

Bacheloroppgave

Idrettsskaders påvirkning på psykisk helse

Av
Vilde Dreng/ 101680 &
Kaja Eilertsen/ 101685

VF 201 – Bacheloroppgave
Osteopati

Antall ord: 10913

29. April – 2016

Høyskolen Kristiania – Institutt for helsefag

Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved institutt for helsefag – Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.

Forord

Denne studien er utført som en avsluttende del av vår bachelorgrad i Osteopati ved Høyskolen Kristiania. Vi har valgt å intervju toppidrettsutøvere om deres erfaring med skader, og finne ut hvordan dette påvirket dem mentalt. Vi synes sammenhengen mellom det psykiske og motoriske er veldig interessant, og kom derfor frem til at denne pasientgruppen ville kunne egne seg bra.

Vi vil takke Martin Engedahl for god veiledning og tålmodighet, samtidig vil vi takke våre deltagere som har hjulpet oss med intervjubesvarelse. Vi sender også en takk til bibliotekarene ved Høyskolen Kristiania for god hjelp, og sist men ikke minst, takk til venner og familie for forståelse og oppmuntring.

Vi håper dere vil finne studien interessant og lærerik.
God lesning!

Oslo, 29. April 2016
Kaja Born Eilertsen
Vilde Dreng

Sammendrag

Tittel: ”Idrettsskaders påvirkning på psykisk helse”

Bakgrunn: Toppidrettsutøvere har høy risiko for å pådra seg en skade i løpet av deres karriere. Vi ønsket å se på om disse skadene kan påvirke den psykiske helsen og på hvilken måte dette gir utslag.

Problemstilling:

“På hvilken måte vil skade hos en toppidrettsutøver påvirke den mentale helsen?”

Hensikt: Vi ønsket å utføre denne studien fordi vi ser at det kan være hensiktsmessig for idrettsutøvere at dette blir forsket på. Belysning av temaet kan føre til en økt forståelse av sammenhengen mellom fysisk skade og psykiske reaksjoner. Får vi en større forståelse av dette kan det resultere i endret tilnærming under behandling av toppidrettsutøvere, og videre føre til forkortelse av rehabiliteringsperioden. Dette vil kunne gi bedre resultater for terapeuter og spare idretten for både tid, krefter og penger.

Metode: Vi har benyttet kvalitativ metode og anvendt semi - strukturert intervju for å få frem det vi ønsket av denne studien. Utvalget består av 2 kvinner og 2 menn i alderen 23 - 29 år, som alle spiller i eliteserien innenfor deres respektive idrett. Felles for disse utøverne er at samtlige har erfaringer med å være satt ut av spill over en lengre periode på grunn av skade. Vi ønsket å finne ut av på hvilken måte dette ville påvirke utøverens mentale helse, og om det eventuelt var ulikheter på deltakerne. Vi utførte intervjuet separat med hver av deltakerne, og dette ble senere transkribert og analysert for å trekke en slutning fra materialet.

Resultater: Studien bygger på intervju med 4 informanter. Halvparten av informantene viser store endringer i den psykiske helsen, mens de resterende ikke rapporterer spesielle forandringer. Vi ser likevel at det er flere faktorer som påvirkes.

Konklusjon: Studien viser at det finnes flere måter en idrettsskade kan påvirke den psykiske helsen. Det kan manifestere seg i mindre motivasjon for idretten, lavere selvtillit og dårligere mestringsfølelse. Det viser seg også at ikke alle vil ha like stor påvirkning mentalt, og det vil være individuelle forskjeller. Hvor stor påvirkningen blir vil kunne avhenge av varighet av skadeperiode, tidligere skader og mental innstilling.

Innholdsfortegnelse

Bacheloroppgave	0
1 Innledning	5
1.1 Tittel.....	5
1.2 Bakgrunn	5
1.3 Hensikt	5
1.4 Problemstilling	6
1.5 Presisering av oppgaven	6
1.6 Begrepsavklaring	6
1.7 Avgrensning i oppgaven.....	6
1.8 Oppbygning av oppgaven	7
2 Teori	7
2.1 Toppidrett	7
2.2 Risiko for skade	7
2.3 Psykisk helse under rehabilitering	8
2.4 Psykisk helse	9
2.5 Forebygging av psykisk stress	10
2.6 Tidligere forskning	11
3 Metode	12
3.1 Kvalitativ metode	12
3.2 Kvalitativt forskningsintervju.....	12
3.3 Utvalg.....	12
3.4 Utvalgskriterier.....	13
3.5 Kontakt med informantene	13
3.6 Utarbeiding av intervjuguide	13
3.7 Gjennomføring av intervju.....	13
3.8 Transkribering	13
3.9 Analyse av undersøkelsen.....	13
3.10 Kategorier.....	14
3.11 Undersøkelsens reliabilitet, validitet og etisk vurdering.....	14
3.11.1 Reliabilitet	14
3.11.2 Validitet.....	14
3.11.3 Generaliserbarhet.....	14
3.11.4 Etisk vurdering.....	14
3.12 Kilder og søkeord.....	15
4 Resultater	15
4.1 Idrettens betydning og deltakernes målsetninger	16
4.2 Skadesituasjon og rehabilitering.....	16
4.2.1 Skadesituasjon.....	16
4.2.2 Rehabilitering	17
4.3 Emosjonell prosess	17
4.4 Engstelser for å komme tilbake.....	19
5 Diskusjon	19
5.1 Vurdering av metode	19
5.2 Vurdering av resultatene	20
5.2.1 Idrettens betydning og deltakernes målsetninger	20
5.2.2 Skadesituasjon og rehabilitering	21
5.2.3 Emosjonell prosess	22

5.2.4 Engstelser for å komme tilbake.....	24
6 Avslutning	24
6.1 Konklusjon.....	24
Referanseliste	26

1 Innledning

Innledningsvis ønsker vi å presentere bakgrunnen for valg av tema og hensikten med studien. Vi vil også forklare problemstillingen, og utrede for begreper i denne. Videre vil vi fortelle om avgrensninger i studien og hvordan vi har valgt å gå frem med oppgaven.

1.1 Tittel

“Idrettsskaders påvirkning på psykisk helse”

1.2 Bakgrunn

Vi har valgt å undersøke hvordan idrettsskader kan gi en negativ innvirkning på den psykiske helsen til toppidrettsutøvere. I dag behandles toppidrettsutøvere av et støtteapparat som fokuserer på fysisk og manuell behandling av idrettsskader. Toppidrettsutøvere blir behandlet av fysioterapeuter, osteopater, kiropraktorer og andre manuelle helseprofesjoner, men for enkelte toppidrettsutøvere er psykologer også en sentral del av støtteapparatet. De fleste toppidrettsutøvere vil bli utsatt for en form for skade i løpet av karrieren. En lang rehabiliteringsperiode kan medføre utestengelse av sosiale nettverk, endret forhold til trenere og lagkamerater, endret spilleposisjon og nedsatt yteevne. Dette er elementer som kan påvirke den psykiske helsen og gi en negativ innvirkning på rehabiliteringen etter en skade. De mentale utfordringene som følger av en idrettsskade kan variere for hvert enkelt individ. For eksempel kan to personer ha ulik oppfatning av den samme diagnosen, eller takle den på forskjellig vis. Det kan være viktig at terapeuter behandler toppidrettsutøvere som personer med individuelle erfaringer og oppfatninger av idrettsskader. Yrkesgrupper som behandler toppidrettsutøvere kan også ta stilling til psykiske utfordringer knyttet til idrettsskaden. Formålet med dette er å bidra til økt mestring av skaden og raskere rehabilitering. Ved en skade i bevegelsesapparatet kan utøvere oppleve “fear- avoidanse- behaviour” (1). Dette er et uttrykk som beskriver bevegelsesvegring som kommer av frykt for å gjøre skaden verre. Denne vegringen kan føre til at skaden ikke blir bedre, eller at utøveren blir plaget andre steder på grunn av feilbelastninger. Dette er viktig å forhindre da det kan gi ytterligere utfordringer for utøveren. Her er det et stort forbedringspotensial for manuelle terapeuter. Det kan være viktig å benytte ulike teknikker og informasjon for å styrke utøverens mentale ferdigheter.

Det finnes begrenset litteratur og forskning på sammenhengen mellom idrettsskader og psykisk helse (2). Det er også lite fokus på dette temaet under osteopatiutdannelsen. Det er viktig at osteopater og andre yrkesgrupper som behandler idrettsutøvere har kjennskap til sammenhengen mellom mental helse og idrettsskader. Vi ønsker å tilegne oss kunnskap, og belyse dette temaet for å kunne tilby en helhetlig behandling av idrettsutøvere.

1.3 Hensikt

Det kan være gunstig for toppidretten at dette blir mer forsket på. Belysning av temaet kan fremme videre forskning, og kan videre føre til større forståelse for sammenhengen mellom den fysiske og psykiske helsen. Osteopater og andre faggrupper som behandler toppidrettsutøvere bør ha kunnskap om psykologiske faktorer som kan påvirkes av idrettsskader. Dette kan være et viktig redskap for å behandle toppidrettsutøvere på best mulig måte slik at rehabiliteringsprosessen forkortes. Osteopater kan behandle en rekke personer

med idrettsskader, og det er derfor viktig å erverve en helhetlig forståelse av dem som pasienter. I tillegg er det viktig at osteopater tar del i videreutviklingen av forskning for å tilegne oss ny kunnskap.

1.4 Problemstilling

” På hvilken måte kan fysisk skade hos en toppidrettsutøver påvirke den psykiske helsen? ”

1.5 Presisering av oppgaven

Formålet med oppgaven har vært å undersøke hvordan idrettsskader hos en toppidrettsutøver kan påvirke den psykiske helsen. Vi har valgt å presisere begrepene fysisk skade, toppidrettsutøver og psykisk helse. I studien ønsket vi å inkludere utøvere som har idretten som en deltidsjobb, hvor denne er en viktig del av livet deres. Toppidrettsutøver er derfor begrenset til personer som spiller i eliteserien eller konkurrerer i øverste klasse innenfor sin idrettsgren. Det var viktig at skaden påvirket individets evne til å fungere optimalt over en lengre periode. Med fysisk skade mener vi en idrettsskade som hindrer utøveren å yte maksimalt innenfor sin idrettsgren. Det var også et krav at utøveren hadde vært skadet i mer enn seks uker og at de ville være ute av spill i minst 2 måneder. Vi ønsket å bruke begrepet psykisk helse som er synonymt med mental helse for å evaluere hvordan skaden påvirker en toppidrettsutøver.

