



LUNDS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

Self-Efficacy och rehabilitering, med en touch av målsättning

Emilia Andersson
Jennie Linnell

Kandidatuppsats ht 2012

Handledare: Sofia Bunke

Abstract

Tidigare forskning har framhävt vikten av "self-efficacy" vid rehabilitering. Vilka faktorer som påverkar upplevd "self-efficacy" under rehabilitering är situationsspecifikt. Då elitidrottare och motionärens förutsättningar inför en rehabiliteringsprocess har visat skilja sig åt, är även de faktorer som avgör "self-efficacy" olika för de båda grupperna. Syftet med studien var att studera skillnader i "self-efficacy" mellan tre olika grupper: elitidrottare och motionärer, individer som haft en liknande skada tidigare eller ej och individer som arbetat med en målsättningsplan eller ej. Studien ville även studera skillnader i hur elitidrottare och motionärer arbetade med en eventuell målsättningsplan. Deltagarna mättes på "General Sport Self-Efficacy Scale", samt svarade på om och hur de arbetat med en målsättningsplan. Det framkom inga signifikanta resultat vad gällde skillnad i "self-efficacy" mellan elitidrottare och motionärer, de individer som genomgått en liknande skada tidigare eller ej och mellan de som arbetat med en målsättningsplan jämfört med de som inte gjorde det. Det framkom skillnader i hur elitidrottare och motionärer arbetade med målsättningsplaner. I diskussionen framhävs hur faktorerna till "self-efficacy" kan ha påverkat grupperna olika, men fortfarande gett liknande nivå av "self-efficacy". Även hur skillnader i arbetet med målsättningsplanen kan ha påverkat rehabiliteringen för de två grupperna och lett till olika förutsättningar i processen.

Sökord: Self-efficacy, rehabilitering, målsättning, elitidrottare, motionär, idrottsskador

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Syfte.....	7
Metod.....	8
Undersökningsgrupp.....	8
Material.....	9
Procedur.....	9
Resultat.....	10
Analys av öppen fråga.....	10
Diskussion.....	11
Metoddiskussion.....	15
Förslag till fortsatta studier.....	17
Referenser.....	18

Inledning

De flesta av oss har någon gång varit skadade, mer eller mindre allvarligt, med mer eller mindre tidskrävande rehabilitering. Denna rehabiliteringsprocess är kostsam för samhället och det bör därför vara av stort intresse att den fungerar så bra som möjligt (Taylor & May, 1996). Idag får många hjälp utav en sjukgymnast i detta arbete, som lägger upp en process och träningsplan individen bör följa. Men när vi blir skadade finns det väldigt många psykologiska aspekter i situationen som påverkar vårt beteende. Dessa psykologiska delar påverkar i sin tur vår rehabilitering och träning. Inom detta område är begreppet ”self-efficacy” centralt och bör därför tas i betraktning när det rör en persons rehabiliteringsprocess. ”Self-efficacy” är en del av socialkognitiv teori som betonar vikten av att förstå samspelet mellan individen och den sociala miljön för att förklara ett visst beteende. ”Self-efficacy” beskriver en individs tilltro till sin egen förmåga i en viss situation, ett situationsspecifikt självförtroende (Bandura, 1997). Begreppet utgör en stor del av den socialkognitiva teorin då självförtroendet utvecklas genom flera olika individuella och externa faktorer. Har individen ett situationsspecifikt självförtroende som gör att denne tror sig ha det som krävs för att uppnå önskat resultat i en viss situation sägs individen ha en hög ”self-efficacy”. I den följande texten används det engelska uttrycket ”self-efficacy” när vi talar om det situationsspecifika självförtroendet. Det finns olika källor till ”self-efficacy”, dessa är: verbal förstärkning, egna erfarenheter, vikarierande förstärkning, fysiologiska reaktioner, emotionella respons och mentala föreställningar (Weinberg & Gould, 2011).

”Self-efficacy” är ett omtalat begrepp som relaterar till hälsosamt beteende då personer ställs inför uppgifter som kräver en tro på egen förmåga för att uppnå önskat resultat. Självförtroendet är situationsspecifikt och en individ kan därför ha olika nivåer av ”self-efficacy” beroende på uppgift. Det är ingenting som är konstant utan förändras hela tiden inom alla områden i livet. En stark ”self-efficacy” har i sin tur bevisats vara prestationsfrämjande i svåra och utmanande situationer. För att uppnå önskat resultat är det viktigt att individen i dessa sammanhang har en tro på egen förmåga och att denne besitter de kvalitéer som krävs. ”Self-efficacy” används inte när situationen anses lätt för individen, men spelar en stor roll när personen möter en uppgift med högre svårighetsgrad. Vid en längre tids rehabilitering sätts det krav på den skadade som denne bör klara av för att komma igenom processen med önskat resultat. Dessa kan vara följsamhet till träningen, motivation och målsättning. För att klara detta behöver individen en tro på att denne har vad som krävs för att klara av situationen. Studier visar att personer med låg ”self-efficacy” har svårare att hantera krävande situationer då motivationen sänks, orealistiska målsättningar sätts och individen har

en tendens att ge upp. Däremot vid hög "self-efficacy" ser individen möjligheter istället för svårigheter, anstränger sig mer och sätter högre mål (Bandura, 1997). Bandura och Locke (2003) testade detta i en studie där de gav den ena gruppen en illusion av hög "self-efficacy" medan den andra gruppen med samma kognitiva förmåga fick en illusion av lägre "self-efficacy" precis innan en uppgift. De med högre "self-efficacy" satte högre mål, använde effektivare problemlösningstrategier och lyckades bättre med utförandet av sina uppgifter. På grund av självförtroendet inför uppgiften presterade den första gruppen bättre än den andra och hade en högre tro på sin egen förmåga. Denna teori har även studerats vid rehabiliteringsprocesser där individer med låg "self-efficacy" inte trodde att rehabiliteringen skulle leda till önskat resultat trots maximal ansträngning (Schmidt & DeShon, 2009).

Bandura (1997) nämnde i sina tidiga studier vilken betydelse egna erfarenheter hade för nivån av "self-efficacy" i en specifik situation. Det betyder att om individen lyckats i en tidigare situation och uppnått sina mål har denne högre "self-efficacy" om samma eller liknande utmaning uppstår igen. Då kan personen själv relatera till vad som krävs och om denne besitter dessa kvalitéer, den tidigare prestationen kan leda till ett bättre självförtroende. Om personen klarade av uppgifterna och målsättningen vid tidigare rehabilitering påverkar det den pågående processen (Bandura, 1997; Bandura & Locke, 2003; Schmidt & DeShon, 2009). Däremot ändrar sig situationerna i livet hela tiden och då även de faktorer som påverkar vår nivå av "self-efficacy". Därför finns det som tidigare nämnts flera källor som påverkar "self-efficacy" i en viss situation utöver våra tidigare erfarenheter. En av dessa, vikarierande förstärkning, innebär att personen ser en annan individ utföra en uppgift och sedan påverkar detta dennes "self-efficacy" nivå. Desto större likheter personen ser med individen eller situationen desto mer påverkas "self-efficacy" (Bandura, 1997).

