar beslutninger og forplikter seg til å følge konkrete planer. Det er i tråd med Antonovsky ([1987]2000), som hevdet at brukerens engasjement i sitt eget liv og deltakelse i de prosesser som former ens egen skjebne gir brukeren mening og forståelse i sitt liv. Når sykepleierne forsøker å lokke frem og lytte spesifikt etter, forsterker det brukerens endringssnakk mot hans motivasjon. Ifølge Ivarsson og Prescott (2008,103-116) er endringssnakk utsagn som tyder på at brukeren arbeider med sin egen endring. Det betyr at sykepleieren antar at brukeren blir påvirket av egne ytringer. Funn i studien viser at sykepleierne ble bevisst på når brukeren snakker om positive endringer i sin livssituasjon, former og forsterkerer brukeren sine egne vurderinger også. Det er dette sykepleierne prøver å stimulere aktivt. Det er i tråd med salutogenetisk fokus, som er beskrevet av Antonovsky ([1987]2000), nemlig at sykepleierne kan stimulere brukerens mestringsmuligheter gjennom motivering til deltakelse i dagliglivet.

Funnene viste at sykepleierne kan bruke aktiv lytting, som er basisferdigheten i den motiverende samtalen, og åpne spørsmål. Dette bidrar til et godt samarbeidsklima. Det er i tråd med Jensen og Ulleberg (2011), som hevder at åpne spørsmål kan invitere til å åpne brukerens refleksjon i sitt problem. Når sykepleieren stiller et spørsmål til brukeren, «hvordan påvirker ryggsmertene deg i hverdagen?», kan hun få en forståelse for brukerens syn på egen situasjon og tanker om problemer og løsninger. Samtidig ble sykepleierne bevisst på at dette kan påvirke brukeren selv, kanskje for å få en mer nyansert forståelse av seg selv og sin oppførsel. I tillegg til å lytte aktivt, bruker sykepleieren sine refleksjoner og sammenfatninger for å vise forståelse for brukerens opplevelse. Når sykepleiere bruker refleksjon og refleksive spørsmål naturlig i samtalen, oppleves de som empatiske. Det kan støttes av Jensen og Ulleberg (2011), som påpeker at refleksive spørsmål hjelper sykepleieren til å forstå hvilke følelser brukeren opplever i sin situasjon som er problematisk. Det er viktig at sykepleieren

bekrefter brukerens anstrengelser og reflekterer en underliggende mening eller følelse. Hun kan bidra, ifølge Jensen og Ulleberg (2011), til å finne ny forståelse av brukerens problemer, anerkjenne og medvirke til en positiv holdning som kan knyttes til dette.

7. Konklusjon

Hensikten med denne studien var gjennom teori og empiri å belyse hvordan sykepleiere kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet hos eldre på sykehjem. Som tidligere nevnt er den fysiske aktiviteten hos eldre voksne ikke tilfredsstillende, og studier viser at manglende motivasjon kan være en viktig årsak at eldre mennesker ikke klarer å delta i ulike aktiviteter. Jeg ønsket gjennom sykepleiernes tanker og refleksjoner å få innsikt i hva sykepleierne la vekt på for å motivere sykehjemsbrukere til fysisk aktivitet, samt hvilke tiltak som måtte være til stede for at sykepleierne kunne stimulere til motivasjon. I dette kapittelet oppsummerer jeg noen av de viktigste resultatene med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, deretter påpeker jeg implikasjoner for praksis og videre forskning.

7.1. Hva tenker sykepleiere om hvilken betydning motivasjon har i brukerens omsorg i sykehjem?

Sykepleierne i studien har dannet seg et bilde av hvor motivert brukeren med funksjonssvikt var for å gjøre endringer til fysisk aktivitet. Funnene viser at motivasjon var et viktig begrep som sykepleierne tenkte mye på i det daglige arbeidet. Samtidig viste funnene at travelhet og dårlig tid var hindringer som påvirket deres motivasjonsarbeid. De brukte sin erfaring og kunnskap når de kartla både brukerens og sykepleierens ressurser. Funnene viser også at de kartla viktige personlige og sosiale ressurser som har betydning for motivasjon hos brukerne, samt helsepersonellens kunnskaper om brukernes nedsatte funksjon og alvorlighetsgrad, psykiske reaksjoner, tidligere erfaringer og nettverk.

