

INNLEVERING AV BACHELOROPPGAVEN VED

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

STUDIEPROGRAM:	Bachelorstudiet i fysioterapi Studieretning Fysioterapi Mensendieck
EMNEKODE OG EMNENAVN:	MENDI3900 Bacheloroppgave i fysioterapi
KULL/KLASSE:	B-KLASSEN KULL 2018-2021
INNLEVERINGSDATO:	17.03.2021
VEILEDER:	Anne Langaas
EMNEANSVARLIG:	Kristi Elisabeth Heiberg & Therese Brovold
NORSK TITTEL:	Hvilke fasilitatorer og barrierer opplever barn og unge med cerebral parese i forbindelse med fysisk aktivitet? En kvalitativ metasyntese.
ENGELSK TITTEL:	What facilitators and barriers to physical activity do children and adolescents with cerebral palsy experience? A qualitative meta-synthesis.
KANDIDATNUMMER:	520 og 522
ANTALL SIDER INKLUDERT FORSIDE/ EVT. ANTALL ORD	Antall sider: 42 Antall ord: 9603

Sammendrag

Tittel: Hvilke fasilitatorer og barrierer opplever barn og unge med cerebral parese i forbindelse med fysisk aktivitet? En kvalitativ metasyntese.

Formål: Undersøke hvilke fasilitatorer og barrierer barn og unge med cerebral parese (CP), og deres foresatte, opplever i forbindelse med fysisk aktivitet (FA).

Problemstilling: Hvilke barrierer og fasilitatorer opplever barn og unge med cerebral parese i forbindelse med fysisk aktivitet?

Metode: Det ble gjennomført en tilpasset kvalitativ metasyntese med utgangspunkt i fem primærstudier. Resultatene er analysert med metoden metaetnografi. Systematiske søk ble gjort i databasene Medline, Pubmed, Academic Search Ultimate, Svemed+, Helsebiblioteket, CINAHL og Psycinfo, og kvaliteten ble vurdert med Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier.

Resultat: Vi identifiserte seks fasilitatorer og seks barrierer som barn og unge med CP opplever i forbindelse med deltakelse i FA. De omhandlet indre motivasjon, det sosiale miljøet, tilpasning av aktiviteten, tilgjengelighet, mestring, fysiske plager og ressurspersoner rundt den unge.

Konklusjon: Resultatene kan si noe om hvilke fasilitatorer og barrierer man bør være oppmerksomme på når man ønsker å fremme FA blant barn og unge med CP. Resultatene viser behovet for å ha et helhetlig perspektiv når man skal fremme FA for barn og unge med CP.

Nøkkelord: Cerebral parese, fysisk aktivitet, fasilitator, barriere

Abstract

Title: What facilitators and barriers to physical activity do children and adolescents with cerebral palsy experience? A qualitative meta-synthesis.

Objective: Explore facilitators and barriers to participation in physical activity (PA) in children and adolescents with cerebral palsy (CP).

Study question: What facilitators and barriers to physical activity do children and adolescents with cerebral palsy experience?

Method: We conducted an adapted qualitative meta-synthesis of five studies. We used the method metaethnography to analyse the results. The studies were included after a systematic literature search in the databases Medline, Pubmed, Academic Search Ultimate, Svemed+, Helsebiblioteket, CINAHL and Psychinfo. We used a checklist from Helsebiblioteket to evaluate the included studies.

Results: Based on the included studies we identified six facilitators and six barriers to PA, that children and adolescents with CP experience. They were related to intrinsic motivation, the social environment, adaptation of the activity, availability, master experiences, physical limitations and parents and coaches.

Conclusion: These results can tell us what facilitators and barriers to be aware of when promoting PA among children and adolescents with cerebral palsy. The results imply a need for a holistic approach to promoting PA among children and adolescents.

Keywords: Cerebral palsy, physical activity, facilitator, barrier

Innhold

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	7
1.3 Presisering av problemstilling	8
1.4 Begrepsavklaring	8
1.4.1 Fysisk aktivitet, trening og fysisk inaktivitet	8
1.4.2 Fasilitatorer og barrierer	8
2. Teori	9
2.1 Den biopsykososiale modellen og Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)	9
2.3 Selvbestemmelsesteorien	10
3. Metode	10
3.1 Valg av metode	10
3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	11
3.3. Søkeprosessen	12
3.4 Referansehandtering	13
3.5 Vurdering av artikler	14
3.6 Resultathandtering og analyse	16
3.7 Metoderefleksjon	16
3.7.1 Inklusjons-og eksklusjonskriterier	16
3.7.2 Søkeprosessen	17
3.7.3 Syntese	18
3.7.4 Forforståelse	18
4. Resultater	19
4.1 Oppsummering av artikler	19
4.2 Presentasjon av fasilitatorer og barrierer	22
4.2.1 Fasilitatorer	23
4.2.1.1 Aktiviteten oppleves morsom og bidrar til indre motivasjon	23
4.2.1.2 Utfordringer og konkurranse i FA som gir mestringserfaring	23

4.2.1.3 Tilpasning av aktiviteten	23
4.2.1.4 Tilhørighet og sosialt samspill.....	24
4.2.1.5 Foreldre og treneres hjelp og kompetanse	24
4.2.1.6 Barnets positive innstilling.....	25
4.2.2 Barrierer	25
4.2.2.1 Konkurranser og utfordringer som gir opplevelse av å ikke mestre	25
4.2.2.2 Plager knyttet til fysisk funksjonsnedsettelse	25
4.2.2.3 Opplevelse av at aktiviteten er lite tilgjengelig	26
4.2.2.4 Utenforskap og mobbing grunnet redusert funksjonsevne	26
4.2.2.5 Mangel på foreldre og treneres hjelp og kompetanse	27
4.2.2.6 Foreldres frykt for skade	27
4.3 Presentasjon av resultatene	27
5. Diskusjon	29
5.1 Metodediskusjon	29
5.1.1 Overførbarhet	29
5.1.2 Vurdering av metodologisk kvalitet	31
5.1.3 Etske aspekter	31
5.2 Resultatdiskusjon	32
5.2.1 Biopsykososial modell og Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse	32
5.2.2 Selvbestemmelsesteorien	34
5.3 Klinisk relevans og samfunnsperspektiv	36
6. Konklusjon	37
7. Referanseliste	38

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi vet i dag mye om at regelmessig fysisk aktivitet (FA) er svært viktig for menneskers fysiske (Larsen, 2015, s.3) og psykiske helse (helsenorge.no, 2017). En studie fra 2017 viser hvordan FA kan bidra til økt livskvalitet for barn og unge med cerebral parese (CP) (Davis et al., 2017, s.854). De kom frem til elleve domener som er viktig for livskvaliteten, hvor flere av domenenene i varierende grad kan knyttes til FA (Davis et al., 2017, s. 856). Her kan vi trekke frem domenenene “movement and physical activity”, “nature and outdoors”, “variety of activity”, “physical health” og “social connectedness and relationships” (Davis et al., 2017, s.856, s.857). Vi tenker at FA kan være et positivt bidrag inn i disse domenenene, og kunne bidra til å øke livskvaliteten til barn og unge med CP.

Cerebral parese (CP) betegner en utviklingsforstyrrelse grunnet skade i hjernen som har oppstått før fødsel, i forbindelse med fødsel eller innen to år etter fødsel (helsenorge.no, 2020). CP kjennetegnes ved forstyrrelser i bevegelse og motorisk funksjon, men alvorlighetsgraden varierer betydelig (fhi.no, 2014). Dette er den vanligste årsaken til nedsatt motorisk funksjon blant barn (FHI.no, 2014). I Norge beregnes det at ca. 12500 personer lever med CP og at 120-150 barn får diagnosen hvert år (helsenorge.no, 2020). Ved CP kan man også ha ulike tilleggsvansker og plager som nedsatt hørsel eller syn, problemer med å snakke og spise eller kognitive vansker (FHI.no, 2014). CP deles inn i flere undertyper avhengig av om man opplever spastisitet med stivhet i muskulaturen, dyskinesi, som kjennetegnes av ufrivillige bevegelser eller ataksi, som kjennetegnes av koordinasjonsvansker. Spastisk CP er vanligst (86% av tilfellene), og deles videre inn i unilateral (ensidig) og bilateral (tosidig) (Norsk barnelegeforening, 2017).

På grunn av den betydelige variasjonen man finner i motorisk funksjon blant personer med CP, brukes et standardisert klassifiseringsverktøy for grovmotorisk funksjon, GMFCS (Jahnsen R. u.å). Dette verktøyet har fem nivåer, som klassifiserer personen basert på grovmotorisk funksjon (Jahnsen R. u.å). Personer klassifisert i GMFCS nivå I-III, klarer å gå med eller uten støtte, noe som utgjør ca. 2/3 av personene med CP. Personer på nivå IV-V har behov for manuell eller

elektrisk rullestol (Jahnsen R. u.å). Nøyaktige beskrivelser for de ulike nivåene varierer etter barnets alder.

Helse defineres av verdens helseorganisasjon som “en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakhet” (Braut, 2020). Dette er en svært omfattende definisjon som vil være vanskelig for de fleste å oppnå, noe den også er blitt kritisert for (Braut, 2020). Vi tenker allikevel den er nyttig da den også legger vekt på psykiske og sosiale aspektet av helse, noe som er viktig, også for barn. Å øke den fysiske aktiviteten har vist seg viktig for å styrke den mentale helsen for alle aldersgrupper (Martinsen, 2018 s.246). En studie utført i Trondheim i 2017 viste at funksjonsfriske barn i alderen seks og åtte år med høyere nivå av aktivitet med moderat til høy intensitet, hadde færre symptomer på depresjon ved oppfølging to år etter (Zahl, Steinsbekk & Wichstrøm, 2017, s.4). En annen studie fra Australia undersøkte sammenhengen mellom livskvaliteten til barn og unge med CP og deres fysiske aktivitetsnivå, og fant at FA var positivt korrelert med fysisk og psykisk livskvalitet (Maher, Toohey & Ferguson, 2016, s. 867). Dette er med på å underbygge hvorfor det er viktig å undersøke hvordan man kan fremme FA blant barn og unge som er mindre aktive, i dette tilfellet barn og unge med CP.

En annen definisjon av helse er Peter Hjort sin definisjon som sier at “god helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav” (Stamland, 2020). Denne definisjonen legger vekt på at helse handler om hvordan vi klarer å mestre livet, og at en kan ha god helse selv om en har en sykdom. Vi tenker at fysisk aktivitet vil kunne være en arena for å oppleve mestring, noe som illustreres gjennom flere teorier for FA, blant annet kompetanseteori, som legger vekt på at mestring eller mangel på mestring på et gitt felt kan påvirke selvfølelsen (Ommundsen & Haugen, 2018, s. 329).