1.6 Begrepsavklaring

Idrettsskade - *«Idrettsskader, fysiske skader en person pådrar seg ved å drive idrett eller mosjon. Risikoen for å pådra seg en idrettsskade varierer med hvilken idrett man driver og med ytre forhold som egen treningstilstand og helse, hvilket utstyr man bruker, trenings- eller konkurranseforhold m.m»(3).*

Toppidrettsutøver – *«En som utøver trenings- og forberedelsesarbeid på likhet med de beste i verden, innenfor sin idrett. Dette arbeidet resulterer gjentatte ganger til prestasjoner på internasjonalt toppnivå»(4).*

Psykisk helse – *«Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community»(5).*

1.7 Avgrensning i oppgaven

For å kunne svare på problemstillingen måtte vi sette noen avgrensninger. For å komme frem til en gruppe mennesker som kunne synes å bli raskt påvirket mentalt av fysisk skade måtte vi gå litt i tenkeboksen. På grunn av livsstil og treningsmengde kom vi frem til at idrettsutøvere kunne være passende deltakere. For å få mest mulig styrke i studien valgte vi å avgrense idrettsutøvere til utøvere hvor idretten fungerte som en jobb, og dermed har stor innvirkning

på deres hverdag. Utvalget består derfor av toppidrettsutøvere, og er begrenset til 4 deltakere på grunn av mangel på tid. Etter utvalget var bestemt, ble det valgt å ikke sette spesifikke avgrensninger til psykisk helse og idrettsskader. Det ble begrunnet med at det vil alltid foreligge individuelle oppfatninger av egen skade og psykisk helse.

1.8 Oppbygning av oppgaven

Opgaven består av 6 kapitler. Kapittel 1 gir en innføring i hvorfor vi har valgt å gjøre denne studien, og hvordan oppgaven er lagt opp. Her gis det også en innføring i ukjente begreper for å sikre at leseren forstår innholdet. Teoridelen er beskrevet i kapittel 2. I denne delen går vi inn i teorien om toppidrett og risiko for skade, idrettsskader, rehabilitering og psykisk helse. Dette er for å gi leseren en større forståelse av temaet. Kapittel 3 handler om metoden vi har brukt for å tilegne oss forskningsmaterialet. Kapittel 4 består av resultatene som er innhentet under forskningen. Kapittel 5 er diskusjonskapittelet, her diskuteres både metode og resultater for å komme frem til konklusjonen av problemstillingen i kapittel 6.

2 Teori

2.1 Toppidrett

Begrepet toppidrett er en fellesbetegnelse for trenings- og forberedelsesarbeid der utøveren konkurrerer på internasjonalt toppnivå (4). I denne oppgaven er det valgt å fokusere på særiddrettene håndball og ishockey. Begge idrettene kan beskrives som intensive idretter med hurtig spill og harde fysiske taklinger mellom spillerne. De fleste toppidrettsutøverne spiller på det landslaget, og i eliteserien i Norge eller tilhører et elitelag i utlandet. Utøverne er målbevisste, disiplinerte og arbeider mot å prestere på et internasjonalt toppnivå. En skade kan påvirke utøverens evne til å prestere i idretten og medføre store konsekvenser for videre utvikling.

2.2 Risiko for skade

Toppidrettsutøvere har økt risiko for å pådra seg en skade hvis de spiller håndball eller ishockey (3). Idrettsskader utgjør omtrent 10 prosent av skader som behandles av det norske helsevesenet, og det er høyest skadefrekvens i lagidretter med kroppskontakt som håndball og ishockey. Håndballskader er ofte akutte kontaktskader der omtrent 40 prosent er skader i underekstremitetene (6). De resterende kontaktskadene er hodeskader og skader i overekstremitetene. Den vanligste årsaken til skader er kollisjoner og taklinger. En studie publisert i 2006 undersøkte skadeomfang, forekomst og type skade blant toppidrettsutøvere i internasjonal håndball (7). Risikoen for idrettsskade var 108 skader per 1000 timer trening eller 1,5 skader per kamp. Det vanligste skadeområdet var underekstremiteten (42%), som vil si skadeområdet i ben. Omtrent 20 prosent av kontaktskadene var hodeskader og 20 prosent av skadene var i overekstremitetene (arm). De hyppigste skadeområdene var ankel (18%), kne (13%) og hodeskader (13%). Ankel- og kneskader var den hyppigste årsaken til fravær fra kamp. Det er i tillegg høy forekomst av belastningsskader i skulder og kne (8). Ishockey er en høyhastighetsidrett med høy forekomst av akutte skader (9). Den hyppigste skademekanismen er sammenstøt med vantet (gjerdet som skiller banen fra tribunen) eller andre spillere. Andre årsaker til skade er fall på isen og harde taklinger. Den vanligste formen for skade er forstuing av ledd. En av tre skader er diagnostisert som hodeskader, og indre blødning i

muskulatur utgjør omtrent 25% av alle skader. Det er høy forekomst av brudd sammenlignet med andre idretter, men det er likevel lav forekomst av alvorlige skader. Til tross for bedre idrettsutstyr og treningsforhold så har andelen idrettsskader økt de siste 15-20 årene (10, s 5).

2.3 Psykisk helse under rehabilitering

I dag blir en idrettsskade undersøkt og behandlet av et medisinsk støtteapparat som fokuserer på fysiologisk rehabilitering (10, s. 5). Omfanget av idrettsskaden blir evaluert og rehabiliteringen av skaden starter, men det blir ikke tatt stilling til den psykiske helsen til idrettsutøverne. Det er dokumentert at idrettsutøvere vil oppleve en rekke følelser og tanker etter en idrettsskade. Dette inkluderer blant annet tristhet, sinne, frustrasjon og redsel, og intensiteten av følelsene varierer fra person til person. Flere faktorer som alvorlighetsgraden av skaden, idrettens betydning for utøveren og personlighet har sammenheng med følelsenes intensitet. De ulike tankene og følelsene kan påvirke idrettsutøvernes psykiske helse og føre til emosjonelt stress. Begrepet emosjonelt stress blir benyttet synonymt med psykiske ubehagsplager. I tillegg har en idrettsutøver økt risiko for tap av primære mestringsmekanismer som trening, fysisk aktivitet og involvering i idretten.

Det er utarbeidet en rekke teorier om den psykologiske påvirkningen av en idrettsskade (10, s. 5). En teori deler den psykiske påvirkningen av idrettsskader inn i de tre delene (1) psykisk traume fra skaden, (2) psykologiske faktorer forbundet med rehabilitering, og (3) den psykiske helsen som påvirker idrettsutøverens fremtid. Den mest anerkjente modellen er utarbeidet av Kuber-Ross og omhandler de fem sorgstadiene. Denne modellen kan benyttes i sammenheng med idrettsskader og inkluderer de fem stadiene benektelse, sinne, forhandling, depresjon og aksept. Det er dokumentert at en idrettsutøver etter en skade kan gå igjennom disse stadiene, men sorgprosessen varierer fra person til person. En idrettsutøver kan oppleve alle delene, deler av den eller ingen. Det er flere faktorer og teorier som motstrider de ulike modellene (10, s. 7). Emosjonelt stress og atferd er formet av den individuelle opplevelsen av idrettsskaden. Tanker, følelser og handlinger er unikt for hvert enkelt individ, og en modell kan derfor ikke fremstille den emosjonelle prosessen til alle idrettsutøvere. Teorier og modeller for psykisk helse og idrettsskader kan fungere som grunnleggende prinsipper for å forstå hvordan en idrettsskade kan påvirke den psykiske helsen.

Det er viktig at personer som behandler idrettsskader kan gjenkjenne tegn og symptomer på emosjonelt stress (10, s 5). Dette er avgjørende for å sikre et positivt utfall av rehabiliteringen. En idrettsskade kan oppleves som en traumatisk hendelse og medføre emosjonelle reaksjoner som nedsatt selvtillit, konsentrasjonsvansker, søvnvansker og følelser som redsel, tristhet, frustrasjon og sinne. Psykisk traume er en reaksjon på en subjektiv opplevelse og varierer fra person til person (11, s. 266). En idrettsskade som oppfattes som en traumatisk opplevelse kan føre til emosjonelle og kognitive utfordringer. Andre konsekvenser av en idrettsskade kan være motivasjonsvansker og nedsatt tillit til behandlere (10, s. 6). Dette kan videre påvirke personens evne til å evaluere situasjoner og medføre økt risikoatferd. Studier har vist at omtrent en tredjedel av alle idrettsutøvere velger å ikke følge rehabiliteringsplanen på grunn av nedsatt motivasjon og tillit til behandler. Det kan være essensielt å ha kunnskap om de ulike psykiske utfordringene en idrettsutøver går igjennom etter en idrettsskade (10, s. 7). En behandler kan oppdage mulige endringer i den psykiske helsen og hindre at dette påvirker rehabiliteringen. Undervisning, utarbeiding av mål og et godt støtteapparat kan fungere som positive virkningsmekanismer for å redusere psykisk stress. Mange idrettsutøvere som blir utsatt for en idrettsskade vil ikke oppleve psykiske utfordringer og emosjonelle endringer,

men for enkelte personer er medisinsk intervensjon avgjørende for den fysiske og psykiske helsen (11, s. 266).

I etterkant av en skade kan utøveren oppleve “fear avoidance behavior”, hvor frykt for smerte i skadeområdet kan føre til motorisk endring (1). Dette kan videre føre til forverring av smertene grunnet feilbelastninger i bevegelsesapparatet. Fear- avoidance- behavior kan være med på utviklingen av kroniske plager. Vlayen og Linton (2000) skriver at `fear- avoidance` modellen har blitt brukt til å forklare hvordan kroniske smerter oppstår. En rekke studier har de siste tiår funnet ut at angst og frykt påvirker opplevelsen av smerte, og spesielt kronisk smerte. Den klassiske forklaringen på `fear- avoidance` er at det under en nøytral stimuli tilføres en negativ komponent. Eksempelvis ved at en person får en strekk i ryggen under et markløft, eventuelt bevitner at dette skjer med en annen. Personen lærer så å ”forutsi” hendelser i hans/ hennes liv i frykt for at dette skal skje igjen. I etterkant av en skadehendelse vil lignende situasjoner kunne utløse en automatisk respons med for eksempel muskelspenninger og sympatisk aktivering inkludert frykt og angst. Dette vil da føre til at personene unngår situasjoner hvor de føler seg truet til å bli skadet igjen. Denne tillærte oppførselen er veldig vanskelig å bli kvitt og vil kunne medføre at personen blir fanget i en nedadgående spiral av økende unngåelse, plager og smerte. Ordet unngåelse kobles også sammen med humørforstyrrelser, frustrasjon og depresjon. De to siste er kjent for å være assosiert med redusert smertetoleranse. Modellen nedenfor illustrer hvordan en skade kan føre til fear- avoidance- behavior.