7.2. Hva vektlegger sykepleier i å fremme fysisk aktivitet som forebyggende og behandlende tiltak ved sykehjem?

Sykepleierne i studien samarbeidet med andre typer fag- og yrkespersonale, og de kartla brukernes ressurser for motivasjon. De var tydelige på at det var brukernes ressurser som dannet grunnlaget for brukernes individuelle trening. Sykepleierne la vekt på å motivere og handle på en slik måte at det kunne styrke brukernes tro på at det var mulig å delta i egenomsorg og ulike aktiviteter, viser funnene. De vektla å etablere gode relasjoner og en god kommunikasjon, gi tilpasset opptrening og praktisk råd, samt stimulere brukerne til medbestemmelse i rehabiliteringsprosessen og egenomsorgen. Sykepleierne mente at det er greit å være planmessige i møtet med brukerne, både i det daglige og i motiverende samtaler. De var opptatt av å skape trygghet og tillit under relasjoner med brukerne og anså at dette

motiverer brukerne til endringer. De mente at brukernes medbestemmelse var viktig, og gjennom deres og sykepleiernes refleksjon og bruk av mål trakk sykepleierne brukerne aktivt med i behandlingen. Samtidig indikerer funnene at når brukernes situasjoner ble utfordrende og/eller når sykepleierne skulle stimulere brukerne til den aktive medbestemmende rollen, manglet sykepleierne kunnskap og relevante metoder. Tross dette velger sykepleierne ofte motiverende tiltak ut fra sin erfaring og ikke nødvendigvis etter en bestemt teori eller modell.

7.3. Hvordan legger sykepleieren til rette for fysisk aktivitet ved sykehjem?

Sykepleiernes rolle, kompetanse og engasjement er viktige deler av motivasjonsarbeid når en skal stimulere til brukernes motivasjon for fysisk aktivitet. Funnene viser at sykepleierne hadde god kompetanse og lang erfaring med sykehjemsbrukere som har sammensatte sykdommer eller funksjonssvikt. De var engasjerte i brukerne, var tilgjengelige for dem, og var faglig interessert og opptatt av å øke sin kompetanse. De fleste sykepleierne hadde en selvstendig rolle i brukernes omsorg, men for å få utnyttet sin kompetanse og stimulere brukerne til motivasjon for deltakelse og trening, antyder funnene at organisatoriske forhold på arbeidsplassen var en vesentlig faktor for å få dette til.

Funnene viser at de fleste sykepleierne hadde tilrettelagt for brukernes fysiske aktivitet, både i stellesituasjoner, måltider og i den daglige aktivitet. Sykepleierne hadde lange og korte motivasjonssamtaler med brukerne, de fulgte dem opp og hadde stort sett tid nok til brukernes fysiske aktivitet. Sykepleierne hadde et nært samarbeid med annet fagpersonell som jobbet i team. Funnene viser samtidig at slikt samarbeid kan utvides, bli mer tilrettelagt for brukernes behov og ressurser og strukturert. Jeg har fått bekreftet min antagelse om at sykepleierne setter i verk mange motiverende handlinger. Det overraskende var at på noen områder handlet sykepleierne bevisst og hadde en klar hensikt med handlingene de valgte, for eksempel når de etablerte gode relasjoner, samt når de snakket med brukere og pårørende. På andre områder var handlingene svært bevisste, for eksempel når de kartla brukernes ressurser og motivasjon for endring, eller skulle la brukerne være medbestemmende og aktiv. Funnene viser at de fokuserer på mange handlinger som kan fremme motivasjon. Det tyder på at sykepleierne ofte brukte sin ekspert og erfaringskunnskap når de stimulerte brukere til motivasjon. Når situasjoner ble vanskelige, for eksempel når brukerne ikke ønsket å delta i fysiske aktiviteter eller det var utfordrende å la brukerne ta aktivt del i egenomsorg, mente sykepleierne at de av og til kom til kort. Det kan skyldes at sykepleierne ikke hadde fått tilstrekkelige relevante metoder og teknikk i motivasjonsarbeidet. Forutsetningen for at sykepleierne kunne motivere

brukerne til fysisk aktivitet, var at det var tilrettelagt for brukernes fysiske aktivitet, gode motiverende samtaler og samarbeid på arbeidsplassen.

7.4. Implikasjoner for praksis

Studien viser at sykepleierne iverksetter mange motiverende tiltak for å stimulere sykehjemsbeboere til å delta i fysisk aktivitet. Samtidig peker det seg ut noen områder som kan forbedre brukerens situasjon med tanke på motivasjon. Kartlegging av brukernes ressurser viste seg å være viktig for endring av brukernes motivasjon og var en bevisst handling hvor sykepleierne innhentet de nødvendige opplysningene ut fra erfaring og kunnskap. Det bør trolig samarbeides med andre yrkesgrupper ut fra en motivasjonstenkning om hva som bør kartlegges for å kunne motivere brukerne til endring. De fleste av sykepleierne hadde god kompetanse og erfaring med tilrettelegging og motivering av eldre på sykehjem. De mestret godt tradisjonell brukeromsorg, men de hadde ikke nok opplæring i hvordan de skulle la brukeren være den aktive part og motivere når det ble vanskelig. Praksis må derfor legge til rette slik opplæring at det kan være avgjørende for hvor motivert brukerne blir for å mestre daglige utfordringer. De fleste av sykepleierne forholdt seg bare til brukeren, men de mente at familiens støtte var svært viktig for motivasjon til fysisk aktivitet, slik litteraturen også anbefaler. Det bør legges til rette for mer aktiv bruk av brukernes familie i ulike aktiviteter. Sykepleierne bør formidle relevant kompetanse til de pårørende og på denne måten kan familien benyttes som motivator og ressurs.