Det finns olika typer av "self-efficacy" inom olika områden, inom träning talas det om uppgiftsinriktad "self-efficacy" och coping "self-efficacy". Uppgiftsinriktad "self-efficacy" syftar på individens tro på sig själv att klara av olika aspekter av en uppgift medan coping "self-efficacy" handlar om individens tro att klara av dessa aspekter under utmanande omständigheter. "Self-efficacy" i förhållande till att planera och schemalägga är en undergrupp till coping "self-efficacy" vilket bland annat påverkar träningen i vardagen (Rodgers, Hall, Blanchard, McAuley & Munroe, 2002). Enligt Wesch et al. (2012) har uppgiftsinriktad "self-efficacy" i rehabilitering visat sig vara kopplat till högre följsamhet till träningen och kvaliteten på uppgifterna i rehabiliteringsprocessen. En annan studie visade att uppgiftsinriktad "self-efficacy" hade ett samband med vilken kvalitet övningarna utfördes och att coping "self-efficacy" var den enda predikatoren vad gällde frekvensen med vilken

övningarna utfördes. Tillsammans förutsåg uppgiftsinriktad och coping ”self-efficacy” hur länge patienten utförde övningarna (Levy, Polman, Nicholls & Marchant, 2009).

”Self-efficacy” är starkt kopplat till motivation inom rehabilitering, bland annat Dodds (1989) menade att ”self-efficacy” hade en motiverande roll vad gällde rehabilitering då det fick individen att sträva efter att fortsätta att lyckas. ”Self-efficacy”, egen motivation och intention var utslagsgivande när det kom till klinisk rehabilitering, det vill säga rehabilitering som utfördes tillsammans med en sjukgymnast, men inte vad gällde rehabilitering som utfördes hemma. För denna typ av rehabilitering var det andra faktorer som också påverkade individens följsamhet till träningen, en av dessa var det sociala stödet (Levy, Polman & Clough, 2008). Brewer et al. (2003) visade att följsamhet till ett rehabiliteringsprogram hade en positiv relation till resultatet av rehabiliteringen. Därför är det viktigt med följsamhet för att en person ska klara av hela processen. Där har flera studier visat att följsamhet påverkas mycket av individens upplevda ”self-efficacy” och på så sätt hänger självförtroendet ihop med en bra prestation (Wesch et al., 2012; Levy et al., 2008). Då ”self-efficacy” handlar om tanken om ens förmågor och färdigheter påverkar det personers val av beteende och träning (Bandura, 1997). Enligt Evans och Hardy (2002) är de viktigaste komponenterna för att klara av en rehabiliteringsprocess hög tilltro kombinerat med hög ”self-efficacy” och att individen sätter ett högt värde på att rehabiliteringen ska lyckas. Förutom ”self-efficacy” påverkar även en individs reaktion på skadan följsamheten till rehabiliteringen (Walker, Thatcher & Lavellee, 2007). Här används begreppet kognitiv bedömning som beskriver processen genom vilka en individ möter stressfulla situationer och avgör hur dessa bör hanteras. För att kunna hantera en skada gäller det att ha rätt kognitiv bedömning då denna påverkar hela den emotionella delen av skadan samt hur individen väljer att handskas med situationen. På så sätt kan våra tankar och reaktioner på skadan och under rehabiliteringen påverka de beteendemässiga responserna såsom följsamhet till träning. Följsamheten som är viktig för ett önskat resultat av rehabiliteringen påverkas således av hur vi reagerar på skadan och individens ”self-efficacy” nivå. Denna relation mellan hög ”self-efficacy” och följsamhet i rehabilitering kan ha att göra med tidigare lyckad rehabilitering. Vilket vi kan se i bland annat Wesch’s et al. (2012) studie, där 69 % av deltagarna med hög ”self-efficacy” och följsamhet hade varit med om en eller flera lyckade rehabiliteringar tidigare. Skulle en person istället ha genomgått en rehabilitering tidigare som inte uppnått önskat resultat kan detta ha motsatt effekt. Människor tenderar att undvika situationer de inte tror att de klarar av utan behöver hög ”self-efficacy” för att ta sig an större utmaningar (Bandura, 1997). Om individen klarat av situationen tidigare sänks hotbilden och denne kan hantera saker som annars inte varit möjligt.

Som tidigare nämnts påverkar tidigare erfarenheter ”self-efficacy” i den nuvarande situationen, hög ”self-efficacy” vid första tillfället leder till högre engagemang i den aktuella situationen och kan leda till ökad prestation (Schmidt & DeShon, 2009). Tidigare erfarenheter har stor påverkan på nivån av ”self-efficacy” i en situation, men är inte det viktigaste. Bandura och Locke (2003) visade att trots tidigare erfarenheter av liknande situationer var det den upplevda ”self-efficacy” som var den bidragande faktorn med högst signifikansnivå vad gällde resultatet vid pågående rehabilitering. Med upplevd ”self-efficacy” menade de hur en person bedömde sin personliga kapacitet och styrka för nuvarande situation. Alltså är inte tidigare erfarenheter en självklar predikator för vilken nivå av ”self-efficacy” individen har i den nya situationen, det finns fler källor till ”self-efficacy”.

En av dessa är som nämnts de vikarierande förstärkningarna (Dodds, 1989; Bandura, 1997). En individ kan se någon annan klara av samma utmaning som man själv står inför och således höjs eller sänks ens egna ”self-efficacy”. Inom idrotten kan detta betyda en jämförelse med lagkamrater eller andra i omgivningen och en uppskattning av sin kapacitet utefter detta. Det kan vara fördelaktigt för individen då denne kan se andra klara av saker som personen själv ska igenom. Samtidigt höjs även förväntningarna från omgivningen då individen bör klara av uppgifter om andra gjort det tidigare. Dessa förväntningar kan vara negativa för rehabiliteringsprocessen och därför behövs realistiska förväntningar och målsättningar (Bandura, 1997; Thomeé et al., 2006; Schmidt & Deshon, 2009) De förväntade resultaten och ”self-efficacy” påverkar varandra och är viktiga delar av rehabiliteringen (Thomeé et al., 2006). De realistiska målen för rehabiliteringen gör att det kan skapas motivation att använda de vikarierande förstärkningarna på ett positivt sätt.

Målsättning är en av de viktigaste faktorerna inom ”self-efficacy” då det ger individen en möjlighet att hålla koll på sina framgångar och var i processen denne befinner sig. Individen har en intern jämförelse mellan önskad förmåga och nuvarande prestationsnivå. Är dessa likvärdiga är det mer troligt att individen fortsätter att jobba mot rehabiliteringsmålen tills de är uppnådda (Dodds, 1989). Här betonas återigen vikten av realistiska mål som går att följa och uppnå för att ”self-efficacy” nivån ska vara hög och inte sjunka. Det visar sig att individer med hög nivå av ”self-efficacy” är mer benägna att acceptera en svårare målsättning och förbli hängivna uppgiften (Schmidt & DeShon, 2009; Bandura, 1997; Evans & Hardy, 2002). Därför hänger begrepp som målsättning, prestation och ”self-efficacy” ihop och påverkar varandra. En undersökning visade att en försöksgrupp med skadade individer som arbetat med målsättning hade högre ”self-efficacy” samt prestation jämfört med kontrollgruppen utan målsättning (Evans & Hardy, 2002), vilket ger stöd för teorin om att

målsättning har en stor roll vid rehabilitering. Låg "self-efficacy" gör däremot att vi har svårare att hantera utmanande situationer, blir mindre motiverade och har sämre målsättning (Bandura, 1997). Målsättning är även en del av begreppet mental simulering som är viktigt i processen där "self-efficacy" skapas och vidhålls. Mental simulering handlar om uppfattningen om uppgiften som ska lösas och om individen kan se sig själv klara av situationen (Bandura, 1997). Det finns tre olika funktioner inom rehabilitering, kognitiv mental simulering används för att upprepa och öva in övningarna, motiverande mental simulering används för att sätta mål, kontrollera spänningsnivån och öka självförtroendet och slutligen helande mental simulering, vilket handlar om att föreställa sig den fysiologiska processen som kommer att ske under rehabilitering (Wesch et al., 2012). För att underlätta arbetet mot målet kan individen föreställa sig hur processen ser ut till ett lyckat resultat. I målsättningsarbetet har även de sjukgymnaster som är involverade i träningen ett stort ansvar, här talade Bandura (1997) om det verbala stödet och feedbackens roll. Att uppmana individer att de kan klara av uppgiften och informera om områden som individen har lite kunskap om kan öka förståelse och insikt.