Regelmessig fysisk aktivitet (FA) er også viktig for å opprettholde god fysisk helse, og kan bidra både til å forebygge sykdom, og behandle sykdom (Larsen, 2015, s.3). Dette kan være akutte effekter som økt energibruk og frigjøring av hormoner som gir velvære (Henriksson & Sundberg, 2015, s. 12-30), eller langvarige effekter som sterkere muskler, og redusert blodtrykk (Henriksson & Sundberg, 2015, s.12-23), og redusert risiko for å dø av hjerte-karsykdommer (Jansson & Anderssen, 2015, s. 39). Det er også vist at livskvaliteten blir bedre av FA da det kan gi økt psykisk velvære og bedre fysisk helse. (Jansson & Anderssen, 2015, s.39). WHO skriver også i

sine globale anbefalinger fra 2010 at inaktivitet regnes som den fjerde største risikofaktoren for dødelighet globalt, og nivåene av fysisk inaktivitet er økende (WHO, 2010 s.10)

I Norge har vi generelle anbefalinger for FA hvor barn og unge anbefales å være aktive i minst 60 minutter hver dag med moderat til høy intensitet (Folkehelse rapporten, 2018, s. 34). I Folkehelse rapporten fra 2018 kommer det frem at de fleste barn under ti år oppfyller anbefalingene, men at andelen faller frem til 15-års alder, hvor kun halvparten oppfyller anbefalingene (Folkehelse rapporten, 2018, s.34). Samtidig vet vi at barn og ungdom med cerebral parese (CP) er mindre fysisk aktive, og at en større andel betegnes som inaktive (29%) sammenlignet med funksjonsfriske på samme alder (10%) (Brunton & Bartlett, 2010, s.2). Vi tenker derfor at det er viktig med økt kunnskap om hvilke barrierer og fasilitatorer barn og unge opplever i forbindelse med FA.

Dette er altså de generelle anbefalingene for FA for barn og unge, men forfatterne av boken «Fysisk aktivitet og helse» legger også vekt på at mengden FA som kreves for å oppnå en helsegevinst vil variere ut fra personens utgangspunkt, og at dose-respons forholdet mellom FA og helsegevinst fremstår som et kontinuum uten en klar øvre eller nedre grense. Dermed tenker man at all aktivitet er bedre enn ingen (Anderssen & Ekelund, 2018, s. 55). Dette tenker vi er svært viktig å ha med seg når man møter mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse som kan ha ulike behov og utfordringer knyttet til FA. En Svensk studie om cerebral parese og FA fant likevel at å være fysisk aktiv på fritiden eller skolen som barn og ungdom, doblet sannsynligheten for at du ville være fysisk aktiv på fritiden som voksen (Waltersson & Rodby-Bousquet, 2017, s. 3). Dette tenker vi underbygger hvorfor det er viktig å undersøke hvilke fasilitatorer og barrierer barn og unge med CP opplever i forbindelse med FA, slik at vi på best mulig måte kan tilrettelegge for å øke nivået av FA blant barn og unge med CP.

1.2 Problemstilling

Hvilke fasilitatorer og barrierer opplever barn og unge med cerebral parese i forbindelse med fysisk aktivitet?

1.3 Presisering av problemstilling

Vi ønsker gjennom denne oppgaven å utforske hva barn og unge med cerebral parese opplever som fasilitatorer og barrierer for å være i fysisk aktivitet. Vi har derfor utformet problemstillingen; hvilke barrierer og fasilitatorer opplever barn og unge med cerebral parese i forbindelse med fysisk aktivitet? Vi har herunder valgt å ta med studier som inkluderer deres foresatte, da vi tenker at barn og unge er sterkt knyttet til sine foresatte. Videre i oppgaven vil vi for å forenkle omtale barn og unge som “de unge”.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Fysisk aktivitet, trening og fysisk inaktivitet

FA defineres som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulaturen som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Kolle & Grydeland, 2018, s. 44), og dekker dermed alle former for bevegelse. FA består av flere dimensjoner, som varighet, frekvens og intensitet som til sammen utgjør aktivitetens totale volum. Dette vil si at FA inkluderer alle aktiviteter som øker energiforbruket, og kan variere i innhold, fra hagearbeid og husarbeid til lek, ballspill eller strukturert trening.

Trening defineres som «aktivitet som er planlagt, strukturert og repetitiv i den hensikt å forbedre eller opprettholde én eller flere komponenter av den fysiske formen» (Kolle & Grydeland, 2018, s. 48). Dette er altså et smalere begrep, som inngår i begrepet fysisk aktivitet, og forutsetter at aktiviteten har en plan, struktur og hensikt.

Boken “Fysisk aktivitet og helse” skriver at man er fysisk inaktiv dersom man ikke akkumulerer tilfredsstillende mengder fysisk aktivitet av minst moderat intensitet ilt en dag. Det vil dermed si personer som ikke tilfredsstiller anbefalingene for fysisk aktivitet (Kolle & Grydeland, 2018, s. 46)

1.4.2 Fasilitatorer og barrierer

Fasilitator kan defineres som “en person eller ting som gjør en handling eller prosess enkel eller enklere” (Oxford Lexico, 2021). Vi forstår begrepet dermed som alt som fremmer FA blant de unge med CP. Barrierer kan defineres som “et hinder som hindrer bevegelse eller tilgang”

(Oxford Lexico, 2021). Dette forstår vi som alt som hindrer de unge med CP å være fysisk aktive, og inkluderer både fysiske, strukturelle og sosiale hindringer. Ut i fra dette vil det også si at hva som er fasilitatorer og barrierer vil være påvirket av konteksten og individet, og kan dermed variere fra person til person.

2. Teori

Det finnes en rekke modeller og teorier som prøver å forklare hva som påvirker barns atferd og deres nivå av FA. Disse lager rammer for hvordan man kan forstå barn og unges FA, og vi tenker derfor disse vil kunne være relevante for å forstå resultatene fra vår oppgave. Videre vil vi gå gjennom noen av modellene og teoriene vi tenker er særlig relevante for oppgaven.

2.1 Den biopsykososiale modellen og Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)

Den biopsykososiale modellen handler om å ha et helhetsperspektiv på mennesket, der både biologiske, psykologiske og sosiale forhold vurderes i sammenheng (Malt, 2019). Modellen legger altså vekt på flere aspekter ved mennesker og helse, og ikke kun de biologiske aspektene. ICF er et rammeverk for klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse og bygger på en biopsykososial forståelse (WHO, 2013, s.7). Dette rammeverket ser på funksjon som en dynamisk interaksjon mellom en persons helsetilstand, miljøfaktorer og personlige faktorer (WHO, 2013, s. 4). ICF kan blant annet brukes til å strukturere en helhetlig tilnærming når man møter en pasient (WHO, 2013, s.29) og bidra til å se brukerens behov, utfordringer og styrker i et helhetlig perspektiv (WHO, 2013, s. 31). Modellen inneholder to hoveddeler med fire underdomener (WHO, 2013, s.4). Den ene hoveddelen er “funksjon og funksjonshemming”, med underdomenene “kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer” og “aktivitet og deltakelse” (WHO, 2013, s.4). Det andre hoveddomenet er “kontekstuelle faktorer”, med underdomenene “miljøfaktorer” og “personlige faktorer”. Faktorer som inngår i de ulike domenene påvirker ofte hverandre (WHO, 2013, s. 4). FA inngår i “funksjon og funksjonshemming” i underdomenet “aktivitet og deltakelse”. Vi tenker at både ICF og den biopsykososiale modellen bidrar til en bredere forståelse av hva som kan påvirke menneskers deltakelse i FA, og hvordan FA kan påvirke personens psykiske og fysiske helse.

2.3 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien legger vekt på viktigheten av at FA skjer i et godt psykisk og sosialt motivasjonsklima (Ommundsen & Haugen, 2018, s. 328), og på å tilfredsstill tre grunnleggende psykologiske behov: behovet for kompetanse, behovet for tilhørighet og behovet for autonomi (Demmelmaier, 2018, s. 362). Dersom disse behovene tilfredsstilles vil dette øke de unges motivasjons-kvalitet, trivsel og ønske om å delta i FA (Ommundsen & Haugen, 2018, s. 328). Her skiller man mellom tre ulike former for motivasjon: motivasjonsmangel, ytre motivasjon og indre motivasjon (Demmelmaier, 2018, s. 362). Motivasjonsmangel handler om at man ikke anser det som viktig å være fysisk aktiv. Ytre motivasjon er motivasjon som drives av noe man ønsker å oppnå med aktiviteten. Indre motivasjon anses å være den sterkeste formen for motivasjon og handler om at aktiviteten i seg selv oppleves som lystbetont (Demmelmaier, 2018, s. 362). Man tenker altså at det er viktig at barn og unge opplever å få disse behovene tilfredsstilt for å gi økt grad av indre motivasjon og deltakelse i FA. Om man ikke tilfredsstiller disse behovene ved å tilrettelegge nivået, skape inkluderende rammer og legge til rette for at barna kan gjøre egne valg, vil dette kunne gi dårligere motivasjonskvalitet og være en barriere for å delta i FA.

3. Metode

3.1 Valg av metode

Valg av metode avgjøres av den problemstillingen eller spørsmålet vi ønsker svar på (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015, s.39). Kvalitative metoder ønsker å beskrive, forstå eller tolke erfaringer eller opplevelser (Jamtvedt et al., 2015, s.39). Vår problemstilling er knyttet til erfaringer av hva som hindrer og fremmer fysisk aktivitet, og vi har derfor valgt å skrive en tilpasset kvalitativ metasyntese. Dette vil si en metasyntese skrevet innenfor rammene satt for denne oppgaven. Vi tenker at det er personene som selv har CP, og deres foresatte som vil ha det beste grunnlaget for å fortelle om sine erfaringer og opplevelser i forbindelse med FA, og hva som fasiliterer og hindrer deres deltakelse i FA.

Kvalitativ metasyntese er en metode for gjenbruk og syntese av kvalitative primærstudier, og er en form for systematisk oversikt (Malterud, 2017, s.13 & s.23). Det er en kunnskapsoppsummering basert på transparent identifikasjon, utvalg og sammenfatning av primærstudier (Malterud, 2017, s.23). For å analysere resultatene har vi valgt analysemetoden til Noblit og Hare, metaetnografi, som fokuserer på å ta stilling til hvordan hovedfunnene fra de inkluderte primærstudiene forholder seg til hverandre (Malterud, 2017, s.77). Dette innebærer å identifisere nøkkelord og sentrale betegnelser som er brukt i primærstudiene, sammenlikne disse på tvers av studiene, og presentere disse gjennom et samlende begrep (Malterud 2017, s. 77). I praksis har vi gjort dette gjennom å identifisere nøkkelord og utdrag fra studiene, og deretter notert ned hva vi legger i utdragene og hvordan disse har sammenheng på tvers av studiene. Begge disse prosessene har vi gjort hver for og, før vi har sammenlignet og diskutert hva vi ønsker å ta med oss videre. Vi har så satt utdragene inn i en tabell som illustrerer hvilke fasilitatorer og barrierer studiene tematiserer (punkt 4.3). Slik ønsker vi å besvare problemstillingen, og bidra med kunnskap om hvordan man best mulig kan tilrettelegge for økt fysisk aktivitet blant barn og unge med CP.

3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Vi satte opp inklusjons- og eksklusjonskriterier før vi begynte søkeprosessen, basert på hva slags studier vi tenkte ville være mest relevant for problemstillingen vår. Gjennom søkeprosessen ble vi oppmerksomme på hvordan ulike faktorer påvirker studiene og deres relevans i forhold til hverandre og konteksten i Norge. Vi la derfor til to eksklusjonskriterier når vi skulle vurdere kandidat-artikler basert på abstraktet. Vi la til eksklusjonskriteriet “studien er fra et ikke-vestlige land”, og “studien omhandler erfaringer knyttet til et spesifikt aktivitetsprogram eller intervensjon”.