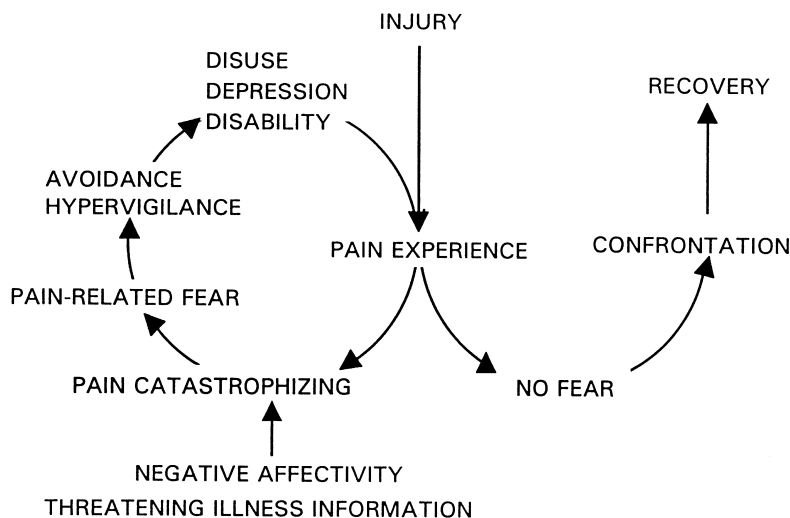


Fig. 1: "Fear- avoidance" modellen. (1)

2.4 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som "a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community" (5). Psykisk helse har både positive og negative dimensjoner, og det er viktig å klargjøre at psykiske ubehagsplager og psykiske lidelser er to individuelle begreper (12). Dette avhenger av intensitet, varighet og betydning for personens hverdag. Et eksempel på

psykiske ubehagsproblemer er symptomer på angst og depresjoner der det ikke foreligger en bestemt diagnose. Varigheten av plagene er forholdsvis korte og symptomnivået varierer fra person til person. Psykiske lidelser har et mer komplekst symptomtilbilde og større konsekvenser for personens daglige funksjonsevne. Lidelsene har som regel tidlig debut og plagene er ofte tilbakevendende eller kroniske.

Følelser som glede, sinne, redsel og frustrasjon er naturlige reaksjoner på menneskers opplevelser (13). De er ofte situasjonsbasert og har ulik varighet og intensitet. Et følelsesuttrykk er enklere å gjenkjenne hvis personen er bevist på årsaken til reaksjonen. Manglende eller overdrevet følelsesuttrykk er ofte enklere å gjenkjenne, og de fleste reaksjoner har likhetstrekk for alle mennesker. Angst er kategorisert som en psykisk tilstand som fører til fysisk og psykisk ubehag (14). Det kan forårsakes av bevisste og ubevisste følelser eller ytre hendelser. Angst kan deles inn i ulike nivåer og blir betraktet som en psykisk lidelse når frykten påvirker funksjonsevnen til individet. Andre følelser som tristhet, tomhetsfølelse og nedtrykthet er symptomer på depresjon (15). Følelsene er tilstede over en lengre periode og depresjon er betegnet som en psykisk lidelse. Det er den hyppigste formen for psykiske lidelser i Norge og kjennetegnes av en rekke karakteristiske trekk. Depresjoner finnes i ulike former og vanlige symptomer inkluderer konsentrasjonsvansker, utmattelse og søvnforstyrrelser.

Personlige egenskaper og individuelle trekk har stor betydning for den psykiske helsen (10, s 2). Personlighet kan beskrives som et individuelt sett av tanker, følelser og handlinger (16). Mennesker er utsatt for en rekke utfordringer og påkjenner i løpet av livet. Personens evne til å håndtere ulike situasjoner er avgjørende for den psykiske helsen, og målsetninger er viktig for å oppnå mestringfølelse (17). Et mål er en form for ønske eller tanke om noe et individ tror er mulig å realisere i fremtiden (16, s. 23). Et mål som ikke er mulig å realisere kan gi negativ innvirkning på motivasjon og selvfølelse. Selvfølelse er en persons egen oppfatning av seg selv og det kan påvirkes av ytre hendelser (19). Nedsatt selvfølelse og selvtillit er pre-disponerende faktorer for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjoner.

2.5 Forebygging av psykisk stress

Forebygging av psykologiske ubehagsproblemer hos idrettsutøvere ved skade kan synes å være gunstig. Mennesker er komplekse, og har alle egne tanker og måter å takle stress og skader på (20). Visse personligheter synes å takle psykologisk stress bedre enn andre. Disse har som personlighetstrekk å være nyskjerrig, være villig til å gi alt og ser forandring som en positiv utfordring. Disse har også en følelse av å ha kontroll over eget liv. Personligheter som ligger i den andre enden av skalaen har som fellestrekk at de er motivert av prestasjon, bekræftelsessøkende og har angst for å egen prestasjon i konkurranse. Dette er variabler som kan være relatert til stress. Dermed vil det være nødvendig å se på individuelle kognitive og psykologiske aspekter ved stress- respons.

Intervensjoner som kan settes i gang for å forebygge psykologisk stress er å få terapeuter til å adressere tankemønstre som kan føre til maladaptasjon. Andre teknikker som tankeendring og selvtillitstrening kan forbedre idrettsutøverens evne til å vurdere situasjoner på banen. Trenere, idrettspsykologer og annet støtteapparat har som ansvar å kommunisere realistiske forventninger, sørge for at utøverne har bra samholdighet og sosial støtte. Hvis utøveren føler at han har laget i ryggen og vet hva som er forventet vil han takle stressende situasjoner bedre. Tiltak for fysiologiske aspekter av stressrespons vil være med på å senke stressnivået og øke konsentrasjonsevnen. Dette kan være for eksempel meditasjon, pustøvelser og mental trening. Konsentrasjonstrening kan føre til lavere grad av distraksjon og hjelpe utøveren til å

holde tankene på oppgaven. Alle disse intervensjonene er rettet mot å redusere stressresponsen ved å endre tankesettet, eller senke fysiologisk opphisselse, og dermed redusere sannsynligheten for skade.

2.6 Tidligere forskning

En rekke studier siden 1965 har undersøkt om psykososiale endringer kan forårsakes av idrettsskader (2). Wiess og Troxel (1986) var de første som forsøkte å identifisere om idrettsskader kan påvirke den mentale helsen (21). Flere studier har funnet at en skade kan påvirke den psykiske helsen i ulik grad, men at det er behov for mer forskning innenfor dette emne (22)(2). Dette er viktig for å videreutvikle kunnskap om den best mulige behandlingen av idrettsutøvere.

I en studie fra 1994 ble det undersøkt om idrettsskader kan føre til depresjoner, angst og nedsatt selvtillit (22). Prosjektet bestod av 343 mannlige idrettsutøvere, og deltakerne ble testet ved to anledninger. Informantene i studien ble testet ved å bruke målinger for depresjon, angst og selvtillit. Resultatene viser at idrettsutøverne opplevde ulike grader av depresjon, angst og nedsatt selvtillit både en uke etter skaden og to måneder senere. Studien antyder at toppidrettsutøvere er sårbar for psykiske ubehagsplager i etterkant av en skade, og at enkelte har behov for psykologisk intervensjon. Funnene viser at det er behov for et mer omfattende behandlingsprogram, der behandlere har mer kunnskap om sammenhengen mellom psykisk helse og idrettsskade. Forskerne mener det er uansvarlig å ikke betrakte den psykiske helsen under behandling av en idrettsskade. Det er derimot manglende bevis på at behandlingsstrategier for mental helse påfølgende en idrettsskade er effektiv på psyken.

Shuer og Dietrich (1997) undersøkte om kroniske skader blant toppidrettsutøvere kan påvirke den psykiske helsen (21). Studien inkluderte 117 utøvere med kroniske muskel- og skjelett skader. Resultatene viste at skaden hadde signifikant påvirkning på den psykiske helsen til en stor andel av informantene. Benektelse var et sentralt begrep i undersøkelsen, der mange av deltakerne valgte å ikke innse omfanget av skaden. Det ble funnet høy forekomst av psykiske ubehagsplager, som videre viser behov for nye behandlingstiltak. Et eksempel er et toppidrettsutøverne opplevde en lignende respons som personer som har blitt utsatt for naturkatastrofer. Studien konkluderer med at det kan være behov for psykologisk intervensjon ved kroniske idrettsskader.

Masten, R. et al gjorde en studie på årsaken til akutte idrettsskader, og forholdet mellom alvorlighetsgrad av skade og emosjonelt stress (23). Utvalget bestod av 68 idrettsutøvere med kneskade som ble operert. Rehabiliteringsperioden varierte fra en måned til seks måneder. Studien tok utgangspunkt i personlighet, identifisering med idretten, smertehåndtering, rehabilitering, motivasjon og sosial støtte. Resultatene fra studien viste en lignende respons uavhengig av alvorlighetsgraden av skaden og rehabiliteringslengden. Utøverne med mer alvorlige skader trodde at skaden var mer alvorlig enn den var i realiteten. I tillegg varierte responsen på mestringsevne mer i gruppen med alvorlige idrettsskader. Studien viser at idrettsutøvere er utsatt for emosjonelle utfordringer, og at individuelle faktorer har betydning for hvordan utøveren håndterer skaden.