Det framkom i Levy's et al. (2009) studie att fysiska, psykiska och miljömässiga faktorer spelade roll för följsamheten till rehabiliteringen. Hade individen en stöttande och motiverande omgivning hade speciellt de med lägre "self-efficacy" bättre chans att lyckas med rehabiliteringen. Detta kunde exempelvis vara att sjukgymnasten var närvarande och stöttade den skadade. För att förstå att det var möjligt att klara av rehabiliteringen var sjukgymnastens ansvar viktigt vad gällde att förklara rehabiliteringens effektivitet och ge feedback (Tayler & May, 1996). Det ligger ett stort ansvar hos sjukgymnasten att ge feedback och socialt stöd men även att attribuera rätt. Attributionsteorien fokuserar på hur individer attribuerar händelser och hur detta påverkar självbilden. Teorin innefattar tre delar, "locus of control", stabilitet och kontroll. Med "locus of control" menas huruvida individen anser att kontrollen av situationen beror på interna eller externa faktorer. Kontroll i samband med attribution handlar om att individen känner sig kunna kontrollera resultatet av en situation. Med stabilitet menas huruvida en orsak är statisk eller dynamisk, det vill säga att om en person alltid attribuerar ett misslyckande till uppgiftens svårighetsgrad kommer denne aldrig att lyckas med uppgiften (Heider, 1958). Sjukgymnasten bör attribuera framgångar till individens egna förmågor och insatser och misslyckanden till uppgiftens svårighetsgrad och andra externa faktorer, på så sätt kan individens tro på sig själv höjas. Om istället misslyckanden attribuerats till individens ansträngningar och oförmågor att utföra uppgiften kan detta leda till minskad "self-efficacy" (Dodds, 1989). Det handlar således för

sjukgymnasten om att ge den skadade en känsla av kontroll över sin rehabilitering. Feedbacken en person får påverkar både "self-efficacy" och behandlingens effektivitet vid rehabilitering (Brewer et al., 2003). Om sjukgymnasten sätter in tidiga kompetensorienterade interventioner har det visat sig förhindra förlusten av kompetens och öka känslan av kontroll, vilket är viktigt för en lyckad rehabilitering. Då en negativ syn på den egna kompetensen hindrade individen från att prova nya aktiviteter. De individer som ansåg att de hade kontroll över resultatet av ett handlande i sin rehabilitering var mer benägna och motiverade att agera och fortsätta med processen (Dodds, 1989). En ökad perception av kontroll över sin återhämtning visade sig minska individens smärtgrad, självrapporterade oförmågor och depression, denna effekt kunde även fås genom att öka individens "self-efficacy" (McArdle, 2010).

Det sociala stödets inverkan på rehabilitering påverkar många faktorer såsom de emotionella delarna (Tracey, 2003), följsamheten (Evans & Hardy, 2002), och "self-efficacy" (Bandura & Locke, 2003). "Self-efficacy" är en mediator mellan socialt stöd och hälsofrämjande beteende, exempelvis träning och fysisk aktivitet (Thomeé et al., 2006). De individer som upplevde både hög "self-efficacy" inför uppgiften och hade socialt stöd var de som lyckades bäst med sin rehabilitering. Det skall dock poängteras att socialt stöd inte kan fungera som enda predikatoren för ett lyckat resultat, individen är fortfarande beroende av att de själva tror på framgång. Forskning visade att med ett bra förhållande mellan socialt stöd och "self-efficacy" utförde de skadade träningarna och övningarna bättre (Duncan & McAuley, 1993).

Den emotionella reaktionen efter en skada påverkar följsamheten till rehabiliteringen (Thatcher & Lavellee, 2007). Det är ofta i början av rehabiliteringsprocessen de emotionella problemen kan uppstå. En viktig faktor visade sig vara att få individen att snabbt se framåt och tänka positivt (Tracey, 2003). Här har sjukgymnasten återigen ett stort ansvar då det är denne som besitter kunskapen och verktygen för att hjälpa individen genom rehabiliteringen. När det talas om den emotionella påfrestningen kan begreppet kognitiv bedömning användas. Som tidigare nämnts är det denna process som avgör hur en stressfull situation hanteras och det är viktigt att ha rätt bedömning för att kunna ta sig igenom de emotionella svårigheterna. Således att klara av att omvandla sorgen, rädslan och andra negativa emotioner till motivation för att ta sig tillbaka (Walker et al., 2007). Även "self-efficacy" nivån påverkar hur en individ känner för situationen, då en person med låg "self-efficacy" påverkas mer av sina negativa emotioner, så som rädsla. Detta kan vara ett hinder vid rehabilitering då emotionella responser och kognitiva processer vid en skada påverkar rehabiliteringstiden (Taylor & May, 1996).

Negativa emotionella responser uppstår främst vid skador som är plötsliga, oförutsägbara och förödande för den drabbade. Därför är det viktigt att på ett tidigt stadium arbeta med dessa känslor för att stödja och förstärka ”self-efficacy” (Thomeé et al., 2006).

Inom rehabilitering finns det skillnader mellan individer som idrottar på elitnivå gentemot motionärer. Den emotionella påverkan är en av dessa där elitidrottare negativa känslor skapade ett emotionellt trauma, vilket blev ett hinder de var tvungna att komma över för att fortsätta rehabiliteringen (Tracey, 2003). Detta kan bero på att elitidrottare som identifierar sig med sin idrott får större negativa psykologiska och humörmässiga konsekvenser av en skada jämfört med motionärer då de knyter idrotten till sin personlighet. Detta ger en starkare känsla av förlust vilket måste bearbetas i rehabiliteringsprocessen (McArdle, 2010). Enligt Levy et al. (2009) är följsamhet viktig hos patienter när det kommer till en lyckad rehabilitering och det visade sig att elitidrottare hade högre följsamhet inom just rehabilitering och träning. Grunderna till detta sades vara att elitidrottarna hade högre motivation och satte högre värde på att rehabiliteringen skulle lyckas. Elitidrottarna visade sig utföra rehabilitering med mer frekvens och kvalitet till skillnad från motionärer. Just därför behöver motionärer mer stöd när det kommer till deras självständiga arbete inom rehabiliteringen (Levy et al., 2009). Inom området med socialt stöd finns skillnader mellan elitidrottare och motionärer således att den första gruppen har ett behov att få stöd från sina lagkamrater. Genom dem håller individen kontakten med sporten under rehabiliteringen för att motarbeta känslan av att ha förlorat något som är en del av deras identitet. Det är även viktigt att känna att platsen i laget finns kvar (Tracey, 2003). Sett till de olika typerna av ”self-efficacy” i rehabilitering finns det ingen skillnad vad gäller coping ”self-efficacy”, däremot är det troligt att de skiljer sig åt vad gäller uppgiftsinriktad ”self-efficacy”. Motionärer visade högre uppgiftsinriktad ”self-efficacy” vad gällde rehabilitering tillsammans med sjukgymnasten men inte när det kom till utförandet av övningarna hemma (Levy et al., 2009).