Inklusjonskriterier:

- Kvalitativ primærstudie
- Barn og/eller ungdom med CP og/eller deres foresatte
- Inkluderer erfaringer rundt fasilitatorer og barrierer angående fysisk aktivitet
- Tekst på engelsk, norsk, svensk eller dansk

- Fulltekst tilgjengelig gratis eller via biblioteket på OsloMet

Eksklusjonskriterier:

- Voksne med CP
- Fysioterapeuters/behandlers erfaringer
- Studien fokuserer på aktivitet og deltakelse uten å eksplisitt undersøke fysisk aktivitet
- Studien er fra et ikke-vestlig land
- Studien omhandler erfaringer knyttet til et spesifikt aktivitetsprogram eller intervensjon

3.3. Søkeprosessen

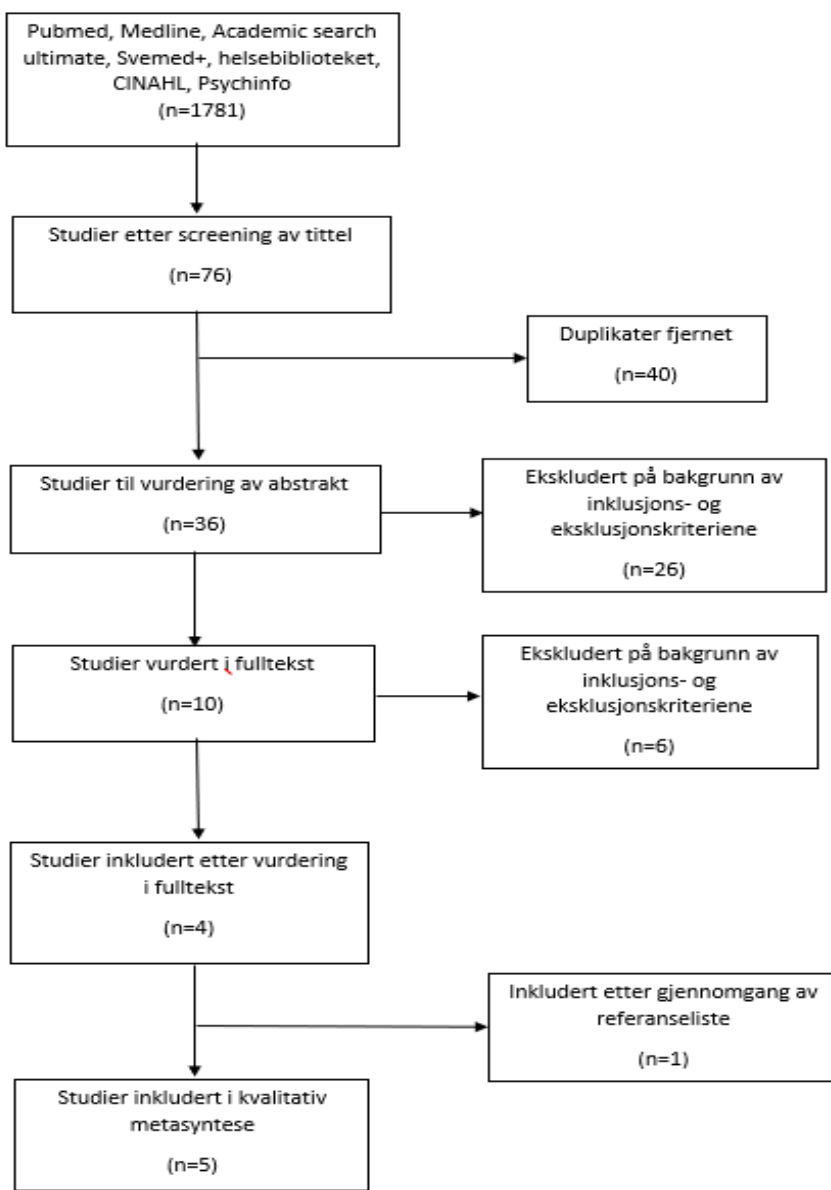
Før vi skulle gjøre de endelige søkene gjorde vi testsøk i MEDLINE. Ved bruk av spesifikke søkeord fikk vi få treff og valgte derfor etter anbefaling fra bibliotekar å søke bredere, med kun søkeordene “cerebral palsy” AND “qualitative research”. Dette ga en håndterbar mengde artikler hvor vi trolig fikk opp flere aktuelle studier, og brukte derfor disse søkeordene i de endelige søkene. Ved søk i Google Scholar begrenset vi søket ytterligere ved å huke av for at søkeordene måtte befinne seg i tittelen.

Vi gjorde de endelige søkene i Medline og PubMed 12.1.21, i SveMed+, Academic Search Ultimate, Google Scholar og Helsebiblioteket 13.1.21, og i PsychInfo og CINAHL 26.1.21. Totalt fikk vi 1781 treff. Vi gikk gjennom titlene på studiene manuelt hver for oss og plukket ut de artiklene som kunne være relevante før vi sammenlignet. Disse la vi inn i referanseprogrammet Zotero hvor vi fjernet duplikater. På dette tidspunktet snevret vi inn inklusjons- og eksklusjonskriteriene (se kapittel 3.7.1). Vi leste gjennom abstraktene til kandidatartiklene, og fjernet artiklene som ikke oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi leste ti artikler i fulltekst, og ekskluderte seks studier som ikke oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Videre fulgte vi anbefalingen til Malterud, som er å gjøre et tilleggssøk, som hun kaller “backtracking” ved å gå gjennom de inkluderte studienes referanselister for å lete etter flere aktuelle studier (Malterud, 2017, s. 60). Gjennom “backtracking” fant vi én studie som oppfylte våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, som derfor ble inkludert i det endelige utvalget av totalt fem studier.

3.4 Referansehåndtering

I arbeidet med oppgaven har vi brukt referanseprogrammet Zotero til å holde orden på de inkluderte studiene og andre referanser som brukes i oppgaven. Underveis brukte vi et flytdiagram utarbeidet av Prisma, «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses» (Moher et al., 2009), til å notere ned stegene i prosessen. Se flytdiagram (figur 1) under for oversikt.

Figur 1, Flytskjema:



3.5 Vurdering av artikler

Etter litteratursøket kom vi frem til fem studier. Alle studiene var publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. Vi har valgt å vurdere den metodiske kvaliteten til de inkluderte studiene ved hjelp av Helsebibliotekets sjekklister for kvalitativ forskning (Helsebiblioteket.no, 2016). Ifølge Malterud bør man gjøre en vurdering av metodisk kvalitet som et bidrag til en samlet vurdering av om studiene har tilstrekkelig informasjonsstyrke for formålet (Malterud, 2017, s. 59).

	<p>“It’s fun, but...” Children with cerebral palsy and their experiences of participation in physical activities</p> <p>(Lauruschkus et al., 2015)</p>	<p>Parents' experiences of participation in physical activities for children with cerebral palsy – protecting and pushing towards independence.</p> <p>(Lauruschkus et al., 2016)</p>	<p>'It's the Participation that Motivates Him': Physical Activity Experiences of Youth with Cerebral Palsy and Their Parents.</p> <p>(Shimmel et al., 2013)</p>	<p>Identification of facilitators and barriers to physical activity in children and adolescents with cerebral palsy (Verschuren et al., 2012)</p>	<p>Sustained participation in community-based physical activity by adolescents with cerebral palsy- A qualitative study (Morris et al., 2019)</p>
Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja, men mangler tydelig begrunnelse for utvalget	Ja	Ja	Ja, men mangler diskusjon rundt hvorfor noen valgte å ikke delta.	Ja

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja, men mangler begrunnelse for settingen	Ja, men mangler informasjon om metning.	Ja	Ja	Ja, men valg av setting er ikke tydelig begrunnet
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkning av data?	Ja, men dette er ikke diskutert i detalj.	Delvis	Nei, men de diskuterer tiltak de har gjort for å sikre en god fenomenologisk tilnærming via diskusjonsmøter	Nei	Delvis, de forklarer at de har ulik utdanningsbakgrunn, men går ikke inn på hvordan påvirker studien
Er etiske forhold vurdert?	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Nyttige:	Nyttige; mangler diskusjon om overførbarhet til andre populasjoner. Men funnene vil kunne være en bevisstgjøring om temaer som er sentralt å ta opp med barn med CP og deres foreldre.	Nyttige: Angir behov for ytterligere forskning. Viser bredden i behov da den avdekker at enkelte faktorer kan virke som en fasilitatorer for noen, men en barriere for andre.	Nyttige: Gir råd om faktorer som bør vurderes for å fremme FA blant unge med CP, men trekker også frem svakheter i studien som kan gi behov for mer forskning.	Nyttige: gir innspill til hvilke faktorer som kan være viktige å adressere for å opprettholde deltakelse i FA. Legger frem et behov for mer forskning på fasilitatorer for jenter med funksjonsnedsettelse, da ingen jenter var inkludert i studien.

3.6 Resultathåndtering og analyse

I vår oppgave har vi brukt metoden til Noblit og Hare, metaetnografi (Malterud, 2017, s. 76). Innen metaetnografi kan man velge mellom ulike analyseperspektiver for å analysere resultatet, hvor vi har valgt å bruke resiprok oversettelse, der man oversetter ulike uttrykk for beslektede fenomener (Malterud, 2018, s. 78). Dette har vi gjort ved å hver for oss markere nøkkelord/tekstutdrag vi mente at representerte resultatene i studiene på en god måte. Deretter diskuterte vi tekstutdragene og ble enige om hvilke vi ønsket å inkludere. Tekstutdragene førte vi deretter inn i en digital tabell hvor vi sorterte tekstutdragene basert på temaer. Vi delte temaene inn i fasilitatorer og barrierer, også innad i samme tematikk, for å på best mulig måte kunne samle tekstutdragene i en samlende oversettelse. I tilfellene hvor utdragene var aktuelle for flere oversettelser, diskuterte vi hvilket tema som i størst grad ble lagt vekt på i tekstutdraget, og plasserte det under tilsvarende oversettelse.

3.7 Metoderefleksjon

3.7.1 Inklusjons-og eksklusjonskriterier

I forkant av søkeprosessen valgt vi inklusjons- og eksklusjonskriterier for å spesifisere hvilke studier vi mente var aktuelle for å belyse problemstillingen. Å sette klare inklusjons- og eksklusjonskriterier er en viktig del av å fokusere litteratursøket, i tillegg til at disse kriteriene vil gi leseren bedre oversikt over oppgavens relevans og avgrensning (Aveyard, 2010, s.71). Underveis i søkeprosessen la vi til to eksklusjonskriterier, “studien er fra et ikke-vestlige land”, og “studien omhandler erfaringer knyttet til et spesifikt aktivitetsprogram eller intervensjon”. Dette skriver Malterud at man kan gjøre underveis i en søkeprosess av kvalitative studier dersom dette er nyttig eller nødvendig (Malterud, s. 57).

Vi valgte å finne studier som omhandlet barn og unge med CP sitt perspektiv, og/eller deres foresatte sitt perspektiv. Voksne med CP ekskluderte vi, da vi tenker at fasilitatorer og barrierer preges mye av livssituasjon og alder. Etter testsøkene valgte vi også å ekskludere studier som handlet om aktivitet og deltakelse uten å eksplisitt gå inn på FA. Dette gjorde vi for å unngå at temaet ble for bredt og gikk utenfor vår problemstilling, da aktivitet og deltakelse rommer mye mer enn kun FA, og kan ha egne barrierer og fasilitatorer.