I en metaanalyse fra 1990 ble det funnet at idrettsutøvere som blir skadet har økt risiko for å oppleve stress, humørsvingninger og nedsatt selvtillit (2). Det ble sammenlignet flere studier hvor resultatene viste ulik respons. Enkelte deltakere opplevde ikke endring på den psykiske helsen og andre hadde behov psykologisk intervensjon. Idrettsutøvere med mindre skader og

kortere rehabiliteringsperiode opplevde ofte ingen eller minimal påvirkning på den psykiske helsen. Andre personer som pådro seg mer alvorlige skader hadde større risiko for psykiske ubehagsproblemer som følge av idrettsskaden. Dette førte til en lengre rehabiliteringsperiode enn forventet og flere opplevde negative endringer i humør og selvfølelse. Enkelte idrettsutøvere trodde at idrettsskaden var mer alvorlig enn den faktisk var og fikk behov for klinisk evaluering og behandling av den psykiske helsen. Studien konkluderer med at det idrettsskader kan påvirke den psykiske helsen, men at det er behov for mer forskning på temaet.

3 Metode

I dette kapittelet vil vi fortelle litt om hvilke valg vi har gjort når det kommer til metode, og hvordan prosessen fra start til resultat har vært. Her kan andre forskere som ønsker å gjennomføre samme studie se hvordan vi har gått frem.

3.1 Kvalitativ metode

Innen forskningsmetoder har vi to hovedvalg; kvalitativ eller kvantitativ forskning. Vi har benyttet kvalitativ metode. Denne metoden brukes ofte for å få frem opplevelsen eller meningene et eller flere individ har på en problemstilling, og er i vårt tilfelle brukt for å komme i dybden på opplevelsen våre deltakere har hatt av det å bli skadet. Kvalitativ metode benytter ord som tyngste punkt, og blir ofte lettere påvirket av forskeren selv, den er dermed vanskeligere å kvalitetssikre. Kvantitativ metode måler forskningen i tall. Dette er ofte en mer reliabel studie fordi man gjennom regning kan komme frem til hvor sikkert resultatet er og hvor mange deltakere man trenger for å gjøre studien signifikant. Men er man interessert i å komme dypere inn på en person eller et studie vil kvalitativ metode være det valget som tas.

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

Vi har brukt en semi - strukturert intervjuform for å skape en relativt åpen samtale mellom intervjuer og forskningsobjekt med støtte i en intervjuguide (vedlegg 1). Vårt intervju har inneholdt fastsatte åpne spørsmål hvor det ikke var forhåndsdefinerte svaralternativer, og det samtidig fantes mulighet for oppfølgingsspørsmål av interessante svar og tema. For å finne inspirasjon til spørsmål har vi lest i flere artikler (2)(21)(22), og videre tenkt selv hva som var relevant for vår forskning. Semi- strukturert intervjuform ble valgt for at våre informanter skulle få uttale seg fritt og utdypende slik at vi skulle få en større forståelse av objektene subjektive følelser og tankesett rundt temaet. Vi ønsket å få innblikk i hvordan det fysiske og mentale henger sammen og påvirker hverandre. Det er også interessant å se på hvordan en fysisk sterk idrettsutøver takler å bli satt ut av spill på grunn av en skade, og på hvilken måte dette har påvirket personen i ettertid.

3.3 Utvalg

Utvalget ble rekruttert gjennom kontakt med idrettslagene. Vi kontaktet idrettslagene på mail, og spurte om de hadde noen utøvere som kunne tenke seg å delta. Vi fikk så telefonnummeret til de som ønsket å være med. Det ble satt opp separate møter med deltakerne hvor vi foretok intervjuet. Under intervjuet ble det også bli tatt hensyn til kroppsspråk, blikk-kontakt og stemmebruk av objektet for å få en mer helhetlig opplevelse av svarene vi fikk. Målet var å se

på hvilke aspekter de ulike individene trakk frem som viktighet under deres skadeperiode og hvordan dette har påvirket dem i ettertid.

3.4 Utvalgskriterier

Utvalget vårt er hentet fra eliteserien i håndball og ishockey, og har bestått av både menn og kvinner i alderen 23 - 29 år. Utvalget er valgt på bakgrunn av at denne gruppen er svært utsatt for skade på grunn av treningsmengde og type idretter, og at en skade vil ha stor påvirkning på deres hverdag frem til skaden er rehabilitert. Andre inklusjonskriterier var at de måtte ha en nåværende skade som har vart i mer enn 6 uker. Dette fordi psykiske påkjenninger gjerne kommer etter en lengre periode.

3.5 Kontakt med informantene

All kontakt med deltakerne har foregått på telefon. De har også fått vår kontaktinformasjon om det skulle forekomme spørsmål.

3.6 Utarbeiding av intervjuguide

Intervjuguiden vår ble utarbeidet etter å ha lest i flere artikler (2)(21)(22) for å se på lignende studier og hva de hadde brukt. Etterpå satte vi oss ned og utarbeidet den intervjuguiden som passet vårt eget studie. Da intervjuguiden var ferdig kjørte vi flere testintervju, hvor vi da så hva som trengte å endres helt til vi kom frem til det vi syntes passet best. Dette for å kvalitetssikre intervjuet, og få en best mulig flyt under gjennomføringen.

3.7 Gjennomføring av intervju

Intervjuene har foregått på et lukket rom hvor de som var tilstede kun var intervjuere og intervjuobjekt. Dette for å skåne deltakerne, og få dem til å uttale seg friest mulig. Vi gjorde vårt beste for at deltakerne skulle føle seg komfortable og trygge ved å være medmenneskelige samtalepersoner, heller enn at de skulle føle at vi foretok et avhør av dem. På forhånd skrev deltakerne under på en kontrakt som sikret dem deres rettigheter i forhold til studiet, anonymisering og samtidig vår rett til å bruke materialet (vedlegg 2). Intervjuet var målt til å vare 20-30 minutter og ble tatt opp med taleoptak på iPhone 5 for å senere bli transkribert og analysert for å trekke slutninger fra materialet.

3.8 Transkribering

Transkriberingen ble gjort i nær etterkant av hvert intervju slik at de skulle bli mest mulig autentiske. På den måten hadde vi friskt i minne hvordan intervjuene hadde foregått, hvordan fremtoningen til informantene hadde vært, og på hvilken måte ting ble sagt.

3.9 Analyse av undersøkelsen

I analysen valgte vi å bruke Stegvis – deduktiv induktiv metode. I denne metoden arbeider man stegvis ut fra materialet frem til man utvikler konsepter som er representative for forskningen (23 s.125).

Prosessen var slik; Etter transkriberingen ble alt materialet satt inn i strukturerte skjemaer hvor koder oppstod. Da skjemaene var ferdigskrevet ble de gjennomgått og kodene ble plukket av en etter en til vi kun satt igjen med de kodene som var relevant for vår problemstilling. Steg to var å samle disse kodene i grupper og kategorisere dem. Disse kategoriene danner utgangspunkt for hva vi ville ha som hovedtemaer i analysen. Steg tre var at vi gjennom kategoriseringen utviklet konsepter og satte disse i båser. Analysen gikk ut på hva vi fant, om dette var forventet eller uforventet, hva hovedtemaene var, og om det fantes viktige undertemaer. Til slutt diskuterte vi dette med hverandre og skrev ned funnene.

3.10 Kategorier

Vi kom frem til at disse kategoriene var de vi ville legge vekt på i oppgaven:

- Idrettens betydning og deltakernes målsetninger
- Skadesituasjon og rehabilitering
- Emosjonell prosess
- Engstelser for å komme tilbake

3.11 Undersøkelsens reliabilitet, validitet og etisk vurdering

3.11.1 Reliabilitet

Reliabilitet forteller noe om hvor pålitelig studien er. Det er her forskerens egne meninger og kunnskap kan komme inn på både godt og vondt. Har forskeren et bestemt mål han vil få frem i studien, vil dette kunne påvirke resultatet. Derfor er det viktig med en god analyse (23 s.205) Dette vil kunne styrkes ved for eksempel å bruke direkte sitater ut fra intervjuene. Det har vi valgt å gjøre i vår studie, både for å øke reliabiliteten, og for å få frem viktige utsagn som styrker forskningen. Det at prosessen er så nøye beskrevet i oppgaven vil kunne gi leseren evne til å vurdere selv om han/ hun mener dette er riktig (24 s. 137).

3.11.2 Validitet

Validitet betyr gyldighet/ relevans. For å sikre at en studie er valid er det viktig å treffe rett på metodevalg, i forhold til forskningsspørsmål og problemstilling (23 s. 207). Vi har i denne studien valgt kvalitativ metode for å styrke validiteten.

3.11.3 Generaliserbarhet

På grunn av vårt valg om å gjøre en kvalitativ studie vil ikke dette kunne generaliseres på samme måte som en kvantitativ studie, hvor utvalget er stort og kan representere en hel populasjon. Dette er et studie som fokuserer på subjektive tanker og oppfatninger fra informanter. Den kan likevel gi oss en indikasjon på hvordan en gruppe mennesker opplever å få en skade, hvordan ettervirkningen påvirker den mentale helsen, og hvordan vi som terapeuter må ha dette i bakhodet.

3.11.4 Etisk vurdering

Det er viktig å reflektere over etikk. Dette for å sikre at vi har tatt vare på de etiske prinsippene i forhold til informantene. På forhånd av intervjuet skrev alle deltakerne under på en skriftlig avtale om at studiet var anonymt, at materialet ville bli tatt godt vare på, og at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst (vedlegg 2). Av etiske hensyn ble intervjumaterialet oppbevart i en lukket mappe på datamaskinen, hvor ingen andre enn oss hadde tilgang. Dette vil kun bli oppbevart til oppgaven er ferdigskrevet og levert, for så å bli slettet. Slik unngår vi at sensitiv informasjon kommer på avveie. Alle notater og utskrifter vil også bli makulert.

3.12 Kilder og søkeord

Det er benyttet en rekke søkeord og ulike databaser for å finne tidligere studier og relevant litteratur for oppgaven. Ved å bruke databasene PubMed og MEDLINE kunne vi strategisk benytte søkeord for å finne tidligere studier på oppgavens tema. Søkene på de to databasene gav lignende resultater. Eksempler på søkeord som ble benyttet for å finne tidligere studier er psychological, athletic injury og sports injury. For å finne litteratur til oppgaven brukte vi søketjenesten Ovid og Oria. På denne måten fant vi relevant litteratur om idrettsskader, psykisk helse og rehabilitering. Ikke alle artiklene var tilgjengelig på nett og en del måtte bestilles av biblioteket tilhørende Høyskolen Kristiania eller Universitetet i Oslo.