Det finns många studier som beskriver sammanhanget mellan rehabilitering och ”self-efficacy”. Då tidigare forskning visar att elitidrottare och motionärer har olika förutsättningar i rehabilitering vore det intressant att se om dessa gruppers ”self-efficacy” nivå skiljer sig i processen.

Syfte

Syftet med studien är att jämföra skadade elitidrottare och motionärers upplevda ”self-efficacy” nivå under rehabilitering. Vidare att se om ”self-efficacy” nivån under rehabiliteringen skiljer sig beroende på om de skadade individerna haft en liknande skada

tidigare respektive arbetat med en målsättningsplan. Avslutningsvis undersöktes om och hur de skadade elitidrottarna och motionärerna använder sig av ett målsättningsarbete i förhållande till sin rehabilitering.

Baserat på tidigare forskning har studien utgått från fyra hypoteser. Första hypotesen är att elitidrottare har högre "self-efficacy" i rehabiliteringsprocessen jämfört med motionärer. Andra hypotesen är att de individer som tidigare haft en liknande skada har en högre "self-efficacy" nivå i rehabiliteringen. Tredje hypotesen är att de skadade individer som arbetar med en målsättningsplan upplever högre "self-efficacy" under rehabiliteringen. Sista hypotesen är att elitidrottare och motionärer arbetar olika med målsättningsplanen, men att båda anser den vara viktig i rehabiliteringsprocessen.

Metod

Undersökningsgrupp

Studien utformades utefter en tvärgruppsdesign. I denna deltog 44 personer, 28 elitidrottare (64 %) och 16 motionärer (36 %). Av dessa var 29 kvinnor (66 %) och 15 män (34 %), dock var en majoritet av elitidrottarna kvinnor medan motionärerna hade fler män som deltog. Medelåldern i undersökningen var 31,23 år. På civilstatus svarade 39 % singel, 23 % sambo, 29 % särbo och 4 % gift. Den ena gruppen i studien bestod av elithandbollsspelare som alla genomgick eller hade genomgått en längre tids rehabilitering. Inklusionskriterierna för denna grupp var att elitidrottaren vid rehabiliterings tidpunkten skulle vara aktiv i den högsta serien och att skadan skulle vara pågående eller uppstått inom de senaste tre åren. Rehabiliteringsförloppet skulle sträcka sig över tre månader eller mer och personen skulle befinna sig i åldersspannet 18-40 år. Åldersspannet baserades på den ålder där elithandbollsspelare är aktiva samt den ålder som använts vid tidigare studier inom "self-efficacy" och rehabilitering (Evans & Hardy, 2002; Levy et al., 2009). Även antal rehabiliteringsmånader bestämdes utefter ett flertal studier som använt sig av samma intervall i sin forskning (Duncan & McAuley, 1993; Levy et al., 2008; Levy et al., 2009). Den andra gruppen i studien bestod av patienter från olika vårdcentraler i Skåne och även dessa gavs kriterier som skulle uppfyllas. Dessa var, en ålder mellan 18 - 40 år, skadan skulle ha uppstått vid trauma (med eller utan kroppskontakt), rehabiliteringstid på minst 3 månader och att individen innan skadan följde riksidrottsförbundets riktlinjer om minst 30 minuter måttlig fysisk aktivitet fem dagar i veckan (Hämtat 18 oktober 2012 från Riksidrottsförbundet: http://www.rf.se/ImageVault/Images/id_14435/scope_0/ImageVaultHandler.aspx). Studien sökte individer som innan skadan varit fysiskt aktiva och strävade efter samma aktivitetsnivå

även efter rehabiliteringen. Alla deltagare i studien valdes ut genom bekvämlighetsurval, detta på grund av tillgången till elitidrottare och patienter vid vårdcentraler samt tidsperspektivet.

Material

I undersökningen användes ”General Sport Self-Efficacy Scale” (bilaga 1), denna delades ut till samtliga individer i båda grupperna. Den grundar sig på ”New general self-efficacy scale” som har hög validitet och reliabilitet när individers upplevda ”self-efficacy” mäts (Chen, Gully & Eden, 2001). Den har översatts av Urban Johnsson, professor vid Högskolan i Halmstad, som länge arbetat med psykologiska aspekter av idrottsskador. Enkäten som översattes till svenska var formulerad för att mäta fotbollsspelares ”self-efficacy” och därför ändrades frågorna till denna undersökning så att den istället mätte en rehabiliteringsprocess. Dock ändrades ingen av formuleringarna utan endast ordet "fotboll" till "rehabilitering". Efter dessa ändringar läste en sjukgymnast och en individ på elitnivå som i dagsläget är skadad igenom den nya versionen. Båda parterna tyckte att frågorna var relevanta och lätta att förstå. Enkäten bestod av 10 frågor som deltagarna besvarade individuellt och som mätte ”self-efficacy” nivå under rehabiliteringsprocessen samt en avslutade öppen fråga om målsättningsarbetet i individens rehabilitering. Deltagarna kunde på frågorna om ”self-efficacy” välja svarsalternativ på en skala från 1 till 4 vad som bäst passade in på dem själva (1 = Tar helt avstånd, 2 = Tar delvis avstånd, 3 = Instämmer delvis, 4 = Instämmer helt).

Procedur

Enkäten delades ut till varje individ vid ett tillfälle och besvarades självständigt. Hälften av enkäterna till elithandbollsspelarna skickades per post till en kontaktperson som fick information om studien, de andra lämnades personligen ut av undersökningsledarna. För att få svar från motionärer skickades brev (bilaga 2) med instruktioner och de kriterier som fanns för deltagande ut till sjukgymnaster på vårdcentraler. Dessa brev samt enkäterna delades ut till en kontaktperson på varje enhet som fick tydliga riktlinjer att följa. Därefter delade sjukgymnasterna ut enkäterna till de patienter som uppfyllde kriterierna. Samtliga enkäter fylldes i anonymt.

I enkätens öppna fråga svarade undersökningsgruppen med egna ord hur målsättningsplanen hade sett ut i rehabiliteringen och hur individen upplevde detta arbete. Svaren analyserades sedan individuellt av de två undersökningsledarna och det framkom olika teman som representerade undersökningsgruppens svar. Sedan jämfördes analyserna och de kom fram till gemensamma teman som representerade svaren. I den statistiska analysen använde sig studien

av oberoende t-test, trots att undersökningsgruppen hade få deltagare. Samplet var litet men följde en normalfördelningskurva och grupperna var oberoende av varandra, vilket gjorde att studien valde denna typ av test (Arthur, Aron & Coups, 2009).