Etter å ha sett på flere studier så vi at fasilitatorene og barrierene kunne være svært forskjellige mellom ulike land. Studiene fra ikke-vestlige land tok opp flere barrierer som er mindre vanlige eller kommer til uttrykk på en annen måte i vestlige land, for eksempel stigma og mangel på grunnleggende hjelpemidler. Vi valgte derfor å ekskludere studier fra ikke-vestlige land for å lettere kunne sammenligne og tolke resultatene i lys av hverandre. Vi ekskluderte studier som fokuserte på erfaringer knyttet til en intervensjon for FA eller et spesifikt aktivitetsprogram, da vi tidlig i prosessen opplevde at barrierene og fasilitatorene kunne være spesifikke for det enkelte programmet/intervensjonen. Dette kunne for eksempel være knyttet til utstyr brukt i programmet/intervensjonen som utforming av sykler eller spillutstyr.

3.7.2 Søkeprosessen

Ved litteratursøket er det viktig å ha en systematisk søkestrategi som gjør det mulig å finne mest mulig av den publiserte litteraturen som besvarer forskningsspørsmålet (Aveyard, 2010, s.68). Dette innebærer å identifisere hvilken litteratur du søker etter, utvikle søkeord som er logiske for søket, forholde seg til inklusjonskriteriene og supplementere søket ved å søke i relevante tidsskrifter og gå gjennom referanselistene til inkluderte studier (Aveyard, 2010, s.69). Malterud skriver også at man kan finne aktuelle studier som ikke er publisert i databaser, for eksempel masteroppgaver ph.d-avhandlinger og i bøker (Malterud, 2017, s.53), men grunnet begrenset med tid og lite erfaringer har vi ikke søkt etter studier som ikke er publisert i databaser. Vi har også begrenset erfaring i å utføre litteratursøk, noe vi har forsøkt å motvirke ved å følge råd fra bibliotekar, for eksempel om å søke med brede søkeord (Cerebal palsy AND qualitative research) når vi oppdaget at vi fikk få treff ved mer spesifikke søkeord. Underveis gjorde vi en grovsortering basert på tittel, noe som også kan representere en svakhet ved søket, da studiens relevans og fokus ikke alltid er identifiserbart gjennom tittelen alene (Aveyard, 2010, s. 82). For å motvirke dette har vi valgt å inkludere alle studiene hvor vi var usikre på om de var relevante eller ikke basert på tittelen. Videre vurderte vi abstraktet til de aktuelle studiene, men abstraktet er heller ikke alltid pålitelig i å identifisere det nøyaktige fokuset til studien (Aveyard 2010, s.84). Det er dermed flere svakheter ved søket vårt som kan ha ført til at aktuelle studier ikke har blitt

inkludert. Vi vurderer likevel at med de rammene vi har for oppgaven, og vår begrensede erfaring var dette for oss en god måte å løse oppgaven på.

3.7.3 Syntese

Vi har valgt å bruke syntesemetoden metaetnografi, som er en fortolkende metode og innebærer dermed tolkning fremfor beskrivelse (Malterud, 2017, s. 76). Syntesen innebærer at man omgjør begreper og tekstutdrag fra primærstudiene til et samlende begrep (Malterud, 2017, s.77). Innen metaetnografi skille man mellom tre analysemetoder. Disse er resiprok oversettelse, hvor man oversetter begreper eller tekstutdrag på tvers av studiene, kontrastsyntese, der man ser på motsetninger mellom studiene eller argumentasjonsrekke der man ser på logiske forbindelser mellom studiene (Schwandt, 2007, s.190). Her valgte vi resiprok oversettelse fordi vi ønsket å finne ut av hvilke fasilitatorer og barrierer som gikk igjen blant deltakerne. Vi leste om og vurderte flere andre metoder med andre syntesestrategier. Vi vurderte at disse metodene enten krevde inkludering av flere primærstudier (Malterud, 2017, s. 88), eller at de ikke har like tydelige beskrivelser av fremgangsmåte (Malterud, 2017, s. 88 & 91). Dette anser vi som viktig for et best mulig resultat grunnet vår begrensede erfaring med kvalitativ forskning. Dersom vi hadde brukt en annen analysemetode er det sannsynlig at vi hadde fått et annerledes resultat.

3.7.4 Forforståelse

Malterud diskuterer i sin bok hvorvidt man kan være helt objektive ved utførelse og analyse av forskning, og argumenterer for at all forskning vil være preget av forskernes perspektiv (Malterud, 2017, s. 110). Hun sier videre at kvalitative forskningsmetoder er fortolkende, og anerkjenner subjektivitet og mening med forskeren som et medvirkende redskap (Malterud, 2017, s.36). På grunn av dette vil vi tydeliggjøre vår forforståelse slik at leseren vet hvilket perspektiv vi tolket forskningen fra og dermed hvordan dette kan ha påvirket vår oppgave.

Vi er begge fysioterapistudenter, som i løpet av utdanningen har lært om CP, og har derfor en forståelse for hva diagnosen CP kan innebære. Vi har lært mye om diagnosen fra et biomedisinsk perspektiv, og mindre om det fra et psykososialt perspektiv. Vi har likevel kunnskap om hvordan

psykososiale faktorer og miljøfaktorer kan spille inn på menneskers aktivitetsnivå på et mer generelt grunnlag. I begynnelsen av arbeidet med oppgaven la vi merke til at det var lettere å diskutere hva som kunne være potensielle barrierer, da vi gjennom undervisningen på studiet ofte har diskutert viktigheten av å fjerne eller tilpasse oss barrierer i pasientens liv for å øke deres FA-nivå. Ved å være bevisst på dette har vi forsøkt å unngå å legge større vekt på barrierene enn fasilitatorene. I tillegg kan vi ubevisst lete etter resultater som forsterker eller bekrefter våre oppfatninger da de vurderes som viktigere fra vårt synspunkt, men har gjennom gode diskusjoner prøvd å unngå dette.

Vi har begge erfaring med å møte personer med CP, hvor en av oss har noe klinisk erfaring gjennom en arbeidssituasjon. Her er det viktig at faktorer vi har observert ved disse personene ikke preger hva vi anser som viktigst i vår oppgave. Vi har blant annet observert at fysiske funksjonsnedsettelse, som dårlig balanse og kontrakturer kan se ut til å være en barriere for FA, men vi vet ikke om dette er noe de selv ville oppgitt som barrierer.

Malterud skriver at litteratursøket for en systematisk oversikt skal dokumenteres med søkeord, søkekilder og tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier for å unngå å velge studier basert på at de understøtter våre egne synspunkter (Malterud, 2017, s. 111). Vi har derfor dokumentert dette i kapittel 3.2 og 3.3.

4. Resultater

4.1 Oppsummering av artikler

Vi har inkludert fem studier i vår oppgave. Formålet og innfallsvinkelen til studiene er noe ulikt formulert. De to studiene fra Lauruschkus et al bygger på det samme prosjektet hvor studien fra 2015 undersøker barn med CP sin opplevelse av FA, og beskriver barrierer og fasilitatorer, mens studien fra 2017 undersøker hvordan foreldrene med barn til CP opplever barnas deltakelse i FA, og beskriver barrierer og fasilitatorer (Lauruschkus, Nordmark & Hallström, 2015, & Lauruschkus, Nordmark & Hallström. 2017). Deltakerne i studiene ble rekruttert i samme

rekrutteringsprosess, og de fleste deltakerne i studien fra 2017 er foresatte til deltakerne i studien fra 2015.

Shimmel, Gorter, Jackson, Wright & Galuppi (2013), og Verschuren, Wiart, Hermans & Ketalaar (2012) har begge som formål å identifisere faktorer som gjør det lett eller vanskelig å delta i FA for barn og unge med CP, altså fasilitatorer og barrierer. Morris, Imms, Kerr & Adair (2019) har som formål å identifisere fasilitatorer som bidrar til opprettholdelse av deltakelse i FA for barn og unge med CP, og skiller seg dermed ut fra de andre studiene ved at den fokuserer på barn og unge som allerede deltar i FA jevnlig. Shimmel et al (2013), Verschuren et al (2012) og Morris et al (2019) inkluderer både foresatte og barn/unge med CP. Morris et al (2019) inkluderte også intervjuer med fasilitatorer (f.eks. trener i idrettsklubben), men fordi vi valgte å ikke inkludere studier som representerer terapeuters perspektiv ved utvelgelse av primærstudier, har vi valgt å ikke inkludere sitater eller resultater fra fasilitatorene. Lauruschkus et al (2015) baserer seg kun på intervjuer med barn og unge med CP, mens Lauruschkus et al (2017) baserer seg på intervjuer med foreldre til barn og unge med CP.

Samlet er det 69 barn/unge og 79 foresatte som deltar i studiene, hvor barnas alder strekker seg fra 7-21 år. Alle studiene brukte semistrukturerte individuelle og/eller fokusgruppeintervjuer for å innhente informasjon. For å analysere resultatene er det brukt to ulike former for analyse, hvor Lauruschkus et al (2015), Lauruschkus et al (2017) og Shimmel et al (2013) bruker innholdsanalyse, og Verschuren et al (2012) og Morris et al (2019) bruker tematisk analyse. Tabellen (tabell 1) nedenunder viser likheter og ulikheter mellom studiene.

Tabell 1. Sammenligning av studier:

Forfattere og utgivelsesår	K. Lauruschkus, E. Nordmark & I. Hallström, 2015	K. Lauruschkus, E. Nordmark & I. Hallström, 2017	L.J.Shimmel, J. W. Gorter, D. Jackson, M. Wright & B. Galuppi, 2013	O. Verschuren, L. Wiart, D. Hermans & M. Ketalaar, 2012	A. Morris, C. Imms, C. Kerr & B. Adair, 2019
Tidsskrift for publisering	Disability and Rehabilitation	Disability and Rehabilitation	Physical & Occupational Therapy in Pediatrics	The Journal of Pediatrics	Disability and Rehabilitation

Tittel	“It’s fun, but...” Children with cerebral palsy and their experiences of participation in physical activities	Parents’ experiences of participation in physical activities for children with cerebral palsy-protecting and pushing towards independence	‘It’s the participation that Motivates Him’: Physical Activity Experiences of Youth with Cerebral Palsy and Their Parents	Identification of facilitators and barriers to physical activity in children and adolescents with cerebral palsy	Sustained participation in community-based physical activity by adolescents with cerebral palsy: a qualitative study
Problemstilling/ formål	To explore the experiences of children with cerebral palsy (CP) regarding participation in physical activities, and to describe facilitators and barriers.	To explore how parents of children with cerebral palsy (CP) experience their child’s participation in physical activity and to identify facilitators and barriers for being physically active and reducing sedentary behaviour.	To identify factors that make it easy or hard to be physically active.	To explore facilitators and barriers to participation in physical activity and sport in youth with cerebral palsy.	To identify facilitators that successfully sustain physical activity participation by adolescents with cerebral palsy.
Land	Sverige	Sverige	Kanada	Nederland	Australia
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	Alder 8-11 år, med diagnosen CP.	Være foresatt til et barn med CP i alderen 8-11 år.	Inklusjonskriterier: Alder 10-18 år, ha evnen til å forstå og svare på spørsmål, GMFCS nivå I-V på GMFCS E&R	Inklusjonskriterier: kunne gå uten hjelpemidler, forstå og kunne svare på intervju spørsmål.	Inklusjonskriterier: 12-18 år, GMFCS nivå I-V som deltok i regelmessig f.a. Eksklusjonskriterier: moderat- alvorlige kognitiv funksjonssvikt.
Metode	Induktiv kvalitativ tilnærming med fokusgrupper og individuelle intervjuer	Induktiv kvalitativ tilnærming med fokusgrupper og individuelle intervjuer	Kvalitativ, fenomenologisk tilnærming med semistrukturerte individuelle og fokusgruppe intervjuer	Kvalitativ metode med fokusgruppe intervjuer.	Induktiv kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte intervjuer.
Antall deltakere	16	25	29	66	12