Sykepleierne er avhengige av at det er tilrettelagt og organisert for fysisk aktivitet på arbeidsplassen hvis de skal motivere beboerne til dette. Funnene viser at det ikke var tilstrekkelig dersom interessen for sykepleiere i allmennpraksis kan økes i sykehjem. Den økende gruppen av sykehjemsbrukere vil ha behov for kvalifisert helsepersonell, og det bør ikke være tilfeldig hvilken fysisk aktivitet brukerne blir tilbudt.

7.5. Videre forskning

Denne studien gir kunnskap om hva sykepleierne gjør dersom de motiverer brukere med funksjonssvikt og beskriver handlinger og tiltak som fremmer brukernes motivasjon til fysisk aktivitet i det daglige. Siden det er gjort få studier om dette temaet, vil det være behov for videre forskning. Det kunne vært interessant å undersøke hvordan organisering av sykepleiernes hverdag kan bidra til å fremme sykepleiernes motivasjonsarbeid og hva samarbeidspartnerne mener er viktig dersom sykepleierne skal stimulere brukerne til motivasjon.

Litteraturliste

Alvsvåg, Herdis.2010. *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasientens møte med helsevesenet.* Oslo: Akribe AS.

Andersen, Sigmund og Lars Bo Andersen. 2004. *Fysisk aktivitetsnivå i Norge 2003: Data basert på Spørreskjemaet "International Physical Activity Questionnaire"*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Anderson, Robert M. og Martha M. Funnell. 2005. "Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm". *Patient Education and Counseling*, 57(2), 153-157.

Andersen, Sigmund A. og Sigmund B.Strømme. 2002. «Fysisk aktivitet og helse – anbefalinger», i Temahefte *Fysisk aktivitet og helse*. s 80-84. Oslo:Tidsskrift for Den norske lægeförening og Sosial og helsedirektorat.

Antonovsky, Aaron.1987. *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask.* København: Hans Reitzels Forlag.

Batik, Odette, Elizabeth A. Phelan, Julie A. Walwick, Grace Wang og James P. LoGerfo. 2008. "Translating a community- based motivational support program to increase physical activity among older adults with diabetes at community clinics:a pilot study of PhysicalActivity for a Lifetime of Success (PALS)". *Preventing Chronic Disease*. 5(1):1-7.

Barth, Tom og Christina Näsholm. 2007. *Motiverende samtale-endring på egne vilkår.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Bredland, Ebba Langum, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik. 2002. *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid.* 2 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Breivik, Elisabet .2010. *Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid.* Mastergradsoppgave i helsefag. Institutt for helse- og omsorgsfag Det helsevitenskapelige fakultet Universitet i Tromsø Mai 2010.
<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/2554/thesis.pdf?sequence=2>.(Lastet 6.11.2012).

Britt, E., S.M. Hudson og N.M. Blampied. 2004. "Motivational interviewing in health settings: a review." *Patient Education and Counseling*, 53(2), 147-155.

Brodie, DA og A. Inoue. 2004." Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure". *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 518-527.

Brodtkorb, Kari .2008. «Stellet – mulighetens arena», i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff.(red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Chang Su-Hsien, Shu-Fen Wung og Neva L.Crogan. 2008. "Improving Activities of Daily Living For Nursing Home Elder Persons in Taiwan". *Official Journal of the Eastern Nursing Research Society and the Western Institute of Nursing*. 57 (3): 191-198.

Damush, Teresa M, Susan M. Perkins, Alan E. Mikesky, Melanie Roberts og John O'Dea. 2005. "Motivational Factors Influencing Older Adults Diagnosed With Knee Osteoarthritis to Join and Maintain an Exercise program". *Journal of Aging and Physical Activity*. 2005, 13, 45-60.

Evans, William. 1999. "Exercise training guidelines for the elderly". *Medicine and Science in Sports and Exercise Issue*. 31(1): 12-17.

Fagermoen, May Solveig. 1993. *Sykepleie i teori og praksis - et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fog, Jette. 2004. *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. 2 utgave. København: Akademisk Forlag AS.

Folkehelseinstitutt. 2003. *CONOR - data fra flere regionale helseundersøkelse*. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,1211:1:0:0:::0:0 .(Lastet 04.11.2010).