Resultat

För att se om det fanns skillnader i den totala "self-efficacy" nivå mellan grupperna elitidrottare och motionärer utfördes ett oberoende t-test. Ingen signifikant skillnad hittades mellan elit (M = 30.89, SD = 4.08) och motionär, M = 32.06, SD = 4.07; $t(42) = -.92$, $p = .37$ (two tailed). Skillnaden i medelvärde (Medelvärde skillnad = -1.17, 95 % CI: -3.75 till 1.41) var liten (eta squared = 0.02).

I studien svarade 66 % att de arbetat med en målsättningsplan och 32 % att de inte hade gjort det. Ett oberoende t-test utfördes utan att se en signifikant skillnad i "self-efficacy" nivå mellan att ha jobbat med en målsättningsplan (M = 32, SD = 4.38) eller inte gjort det, M = 30.21, SD = 3.09; $t(41) = 1.37$, $p = .18$ (Two tailed). Skillnaden i medelvärde (Medelvärde skillnad = 1.79, 95 % CI: -.86 till 4.43) var liten (eta squared = 0.04).

På frågan om individen tidigare haft en liknande skada svarade 23 % ja och 77 % nej. Ett oberoende t-test visade ingen signifikant skillnad i "self-efficacy" nivå mellan om individen tidigare haft en liknande skada (M = 30.10, SD = 4.75) eller inte, M = 31.68, SD = 3,85; $t(42) = -1.08$, $p = .29$ (two tailed). Skillnaden i medelvärde (Medelvärde skillnad = -1.58, 95% CI: -4.52 till 1.37) var liten (eta squared = 0.03).

Analys av öppen fråga

Analysen av den öppna frågan visade att 7 av 15 (en föll bort då svaret varken var ja eller nej) hade en målsättningsplan bland motionärerna och 23 av 29 bland elitidrottarna, detta innebar cirka 47 % av motionärerna och 79 % av elitidrottarna. I de olika svaren hittades fyra teman, dessa var "typ av mål", "tidsaspekter", "dialogen" och "emotionell respons". Både motionärernas och elitidrottarnas svar innefattade olika typer av mål och dess betydelse för rehabiliteringsprocessen. De talade om kortsiktiga delmål och stegvis förbättring, men även slutmål för vissa inom båda grupperna. Elitidrottarna gav svar som: " var bra att sträva mot korta samt längre mål" och "mål för vilka steg jag skulle klara dagligen och även månadsvis". Liknande svar gav motionärerna, "första steget var att få ner svullnaden och sista steget är att vara tillbaka på planen", "att vara fullt återställd/.../varje månad ha kommit längre". Denna uppbyggnad av målsättningsplanen bidrog till nivån av motivation och delmålen ansågs

viktiga. En individ skrev ”hade jag bara fokuserat på slutmål hade det nog blivit jobbigt/.../motivationen hålls vid liv”.

Elitidrottarna lade i sin beskrivning av målsättningsplanen större vikt vid tidsaspekten, från att det drog ut på tiden till hur lång tid rehabiliteringen beräknades ta och vad denna tid skulle innebära för processen. Exempelvis ”Planering på ca 8 månader och hur det skulle gå till” och ”UVM (läs Ungdoms VM) var en stor morot”. Motionärernas fokus låg på de olika stegen i rehabiliteringen och det slutliga resultatet oavsett när, ”komma tillbaka helt” och ”bli starkare”.

Dialogen för hur rehabiliteringen och målsättningsplanen skulle se ut skiljde sig mellan grupperna. För motionärerna handlade det om egna mål medan det för elitidrottarna var mål uppsatta tillsammans med sjukgymnasten och/eller tränaren. Motionärerna skrev ”det är mina egna mål som jag själv satt upp/.../det har hjälpt mig att hålla mig motiverad och hjälpt mig se att det kommer bli bättre” samt ”mitt mål är att bli starkare”. Elitidrottarna svarade ”Gjort plan tillsammans med sjukgymnasten” och ”jag upplevde att jag var delaktig, vilket var viktigt för mig”.

Inom emotionella responser svarade både motionärer och elitidrottare att målsättningsplanen var något motiverande och inspirerande, framför allt när rehabiliteringen var svår eller mentalt jobbig. Argumenten för detta var bland annat ”lättare för att hålla motivationen uppe”, ”mycket lättare, man blev mer motiverad och träningsvillig” och ”inspirerande, drivkraft att klara målen”.

Diskussion

Resultatet visade ingen signifikant skillnad när elitidrottare och motionärer jämfördes på deras nivå av ”self-efficacy” i rehabiliteringsprocessen. Detta gör att hypotesen om att elitidrottare har högre ”self-efficacy” i rehabiliteringen inte kan stödjas av studien. Tidigare forskning visar att elitidrottare har högre följsamhet till rehabilitering vilket kan ge högre ”self-efficacy” (Levy et al., 2009). Men ”self-efficacy” är ett situationsspecifikt självförtroende vilket gör det svårt att förutse och studera då varje situation är unik. Elitidrottare har många fördelar inför en rehabiliteringsprocess jämfört med motionärer. De är vana vid skador då de är en del av deras vardag och har därför kunskap om rehabilitering och vad som krävs i processen. Således kan en traumatisk skada för en motionär vara mer oförutsägbar, vilket kan leda till större emotionell påfrestningar. Dessa negativa emotionella påfrestningar har i tidigare forskning lett till lägre ”self-efficacy” (Tracey, 2003), men denna studie ger inte stöd för det då den ej ser någon skillnad mellan grupperna. En anledning till detta kan vara att en elitidrottare är

beroende av att vara skadefri vilket gör att en skada för denne kan skapa en lika stor emotionell påfrestning, men på ett annat sätt. En skada kan vara förödande för elitidrottaren och studier visar att den kan hota identiteten (McArdle, 2010). Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att studien ej får fram någon signifikant skillnad mellan grupperna. Båda upplever säkerligen situationen som jobbig och utmanande och de olika förutsättningarna skapar både positiva och negativa aspekter. Elitidrottare kan mentalt och kunskapsmässigt vara mer förberedda än motionärer vilket påverkar situationen positivt, men skadan kan vara mer förödande för individen, vilket ändå skapar negativa emotionella känslor. Skador hos en motionär går inte in och hotar identiteten på samma sätt som hos elitidrottare vilket gör rehabiliteringen emotionellt lättare. Men den oförberedda faktorn kan ändå göra att individen får en sänkt ”self-efficacy” i processen. Det är här viktigt att de kognitiva bedömningarna hos individen används på mest effektiva sätt, så att den stressfulla situationen blir mindre hotfull. Beroende på vad de kognitiva bedömningarna fokuserat på kan den emotionella situationen för elitidrottare och motionärer vara olika, men som förklarats ovan vara lika påfrestande. Detta kan ha bidragit till att det inte framkommit någon signifikant skillnad i nivå av ”self-efficacy” mellan elitidrottare och motionärer i denna studie.