Barn/unge og/eller foresatte	16 barn/unge	25 foresatte	13 barn/unge og 16 foresatte	33 barn/unge og 33 foresatte	7 unge og 5 foresatte (5 fasilitatorer)
Alder på deltakere	Barn/unge: 8-11 år	Foresatte: 30-64 år, deres barn var 8-11 år	Barn/unge: 9-21 år Foresatte: Ikke oppgitt	Barn/unge: 7-17 år. Foresatte: 32-54 år	Barn/unge: 13-16 år Foresatte: 35-64 år
Deltakernes kjønn	9 jenter, 7 gutter	15 kvinner, 10 menn (foresatte), 9 jenter, 7 gutter (barn/unge)	9 jenter, 8 gutter (barn/unge), kjønnsfordeling foresatte er ikke oppgitt	18 gutter, 15 jenter, 31 kvinner, 2 menn.	7 gutter, kjønn på foresatte er ikke oppgitt.
GMFCS-nivå	I-V	I-V	I-V	Må kunne gå uten hjelpemidler. GMFCS nivå ikke oppgitt.	I-III
Kognitiv funksjonsnivå	Fra ingen kognitiv funksjonshemming til moderat til alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse.	Deltagernes barns kognitive funksjonsnedsettelse varierer fra ingen til alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse.	Krav om å ha evnen til å forstå og svare på spørsmål, ikke videre utdypet	Må kunne forstå og svare på intervju spørsmål.	Inkluderer ikke de med moderat-alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse. Ungdom som var ute av stand til å kommunisere grunnleggende ble også ekskludert.

4.2 Presentasjon av fasilitatorer og barrierer

Nedenfor presenterer vi hvilke fasilitatorer og barrierer vi har kommet frem til gjennom det systematiske analysearbeidet med studiene. Her vil vi presentere hvordan fasilitatorene og barrierene ble analysert frem i studiene og underbygge dette med utdrag fra teksten.

4.2.1 Fasilitatorer

4.2.1.1 Aktiviteten oppleves morsom og bidrar til indre motivasjon

Lauruschkus et al. (2015), Shimmel et al. (2013) og Morris et al. (2019) trekker frem at indre motivasjon fasiliterer FA. Disse studiene beskriver på ulike måter hvordan FA i seg selv oppleves som morsomt og gir glede. Dette tematiseres godt i studien til Lauruschkus et al (2015, s.285), hvor de skriver: “The children perceived physical activities as being fun and exciting, and something that made them feel good. They described the sensation of speed as something they really enjoyed, regardless of the chosen activity, which could be running, swimming, dancing, biking or playing active video games such as Nintendo Wii Sports”. I studien til Shimmel et al. (2013) kommer det frem at de unge i størst grad blir motivert av ikke-helserelaterte faktorer, som å ha det gøy og oppleve uavhengighet og frihet. En annen form for indre motivasjon som blir trukket frem var at flere har en lidenskap for idretten de driver med og liker å holde på med idretten (Morris et al., 2019).

4.2.1.2 Utfordringer og konkurranse i FA som gir mestringserfaring

Lauruschkus et al. (2015), Shimmel et al. (2013) og Morris et al. (2019) trekker frem at utfordringer og konkurranse i aktiviteter kan gi opplevelse av mestring og dermed fasilitere deltakelse i FA. Lauruschkus et al. (2015) beskriver at det å mestre noe gjør at de unge føler seg kompetente og stolte. Dette kommer også frem i studien til Morris et al. (2019, s. 3046), der en foresatt sier følgende: “He actually enjoys the training, because it’s quite challenging as well, they really push them and sometimes he’ll come out exhausted, but he’ll say...” I swam three kilometers today” ... That’s challenging and achievement as well.””. Det å utvikle nye ferdigheter blir ansett som viktig, og første opplevelse med en aktivitet har betydning for om man vil fortsette deltakelsen eller ikke (Morris et al., 2019). Flere av de unge trekker også frem at å konkurrere og vise seg frem er en motivasjonsfaktor (Lauruschkus et al. 2015).

4.2.1.3 Tilpasning av aktiviteten

Verschuren et al. (2012) og Morris et al. (2019) trekker frem at tilpasning av aktiviteten kan fasilitere deltakelse. Mindre grupper blir ansett som gunstig og en foresatt sier: “In a large group,

they don't get the attention they need to acquire the necessary skills. A small group makes it possible to individualize the training.” (Verschuren et al., 2012, s. 491). Flere av foreldrene legger vekt på at det er viktig å gjøre forberedende arbeid for å hjelpe barnet til å ha en optimal start når de begynner med en ny aktivitet (Morris et al., 2019).

4.2.1.4 Tilhørighet og sosialt samspill

Lauruschkus et al. (2015), Lauruschkus et al. (2017) og Morris et al. (2019) trekker frem at tilhørighet og sosialt samspill oppleves som en fasilitator. Det å være en del av fellesskapet trekkes frem som viktig: “It was important for the children to belong to someone or something. They were active because they were doing activities together with the family or their friends, but being with animals also encouraged physical activity” (Lauruschkus et al 2015, s. 286). At kjæledyr er en motivasjon for FA blir tematisert i to av studiene (Lauruschkus et al., 2015, Lauruschkus et al., 2017). I en av studiene ønsker barna å være i et fellesskap med andre som ligner en selv (Lauruschkus et al., 2015), mens Morris et al. (2019) fant at de unge ønsker å gjøre det samme som alle andre.

4.2.1.5 Foreldre og treneres hjelp og kompetanse

Alle studiene trekker frem at foreldre og treneres hjelp og kompetanse kan fasilitere deltakelse. Motivasjon og hjelp fra både foreldre og gode trenere blir sett på som viktig for å fasilitere deltakelse. De unge opplever at de kan delta i aktiviteter hvis de får hjelp til det (Lauruschkus et al., 2015), og at foreldrenes involvering i å tilrettelegge for deltakelse i idrett er til hjelp (Shimmel et al., 2013). En forståelsesfull trener med gode kommunikasjonsferdigheter blir også trukket frem som viktig for deltakelse i FA (Verschuren et al., 2012). Trenere som har en egen funksjonsnedsettelse blir ansett som særlig viktige rollemodeller og motiverer barna (Lauruschkus et al., 2017). Et barn understreker betydningen av trenerens rolle, og sier: “If you don't like the personal trainer then you're going to think “do I really want to keep doing this sort of thing?” (Morris et al., 2019, s. 3047).

4.2.1.6 Barnets positive innstilling

Vershuren et al. (2012) og Morris et al. (2019) trekker frem at barnets positive innstilling kan fasilitere deltakelse i FA. Besluttsomhet trekkes frem som fasiliterende for deltakelse i FA og en gutt og hans mor sier: “Probably proving to people that my ability is greater than my disability. To show people that I could actually run, even if I did have a dodgy leg.” His mother noted that “[the adolescent] is very, very determined and he has a desire to be good at things” (Morris et al., 2019, s. 3046). Det at barnet ikke er redd for en utfordring, aksepterer funksjonsnedsettelsen, har selvtillit og en positiv innstilling til FA fasiliterer også deltakelse (Verschuren et al., 2012).

4.2.2 Barrierer

4.2.2.1 Konkurranser og utfordringer som gir opplevelse av å ikke mestre

Shimmel et al. (2013), Verschuren et al. (2012) og Morris et al. (2019) trekker frem at konkurranser og manglende mestring kan tydeliggjøre forskjeller mellom unge med CP og funksjonsfriske, skape en negativ erfaring og være en barriere for deltakelse i FA. Det blir uttrykt et ønske om å kunne delta i sitt eget tempo (Shimmel et al., 2013). Barn og unge med CP opplever at deres deltakelse i konkurranse-aktiviteter har negativ påvirkning på konkurransens resultat, og deltar derfor kun på treningene, noe som påvirker motivasjonen deres negativt (Verschuren et al., 2012). Noen foreldre mener at konkurranseaspektet ved idrett konfronterer barna deres med problemene deres og fører til skuffelse for barna (Verschuren et al., 2012). De unge med CP snakker om at det er viktig å velge den rette aktiviteten som passer til deres interesser og kapasitet (Morris et al., 2019).

4.2.2.2 Plager knyttet til fysisk funksjonsnedsettelse

Lauruschkus et al. (2015), Lauruschkus et al. (2017), Shimmel et al. (2013) og Verschuren et al. (2012) trekker frem at plager knyttet til fysisk funksjonsnedsettelse er en barriere for å delta i FA. I en av studiene beskriver de at barna med CP bruker mer krefter på forflytning enn vennene sine, og har ofte mindre krefter igjen til å leke (Lauruschkus et al., 2017). Fatigue og smerter i forbindelse med FA blir omtalt som en barriere, og Lauruschkus et al. (2015) trekker frem ortoser som et smertefullt hjelpemiddel.

4.2.2.3 Opplevelse av at aktiviteten er lite tilgjengelig

Alle studiene trekker frem at det er en barriere når aktiviteter er lite tilgjengelige. Dette gjelder flere aspekter ved tilgjengelighet knyttet til for eksempel transport og tidsbruk. De unge er klar over hvilke aktiviteter de ønsker å delta i, men aktivitetene blir ofte tilbudt for langt unna, eller ikke i det hele tatt (Lauruschkus et al., 2015). Foreldre forteller at barna har begrenset tilgang til fysiske aktiviteter som det er både mulig og rimelig for dem å delta i (Lauruschkus et al., 2017). Planlegging og logistikk i forbindelse med aktiviteter tar lang tid, og påvirker dermed også resten av familien (Lauruschkus et al., 2017). En foresatt forteller: “I cannot find a club in the community where he can go on his own and we don’t have to bring him to another city, because that’s just not possible since we have two other children and driving to the city takes us more than an hour.” (Verschuren et al., 2012, s. 492). Foreldre er frustrerte over de lokale transportordningene som gjør det vanskelig å reise ut av byen og begrenser spontanitet (Shimmel et al., 2013). Også manglende informasjon og lite tilrettelagt kommunikasjon påvirker tilgjengeligheten, og foreldre med begrensede ferdigheter i svensk, opplever språk som en barriere når de ønsker å støtte barna i å være fysisk aktive (Lauruschkus et al., 2017). Foreldre opplever at de må kjempe for informasjon (Lauruschkus et al., 2017), og økonomiske begrensninger kan gjøre FA mindre tilgjengelig (Verschuren et al., 2012)

4.2.2.4 Utenforskap og mobbing grunnet redusert funksjonsevne

Shimmel et al. (2013), Lauruschkus et al. (2015) og Verschuren et al (2012) trekker frem at opplevelse av utenforskap og mobbing grunnet redusert funksjon hindrer de unge i å delta i FA. I studien til Lauruschkus et al. (2015, s. 286) står følgende: “The children opted out of specific physical activities. Some children said that nobody passed the ball to them, that they would lose all the time and that they were singled out”. Frykt for å bli ertet trekkes frem som en barriere, og gjør at noen heller velger aktiviteter som passer et bredere spekter av ferdigheter (Shimmel et al., 2013). Følelsen av å ikke bli akseptert av andre trekkes også frem som en barriere (Verschuren et al., 2012).