4 Resultater

I dette kapittelet vil vi gjennomgå forskningsmaterialet vi tilegnet oss i vår prosess. Forklaringen vil skje gjennom de fire kategoriene vi kom frem til i analysen: Idrettens betydning og deltakernes målsetninger, skadesituasjon og rehabilitering, emosjonell prosess, og engstelser for å komme tilbake.

Presentasjon av deltakerne:

Informant 1: Kvinne, 28. Har spilt Ishockey i 22 år, og spiller nå i eliteserien. Er samtidig trener for et 1. divisjonslag og har fast jobb. Røyk korsbåndet for ett år siden og er nå tilbake i idretten med restriksjoner.

Informant 2: Kvinne, 23. Har spilt håndball i 16 år, spiller i eliteserien og har vært innom treninger på landslaget. Studerer fulltid. Brakk det lille leggbeinet og fikk ankelen ut av ledd for to år siden, hun har mange senplager av dette.

Informant 3: Mann, 23. Spiller håndball i eliteserien og har vært innom landslaget. Studerer fulltid. Røyk bakre korsbånd for 2 måneder siden, og er enda ute av spill.

Informant 4: Mann, 29. Spiller håndball i eliteserien og på landslaget. Jobber fulltid ved siden. Har et omvendt jumpers -knee, og en belastningsskade i patella- senen.

4.1 Idrettens betydning og deltakernes målsetninger

Alle informantene er enige om at idretten har betydd veldig mye for dem. Det er stort sett det de har drevet med siden barndommen, de bruker flere timer på det hver dag og har en stor del av sitt sosiale nettverk der. De snakker veldig varmt om idretten sin, og forteller at det er en stor del av livet deres.

“Åhh, den betyr så veldig og veldig veldig mye. Det betyr, betyr... Glede, tilhørighet, mestring (...) noe å være engasjert i, noe å brenne for, ja...” (Informant 1)

Når det kommer til målsetninger oppgir informant 1 at hun ønsker å holde på så lenge som overhode mulig, om det er på banen eller som trener, så lenge hun kan være tilknyttet idretten på en eller annen måte. Hun har også hatt en liten drøm om å spille i utlandet, men føler det er litt for sent på grunn av alder og idrettsskaden. Informant 2 sier hun hadde et mål om å spille i eliteserien, og det har hun nådd, så nå er målet å utvikle seg mest mulig og prøve å holde på med det lengst mulig. Hun nevner også at landslaget ikke er et mål fordi hun ønsker å ha tid til studiene og senere jobb i tillegg. Informant 3 har ett mål om å bli seriemester. Informant 4 føler han har nådd de målene han hadde satt seg; spille i eliteserien, spille i utlandet og på landslaget.

Vi spurte deretter informantene om deres mål hadde endret seg noe i etterkant av skaden deres. Her oppgav halvparten at målene hadde endret seg. Informant 1 sier at det har gått opp for henne hvor fort alt kan være over, og at målet nå er å ta vare på kroppen slik at hun kan holde på lengst mulig der hvor hun er nå. Informant 2 oppgir at det helt klart har endret seg siden før første gang hun ble skadet; *“Ja, helt klart. Det har det. Før jeg ble skadet første gang var jeg nok mer målrettet og liksom enda mer motivert til å se hvor langt det kunne gå. Da var jeg også yngre og hadde enda mer tro på at jeg kunne nå enda lengre da. Men når man får en skade og du blir eldre og du kjenner at kroppen ikke tåler like mye som den gjorde før og sånne type ting, så justerer man jo målene litt deretter. Så nå har jeg egentlig bare mål om å holde på lengst mulig.”*

4.2 Skadesituasjon og rehabilitering

4.2.1 Skadesituasjon

Informant 1: Røyk korsbåndet i slutten av sesongen for ett år siden. Hun gikk glipp av Norges mesterskapet, og var ute mellom Mars og Januar. Informanten måtte vente i 2 måneder på operasjon, så tiden i mellom gikk til trening av stabilitetsmuskulatur.

Informant 2: Brakk det lille leggbenet og fikk ankelen ut av ledd for to år siden. Informanten husker nøyaktig dato, og er veldig beskrivende i det hun forteller. Hun ble skadet midt i sesongen og var helt ute i 8 måneder. Hun begynte å spille etter det, men hadde fortsatt 6 skruer i ankelen, noe som gjorde at trening og kamper var veldig smertefulle. Det blir nevnt at hun ikke tok særlig hensyn til ankelen i denne perioden og at dette førte til mange småskader den sesongen.

Etter ett år ble skruene operert ut, så måtte hun vente 3 - 4 måneder før hun kunne spille igjen. I etterkant har det fulgt på med mange skader rundt samme ankel; betennelse i akillessenen, betennelse i beinhinna og mye smerter i leggen rundt der skruene satt.

Informant 3: Røyk bakre korsbånd under en landing for to måneder siden. Dette var i midten av sesongen, og han oppgir at prosessen var grei. Skaden skjedde på en fredag, og han fikk komme til fysioterapeut på mandag, så fikk han tatt MR-undersøkelse allerede en uke etter.

Informant 4: Informanten våknet av smerter/ låsninger i kneet som viste seg å være en skade av patella - senen. Dette skjedde før jul denne sesongen. Smertene kommer ved for mye trening og han sliter da ved vanlig gange, men de avtar når han tar det med ro.

4.2.2 Rehabilitering

Alle informantene kan fortelle at de ikke er særlig fornøyde med rehabiliteringen. Enten er det i form av kjedelig trening og mangel på å få brukt kroppen ordentlig, eller så er det grunnet dårlig støtteapparat og oppfølging.

“Jeg skal trene sånn hat – knebøy som jeg kaller det. Sent ned, sent opp, og masse repetisjoner. Bare bygge alle muskler rundt skaden der. Også skal det for så vidt gå vekk av seg selv. Men den patella – senen vet jeg ikke hva vi skal gjøre med, skal ikke operere i hvert fall. Det er det eneste jeg er sikker på at jeg ikke skal.” (Informant 4)

“Jeg var hos fysioterapeut. Masse kjedelige øvelser, masse sykkel uten motstand i ett halvt år. Jeg var der sikkert, i hvert fall en gang i uka, de første 3 månedene. Det var litt sånn... det var det jeg dreiv med. Ned til gamlehjemmet og syklet uten motstand.” (Informant 1)

Samtlige oppgir også at rehabiliteringen har tatt lengre tid enn de først hadde antatt og at dette har vært demotiverende. Informant 2 savnet en terapeut som kunne fulgt henne bedre gjennom hele prosessen, en som kunne gitt henne en plan og hjulpet henne videre. Hun følte at hun ble kastet fra terapeut til terapeut og at dette var med på å forlenge rehabiliteringsprosessen.

“Det å ha en støttespiller som kunne mye om opptrening og behandling, hadde vært utrolig viktig for meg, men det hadde jeg aldri. Jeg hadde flere forskjellige fysioterapeuter og behandlere jeg gikk til og jeg følte meg aldri trygg på noen av de. Jeg følte ikke at noen av de var så oppriktig engasjert at de fulgte meg opp etter lengre tid. Det var bare sånn, nå er det ikke mer jeg kan gjøre for deg. Så måtte jeg bare gå til en ny.” (Informant 2)

4.3 Emosjonell prosess

I dette avsnittet beskriver deltakerne hvordan den emosjonelle prosessen etter skaden var. To av fire tok prosessen tungt, de rapporterer om stor sorg og mye smerter. De to resterende har forskjellige begrunnelse for hvorfor det har gått såpass bra. Her vil vi dele det opp slik at det blir tydeligere hvilken informant som sier hva.

Den første uken følte informant 1 stor sorg. Det var første gang hun hadde blitt ordentlig skadet, så det å plutselig ikke kunne bevege seg ordentlig gikk hardt innpå henne. Når vi spør informanten om hun følte at hun havnet lengre ned i den perioden sier hun; *“Ja, men jeg vet ikke om det er fordi man blir litt avhengig av trening. Jeg tror jeg er det. Og når man holder på med rehabiliteringstrening må man holde tilbake hele tiden og da får man ikke de endorfinene. Jeg tror det påvirket meg veldig. Jeg ble i skikkelig dårlig humør, lenge... på grunn av det”*. Hun sier det er kjipt å se når de andre jentene på laget kan hoppe rundt og lande på knærne og sånn, mens hun hele tiden må passe på.

“Det er jo veldig vanskelig å plutselig være på et sted hvor du innser at du ikke er supermenneske, at du har begrensninger og må jobbe rundt dem, ikke sant. Jeg må det fortsatt”.

På vårt spørsmål om selvtilliten har blitt påvirket sier hun at det har den. Hun er vant til at om hun vil få til noe, så jobber hun bare ekstra hardt, så får hun det til, men nå er det ikke sånn lengre. Hun føler seg ikke like tøff som før, og noe av det verste var når hun, etter måneder uten ordentlig trening, følte seg ordentlig svak. Det å gå fra å være i topp form, til å føle seg veldig slapp i kroppen gikk ganske hardt innpå henne.

“Veien tilbake var lang. Jeg tror egentlig det var det kjipeste. For det ble litt sånn eksistensielt til slutt, hvem er jeg hvis jeg ikke kan bruke kroppen liksom? Hvem skal jeg være da? For jeg legger jo mye av identiteten min i det at jeg er en idrettsutøver, ikke sant.”

Første uken var skikkelig ille synes informant 2. Det var sterke smerter blandet med skuffelse over ny skade og samtidig en følelse av urettferdighet for at det skjedde igjen. Hun var inne i en periode hvor hun følte ting gikk veldig bra, og nå visste hun hvor mye jobb som lå fremfor henne. Tidligere det året hadde hun fått albuen ut av ledd, så hun visste hva det innebar. Følelsen av skuffelse var stor for hun visste hvor ille det ville bli å trene seg opp igjen og samtidig sitte på sidelinja og se på de andre spille.

Denne informanten, som forrige, tar også opp at når treningen blir fraværende, skjer det noe med kroppen. Hun sier hodet ble tungt, og hun følte seg litt deprimert, samtidig som at motivasjonen og lysten for trening var utrolig stor.