Inom de vikarierande förstärkningarna har troligen elitidrottare större erfarenhet och vana att se andra jobba med rehabiliteringsprocesser. Handboll är en kontaktsport där spelarna på högsta nivå har skador i sina karriärer och genomgår rehabilitering. Detta gör att elitidrottarna både själva upplevt situationen men även sett andra göra det. Däremot är det svårt att säga ifall dessa vikarierande förstärkningar är till individens fördel eller nackdel. Om individen upplevt en skada genom en lagkamrat och denne ej uppnått önskat resultat kan det bli en negativ vikarierande förstärkning och således påverka ”self-efficacy” negativt. Individen får en förståelse för hur krävande en rehabilitering kan vara och den vikarierande förstärkningen blir stark då det finns många likheter mellan denne och den skadade (Bandura, 1997). Har individen sett andra klara av samma situation på ett bra sätt kan det istället ge en högre ”self-efficacy” nivå vilket är en fördel för elitidrottaren. Det krävs att individen har realistiska mål och förväntningar för att kunna använda de vikarierande förstärkningarna på ett bra sätt (Bandura, 1997; Thomeé et al., 2006; Schmidt & Deshon, 2009). Motionärer har troligen inte lika många i sin omgivning som genomgått en liknande skada och kan därför inte skapa en vikarierande förstärkning på samma sätt som en elitidrottare. Därför blir den vikarierande förstärkningen inte lika stark och avgörande för ”self-efficacy” nivån, vare sig positivt eller negativt. Därför kan elitidrottare i teorin ha tagit del av många aspekter som borde ge högre ”self-efficacy” än motionärer i en rehabiliteringsprocess. Men alla dessa kan

även få motsatt effekt beroende på resultatet av rehabiliteringen och den individuella tolkningen av situationerna.

En annan av dessa faktorer är de egna erfarenheterna där elitidrottarna kan ha en fördel. I studien testades om tidigare liknande skador ger en högre "self-efficacy" nivå i rehabiliteringsprocessen. Wesch's et al. (2012) studie visade att de som genomgått en eller flera lyckade rehabiliteringsprocesser tidigare hade högre "self-efficacy" och följsamhet i den nya rehabiliteringen. På grund av tidigare forskning utformades den andra hypotesen, vilken sa att de som tidigare varit skadade har högre "self-efficacy" än de som ej har denna erfarenhet. Då de som gått igenom rehabiliteringsprocessen tidigare är bättre förberedda för vad som krävs i den nya situationen och det i sin tur höjer individens "self-efficacy" i den nya rehabiliteringen. Detta kan dock inte stödjas av denna studie då resultatet ej var signifikant. Det syns dock en tendens då de som inte upplevt en skada har högre medelvärde men detta bör tas i beaktning kritiskt då det endast var 23 % som svarade ja av hela undersökningsgruppen, vilket är ett väldigt litet sampel.

Studien visade inte något signifikant resultat i skillnaderna mellan individer som jobbade med målsättningsplan och de som inte gjorde det gällande upplevd "self-efficacy". Därför kan den tredje hypotesen om att de med målsättningsplan har högre "self-efficacy" inte stödjas. Däremot finns det även här en tendens i medelvärde där de med målsättningsplan ligger högre i "self-efficacy" nivå än de som inte har någon målsättningsplan. Vilket stämmer överens med tidigare forskningen som visar att de som integrerar målsättningsarbete med rehabilitering presterar bättre i rehabiliteringsprocessen (Evans & Hardy, 2002). Det är 79 % av elitidrottarna som jobbar med en målsättningsplan tillsammans med sin sjukgymnast och 47 % av motionärerna.

I enkätens öppna fråga fick undersökningsgruppen möjlighet att med egna ord beskriva hur målsättningsarbetet hade sett ut. Inom de fyra teman, "typ av mål", "tidsaspekter", "dialogen" och "emotionell respons", fann studien både likheter och skillnader mellan elitidrottare och motionärer i deras målsättningsarbete. En av dessa var tidsplanen där elitidrottarna hade tidsaspekter i sin målsättning för att komma tillbaka till idrotten. En motionär jobbar precis som en elitidrottare för bästa möjliga återhämtning efter rehabiliteringen, men oftast sker detta utan tidspress. Här har en elitidrottare krav på sig från sin omgivning och sig själv att denne skall vara klar med sin rehabilitering vid en viss tidpunkt. Detta var tydligt i de kommentarer som skrevs i den öppna frågan i enkäten där en elitidrottare skrev: "Planering på ca 8 månader och hur det skulle gå till". Både elitidrottare och motionärer beskrev vikten av att ha olika typer av mål i rehabiliteringsprocessen, det vill

säga både delmål och slutmål. Framförallt delmål nämndes i många av svaren och förklarades vara en positiv faktor i processen. De var motivationshöjande och gav personen en känsla av kontroll. Detta överensstämmer med Dodds' (1989) tidiga forskning som visade att målsättning hade en positiv effekt på motivation och prestation. Målsättning kan här även vara en del av mental simulering, då personen som genomgår rehabilitering med hjälp av en målsättningsplan kan se resultaten och fokusera framåt. Båda gruppernas svar tyder på att de använder sig av helande mental simulering då de genom delmålen beskrev de fortsatta fysiologiska processerna. Ett exempel på detta var "första steget var att få ner svullnaden och sista steget är att vara tillbaka på planen". Genom delmålen fick grupperna även en känsla av kontroll, vilket hjälpte dem att attribuera rätt. Både elitidrottare och motionärer poängterade vikten av målsättningsarbete för motivationen att klara rehabiliteringen. Alltså påverkade en målsättningsplan de emotionella reaktionerna på ett positivt sätt.

Elitidrottarna poängterade att målsättningsarbetet skapades genom ett samarbete med sjukgymnasten medan motionärerna talade om en "egen" målsättning. Här skiljde sig dialogen med sjukgymnasten då elitidrottaren hade en uppfattad känsla av ett samarbete mellan parterna, ett samarbete motionärerna inte nämnde. För ett positivt "locus of control" är det viktigt att individen känner sig besitta egenskaper för att lyckas och ha den kunskap som krävs för att utföra uppgiften (Heider, 1958). Sjukgymnasten kan således påverka individens känsla av "locus of control" genom att ge kompetenshöjande feedback och stötta den skadade individen på de områden denne behöver. Därför är sjukgymnastens feedback och stöd till den skadade en viktig faktor i rehabiliteringsprocessen. Det går i studien inte att uttala sig om sjukgymnastens arbete skiljer sig mellan behandling av elitidrottare och motionär. För att få med denna aspekt borde enkäten haft en öppen fråga avseende hur det sociala stödet varit uppbyggt och fungerade under rehabiliteringen. Då socialt stöd har visat sig ge en bättre prestation i rehabiliteringen och påverka viktiga aspekter så som emotionell påverkan och följsamhet till träningen är det ett centralt begrepp inom målsättningsarbete och "self-efficacy" (Brewer, et al., 2003; Tracey, 2003; Evens & Hardy, 2002).

Studiens resultat visar att det finns skillnader i hur elitidrottare och motionärer resonerar kring målsättningsarbetet. Detta stödjer den fjärde hypotesen som handlar om att grupperna arbetar olika med målsättningsplaner men att de båda anser arbetet vara av stor vikt för en lyckad rehabilitering. Studien visar att förutsättningarna för de två grupperna inom rehabilitering skiljer sig åt och detta kan i sin tur påverka individens "self-efficacy", i enlighet med socialkognitiv teori (Bandura, 1997). Men då studien ej kommit fram till signifikanta skillnader i "self-efficacy" nivå får vi frånga vår hypotes om att elitidrottare har högre "self-

efficacy” nivå i sin rehabiliteringsprocess. De bakomliggande tankarna till denna hypotes är fortfarande intressanta med tanke på det bakgrundsmaterial som finns angående rehabiliteringen och skillnader mellan elitidrottare och motionärer. Rehabilitering är en hård process att ta sig igenom och förutsättningarna i den situationen avgör hur hög ”self-efficacy” individen känner. Detta förtydligas i den öppna frågan om målsättningsarbetet där det finns skillnader i hur de två grupperna agerar och tänker. Trots att signifikanta resultat uteblev anser forskningsledarna att studien fått fram intressanta resultat då studien har problematiserat rehabiliteringsprocessen och alla dess aspekter. Där hittades skillnader mellan elitidrottare och motionärer vilket ger en större förståelse för att rehabiliteringsprocessen skiljer sig mellan individer. Dessa i sin tur bör vara av intresse för att kunna effektivisera, förbättra och anpassa rehabiliteringsprocesser för en individ.