Friis – Mikkelsen, E. 2001. "Sykepleie til pasienter med hjerneslag", i Gjengedal og Jakobsen (red.). *Sykepleie. Praksis og utvikling*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Fuglseth, Kåre. 2006. «Vitskapsteori og hermeneutikk», i Fuglseth, Kåre og Kjell Skogen(red.). *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metoder*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Galik PhD CRNP Elizabeth M, Barbara Resnick PhD CRNP FAAN FAANP og Ingrid Pretzer-Aboff PhD RN. 2009. "Knowing what makes them tick?: Motivating cognitively impaired Older Adults to participate in restorative care". *International Journal of Nursing Practice*. 15: 48-55.

Granbo, Randi og Jorun L. Helbostad. 2006. «Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse?» *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. 15 (126):1934-1936.

Granbo, Randi. 2007. «Fysioterapi for eldre – før og nå», i Helbostad, JL, Granbo, R. og Østerås, H. (red). *Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Graneheim,U.H. og B. Lundman. 2004. «Qualitative content analysis in nursing research: Concept, procedures and measures to achieve trustworthiness" *Nurse education today*. 24:105-112.
http://intraserver.nurse.cmu.ac.th/mis/download/course/lec_566823_Graneheim%20-%20Jan%2025.pdf. (Lastet 9.11.2012).

Gudbergsson, Sævar Berg. 2010. «Rehabilitering av pasienter med kreft», i Reitan og Schjøberg (red). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. 3 utgave. Oslo: Akribe AS.

Hammel, Karen Whally. 2006. *Perspectives on Disability & Rehabilitation. Contesting assumptions; challenging practice*. Churchill Livingstone: Elsevier Limited.

Handlingsplan for geriatri. 2004 – 2010. ”Helse Nord prioriterer geriatri – for gammel vil vi alltid bli...” <http://www.helsenord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Handlingsplan%20geriatri%20feb%202004.pdf>. (Last 12.11.11).

Hauge Solveig. 2008. ”Sykepleie i sykehjem”, i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff.(red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hermansen, Marie Våner, Liv Berit Carlsen og Gry Bruland Vråle. 1992. *Sykepleiefaglig veiledning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hillerås Pernilla, Agneta Herlitz, Anthony F. Jorm, og Bengt Winblad. 1999. “Activity Patterns In Very Old: A Survey of Cognitively Intact Subjects Aged 90 Years or Older”. *Age and ageing*. 28: 147-152.

Helbostad, Jorunn L., Olav Sletvold og Rolf Moe-Nilsen. 2004. “Home Training With And Without Additional Group Training In Physically Frail Old Persons Living At Home: Effect On Health Related Quality Of Life And Ambulation”. *Clinical Rehabilitation*. 18: 498-508.

Helbostad, Jorunn Lægdheim. 2007. ”Fysioterapi i geriatrien”, i Helbostad, Granbo og Østerås (red.). *Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helbostad, Jorunn Lægdheim og Eli Simonsen 2007. «Forebygging av funksjonssvikt og falltendens», i Helbostad, Granbo og Østerås (red.). *Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helbostad, Jorunn Lægdheim. 2008. «Bevegelse og aktivitet», i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff.(red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helse- og omsorgsdepartement.2005. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. *Sammen for fysisk aktivitet*. http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/ddd/pdfu/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf. (Lastet 18.10.2012).

Helse-og omsorgdepartement.(2010-2011). Lov om kommunale Helse-og omsorgtjenester m.m.(Helse-og omsorg tjenesteloven). <http://www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000DDDPDFS.pdf>. (Lastet 18.10.2012).

Helse Nord. 2008. *Samhandling om skrøpelige eldre i nord*. Rapport til Helse Nord fra arbeidsgruppe 26.05.08. <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Prosjekter/Kronikersatsingen/Skr%C3%B8pelige%20eldre%2026%2005%2008.pdf>. (Lastet 10.11.2012).

Hem Marit Helene, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen og Reidun Førde. 2010. «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang». *Sykepleien Forskning*.4(5):295-301.

Hjort, Peter F.2000. ”Fysisk aktivitet og Eldres helse- gå på!” *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. 120: 2915-2918. <http://tidsskriftet.no/article/190191>.(Lastet 3.11.2012).

Imsen, Gunn. 1998. *Elevenes verden: innføring i pedagogisk psykologi*. 3 utgave. Oslo: Tano Aschehoug.

Iversson ,Barbro Holm og Peter Prescott. 2008. «Motiverende samtaler om fysisk aktivitet», i Bahr R.(red) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jensen, Per og Inger Ulleberg 2001.*Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johnson Natalee L, Jan S. Hodges og M. Jean Keller. 2006. “Get Moving and Keep Moving: Motivating Older Adults for Participation in Leisure Time Physical Activity”. *Activities, Adaptation & Aging*. 31(2): 57-71.

Kirkevold, Marit. 1996. *Vitenskap for praksis? Ad Notam*.