Denne informanten har brukt mye tid til å reflektere over hele prosessen og sier det slik:

“I starten var det veldig tøft. Så innser du situasjonen, og skjønner at du bare må være tålmodig og gjøre så godt du kan for å trene deg opp og sånn (...) etter noen tøffe uker fikk jeg skikkelig mye motivasjon og tenkte at fader heller, det her skal jeg klare (...) prioritere skole og venner den perioden her nå og satse håndball når jeg er frisk igjen (...) Men når jeg begynte igjen så gikk det ikke så bra som jeg hadde trodd, på grunn av skruene i foten var det fortsatt mye smerter og vanskelig å bevege seg, så da ble det en ny nedtur i noen måneder. (...) Hele fjordsesongen var egentlig bare en stor skuffelse.

Hun kan fortelle at etter treninger våknet hun på nettene med store smerter. Hun sier videre at hvis hun ikke hadde visst at skruene skulle opereres ut så hadde hun sikkert måttet sluttet med håndballen. Det at hun hadde i tankene at hun skulle operere ga henne forhåpninger om at ting ville bli helt bra etter operasjonen, men på grunn av feilbelastning fikk hun mange senplager. Dette fører i dag til at motivasjonen går opp og ned ettersom smertene endrer seg.

På spørsmålet vårt om det har påvirket selvtilliten svarer hun at det har vært på å tro at du snart skal komme dit du var før skaden, for så å få det motbevist gang på gang. Hun trekker også frem følelsen av å skuffe trenere og laget. Tider hvor det har vært tenkt at hun skulle komme tilbake, og trenere ikke har signert ny kontrakt med andre spillere på grunn av henne har følt ekstra ille.

Informant 3 føler at humøret er og har vært relativt upåvirket. Han tror dette kan skyldes at han ikke var klar over hvor lenge han egentlig måtte være ute, og hvor mye jobb det ville være å komme tilbake. Han trekker også frem at det er hans første ordentlige skade og sier at han tror dette kan gjøre at han tar så lett på det.

“Jeg har egentlig ikke vært lei meg i det hele tatt, jeg har bare prøvd å tenke framover og finne ut hva jeg må gjøre for å bli bra igjen liksom”

Han synes likevel at det er kjedelig å ikke få bli med å spille og at det kribler skikkelig for å begynne å trene ordentlig igjen. Informanten trekker frem at han til og med savner å løpe, noe han egentlig ikke er noe glad i å gjøre.

På spørsmålet om hvordan informant 4 føler skaden påvirket humøret hans den første uken svarer han slik: *”Nja, når du har vært skadet så mange ganger før så er det vel bare en ny skade da, så har jeg jo dette andre i kneet så det var jo bare mer oppe på det samme da, så det er jo kjedelig, men det trakk meg ikke akkurat ned”*. Han sier at han blir jo lei av å være skadet, men at det ikke er vits å dvele ved det når han ikke får gjort noe med det. Når det kommer til selvtillit så trekker han frem at det er kjipt å føle at man ikke er like god, like sterk og at man har mistet litt muskler.

”Jeg synes ikke denne skaden er så forferdelig, andre skade har vært verre, men det er jo litt sånn når du begynner å bli litt gammel til det du vil gjøre, så ønsker du egentlig bare å surfe gjennom det siste og gjøre deg ferdig...”

4.4 Engstelser for å komme tilbake

Tre av fire sier de tror de vil bli engstelige i situasjoner som minner om skadesituasjonen. Informant 1 er veldig redd for å bli skadet igjen, hun sier at dette er noe som stresser henne. Informant 2 legger til at hun er redd for at kroppen ikke skal klare å komme tilbake til der den var, at plagene er blitt kroniske. Mens informant 3 er bekymret for om han yter like bra nå som før han ble skadet, siden det er noen måneder nå siden han trente håndball. Informant 4 sier han har vært skadet så mange ganger før så det eneste han er litt rett for under rehabiliteringsprosessen er å legge på seg.

“Det er lenge siden jeg har trent håndball nå, så jeg lurer litt på om skuddet sitter. Jeg kommer sikkert til å være litt forsiktig i starten, men jeg tror at når du spiller så tenker du ikke noe på det. Jeg tror ikke jeg kommer til å la det hemme meg liksom”. (Informant 3)

5 Diskusjon

I første delen av dette kapittelet vil vi diskutere valg av metode. I andre del vil vi diskutere funnene fra intervjuene opp mot tidligere forskning og vår problemstilling. Drøftingen tar utgangspunkt i kategoriene presentert i resultatdelen.

5.1 Vurdering av metode

Denne studien hadde til formål å undersøke om skader hos toppidrettsutøvere gikk ut over den psykiske helsen. For å tilegne oss kunnskap valgte vi å bruke en kvalitativ metode hvor vi brukte semi – strukturerte individuelle intervju for å samle inn informasjon. Bakgrunnen for dette var at vi ønsket å komme dypt inn i tankesettet til våre deltakere og se på ting de kanskje ikke hadde tenkt på selv. Vi mener denne metoden har fungert optimalt og vi har fått inn den informasjonen vi ønsket.

Før intervjuene ble gjennomført kjørte vi flere prøveintervju for å sikkerhetsstille at undersøkelsen ble bra nok. Dette for å unngå at vi skulle miste viktig informasjon, og eventuelt måtte ha endre intervjuguiden underveis, noe som kunne svekket vår studie

betraktelig. Under intervjuene brukte vi en intervjuguide med fastsatte åpne spørsmål, dette vil åpne muligheten for at andre i stor grad kan gjennomføre samme studie, hvilket gjør vår studie reproducerbar. Skal studien reproduseres er det flere ting som kan gjøre at det blir vanskelig å få akkurat de samme resultatene. Bare det at det er andre forskere som utfører den kan medføre store sprik. Her kan en enkel ting som at det blir lagt trykk på andre ord i spørsmålene i spørreundersøkelsen utgjøre en stor forskjell i svarene man tilegner seg. Men samtidig vil dette også kunne gjelde innen samme studie, dette kan bli påvirket av dagsformen til både intervjuer og intervjuobjekt. Så forskjeller vil det kunne bli uansett. Vi brukte hver vår iPhone 5 til å ta lydopptak med, dette ble gjort for å sikkerhetsstille at viktig informasjon ikke ville bli tapt. Dette er ikke optimalt med tanke på passe på intervjumaterialet når det kommer til etisk vurdering, men det gjorde det lettere for oss siden vi ikke fikk tak i båndopptaker. Vi passet på å legge intervjuene direkte inn på datamaskinen i en lukket mappe, for så å slette det fra telefonene. Materialet og transkriberingene er også lagt i denne mappen. Dette vil kun oppbevares til oppgaven er levert for så å bli destruert.

Utvalget vårt er styrket av at vi har benyttet både menn og kvinner i studien, samtidig hatt en av hvert kjønn i tilnærmet samme alder i de to aldersgruppene vi har. Skulle vi optimalisert dette ville vi hatt betraktelig flere deltakere for å kunne generalisere studien i større grad. Vi kunne da også ha sammenlignet menn og kvinner opp mot hverandre, dette kunne vært interessant å se på siden deltakerne i denne studien viste så stor forskjell mellom kjønnene.

I forkant av studien hadde vi noen tanker om hvordan resultatene ville bli, dette kan ha vært med på å påvirke resultatene vi fikk. Dette er noe som er vanskelig å unngå i en så liten studie. Men i og med at studien vår er utført av to forskere, og ikke en, har vi hatt muligheten til å diskutere funnene, kommet med begrunnelser og motargumenter for å så kommet frem til en felles mening.

Primærkilden vår har vært intervjuene vi har foretatt. Men for å finne relevant forskning til å sammenligne studien vår med har vi søkt i de største databasene og brukt bøker om psykologi og idrettsskader. Kildene som er benyttet i oppgaven er valgt for å kunne beskrive teori og diskutere valgt problemstilling. Det er brukt både sekundær litteratur som fagbøker og primærlitteratur som fagartikler. Det var lite tilgjengelighet av tidligere forskning på temaet som oppgaven omhandler og vi kunne derfor ikke stille oss veldig kritisk til fagartiklene. I og med at dette er noe som er relativt uvant for oss har det tatt tid å finne relevante artikler, og det kan være at vi ikke har fått med oss alle studier tilegnet vår studie. Vi sitter likevel igjen med studier som støtter vår studie.

5.2 Vurdering av resultatene

I dette avsnittet vil vi vurdere resultatene opp mot problemstillingen. Vi har valgt å gå inn i hver kategori, og diskutere ut fra disse.

5.2.1 Idrettens betydning og deltakernes målsetninger

Idretten har stor betydning for samtlige av informantene i studien. Det er noe de har brukt store deler av livet sitt på helt siden de var barn. Idretten er noe de identifiserer seg med, og prestasjoner har stor betydning for humøret. ”Man er i godt humør når man vinner og dårlig humør når man taper - så klart det er viktig” (Informant 3). Trening er en viktig del av hverdagen og idretten kan beskrives som utfordrende og spennende. På grunnlag av dette vil en skade har stor betydning for informantene. Det vil gi negative konsekvenser for deltakelse

i idretten, og kan påvirke andre hverdagslige aktiviteter. Toppidrettsutøverne trener for å utvikle sine ferdigheter og for å oppnå nye mål innen idretten.

Målsetninger er nødvendig for å øke motivasjonen og for å kunne videreutvikle seg som idrettsutøver (16, s. 23). En idrettsskade kan føre til at mål fremstår som uoppnåelig og kan gi negativ påvirkning på den psykiske helsen. Dette kan føre til nedsatt motivasjon og endret selvbilde. Personer som driver med toppidrett har et stort konkurranseinstinkt og sterke målsetninger. Det er også viktig at målene gjennomføres innen en bestemt periode, siden idrettene først og fremst er forbeholdt den yngre generasjonen. Informantene som deltok i studien hadde konkrete og høye mål for idretten. Målsetningene til to av informantene er endret som følge av skaden. De har begge hatt mål om å spille for en klubb i utlandet, men tror ikke lenger at dette er et realistisk mål. Etter skaden ble målet endret til å kunne spille i eliteserien så lenge som mulig. Et annet mål er å ta vare på kroppen, slik at det ikke forekommer flere skader i fremtiden. Dette er målsetninger som har endret seg på grunnlag av skaden og kan dermed ha påvirket den psykiske helsen. De to resterende informantene mente at målene ikke hadde endret seg etter skaden. Informant 3 oppgav et mål om å bli seriemester. Dette kan både være et kortsiktig eller langsiktig mål som burde vært avklart under intervjuet. Til tross for det så er informanten bestemt på at skaden ikke har fått konsekvenser for sine egne mål for fremtiden. Informant 4 har en annen oppfatning av personlige mål enn de andre deltakerne, for målene endret seg før han pådro seg skaden. Deltakeren er fornøyd med sin egen karriere i idrettene og har oppnådd alle sine mål ved å spille på landslaget, en utenlandsk klubb og i eliteserien i flere år. Informanten utdyper at han har opplevd det han ønsket med karrieren, men vil fremdeles å spille aktivt siden han har kontrakt med et lag i eliteserien. Det kan diskuteres om informanten ikke er representativ for andre toppidrettsutøvere, og at dette kan ha en negativ innvirkning på validiteten på resultatene. Selv om deltakeren utfyller kriteriene for toppidrettsutøver og idrettsskade, så har han ikke lengre tydelige målsetninger eller ambisjoner innen særvidretten. De andre deltakerne har oppnådd en rekke mål for idretten, men setter nye mål for å videreutvikle seg som toppidrettsutøver. Der tre av informantene vil realisere nye drømmer, så vil informant 4 fortsette med idretten av økonomiske grunner. Informanten synes å være klar for en ny fase i livet der idretten ikke lenger er et hovedfokus i hverdagen. Det viser seg i etterkant av intervjuene at det kunne vært tydeligere inkluderings- og ekskluderingskriterier for valg av deltakere. På grunn av tidsmangel kunne ikke dette endres.