4.2.2.5 Mangel på foreldre og treneres hjelp og kompetanse

Lauruschkus et al. (2015), Verschuren et al. (2012) og Shimmel et al. (2013) trekker frem at mangel på hjelp og kompetanse fra foreldre og trenere kan være en barriere for deltakelse i FA. Noen av foreldrene anser de unges deltakelse i FA som uviktig (Verschuren et al., 2012). Noen barn forteller at foreldrene ikke lar dem delta i aktiviteter de selv ønsker å delta i (Lauruschkus et al., 2015), og at veldig involverte foreldre hindrer dem i å delta i mer risikable eller spenningssøkende aktiviteter (Shimmel et al., 2013). Foreldre med tøffe livserfaringer kan skape en mer beskyttende familiestruktur og mindre oppfordring til å delta i FA: “I have gone through very tough life experiences. So when one lives in a calm and safe environment, these flash-back visions from the war appear. Therefore I am very scared about him going out, I am afraid that something could happen to him.” (Lauruschkus et al., 2017, s. 774). Foreldre opplever at når voksenpersoner som jobber med barnet deres ikke er kompetente og interessert i å tilegne seg kunnskap, hindrer dette barnet i å delta i FA (Lauruschkus et al., 2017).

4.2.2.6 Foreldres frykt for skade

Shimmel et al. (2013) og Verschuren et al. (2012) trekker frem at foreldrenes frykt for skade kan være en barriere for deltakelse. I studien til Shimmel et al (2013, s. 413) står det: “(...) some parents and youth were concerned that certain activities might have a negative impact on their body structure or function, such as forcing their body into what was perceived to be a potentially damaging position by sitting in a sledge”. I Verschuren et al (2012) kommer det frem at noen foreldre er bevisste på at deres barn er sårbare for skader, og at dette hindrer deltakelse i FA.

4.3 Presentasjon av resultatene

Under (Tabell 2 og tabell 3) presenteres resultatene skjematisk, fordelt på fasilitatorer og barrierer. Tabellene viser hvilke studier som aktualiserte de ulike tolkningene vi har kommet frem til gjennom det systematiske analysearbeidet vårt:

Tabell 2, Fasilitatorer for FA:

Lauruschkus et	Lauruschkus et	Shimmel et al.,	Verschuren et	Morris et al.,	Vår tolkning av funn fra
----------------	----------------	-----------------	---------------	----------------	--------------------------

al., 2015	al., 2017	2013	al., 2012	2019	de inkluderte studiene:
X		X		X	Aktiviteten oppleves som morsom og gir indre motivasjon
X		X		X	Utfordringer og konkurranse i FA som gir mestringserfaring
			X	X	Tilpasning av aktiviteten
X	X			X	Tilhørighet og sosialt samspill
X	X	X	X	X	Foreldre og treneres hjelp og kompetanse
			X	X	Barnets positive innstilling

Tabell 3, barrierer for FA:

Lauruschkus et al., 2015	Lauruschkus et al., 2017	Shimmel et al., 2013	Verschuren et al., 2012	Morris et al., 2019	Vår tolkning av funn fra de inkluderte studiene:
		X	X	X	Konkurranser og utfordringer som gir opplevelse av å ikke mestre
X	X	X			Plager knyttet til fysisk funksjonsnedsettelse
X	X	X	X	X	Opplevelse av at aktiviteten er lite tilgjengelig
X		X	X		Utenforskap og mobbing grunnet redusert funksjonsevne
X	X		X		Mangel på foreldre og treneres hjelp og kompetanse
		X	X		Foreldres frykt for skade

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Overførbarhet

Overførbarhet handler om metasyntesens relevans og gyldighet (Drageset & Ellingsen, 2011) utover studiens egen kontekst (Malterud, 2017), både med tanke på utvalget og situasjonen (Drageset & Ellingsen, 2011). I kvalitativ forskning er det viktig å vurdere troverdigheten, som er det overordnede begrepet som brukes for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2011).

Gyldighet handler om om man har undersøkt det som var meningen å undersøke med studien (Drageset & Ellingsen, 2011). Her er det avgjørende å være bevisst sin egen kompetanse og perspektiv (Drageset & Ellingsen, 2011), da dette har mye å si for hvordan man tolker og utvelger data. Derfor har vi vært transparente ved å redegjøre for vår forforståelse og hvordan vi har jobbet med oppgaven.

Pålitelighet dreier seg om nøyaktighet i forskningen (Drageset & Ellingsen, 2011), om vi kan stole på resultatene. I kapittel 3.5 vurderte vi den metodiske kvaliteten til de inkluderte studiene, hvor vi vurderte at kvaliteten gjennomgående var god for alle studiene, noe vi mener styrker påliteligheten til resultatene. Primærstudiene har også brukt flere sitater fra deltakerne, noe vi mener styrker påliteligheten til primærstudiene, og dermed vår oppgave, ved at deltakernes stemme kommer tydelig frem.

Overførbarhet handler om funnene er gyldige utover det aktuelle utvalget og den aktuelle konteksten (Drageset & Ellingsen, 2011). Flere av fasilitatorene og barrierene var gjennomgående på tvers av studiene, til tross for at alder, funksjonsnivå og landet deltakerne bor i varierte. Dette kan tyde på at flere av resultatene kan være relevante for mange barn og unge med CP, selv om konteksten varierer noe. Vi fant likevel flere fasilitatorer og barrierer som var motsigende i forhold til hverandre. For eksempel var utfordrende aktiviteter og konkurranser en kilde til mestring, og en fasilitator for noen, mens andre opplevde at konkurranser og utfordringer kunne

føre til en opplevelse av manglende mestring og være en barriere. Dette viser at selv om flere fasilitatorer og barrierer går igjen på tvers av studiene, er det viktig å kartlegge behovene til de unge individuelt.

Deltakerne i de inkluderte studiene var både barn/unge og foresatte. Alderen på de unge var 7-21 år, noe som er et relativt stort aldersspenn. Samlet var det 69 unge og 79 foresatte som deltok i studiene. Samling av studier i en metastudie gir et bredere grunnlag for å understøtte eventuelle funn (Svartdal, 2017) og vil derfor styrke troverdigheten. Tre av primærstudier inkluderte unge med GMFCS-nivå I-V, en av studiene inkluderte I-III, mens en studie kun inkluderte de som kunne gå uten hjelpemiddel. Den største delen av de unge som deltok i studien tilhørte GMFCS-nivå I-III. Dette tenker vi at reduserer overførbareheten til unge med GMFCS-nivå IV-V noe. Vi tenker allikevel at flere av fasilitatorene og barrierene er generelle og vil kunne gjelde for unge på alle GMFCS-nivåene.

Helsedirektoratet har i sin litteraturgjennomgang presentert flere determinanter for FA blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2008). Vi ser at flere av disse kan underbygge resultatene fra vår oppgave og dermed styrke resultatenes troverdighet og overførbarehet. Helsedirektoratet fant blant annet at tilgang til anlegg, fysiske muligheter og tilbud hadde en positiv relasjon til FA nivå blant barn i alderen 4-12 år, og at muligheter til å være aktiv hadde en positiv relasjon til FA nivå blant barn i alderen 13-18 år (Helsedirektoratet, 2008, s.12). Dette tenker vi kan være med å styrke troverdigheten til vårt resultat at om at opplevelse av at aktiviteten var lite tilgjengelig var en barriere for deltakelse i FA. De fant også at direkte hjelp fra foreldre vedrørende FA var positivt relatert til FA nivå blant barn i alderen 13-18 år (Helsedirektoratet, 2008, s.13), noe som kan underbygge troverdigheten til vårt funn om at foreldre og treneres hjelp og kompetanse kan fasilitere deltakelse i FA.

Studien til Morris et al (2019) inkluderte kun deltakere som allerede var fysisk aktive, noe som kan redusere overførbareheten til personer som ikke er aktive fra før. Denne studien besto likevel kun av fem av de totalt 69 unge som er inkludert i denne oppgaven. Tre av studiene ekskluderte de unge som kunne ha vanskelig for å besvare spørsmål grunnet redusert kognitiv funksjon, mens Lauruskus et al (2015) og Lauruskus et al (2017) inkluderte alle uansett kognitiv

funksjonsnivå. Resultatene fra disse studiene sier oss dermed mer om fasilitatorer og barrierer for FA blant de unge med liten grad av kognitiv funksjonsnedsettelse. Dette må man ta i betraktning om man vurderer å bruke resultatene fra vår oppgave i praksis.

5.1.2 Vurdering av metodologisk kvalitet

Hvordan kunnskap innhentes og håndteres avgjør om den holder vitenskapelig mål (Jamtvedt et al., 2015, s. 155). Det er likevel satt spørsmål ved om man kan utvikle sjekklister for vurdering av kvalitative studier fordi kvalitativ forskning i utgangspunktet ikke standardiseres, men utvikles i den aktuelle situasjonen (Jamtvedt et al., 2015, s.155). Man tenker allikevel at sjekklister kan gi grunnregler for kritisk vurdering (Jamtvedt et al., 2015, s.155), og vi har derfor benyttet oss av en sjekklister for å vurdere kvaliteten på inkluderte studier. Vi valgte å bruke Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket.no, 2016).

Da vi vurderte studienes kvalitet fant vi at alle studiene hadde klart formulerte mål, ble best besvart med kvalitativ metode og hadde en hensiktsmessig utforming. De største svakhetene i den metodologiske kvaliteten finner vi i tilknytning til diskusjon av bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av studien, og hvordan de har sikret de etiske hensynene. Kun Lauruschkus et al (2015), Lauruschkus et al (2017) og Morris et al (2019) skriver direkte om bakgrunnsforhold som kan ha påvirket studien, men ingen av disse diskuterer eller utdyper dette temaet. I Shimmel et al (2013) og Verschuren et al (2012) nevnes ikke dette direkte. De etiske forholdene er delvis vurdert i alle studiene ved at de alle er blitt vurdert i en etisk komitè, men utover dette utdypes dette punktet i liten grad. Dermed får vi ikke innblikk i hvordan forskerne mener at dette kan ha påvirket studiene. På bakgrunn av resultatene fra sjekklister og lesing av artiklene i fulltekst har vi likevel vurdert at alle studiene har tilstrekkelig god metodologisk kvalitet til å inkluderes i vår oppgave.

5.1.3 Etiske aspekter

Når man utfører en kvalitativ metasyntese har man ikke direkte kontakt med informantene, og en slik forskningsmetode innebærer lite risiko med tanke på etiske aspekter (Malterud, 2017). Når

man skal vurdere de etiske aspektene i et slikt design må man derfor vurdere kvaliteten på de enkelte primærstudiene (Malterud, 2017). Alle primærstudiene er vurdert av en etisk komite. Forfatterne har derimot ikke gått inn på hvordan de har gjort de etiske vurderingene.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet diskuterer vi resultatene fra oppgaven i lys av den biopsykososiale modellen og ICF, og selvbestemmelsesteorien. Vi ønsker med dette å se på resultatene fra ulike perspektiver og bidra til å forstå hvordan vi kan bruke resultatene vi har kommet frem til i vårt arbeid som fysioterapeuter.