Kjørup, Søren. 1996. *Menneskevidenskapene – Problemer og tradisjoner i humanioras vitenskapsteori*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

Kirchhoff Jörg W. 2006. «Fysisk aktivitet blant eldre». *Sykepleien Forskning*. 1:15-22.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2005. ”Teoretiske perspektiver på sykepleie”, i Kristoffersen, Nortvedt og Skaug. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lee, LL., A. Arthur og M.Avis. 2008. «Using self-efficacy theory to develop interventions that help olderpeople overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper. Int» *J Nurs Stud*. 45(11): 1690-9.

Lov om helsepersonell. 1999. nr 64. Endret 22.06.2012, nr 47. <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>.(Lastet 2.11.2012).

Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2 utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Melanie, D. Grossman MSW, PhD og Anita L. Stewart PhD. 2003. "You Aren't Going to Get Better by Just Sitting Around: Physical Activity Perceptions, Motivations, and Barriers in Adults 75 Years of Age or Older." *The American Journal of Geriatric Cardiology* 12(1): 33–37.

Meld.St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse -og omsorgsplan (2011-2015)*. Helse –og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>.(Lastet 5.11.2012).

Natvig, Randi-Susanne. 1997. *Sykepleie-etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Navarro Jose Emilio Jimenez – Beatly, Jose Luis Graupera Sanz, Jesus Martinez del Castillo, Antonio Campos Izquierdo og Maria Martin Rodriguez. 2007. "Motivational Factors and Physician Advice for Physical Activity in Older Urban Adults". *Journal of Aging and Physical Activity*. 15, 241-256.

Olsen, Terje. 2000. *Kompetanseutvikling i kommunene: erfaringer fra kompetanseutviklingsprosjekter i fem kommuner*. Bodø: Nordlandsforskning NF-rapport nr. 10.

Pilmark, Vibeke og Ulla Mulbjerg. 2005. "Rehabilitering og fysioterapi", i Tuntland, Hanne(red.). *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. Oslo: Damm..

Polit, Denise F.og Cheryl Tatano Beck.2004. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams og Wilkins.

Prvu Bettger, JA.og MG. Stineman .2007."Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: State-of-the-science. A review". *Arch Phys Med Rehabil*. 88(11):1526-34.

Rand, Per 1991. *Mestringsmotivasjon. En teoristudie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ranhoff Anette Hylene og Jan Magne Linnsund. 2005. «Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus?» *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 125 (13): 1844-1851.

Rasinaho, Minna, Mirja Hirvensalo, Raija Leinonen, Taru Lintunen og Taina Rantanen. 2006. "Motives for and Barriers to Physical Activity Among Older Adults With Modality Limitations". *Journal of Aging and Physical Activity*. 15: 90-102.

Resnick, Barbara. 2001."Testing a Model of Exercise Behavior in Older Adults". *Research in Nursing & Health* 24: 83-92.

Resnick, Barbara.2000. "Functional Performance and Exercise of Older Adult in Long Term Care Settings". *Journal of Gerontological Nursing* 26(3):7-16.

Revstedt, Per. 1995. *Motivationsarbeite*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Ryan, Richard M. og Edward L. Deci. 2000. "Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being". *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

Sarrazin, P., R. Vallerand, E. Guillet, L. Pelletier og F. Cury.2002. "Motivation and dropout in female handballers: a 21-month prospective study". *European Journal of Sosial Psycology*, 32(3): 395-418.

Shutzer,K., A.Graves og B. Sue. 2004. «Barriers and motivations to exercise in older adults". *Preventive Medicine* 39(5):1056-61.

Skaug, Eli-Anne. 2011. «Aktivitet», i Kristoffersen, Nortvedt og Skaug.(red.). *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. Bind. 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skau, Greta Marie. 2011. *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS

Sosial og Helsedirektoratet. 2002. *Temahefte- fysisk aktivitet og helse*. Oslo: Tidsskrift Norsk Lægeforening.

St.prp. nr 1 (2008-2009). *Programområde 10 Helse og Omsorg*. Helse- og omsorgdepartement.

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet(SEF).2000. *Fysisk aktivitet og helse – anbefalinger*. Rapport nr.2/2000. Oslo: Sosial – og Helsedirektorat

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet(SEF).2001. *Fysisk aktivitet og helse- kartlegging*. Rapport nr1. Oslo: Sosial – og Helsedirektorat.

St.meld. nr. 16.(2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Helsedepartement.

St. meld. nr.25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse – og Omsorgsdepartementet.

Statistisk sentralbyrå. 2007. *Beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede etter alder*. Tabell 3. 1992-2010. <http://www.ssb.no/emner/03/02/pleie/tab-2011-07-08-02.html>. (Last 14.07.11).

Statistisk sentralbyrå. 2009. *Befolkning*. Tabell 4.19. Plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. 1970-2005. <http://www.ssb.no/histstat/tabeller/4-19.html>. (Lastet 2.11.2012).