5.2.2 Skadesituasjon og rehabilitering

En toppidrettsutøver har høy risiko for å pådra seg en idrettsskade (3). Utøveren blir undersøkt av medisinsk personell og det blir tilrettelagt behandling slik at rehabiliteringen varer kortest mulig (10). Idrettsutøveren får informasjon om forventet rehabiliteringstid og den psykiske helsen blir ofte ikke evaluert. Forskning har vist at en idrettsskade kan påvirke den psykiske helsen og føre til en rekke ubehagsproblemer. En idrettsskade kan blant annet forårsake psykisk traume (9, s. 266). Det er ikke type idrettsskade som bestemmer utfallet for den psykiske helsen, men den subjektive opplevelsen av skaden. Tre av deltakerne med akutte idrettsskader kan gjenfortelle skadeøyeblikket veldig nøyaktig. De kan detaljert fortelle om hendelsen og informant 2 har sett opptaket av skaden en rekke ganger. To av informantene opplevde skadeøyeblikket som en truende situasjon og trodde at skaden var mer alvorlig enn den var. Dette kan indikere at skaden ble oppfattet som en traumatisk hendelse og har påvirket den psykiske helsen til tre av informantene. Masten et al. fant at utøvere med mer alvorlige skader oppfattet skaden som mer truende enn idrettsutøvere med mindre idrettsskader (22).

Dette stemmer overens med informantene i denne studien der den siste informanten ikke kan gjenfortelle skadeøyeblikket, og vurderer ikke sin egen skade som mer alvorlig enn den er i realiteten.

En idrettsskade kan hindre at en toppidrettsutøver kan delta i idretten og medføre tap av primære mestringsmekanismer (10). Tre av informantene ble skadet i midten av sesongen og den fjerde deltakeren ble skadet i slutten av sesongen. Skadene har ført til at alle deltakerne har mistet muligheten til å delta i viktig sluttspill. Dette er noe informantene målbevisst arbeider mot en hel sesong, og en skade kan derfor være vanskeligere å håndtere. I tillegg er mestringsmekanismer som trening og deltakelse i særiddrettene ikke lenger et alternativ. Dette kan føre til at rehabiliteringsperioden oppfattes som utfordrende og informantene må benytte andre mekanismer for å mestre rehabiliteringen.

Tiltro til behandler og et godt støtteapparat er nødvendig for et positivt utfall av rehabiliteringen (10). Dette kan vises ved at informantene i denne studien har ulike synspunkter på behandlingen og opptreningen. Det eneste de er enig om er at rehabilitering er lite givende og kjedelig. Dette i form av rolig trening, like øvelser og mangel av annet stimuli. Toppidrettsutøverne er vant til utfordrende treningsøvelser, konkurranse og samspill med lagkamerater, men dette er ikke lenger mulig. For tre av deltakerne tar rehabiliteringen lengre tid enn forventet. En viktig årsak for informant 1 er at behandlingen ble forskjøvet på grunn av manglende resultater fra medisinske undersøkelser. Informant 2 har en annen forklaring på hvorfor rehabiliteringsperioden har vært lang og utfordrende. Hun begrunner det med et dårlig støtteapparat og manglende kunnskap hos behandlere. Den siste informanten stiller seg likegyldig til nåværende rehabilitering og omtaler tidligere skader som mer utfordrende. I motsetning til de andre deltakerne så er informant 3 fornøyd med rehabiliteringen og tror han følger forventet rehabiliteringstid. Han utdyper at faglig kompetanse blant behandlere, raske tilbakemeldinger fra undersøkelser og et godt støtteapparat er grunnen til at han ikke anser rehabiliteringen som utfordrende. Studier på dette området har vist at manglende motivasjon og tillit til behandlere kan forlenge rehabiliteringsperioden (10). Et velfungerende støtteapparat og godt forhold til behandler er avgjørende for å utelukke psykologiske ubehagsplager og forlenget rehabiliteringstid (10).

5.2.3 Emosjonell prosess

I denne delen av diskusjonen blir det evaluert hvordan en idrettsskade har påvirket den psykiske helsen til informantene fra skadeøyeblikket og frem til intervjuet. En emosjonell prosess har mange ulike stadier og utfordringer. Psykisk helse er unikt for hvert enkelt individ og følelser har ulik varighet og intensitet (25). Omfanget av psykiske endringer som følge av en idrettsskade varierer fra person til person (2)(10). Alle informantene har en unik opplevelse av hvordan skaden har påvirket den psykiske helsen. For de to kvinnelige deltakerne har den emosjonelle prosessen etter skaden vært preget av stor sorg og frustrasjon. De to mannlige deltakerne tror ikke at idrettsskaden har påvirket humøret eller andre psykologiske elementer. Forskjellen hos deltakerne kan tyde på at det kan være ulikheter mellom kjønn, men dette blir ikke diskutert i oppgaven på grunnlag av et lite utvalg. Det blir istedenfor evaluert hvilke følger en idrettsskade kan få for den psykiske helsen til hver av informantene. Det er viktig å trekke inn at ingen av deltakerne rapporterer om vanskeligheter psykisk i forkant av skaden. Dette ble avklart for å hindre at andre utfordringer og påkjenninger kunne være med å påvirke resultatene vi fikk under intervjuene.

Den emosjonelle påvirkningen den første uken etter skaden varierer for informantene. For de to første deltakerne hadde idrettsskaden signifikant påvirkning på humøret. Informantene opplevde en rekke symptomer på psykiske ubehagsproblemer som følelsene tristhet, frustrasjon, urettferdighet og sorg. Informant 3 opplevde følelsen av benektelse ved at han ikke forstod konsekvensene eller alvorlighetsgraden av skaden. Som tidligere nevnt er benektelse det første av de 5 stadiene i sorgprosessen, og i følge Shuer og Dietrich er det høy forekomst av benektelse etter en idrettsskade (10) (20). Den siste informanten merket ingen betydelig endring på den psykiske helsen. De subjektive meningene til informantene samsvarer med tidligere studier, der en idrettsskade kan i ulik grad påvirke den psykiske helsen til idrettsutøvere (2).

Etter den første uken er to av informantene fremdeles tydelig preget av idrettsskaden, mens de andre viser lite eller ingen påvirkning på den psykiske helsen. Grunnen til den manglende påvirkningen på de to siste informantene kan være at informant 3 har vært skadet i en begrenset periode, og informant 4 ikke har flere målsetninger for sin egen karriere, som nevnt i diskusjon for deltakernes målsetninger. Den informanten som er mest preget av idrettsskaden er informant 2. Hun kan detaljert beskrive de emosjonelle endringene der hun først innser skadeomfanget, og benytter ulike mestringsstrategier for å håndtere situasjonen. Rehabiliteringsperioden er preget av en rekke oppturer og nedturer som er vanskelige å forholde seg til. Idrettsskaden har hatt signifikant påvirkning på den psykiske helsen og det kan argumenteres at symptomene har ført til store psykiske ubehagsplager. Dette kan betinges av varigheten på rehabiliteringstiden og tidligere erfaring med skader. Informant 1 har også opplevd psykisk stress som følge av skaden, til tross for at dette er hennes første ordentlige idrettsskade. For å beskrive de påfølgende månedene etter skaden benytter hun ord som ”skikkelig dårlig humør” og “stor sorg”. Hun følte at når hun ikke kunne spille ishockey så fant hun ikke mening i å gjøre noe annet. Dette førte til mye stillesitting og destruktiv tankegang.

En rekke studier har vist at en idrettsskade kan medføre endret selvfølelse og nedsatt selvtillit (21)(20)(22)(2). Ingen studier har funnet at samtlige idrettsutøvere vil bli påvirket av skaden, men enkelte har hatt behov for klinisk intervensjon. Lignende resultater er funnet i denne undersøkelsen der informant 1 har hatt størst påvirkning av selvfølelsen og selvtilliten. Hun trekker frem eksistensielle spørsmål og identifiserer seg selv med idretten. “Hvem er jeg hvis jeg ikke kan bruke kroppen min? For jeg legger mye av mye av identiteten min i det at jeg er en idrettsutøver”. Informanten utdyper også at hun hadde vanskeligheter med å håndtere skaden ved at hun ikke benyttet andre mestringsstrategier. De andre informantene brukte mer tid på jobb, studier, venner og familie, og har hatt mindre eller ingen påvirkning av selvfølelsen og selvtilliten. Det kan virke som at det er nødvendig å endre fokus til andre elementer i hverdagen for å unngå videre påvirkning. Informant 2 mener at selvtilliten ikke er endret, men at skaden har ført til nedsatt selvfølelse knyttet til idretten og prestasjoner. De to mannlige informantene tror ikke at skaden har påvirket noen fundamentale deler av selvfølelsen. Det kan likevel mistenkes at resultatene kunne vært annerledes ved en forlengelse av skadetiden til informant 3, eller hvis informant 4 hadde blitt intervjuet under tidligere skader, da idretten hadde større personlig betydning.