5.2.1 Biopsykososial modell og Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse

ICF er organisert med to hoveddeler (WHO, 2013, s. 4), og videre vil vi knytte vår diskusjon til disse. Den ene er “funksjon og funksjonshemming” og andre er “kontekstuelle faktorer” (WHO, 2013, s.4). ICF gir en helhetlig ramme for å se på brukerens behov og planlegge tiltak for å øke deltakelse i FA, og bygger på den biopsykososiale modellen (WHO, 2013, s.3). På grunn av rammene som er satt for denne oppgaven vil vi i hovedsak diskutere resultatene i lys av ICF og i mindre grad snakke om den biopsykososiale modellen direkte.

ICF kan brukes for å sikre en helhetlig tilnærming og bidrar til å se brukerens behov, utfordringer og styrker (WHO, 2013). Ved å relatere resultatene våre til ICF-modellen, og komme med noen utdypende eksempler, ønsker vi å illustrere hvordan fasilitatorer og barrierer både omhandler den enkeltes funksjon og funksjonshemming, og kontekstuelle faktorer. På denne måten viser resultatene behovet for et helhetlig blikk på hva som kan påvirke om den unge velger å delta i FA eller ikke, og hvordan vi kan fremme deltakelse i FA. ICF er en helhetlig og dynamisk modell (WHO, 2013), og hvordan de ulike fasilitatorer og barrierer utspiller seg vil derfor være avhengig av den enkeltes funksjon og funksjonshemming og den konteksten de lever og utfolder seg i.

Gjennom å analysere resultatene fra studiene og tolke disse har vi kommet frem til seks fasilitatorer og seks barrierer for FA som barn og unge med CP og deres foreldre opplever. Vi ser at disse fasilitatorene og barrierene kan knyttes til både funksjon og funksjonshemming, og kontekstuelle faktorer i ICF-modellen. Noen av fasilitatorene og barrierene vi har kommet frem til er også sammensatte, og kan preges av forhold innen begge disse hoveddelene av ICF-modellen. Innen “funksjon og funksjonshemming” kan man plassere flere barrierer, som “plager knyttet til funksjonsnedsettelse”, “konkurranser og utfordringer som gir opplevelse av å ikke mestre” “utenforskap og mobbing”, og fasilitatorer som “aktiviteten er morsom og gir indre motivasjon”, “utfordringer og konkurranser i FA som gir mestringserfaring” og “tilhørighet og sosialt samspill”. Barrierer som kan knyttes til kontekstuelle faktorer er “opplevelse av at aktivitetene er lite tilgjengelige”, “mangel på foreldre og treners hjelp og kompetanse” og at “foreldres frykt for skade”. Fasilitatorer som kan knyttes til kontekstuelle faktorer er “barnets positive innstilling”, “tilpasning av aktiviteten” og “foreldre og treners hjelp og kompetanse”.

Alle de inkluderte primærstudiene tematiserte at manglende tilgjengelighet til aktiviteten var en barriere for å delta i FA. Noen deltakere var frustrerte over transportsystemer som ikke tillot de unge å krysse bygrensen og ga dem begrenset mulighet til å være spontane (Shimmel et al., 2013). Andre deltakere tar opp at de opplever at aktivitetene ikke tilbys nærme nok til at de har mulighet til å delta (Lauruschkus et al., 2015, Lauruschkus et al., 2017 & Verschuren et al., 2012). Dette viser hvordan fasilitatorer og barrierer kan preges av miljøfaktorer på samfunnsnivå, altså kontekstuelle faktorer, og belyser viktigheten av å se helheten i ungdommens livssituasjon. At aktiviteten i seg selv er morsom og gir indre motivasjon ble trukket frem som en fasilitator i tre av studiene (Lauruschkus et al., 2015, Shimmel et al., 2013 & Morris et al., 2019). Denne faktoren ligger nærmere individet, og handler om at den fysiske aktiviteten i seg selv gir glede og motivasjon, og inngår i funksjon og funksjonshemming i ICF modellen. Disse to eksemplene er ment å illustrere hvordan barrierene og fasilitatorene vi har funnet i denne oppgaven kan knyttes til ulike områder av de unges liv, og ICF-modellen.

Funksjonen til et individ på et gitt område, for eksempel i FA, reflekteres av en interaksjon mellom personens funksjon og funksjonshemming, og kontekstuelle faktorer (WHO, s.4). Dette vil si at de ulike delene i ICF-modellen kan påvirke hverandre, både innad i, og på tvers av de to

hoveddelene i ICF-modellen. Dette tenker vi stemmer godt med resultatene fra studiene, hvor vi ser at flere av fasilitatorene og barrierene henger sammen med hverandre. Et eksempel på dette vil være at barnets individuelle plager knyttet til funksjonsnedsettelsen vil påvirke hvilke tilpasninger som er nødvendig. I hvilken grad arenaen for FA og utstyr er tilpasset individet vil også kunne påvirke i hvilken grad den unges funksjonsnedsettelse vil være en barriere for å delta i FA. Dette illustreres godt i en av studiene hvor de skriver at barnets fysiske karakteristikk ble en barriere for FA på grunn av idrettens manglende evne til å tilpasse seg individuelle forskjeller (Vershuren et al., 2012).

Vi mener at ved å relatere fasilitatorene og barrierene til ICF-modellen blir det tydelig at de påvirker og påvirkes av et samspill av barnets funksjon og funksjonshemming, og kontekstuelle faktorer. Det understreker viktigheten av et helhetlig blick på hva som kreves for å fremme FA, samtidig som det tydeliggjør at flere fasilitatorer og barrierer kan påvirkes av hverandre, og må sees i sammenheng.

5.2.2 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien tar utgangspunkt i at mennesker har tre grunnleggende psykologiske behov som må tilfredsstilles for at en skal oppleve indre motivasjon for å delta i FA; kompetanse, tilhørighet og autonomi (Demmelmaier, 2018, s.361). Indre motivasjon anses i selvbestemmelsesteorien som den sterkeste formen for motivasjon, og er derfor ønskelig å fremme (Demmelmaier, 2018).

Denne teorien vektlegger altså at trenere, foreldre og venner bør være autonomistøttende ved å gi den unge innflytelse og valg, slik at man tilfredsstillter de unges behov for medbestemmelse, mestring og opplevelse av å bli sosialt inkludert. Dette vil øke graden av indre motivasjon og gi økt deltakelse i FA (Ommundsen & Haugen, 2018, s.328).

For de unge var opplevelse av en aktivitet som morsom og noe som gir glede, altså indre motivasjon, en fasilitator for FA. Ifølge selvbestemmelsesteorien kan det være fordi de tre psykologiske behovene i stor grad er tilfredsstilt (Demmelmaier, 2018, s. 361).

Lauruschkus et al. (2015), Shimmel et al. (2013) og Morris et al. (2019) trakk frem at utfordringer og konkurranse kunne gi mestringserfaring og være en fasilitator for FA, noe vi tenker kan gi en opplevelse av kompetanse i aktiviteten. Shimmel et al. (2013), Verschuren et al. (2012) og Morris et al. (2019) fant også at konkurranser og for store utfordringer kan gjøre at den unge føler på manglende mestring, og at dette var en barriere for deltakelse i FA. At erfaring av å mestre er en fasilitator og manglende mestring er en barriere kan være et uttrykk for at det å tilfredsstille kompetansebehovet er viktig for de unges motivasjon. Verschuren et al. (2012) og Morris et al. (2019) trekker frem at tilpasning av aktiviteten er en fasilitator for FA. I lys av selvbestemmelsesteorien kan dette handle om at tilpasning kan være med på å fremme kompetansefølelse hos de unge, for eksempel ved hjelp av mindre grupper slik at den enkelte kan få individuell veiledning.

Laruschkus et al (2015), Lauruschkus et al. (2017), Shimmel et al. (2013) og Verschuren et al. (2012) trekker frem at plager knyttet til fysiske funksjonsnedsettelse er en barriere. Vi tenker at dette også påvirker opplevelsen av kompetanse, da smerter, fatigue og redusert funksjon kan stå i veien for å utvikle de ferdighetene man behøver for å mestre aktiviteten. Det kan også føre til at de presterer dårligere enn funksjonsfriske barn rundt seg. Vi tenker at dette viser viktigheten av en tverrfagelig tilnærming for å redusere smerter og plager, og tilpasse aktiviteten på en måte som gir mestring på tross av plagene.

Det andre grunnleggende psykologiske behovet er tilhørighet (Demmelmaier, 2018, s. 361). De unge oppga følelsen av tilhørighet som en fasilitator for deltakelse i FA. Å føle på utenforskap og mobbing ble oppgitt som en barriere. Dette underbygger viktigheten av å tilfredsstille behovet for tilhørighet. Dette viser at det er viktig å både sette inn tiltak for å forebygge mobbing i fysiske aktiviteter for barn, og at vi som fysioterapeuter må kartlegge også hvordan det sosiale aspektet ved aktivitetene oppleves for det enkelte barnet.

Det tredje psykologiske behovet er autonomi (Demmelmaier, 2018, s.361). En av barrierene vi kom frem til i oppgaven var foreldrenes frykt for at den unge skulle skade seg ved deltakelse i FA. Vi tenker at dette kan svekke den unges autonomi ved å ta valgmuligheter fra den unge, og redusere deres motivasjonskvalitet for å delta i FA.

Foreldre og treners hjelp og kompetanse er en fasilitator, og i Lauruschkus et al (2015) opplever de unge at de kan delta i aktiviteter dersom de får hjelp til det. I lys av selvbestemmelsesteorien kan dette handle om at de unge får flere valg ved at ressurspersoner tilrettelegger for at de unge kan delta i de aktivitetene de ønsker, eller la de unge påvirke aktiviteten, og gi økt autonomi.

Tilpasning av aktiviteten var en fasilitator for deltakelse, hvor blant annet individualisering gjennom mindre grupper trekkes frem (Verschuren et al. 2012). Dette kan handle om at individualisering gir bedre mulighet for medbestemmelse, noe som vil øke tilfredsstillelsen av behovet for autonomi. Vi fant at manglende tilgjengelighet var en barriere for å delta i FA hvor de unge i studien til Lauruschkus et al (2015) forteller at de visste hvilke aktiviteter de ønsket å delta i, men at disse aktivitetene ikke var tilgjengelige for dem. Selvbestemmelsesteorien sier at autonomi i denne sammenhengen handler om medbestemmelse, innflytelse og valg (Ommundsen & Haugen, 2018, s.328). Dersom aktivitetene ikke er tilgjengelige for barnet, eller valgmulighetene er svært få, vil de unge i mindre grad oppleve autonomi. Vi fant også at foreldrenes frykt for at barnet skulle skade seg var en barriere. Dette kan være med å redusere valgmulighetene til barnet og dermed redusere deres autonomi.

5.3 Klinisk relevans og samfunnspektiv

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi kommet frem til seks fasilitatorer og seks barrierer som barn og unge med CP opplever i forbindelse med FA. Disse fasilitatorene og barrierene knytter seg til ulike områder av de unges liv, fra biologiske og psykologiske trekk ved individet til faktorer på samfunnsnivå, hvor de ulike fasilitatorene og barrierene vil ha behov for ulik tilnærming. Resultatene fra oppgaven viser også kompleksiteten i det å tilrettelegge for FA da vi fant at enkelte faktorer kan påvirke barna ulikt avhengig av deres individuelle preferanser og kontekst. Dette er for eksempel tilfellet med konkurranse-aspektet ved idrett og FA, hvor noen opplevde konkurranser og utfordringer som en arena for å utfordre seg og oppleve mestring, mens andre foretrekker aktiviteter i små grupper hvor de kan være aktive i sitt eget tempo.