Statens helsetilsyn. 2003. *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud.*

Rapport nr 10. Oslo. http://www.Helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter/2003/pleie_omsorgstjenesten_kommune_rapport_102003.pdf. (Last 14.07.11).

Stubberud, Dag-Gunnar .2010. «Pårørende», i Gulbrandssen og Stubberud (red). *Intensivsykepleie*. 2 utgave. Oslo: Akribes AS.

Thornquist, Eline. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Turner-Stokes Lynne, PeterB. Disler, Ajoy Nair, Imad Sedki, og Derick T. Wade.2005. «Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age”.Review. *Cochrane Database of Systematic Issue 3*. Art. No.: CD004170. DOI: 10.1002/14651858.CD004170.pub2.

Trondheimsstudien..2006. *Fysisk funksjon og daglig aktivitet for beboere i sykehjem*. Forskningsrapport. <http://www.stolav.no/StOlav/Avdelinger/Medisinsk%20klinikk/Sykehjemsstudie-Forskningsrapport.pdf>. (Lastet 10.11.2012).

Vifladt, Egon H. og Liv Hopen. 2004. *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom..

Wigfield, Allan og Jacquelynne S. Eccles .2000..”Expectancy-value theory of achievement motivation”. *Contemporary Educational Psychology* 25(1): 68-81.

Wormnes, Bjørn og Terje Manger. 2005. *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Østerås, Håvard og Tom Arild Torstensen. 2007. ”Fysisk aktivitet og trening”, i Helbostad, Granbo og Østerås (red.). *Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre*. Oslo: Gyldendal.

Aadland, Einar.2004. «Og eg ser på deg...». *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*.2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg nr:1.

INTERVJUGUIDE

Husk å takke informanter for at de vil delta i intervjuet.

Før intervjuet starter vil jeg fortell litt om:

Kort informasjon om at jeg er masterstudent og at du gjerne vil lære mer om temaet:

Motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet i sykehjem.

Informasjon om taushetsplikten og at du vil anonymisere ved å gi spl et nummer når du skriver ut intervjuet og bruker det i oppgaven (eks spl 1, spl 2 osv)

Hvordan jeg tenker å gjennomføre intervjuet:

Når vi nå starter, ønsker jeg at du kan fortell fritt, og gjerne komme med konkrete eksempler.

Hvis du trenger tid til å tenke eller vil ha en pause, er det ok.

Har du spørsmål før vi starter?

Hva er dine sykepleiefaglige refleksjoner rundt temaet motivasjon og tilrettelegging for fysiske aktivitet i sykehjem?

(hvorfor er det viktig, hva skal det tjene til, hva er hensikten osv...)

Kan du fortelle meg noe om hvordan dere som er sykepleiere arbeider med motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet for sykehjemsbeboerne?

Kan du si noe om motivasjon for fysisk aktivitet for denne pasientgruppen?

Hva er lett – hva er utfordrende med å motivere eldre beboere?

Hvordan planlegger du arbeidet før du starter?

Hva gjør og sier du for å motivere for deltakelse i fysisk aktivitet?

Kan du gi eksempel på hvordan dette fungerer i praksis i forhold til dine pasienter?

Kan du si noe generelt om tilrettelegging for fysisk aktivitet i sykehjemmet?

Beboerens behov og muligheter (gjerne å beskrive funksjonsnivået hos beboere i avdelingen)

Relasjoner mellom sykepleier og beboer

Ressurser hos beboer, i personalet, i fysisk miljø?

Konkrete tiltak, hjelpemidler, program, samlinger el.l.

Tverr- og flerfaglig samarbeid: hva er din rolle i forhold til de andre i temaet?

Kan du fremheve spesifikke muligheter du har som sykepleiere i din hverdag mht motivasjon for og tilrettelegging for fysisk aktivitet?

Hva er pårørendes rolle i forhold til dette?

Hvis du ser på din arbeidsplass, er det noe du vil trekke frem som er positivt mht punktene motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet?

Er det noe du ønsker å endre? Hva forutsetter dette, dvs hva trenger dere for å opprettholde god praksis, alternativt endre praksis på dette felt?

Er det noe i forhold til det vi har snakket om som du ønsker å tilføye?

Hvordan har du opplevd å delta i dette intervjuet?

Vedlegg: 2. Systematisering av meningsbærende enheter.