Metoddiskussion

Det skall även poängteras att studien har ett flertal svagheter som kan vara orsak till de resultat som framkom. Dels är undersökningsgruppen liten, endast 16 motionärer och 29 elitidrottare. Detta gör att de inte nödvändigtvis representerar den grupp de är tänkta att representera och det blir statistiskt sett mycket svårare att få fram en skillnad mellan grupperna (Arthur et al., 2009). Storleken på undersökningsgruppen gjorde att det inte gick att utföra vissa test som hade varit intressanta att studera. Studien har exempelvis inte testat om det finns skillnader i upplevd ”self-efficacy” mellan elitidrottare och motionärer beroende på om individen har en målsättningsplan eller inte. Civilstatus har inte heller studerats vilket hade kunnat vara intressant att koppla till upplevt socialt stöd inom rehabiliteringsprocessen. Studien kan inte svara på vilken typ av motionärer som medverkat, vilket kan ha påverkat resultatet. Det står ingenting i kriterierna för motionärerna att de inte får vara delaktig i lagidrott, bara att de ej får idrotta i högsta serien. Sett till flera av de stora idrotterna i Sverige så som fotboll, ishockey och handboll skulle en motionär på division 1 nivå kunna ha samma förutsättningar som en elitidrottare vad gäller stöd från sjukgymnast, vikarierande förstärkningar och egna erfarenheter. Detta gör det svårt att avgöra hur stor den ursprungliga skillnaden egentligen är mellan grupperna i studien.

”Self-efficacy” mättes under rehabiliteringsprocessen och det var individens upplevda självförtroende under rehabiliteringen som var intressant. Således borde exempelvis rehabiliteringstid inte spela någon roll då det var upplevelsen under rehabiliteringen som var intressant och inte resultatet av den. Dessutom ingick i denna studie både individer som slutfört rehabiliteringen men även de som var under pågående rehabilitering. Detta kan ha

påverkat resultatet och för att höja validiteten och enbart få fram de skillnader i grupper som studien är intresserad av borde mer kontroll ha utövats vad gäller typ av skada, rehabiliteringstid och kriterierna för motionärer. Enkäterna borde även delats ut under samma tid under rehabiliteringen. Kriterierna var att enkäten kunde fyllas i under pågående rehabilitering eller senast tre år efter skadan. Alla motionärer var under pågående rehabilitering då enkäterna besvarades medan elitidrottarna var både pågående eller redan färdiga med rehabiliteringen. Även detta måste tas med i analysen av resultatet, då personerna som fyllde i enkäten efter rehabiliteringen svarade utifrån rehabiliteringens helhet medan de som var under pågående rehabilitering svarade på frågorna utifrån nuläget. Tidigare forskning visar att våra emotionella responser påverkar vår följsamhet och våra psykologiska processer under rehabiliteringen (Walker, 2007). Detta gör att en person som fyller i enkäten i ett tidigt stadie av rehabiliteringen kan ha andra emotionella reaktionerna än en individ som är i en senare fas eller redan är klar.

Studien använder sig av ett validerat och reliabelt mätinstrument som utformats av Urban Johnson för att mäta idrottsskador, detta stärker resultaten. En svaghet är att undersökningsledarna inte tagit del av tidigare studier som använt sig av samma enkät. För att styrka reliabiliteten och validiteten korrekturlästes därför enkäterna av en elitidrottare och en sjukgymnast. Enkätens fördelar var att den hade få men omfattade items vilket gjorde den snabb och smidig att fylla i. Detta ansågs viktigt då sjukgymnasterna inte hade lång tid på sig att lämna ut och samla in enkäterna till sina patienter. De delades även ut till ett bra sample, det vill säga undersökningen kom åt de grupper som var tänkta. Däremot var detta sample, som tidigare nämnts, för litet vilket påverkar validiteten. En svaghet i enkäten var att de tio frågorna om "self-efficacy" endast hade fyra svarsalternativ. Detta kan bidra till att individernas svar liknar varandra när deras värderingar skulle kunna vara väldigt olika. Hade det funnits fler svarsalternativ kanske spridningen blivit större och resultatet annorlunda. Även att enkäterna inte blev utdelade till varje individ personligen av försöksledarna kan ha påverkat svaren. Trots noggrann information till sjukgymnasterna och elitidrottarnas kontaktpersoner om vad de skulle säga till försöksdeltagarna, går det inte att vara säker på att alla försöksdeltagare fick samma information innan de fyllde i enkäten. Det kan även ha uppstått social önskvärdhet eller reaktivitet gentemot sjukgymnasten då det var denne som lämnade ut enkäten. Det finns således olika delar i studien som hade kunnat förbättras vilket hade höjt validiteten i den bemärkelsen att studien mer noggrant mätt det den var tänkt att mäta.

Förslag till fortsatta studier

Trots att studien ej får fram något signifikant svar i frågan om målsättningsplanens betydning för ”self-efficacy” nivå, visar studien ändå att de olika grupperna upplever situationen och arbetet olika. I vidare forskning hade det vara intressant att fördjupa sig mer i dessa skillnader mellan elitidrottare och motionärer. Det skulle kunna bidra till att rehabilitering bättre kan individanpassas och således uppnå önskat resultat på minsta möjliga tid. Denna vidare forskning hade behövt en större kvalitativ del med exempelvis intervjuer med individer från båda grupperna. Med intervjuerna hade forskningen fått större kunskap om fler aspekter så som hur stort socialt stöd de skadade upplevde och hur viktigt detta var för en bra rehabilitering. Enkäten hade även kunnat ändras specifikt för studien vilket hade gett möjlighet till fler svarsalternativ. Dessa alternativ hade kunnat ge en större spridning på svaren och med ett större sample hade ett mer tillförlitligt resultat kunnat uppnås.

Det hade även varit intressant att utföra en experimentell studie för att öka kunskapen om målsättningstekniker hos motionärer såväl som elitidrottare. Således även kunna studera gruppernas upplevda ”self-efficacy” under rehabiliteringen om båda arbetar med en liknande målsättningsplan. Detta hade kunnat ge en bredare bild av hur grupperna skiljer sig åt och hur rehabiliteringen ska anpassas utefter dessa förutsättningar.