Vi mener at resultatene fra denne oppgaven kan bidra til å belyse hvilke fasilitatorer og barrierer ved de unges liv vi bør være oppmerksomme på når vi ønsker å tilrettelegge for økt FA. Oppgaven belyser også hvor individuelt de ulike faktorene kan påvirke de unge med CP, og understreker dermed viktigheten av å inkludere den unge i prosessen. Det er dog viktig å poengtere at vi ikke mener at tilretteleggingen bør begrenses til kun disse faktorene, da vår oppgave har klare begrensninger. Som fysioterapeut ønsker man også å ha en forståelse av den sosiale sammenhengen de unge befinner seg i og hva diagnosen innebærer for den som har problemet, og erfaringer de gjør (Jamtvedt et al., 2015, s. 153). Vi tenker at denne oppgaven kan bidra til å belyse hva en fysisk funksjonsnedsettelse som CP kan innebære knyttet til FA.

Resultatene våre viser at tilpasning av aktiviteten gjennom nødvendig utstyr og mindre grupper opplevdes som en fasilitator for deltakelse (Verschuren et al., 2012), og dermed viktigheten av tilpasning og fleksibiliteten til aktivitetstilbudet. Vi fant også at det er en barriere når deltakerne opplever at aktivitetene er lite tilgjengelige. Dette er knyttet til blant annet at tilbudene er få, og langt unna (Lauruschkus et al., 2015, Lauruschkus et al., 2017), samt at transporttilbudet ofte er lite fleksibelt og hindrer de unge i å krysse by-grensen (Lauruschkus et al., 2017, Shimmel et al., 2013). Disse resultatene viser hvor viktig utforming av tilbud, transportløsninger og samfunnet er for deltakelsen til unge med CP i FA. Oppgaven viser dermed betydningen av politiske føringer og strukturen i samfunnet.

6.Konklusjon

I denne oppgaven har i prøvd å finne svaret på vår problemstilling, “hvilke fasilitatorer og barrierer opplever barn og unge med cerebral parese i forbindelse med fysisk aktivitet?” For å besvare problemstillingen har vi skrevet en tilpasset kvalitativ metasyntese. Vi gjorde systematiske litteratursøk og inkluderte fem primærstudier som vi analyserte og tolket ved bruk av metoden metaetnografi (Malterud, 2017). Gjennom det systematiske analysearbeidet kom vi frem til seks fasilitatorer og seks barrierer som barn og unge med CP opplever i forbindelse med FA. Fasilitatorene vi kom frem til var “aktiviteten oppleves som morsom og gir indre motivasjon”, “utfordringer og konkurranser i FA som gir mestringserfaring”, “tilpasning av aktiviteten”, “tilhørighet og sosialt samspill”, “foreldre og treneres hjelp og kompetanse” og

“barnets positive innstilling”. Barrierene vi kom frem til var “konkurranser og utfordringer som gir opplevelse av å ikke mestre”, “plager knyttet til fysisk funksjonsnedsettelse”, “opplevelse av at aktiviteten er lite tilgjengelig”, “utenforskap og mobbing grunnet redusert funksjonsevne”, “mangel på foreldre og treneres hjelp og kompetanse” og “foreldres frykt for skade”.

Resultatene vi har kommet frem til kan gi et grunnlag for å si noe om hvilke fasilitatorer og barrierer vi bør være oppmerksomme på når vi ønsker å fremme FA blant barn og unge med CP. Om noe oppleves som en fasilitatorene eller barrierene kan variere fra person til person slik at tilnærmingen allikevel må være individuell og tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Vi har diskutert resultatene i lys av ICF-modellen og selvbestemmelsesteorien som har belyst viktigheten av å se helheten i de unges situasjon, både i et individuelt perspektiv, for eksempel knyttet til barnets funksjon, sosiale samspill og ressurspersoner, og et samfunnsperspektiv, som tilpasning av arenaer for FA og transporttilbud.

7. Referanseliste

- Anderssen S. A. & Ekelund U. (2018) Anbefalinger for fysisk aktivitet. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (red), *Fysisk aktivitet og helse, Fraa begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s.55-61) Oslo: Cappelen Damm AS
- Aveyard, H. (2010) *Doing A Literature Review In Health And Social Care : A Practical Guide*, McGraw-Hill Education, 2010. *ProQuest Ebook Central*, <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.oslomet.no/lib/hioa/detail.action?docID=771406>.
- Braut, G. S. (2020). Helse. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <http://sml.snl.no/helse>
- Brunton, L. K., & Bartlett, D. J. (2010). Description of exercise participation of adolescents with cerebral palsy across a 4-year period. *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 22(2), 180–187. <https://doi.org/10.1097/PEP.0b013e3181db8aaa>
- Davis, E., Reddihough, D., Murphy, N., Epstein, A., Reid, S. M., Whitehouse, A., Williams, K., Leonard, H., & Downs, J. (2017). Exploring quality of life of children with cerebral palsy and intellectual disability: What are the important domains of life? *Child: Care, Health and Development*, 43(6), 854–860. <https://doi.org/10.1111/cch.12501>

- Demmelmaier I. (2018) Atferdsendring knyttet til fysisk aktivitet. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (red), *Fysisk aktivitet og helse, Fraa begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 350-372) Oslo: Cappelen Damm AS
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>
- Folkehelseinstituttet (2014) *Cerebral parese (CP)*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykisk-helse-barn-unge/cerebral-parese/>
- Folkehelseinstituttet (2018) *Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Helsenorge (17.november 2020) *Cerebral parese hos barn og ungdom*. Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/cerebral-parese-barn-og-ungdom/>
- Helsenorge (23. Mai, 2017) *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/>
- Helsebiblioteket (3.Juni 2016) *Kvalitativ studie*. Hentet fra: [/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste)
- Helsedirektoratet (5. Mai 2008) *Tiltak for økt fysisk aktivitet blant barn og ungdom*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-okt-fysisk-aktivitet-blant-barn-og-ungdom/Tiltak%20for%20%C3%B8kt%20fysisk%20aktivitet%20blant%20barn%20og%20ungdom%20%E2%80%93%20en%20systematisk%20litteraturgjennomgang.pdf> /attachment/inline/0f52ecc6-3738-419e-b597-c44e02f7024c:900d35f4a9157dd4ec0de4392e6d783f508aea84/Tiltak%20for%20%C3%B8kt%20fysisk%20aktivitet%20blant%20barn%20og%20ungdom%20%E2%80%93%20en%20systematisk%20litteraturgjennomgang.pdf
- Henriksson J. & Sundberg C. J. (2015) *Generelle effekter av fysisk aktivitet*. I Bahr R (red), *Aktivitetshåndboken* (s.8-36) Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf> /attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-

[ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf)

- Jahnsen R. (u.å) Alvorlighetsgrad og klassifiseringsverktøy. Hentet fra:
<https://www.cp.no/om-cerebral-parese/ulike-alvorlighetsgrader/>
- Jamtvedt G., Hagen K. B. & Bjørndal A. (2015) *Kunnskapsbasert fysioterapi, Metoder og arbeidsmåter* (2.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Jansson E. & Anderssen S. A. (2015) Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I Bahr R (red), *Aktivitetshåndboken* (s.37-44) Helsedirektoratet. Hentet fra
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/> /attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf
- Kolle E. & Grydeland M. (2018) Begrepsavklaringer. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (red), *Fysisk aktivitet og helse, Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 40-52) Oslo: Cappelen Damm AS
- Larsen B. (2015) Bakgrunn. I Bahr R (red), *Aktivitetshåndboken* (s.3-4) Helsedirektoratet. Hentet fra
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/> /attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf
- Lauruschkus K., Nordmark E. & Hallstöm I. (2015) “It’s fun, but...” Children with cerebral palsy and their experiences of participation in physical activities, *Disability and Rehabilitation*, 37 (4) 283-289, DOI: 10.3109/09638288.2014.915348
- Lauruschkus K., Nordmark E. & Hallström I. (2017) Parents’ experiences of participation in physical activities for children with cerebral palsy – protecting and pushing towards

- independence, *Disability and Rehabilitation*, 39(8) 771-778, DOI: 10.3109/09638288.2016.1161841
- Malt, U. (August 2019). Biopsykososial modell. Hentet fra: http://sml.snl.no/biopsykososial_modell
 - Malterud K. (2017) *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
 - Martinsen E. W. (2018) Fysisk aktivitet og psykiske lidelser. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (red), *Fysisk aktivitet og helse, Fraa begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 245-264) Oslo: Cappelen Damm AS
 - Maher, C. A., Toohey, M., & Ferguson, M. (2016). Physical activity predicts quality of life and happiness in children and adolescents with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 38(9), 865–869. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1066450>
 - Morris A., Imms C., Kerr C. & Adair B. (2019) Sustained participation in community-based physical activity by adolescents with cerebral palsy: a qualitative study, *Disability and Rehabilitation*, 41(25), 3043-3051, DOI: 10.1080/09638288.2018.1486466
 - Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, T. P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
 - Norsk barnelegeforening (2017) Cerebral parese. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144647&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5973>
 - Ommundsen Y. & Haugen T. (2018) Hva påvirker barn, ungdom og voksnes fysiske aktivitet? I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (red), *Fysisk aktivitet og helse, Fraa begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 321-347) Oslo: Cappelen Damm AS
 - Oxford Lexico (2021). Barrier. Hentet fra: <https://www.lexico.com/definition/barrier>
 - Oxford Lexico (2021) Facilitator. Hentet fra: <https://www.lexico.com/definition/facilitator>
 - Sander. K. (2020). Selvbestemmelsesteorien. Hentet fra: <https://estudie.no/selvbestemmelsesteorien/>
 - Shimmell L. J, Gorter J. W., Jackson D., Wright M. & Galuppi B. (2013) “It’s the Participation that Motivates Him”: Physical Activity Experiences of Youth with Cerebral

- Palsy and Their Parents, *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 33(4), 405-420, DOI: 10.3109/01942638.2013.791916
- Schwandt, T. (2007). The SAGE Dictionary of Qualitative Inquiry. Hentet fra: <https://doi.org/10.4135/9781412986281>
 - Svartdal, F. (2017) Metaanalyse. Hentet fra: <https://snl.no/metaanalyse>
 - Stamland, O. (2020). Trening, helse og litt miljø... *Fysioterapeuten* <https://fysioterapeuten.no/stamland/trening-helse-og-litt-miljo/120682> → [Bruker vi denne referansen?](#)
 - Verscuren O., Wiart L., Hermans D. & Ketelaar M. (2012) Identification of Facilitators and Barriers to Physical Activity in Children and Adolescents with Cerebral Palsy. *The Journal of Pediatrics*, 161(3) 488-494. DOI: 10.1016/j.jpeds.2012.02.042
 - Verschuren O., Peterson M. D., Balemans, A. C. J., & Hurvitz, E. A. (2016). Exercise and Physical Activity Recommendations for People with Cerebral Palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 58(8), 798–808. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13053>
 - Waltersson, L., & Rodby-Bousquet, E. (2017). Physical Activity in Adolescents and Young Adults with Cerebral Palsy. *BioMed Research International*, 2017, 8080473. <https://doi.org/10.1155/2017/8080473>
 - World Health Organization (2013) *A practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Hentet fra: <https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>
 - World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Hentet fra: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>
 - Zahl, T., Steinsbekk, S., & Wichstrøm, L. (2017). Physical Activity, Sedentary Behavior, and Symptoms of Major Depression in Middle Childhood. *Pediatrics*, 139(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1711>