Meningsbærende enheter.	Hovedkategori	Underkategori.	Tema.
<p>Jeg synes det er viktig å se brukeren og så trekke inn fysioterapeut og ergoterapeut.</p> <p>Personalet har liten tid til å ha fysisk aktivitet med pasientene. Prøver som oftest å oppmuntre de som går dårlig men klarer å gå litt, til å gå til badet hver morgen og eventuelt lengre hvis de klarer det.</p> <p>Det er viktig å engasjere felles middager med pårørende, for eksempel juleaften. Brukerne som har hatt afasi blir stimulert til å spise med kniv og gaffel når de spiser ammen med sine pårørende.</p>	<p>Samarbeid med andre yrkesgrupper</p> <p>Samarbeid mellom brukeren og sykepleieren.</p> <p>Samarbeid mellom pårørende og sykepleieren.</p>	<p>Kartlegging av brukerens behov, samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut.</p> <p>Individuell tilnærming.</p> <p>Pårørende som ressurser</p>	<p>Situasjoner som påvirker brukeren motivasjon.</p>
<p>Fysisk aktivitet i sykehjem er viktig fordi det dreier seg om livskvalitet og oppretthold funksjons nivå og også det er deltagelse i egen hverdag.</p> <p>Mål for å motivere</p>	<p>Sykepleiernes egen motivering.</p>	<p>Sykepleiere stimulerer brukere til deltagelse i hver dag.</p>	

<p>sykehjemsbrukere for fysisk aktivitet er å holde deres funksjonsnivå slik at de skal gjøre best mulig selv og blir mer selvhjelpene. Dette øker deres livskvalitet. Jeg synes at all kroppslige bevegelser produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i vesentlig økning av energiforbruket utøver hvilenivå hos eldre mennesker.</p> <p>Vi har ikke spesielle former for fysisk aktivitet på min avdeling, men vi kan gå en tur med dem som klarer det. Om de ikke klarer å gå utenfor huset, så spaser i gangene.</p>	<p>Sykepleiernes egen motivering.</p> <p>Sykepleiernes egen motivering.</p>	<p>Motivasjonsarbeidet i hverdagen</p> <p>Individuell tilpasning og krav til brukeren.</p>	<p>Å motivere for fysisk aktivitet til å øke aktivitetsnivå i det daglige.</p>
<p>De fleste beboere stelles på badet. Ofte trenger de bare hjelp til morgenstellet, og så klarer de seg selv resten av dagen. Noen steller seg selv og trenger bare motivasjon eller trygghet, mens andre trenger hjelp til alt.</p> <p>Vi har på avdelingen en dame som er 90 år gammel. Hun er veldig skrøpelig og dårlig til beins. Hun bruker rullestol når hun er opp på dagen og hun kan trille den</p>	<p>Kartlegging av brukernes ressurser og behov og bruk av utstyr.</p> <p>En god samtale.</p>	<p>Stellesituasjon.</p> <p>Personlig hygiene.</p>	<p>Forutsetninger for brukernes fysiske aktivitet.</p>

<p>rullestolen selv. Vi bruker ulike øvelser under morgenstell både passive og aktive og vi prøver å oppmuntre den damen å gjøre øvelser selv for eksempel strekke armer når vi vasker på kroppen eller kler på, setter opp i senga når vi vasker på ryggen. Ved toalettbesøk, oppmuntrer vi henne å forflytte seg og snudd seg selv på klossete, men vi står ved siden av og veileder henne.</p>			
<p>Oftest prøver vi å gi ros for å motivere pasienten under morgenstell og vanlig gjøremål for eksempel under måltider eller de som klarer seg mer hjelper helsepersonalet å brette vaskekluter når de kommer fra vaskeriet.</p>	<p>Positive tilbakemeldinger til å vekke opp brukeren motivasjon.</p>	<p>Dialog</p>	
<p>Vi prøver å gi ros til brukeren under stell slik at vedkommende blir motivert å stelle seg mest mulig selv fordi det er vanskelig å motivere dem på grunn av ulike årsaker.</p>	<p>Positive tilbakemeldinger til å vekke opp brukeren motivasjon.</p>	<p>Dialog.</p>	

Vedlegg: nr 3.

TIL SYKEPLEIERE VED SYKEHJEM MED REHABILITERINGSFUNKSJON

Forespørsel om å delta i intervju

Trøndelag februar 2011.

Mitt navn er Irina Bakheim. Jeg er sykepleier og student ved Mastergradsstudiet i rehabilitering - fordypning barn og eldre, avdeling helsefag, Høgskolen i Oslo, og skal gjennomføre et forskningsprosjekt med følgende tema:

Sykepleierens meninger om hvordan de kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet for beboere i sykehjem.

For å belyse temaet, ønsker jeg å gjennomføre en intervjuundersøkelse med sykepleiere knyttet til deres mening om fysisk aktivitet i hverdags liv hos eldre, og hvordan dere kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet for beboere i sykehjem. I tillegg til fysisk aktivitet i sykehjem vil også sykepleierens rolle i tverrfaglig team være en del av temaet.