Referenser

- Arthur, A., Aron, E. N., Coups, E. J. (2009). *Statistic for Psychology* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A., Locke, E. A. (2003). Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99.
- Brewer, B. W., Cornelius, A. E., Van Raalte, J. L., Petitpas, A. J., Sklar, J. H., Pohlman, M. H., et al. (2003). Protection Motivation Theory and Adherence to Sport Injury Rehabilitation Revisited. *The Sport Psychologist*, (17), 95-103.
- Chen, G., Gully, S. M., Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62-83.
- Dodds, A. G. (1989). Motivation reconsidered: the importance of self-efficacy in rehabilitation. *British Journal of Visual Impairment*, 7(11).
- Evans, L., Hardy, L. (2002). Injury Rehabilitation: A Goal-Setting Intervention Study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73(3), 310-319.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Levy, A. R., Polman, C. J., Clough P. J. (2008). Adherence to Sport Injury Rehabilitation Programs: an Integrated Psycho-Social Approach. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, (18), 798-809.
- Levy, A. R., Polman, R. C. J., Nicholls, A. R., Marchant, D. C. (2009). Sport Injury rehabilitation adherence: Perspectives of recreational athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, (7), 212-229.
- McArdle, S. (2010). Psychological Rehabilitation From Anterior Cruciate Ligament – Medial Collateral Ligament Reconstructive Surgery: A Case Study. *Sports Health: A multidisciplinary Approach*, 2(73).
- Rodgers, W. M., Hall, C. R., Blanchard, C. M., McAuley, E., Munroe, K. J. (2002). Task and scheduling self-efficacy as predictors of exercise behavior. *Psychology and Health*, 17(4), 405-416.
- Schmidt, A. M., DeShon, R. P. (2009). Prior Performance and Goal Progress as Moderators of the Relationship Between Self-Efficacy and Performance. *Human Performance*, (22), 191-203.
- Taylor, A. H., May, S. (1996). Threat and Coping Appraisals as Determinants of Compliance

- with Sports Injury Rehabilitation: An Application of Protection Motivation Theory. *Journal of Sports Sciences*, (14), 471-482.
- Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B. I., Karlsson, J. (2006). A New Instrument for measuring Self-Efficacy in Patients with an Anterior Cruciate Ligament Injury. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, (16), 181-187.
- Tracey, J. (2003). The Emotional Response to the Injury and Rehabilitation Process. *Journal of Applied Sport Psychology*, (15), 279-293.
- Walker, N., Thatcher, J., Lavalley, D. (2007). Review: Psychological responses to injury in competitive sport: a critical review. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127(174).
- Weinberg, R. S., Gould, D. (2011). *Foundations of Sport and Exercise Psychology* (5th ed.). United States of America: Human Kinetics.
- Wesch, N., Hall, C., Prapavessis, H., Maddison, R., Bassett, S., Foley, L., Brooks, S., et al. (2012). Self-efficacy, imagery use, and adherence during injury rehabilitation. *Scandinavian Journal of Medical Science in Sports*, (22), 695-703.
- Riksidrottsförbundet. (10 november 2008). *EU-riktlinjer om fysisk aktivitet: rekommenderade åtgärder till stöd för hälsofrämjande fysisk aktivitet*. Hämtat 18 oktober 2012 från Riksidrottsförbundet: http://www.rf.se/ImageVault/Images/id_14435/scope_0/ImageVaultHandler.aspx

Bilaga 1

Psykologiska aspekter vid rehabilitering

Hej,

Vi utför en studie i psykologi vid Lunds universitet. Syftet är att se närmre på de psykologiska aspekterna vid rehabilitering. Studien är helt konfidentiell och inga personliga uppgifter kommer att användas. Enkäten vänder sig till personer som genomgår/genomgått en längre tids rehabilitering (3 månader eller mer), denna ska ha genomförts inom de senaste tre åren.

När du besvarar frågorna, tänk dig in i hur din situation såg ut under rehabiliteringen.

Tack på förhand!

Vid frågor kan ni kontakta oss på:

emilia.andersson.617@student.lu.se eller jennie.linnell.327@student.lu.se

Det här formuläret innehåller påståenden om situationer inom din rehabilitering. Bestäm hur mycket du håller med om påståendet och ringa in en siffra som motsvarar ditt svar.

Kön: man kvinna

Ålder (under rehabiliteringen):.....

Civilstatus (under rehabilitering): singel särbo sambo gift

Vilken kroppsdel gäller rehabiliteringen (ex. Knä, axel, ankel):.....

Har du genomgått rehabilitering för liknande skada tidigare: ja nej

Om ja, uppnåddes målet med rehabiliteringen:.....

.....
.....
.....

	Tar helt Avstånd	Tar delvis avstånd	Instämmer delvis	Instämmer helt
1. Jag lyckas alltid lösa svåra problem i rehabiliteringen om jag bara anstränger mig tillräckligt.....	1	2	3	4

	Tar helt Avstånd	Tar delvis avstånd	Instämmer delvis	Instämmer helt
2. Även om något motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål inom rehabiliteringen.....	1	2	3	4
3. Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina rehabiliteringsmässiga målsättningar och förverkliga mina mål....	1	2	3	4
4. I oväntade situationer som uppstår i rehabiliteringen vet jag alltid hur jag skall agera.....	1	2	3	4
5. Jag tror att jag till och med i överraskande situationer i rehabiliteringen klarar mig bra.....	1	2	3	4
6. Tack vare min egen förmåga i rehabiliteringen känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter.....	1	2	3	4
7. Vad som än händer i rehabiliteringen klarar jag mig alltid.....	1	2	3	4
8. Vilket problem jag än ställs inför i rehabiliteringen finns det en lösning.....	1	2	3	4
9. Om jag ställs inför nya utmaningar i rehabiliteringen vet jag hur jag skall ta mig an dem.....	1	2	3	4
10. När problem uppstår i rehabiliteringen kan jag vanligtvis hantera dem.....	1	2	3	4

11. Har du arbetat med/ arbetar du med en målsättningsplan under din rehabilitering?

ja nej

Om ja – beskriv hur du har gått tillväga samt hur du upplevde målsättningsarbetet:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Om du vill ta del av vårt resultat eller om vi får lov att ta kontakt med dig om vi har ytterligare frågor skriv gärna din mail adress nedan.

Mail:.....

Stort tack för din medverkan!

Bilaga 2

Psykologiska aspekter vid rehabilitering:

Vi är två studerande vid Lunds universitet som gör en studie inom psykologi som del av vår kandidat kurs. Syftet med studien är att se närmre på de psykologiska aspekterna vid rehabilitering och vi lämnar därför ut enkäter vid några av Malmös vårdcentraler. Studien är konfidentiell och inga personliga uppgifter används.

Vi har vissa kriterier för att en patient kan delta i studien och dessa är:

- Ålder: 18-40 år
- Skadan: Uppstått vid trauma (Med eller utan kroppskontakt)
Rehabiliterings tid på minst 3 månader
Skadan och rehabiliteringen ska vara pågående eller inom de senaste 3 åren
Ex: Skada i knä, axel, hälsena
- Motionär: En individ som följer riksidrottsförbundets riktlinjerna om minst 30 minuters måttlig fysisk aktivitet 5 dagar i veckan eller minst 20 minuters intensiv fysisk aktivitet 3 dagar i veckan
(Alltså en motionär som är regelbundet fysiskt aktiv)

Det är viktigt att det sista kriteriet uppfylls, då det bör vara en patient som strävar efter att återigen vara fysisk aktiv efter sin rehabilitering.

För att ifyllandet av enkäten inte ska ta någon extra tid från er är enkäten utformad så att den fylls i självständigt av patienten.

Tack på förhand!

Vid frågor hör gärna av er till

Jennie Linnell: 0704419399 eller jennie.linnell.327@student.lu.se