Denne oppgaven er et forsøk på å se nærmere på sykepleierens meninger i forhold til motivasjonstiltak og tilretteleggelse for fysisk aktivitet i sykehjem. Slik får jeg en oversikt over hvordan sykepleieren kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet i sykehjem.

Jeg ønsker å intervju 7 sykepleiere fra sykehjem med 2-3 avdelinger. Det er sykehjemets bo – gruppe koordinatører som formidler og forespør utvalget for meg. Grunnen til at du er forespurt, er at du har vært ansatt i sykehjemmet i mer enn to år, og derfor har erfaring med pasientgruppen.

Jeg ønsker å spørre deg åpent om dine meninger i forhold til motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet i sykehjem. Jeg vil bruke dette for å vise hvorledes sykepleieren kan fremme mulighetene for fysisk aktivitet for eldre sykehjemsbeboere.. Dersom du godkjenner det, ønsker jeg å benytte digital båndopptaker for registrering av samtalen.

Intervjuet vil vare i ca.1 time og jeg vil selv skrive ut samtalen fra båndet etterpå og sikre at alle data behandles konfidensielt. Det kun jeg som har tilgang på de data som er utlevert til meg. Jeg har også taushetsplikt. Når mastergradsoppgaven er ferdig skrevet og godkjent, vil lydbåndene bli slettet. Innen den tid vil alle data bli oppbevart i egen privat pc med sikkerhetskode som kun jeg har adgang til. Jeg vil også oppbevare intervjuene etter

transkribering og notater som kan være personidentifiserbare i egen privat safe.

Jeg planlegger å avlegge eksamen våren 2011. Din deltagelse i mastergradsprosjektet er frivillig. Du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten at du trenger å gi en begrunnelse for dette. De opplysninger som du har gitt meg og ditt navn, vil da bli slettet. Jeg håper du vil delta i intervju. Hvis ja, ber jeg deg fylle ut vedlagte samtykkeerklæring i vedlagte konvolutt (ferdig frankert) og returnere den til meg innen en uke. Intervjuet vil bli utført i arbeidstiden din. Når jeg har mottatt samtykkeerklæringen vil jeg ta kontakt og avtale dato, tid og sted for intervjuet.

Med vennlig hilsen

Irina Bakheim.

Mastergradsstudent i rehabilitering - fordypning barn og eldre, avdeling for helsefag,
Høgskolen i Oslo.

Tlf: 91195231

Mail: irina-3@hotmail.com

Vedlegg:nr 4.

SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I MASTERGRADSPROSJEKTET

Jeg (skriv inn ditt navn her).....

Har lest igjennom informasjonsskriv og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet:

Sykepleierens meninger om hvordan de kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet for beboere i sykehjem.

Dette innebærer at jeg stiller meg disponibel til å møte mastergradsstudent Irina Bakheim til intervju og svarer på spørsmål om egne meninger om motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet for beboere i sykehjem. Jeg samtykker i at opplysningene jeg har gitt gjennom intervju, brukes i anonymisert form i masteroppgaven. Jeg forutsetter at opplysningene blir forbeholdt taushetsplikten og at mastergradsstudent Irina Bakheim bruker informasjonen på en etisk og forsvarlig måte.

Min deltagelse i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltagelse. Til sist er det som nevnt i informasjonsskrivet ingen plikt fra min side å oppgi noen grunn hvis jeg ønsker å trekke meg fra prosjektet. Dette vil også skje uten følger for meg eller min arbeidsplass. Alle opplysninger jeg i så fall har gitt vil automatisk bli slettet.

.....den.....2011

Sted

.....

Signatur

.....

Kontaktadresse

.....

Mob e-post

Vedlegg: nr 5 Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kristin Heggdal
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Oslo
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 12.04.2011

Vår ref: 26408 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.02.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 01.04.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26408	<i>Sykepleiers meninger om hvordan de kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet for beboere i sykehjem.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kristin Heggdal</i>
Student	<i>Irina Bakheim</i>

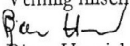
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

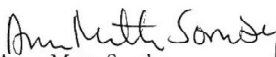
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Irina Bakheim, Jernbanegt. 6, 7600 LEVANGER

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26408

Førstegangskontakt med deltakerne skal opprettes i samarbeid med arbeidsgiver. Det skal gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Informasjonsskrivet tilfredsstiller vilkåret om informert samtykke.

Personvernombudet minner om at det ikke må innhentes opplysninger som kan identifisere pasienter.

Opplysningene skal innhentes gjennom intervjuer og det vil bli benyttet digitalt opptak. Personvernombudet forstår at navn på deltakerne erstattes med pseudonym eller tall i datamaterialet. Datamaterialet skal behandles aidentifisert på privat pc.

Prosjektsslutt er angitt til 20 mai 2011. Innen prosjektsslutt skal datamaterialet anonymiseres. Ombudet minner om at dette vil innebære å slette eller skrive om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. Lydopptak skal slettes.