Personlighet og tidligere erfaringer har vist seg å ha betydning for hvordan en skade påvirker den psykiske helsen (8, s. 6). Det er første gang informant 1 og 3 har pådratt seg en idrettsskade, men de har to ulike formeninger om betydningen av tidligere skader. Det interessante her er at informant 1 bruker dette til å begrunne hvorfor skadeperioden hennes har vært vanskelig, mens informant 3 tror at dette er grunnen til at skaden ikke har påvirket

den psykiske helsen. De to andre informantene har hatt flere idrettsskader i karrieren. Informant 2 mener tidligere skader har negativ innvirkning på den psykiske helsen og informant 4 har hatt større vanskeligheter med tidligere skader. Dette kan tolkes som at påvirkningen av idrettsskader er en subjektiv oppfatning som avhenger av personlige egenskaper og tidligere erfaringer. Dette støtter opp mot psykologien, der mennesker har en individuell oppfatning av en situasjon, og personens evne til å håndtere utfordringer påvirker den psykiske helsen (16).

5.2.4 Engstelser for å komme tilbake

Etter en lang periode ute av spill er det mange engstelser som kan komme opp. Tre av fire deltakere tror de vil bli engstelige i situasjoner som ligner skadeøyeblikket. Det kan diskuteres om deltakerne senere vil oppleve frykt for å pådra seg nye skader og endre bevegelsesmønster som følge av idrettsskaden. Deltakeren som uttrykker mest frykt for å pådra seg en ny skade er informant 1. Hun forteller at det setter begrensinger i idretten og fører til økt stress i hverdagen. Dette er noe som kan forårsake "Fear- avoidance- behaviour" (1), hvor hennes frykt kan føre til at bevegelsesmønsteret endrer seg hvilket igjen kan medføre andre plager i muskel- og skjelettsystemet, eller hindre bedring av skaden. Informanten viser symptomer på frykt, redsel eller angst, og det kan foreligge et behov for samtale med en terapeut. 1994 fant at idrettsskader kan forårsake depresjoner, angst og nedsatt selvtillit (kilde 1994) og at enkelte idrettsutøvere hadde behov for psykologisk intervensjon. En annen utfordring kan være hvis nedturene blir for mange, som vi ser hos informant 2. Hun har kommet til det punktet at hun er redd for om kroppen i det hele tatt vil klare å komme seg tilbake til der den var når hun var skadefri. Kanskje kunne hun unngått dette tankesettet om hun hadde en terapeut hun hadde tillit til, eventuelt noen med erfaring med mental trening.

Informant 3 er bekymret for om han vil spille like bra etter at rehabiliteringsperioden er over. Dette vil vise seg når han er tilbake. Det kan tenkes at det kan gå ut over informantens selvtillit og engstelser om han ser at dette har endret seg i negativ retning. På en annen side kan dette vise seg å gå helt fint, og at informanten kommer ut av skadeperioden uten problemer. Det eneste jeg er litt redd for er å legge på meg, sier informant 4. Denne bekymringen kommer antageligvis fra erfaringer fra da han har vært skadet tidligere, og har egentlig ikke så mye med problemstillingen å gjøre. Vi trekker igjen frem informantens holdninger til egen rolle innen toppidretten.

Vi mener at alle våre fire kategorier har påvirkningskraft på hvordan utfallet i den psykiske helsen blir, og det har derfor vært relevant å ha med disse.

6 Avslutning

Vi har lært mye om psykologisk respons til skade gjennom prosessen i denne studien. Det var ønskelig å tilegne oss mer kunnskap om dette for å kunne behandle fremtidige pasienter på best mulig måte. I dette kapittelet vil vi komme med en endelig konklusjon ut fra resultatene våre.

6.1 Konklusjon

Med utgangspunkt i problemstillingen; "På hvilken måte kan idrettsskade hos en toppidrettsutøver påvirke den mentale helsen?" kan vi konkludere med dette:

Når en toppidrettsutøver blir skadet kan det gå ut over flere psykologiske aspekter. Ikke alle vil oppleve å få like store plager, men en viss påvirkning vil det likevel bli. Vi ser at varigheten på en skade vil ha påvirkningskraft i form av at det går sterkere ut over den mentale helsen jo lengre rehabiliteringsperioden blir. Vi tolker det også slik at om rehabiliteringen blir lengre enn først antatt vil det føre til negativ stimuli, og utøverne kan miste motivasjonen, få lavere selvtillit og mestringsfølelse. Det er store individuelle forskjeller i måten en idrettsskade blir håndtert på. Enkelte vil ikke merke endringer i den mentale helsen, men kjenne mer på lette psykologiske aspekter som frykt for at formen ikke skal holde, eller at teknikken skal svekkes i løpet av rehabiliteringsperioden.

Mye tyder også på at hvis toppidrettsutøveren har høye målsetninger vil en idrettsskade føles som et større nederlag enn hvis utøveren er likegyldig til spillesituasjonen. Om det foreligger mange tidligere skader kan det synes å bli verre for utøveren å takle nye skader, hvilket medfører et større fall i mestringsfølelse og motivasjon. En sterk mental innstilling og positive tanker kan være med på å gjøre rehabiliteringsperioden til utøveren enklere, dette er noe som kan læres gjennom mental trening.

Vi ser at psykisk helse blant toppidrettsutøvere er et tema som mangler tilstrekkelig med forskning, og håper denne oppgaven kan være med å trigge til nyskjerrighet om temaet. Det kan være mye å vinne både for idretten og terapeuter å få belyst denne problemstillingen.

Referanseliste

1. Johan WS, Vlaeyen SJL, Vlaeyen JW, Linton SJ: Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317–32.
2. Smith AM, Scott SG, Wiese DM. The psychological effects of sports injuries. *Coping. Sports Med Auckl NZ*. 1990;9(6):352–69.
3. Idrettsskader. I Store norske leksikon [Internett]. I Store norske leksikon; 2009 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/idrettsskader>
4. Hva er toppidrett? [Internett]. Olympiatoppen [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: http://www.olympiatoppen.no/om_olympiatoppen/organisasjon/strategi/hvaertoppidrett/page910.html
5. WHO | Mental health: a state of well-being [Internett]. WHO [sitert 27. april 2016]. Hentet fra: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
6. Håndball, skader [Internett]. Norges Helseinformatikk; 2015 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://nhi.no/trening/idrettsskader/handball-skader-3816.html>
7. Langevoort G, Myklebust G, Dvorak J, Junge A. Handball injuries during major international tournaments. *Scand J Med Sci Sports*. 2007;17:400-7.
8. Clarsen RB. The prevalence and impact of overuse injuries in five Norwegian sports: Application of a new surveillance method. *Scand J Med Amp Sci Sports*. 2014;25(3).
9. Ishockey og bandy, skader [Internett]. Norges Helseinformatikk; 2015 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://nhi.no/trening/idrettsskader/ishockey-og-bandy-skader-3817.html>
10. Andrews JR. *Physical Rehabilitation of the Injured Athlete*. 4. utg. StLouis, MO, USA: Elsevier Health Sciences; 2012. 618 s.
11. Semyon M. Slobounov. *Injuries in Athletics: Causes and Consequences*. Springer; 2008. 555 s.
12. Nes RB, Clench-Aas J. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger [internett]. [Hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
13. Jansen J. Følelse. I Store medisinske leksikon [hentet 2016-04-27]. 2016 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/f%C3%B8lelse>
14. Malt U. Angst. I Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/angst>
15. Malt U. Depresjon. I Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/depresjon>
16. Malt U. Personlighet. I Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/personlighet>

17. Malt U. Mestring. I Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/mestring>
18. Geen RG. Human motivation: a social psychological approach. Brooks/Cole; 1995. 347 s.
19. Malt U. Selvfølelse. I Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [hentet 2016-04-27]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/selvfoelse>
20. Andersen MB, Williams JM. A Model of Stress and Athletic Injury: Prediction and prevention. *J Sport Exerc Psych*. 1988;10:294-306.
21. Shuer ML, Dietrich MS. Psychological effects of chronic injury in elite athletes. *West J Med*. 1997;166(2):104-9.
22. Leddy M, Lambert M, Ogles B. Psychological Consequences of Athletic Injury among High-Level Competitors. *Res Q Exerc Sport*. 1994;65(4):347-54.
23. Masten R, Strazar K, Zilavec I, Tusak M, Kandare M. Psychological response of athletes to injury/Psiholoski odgovor sportasa na ozljedu. *Kinesiology*. 2014;46(1):127.
24. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utg. Gyldendal akademisk; 2012. 246 s.
25. Nilssen VL. Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren. Universitetsforl; 2012. 190 s.

Formålet med intervjuet er å forbedre forståelsen for hva skade hos en toppidrettsutøver gjør med den mentale delen hos utøveren. Intervjuet vil ta ca. 20 minutter.

Er det greit at vi tar opp samtalen på bånd?

Intervjuguide:

1. Har du lyst til å fortelle litt om deg selv?
2. Hva betyr idretten for deg?
 - a. Hvilke mål har du innen idretten?
 - b. Har disse endret seg siden skaden?
3. Hvordan type skade har du hatt?
 - a. Kan du beskrive hvordan skaden skjedde ?
 - b. Når i sesongen ble du skadet? Hvordan har skadeforløpet vært?
 - c. Var du under stress eller andre forandringer under denne tiden?
4. Hvordan påvirket skaden humøret ditt den påfølgende uken?
5. Hvordan har rehabiliteringen foregått?
 - a. Var det obligatorisk å møte på trening likevel?
 - b. Hvordan følte dette?
6. Kan du beskrive den emosjonelle prosessen frem til i dag?
 - a. Vil du si dette har påvirket din selvtillit eller selvfølelse?
 - b. Har du venner eller familie som vet om skaden din?
 - c. Hvordan har de forholdt seg til dette?
 - d. Hvordan føler du deg nå?
7. Når er det tenkt at du er tilbake for fullt?
8. Har du noen engstelser angående det å komme tilbake?
9. Er det noe annet du vil tilføye?

Tusen takk for intervjuet!

Hvis det skulle være noen uklarheter, eller at det dukker opp noen flere spørsmål, er det greit om vi kontakter deg?

Ønsker du å få svarene dine i ettertid, eller bli holdt orientert om oppgaven?

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg bekrefter herved at jeg er informert om bacheloroppgaven.

Jeg er informert om hensikten med datainnsamling og er innforstått med at deltakelsen er frivillig.

Jeg er også informert om at gjeldende data er anonymisert og vil bli slettet etter gjeldende regler når oppgaven er sensurert.

Jeg samtykker herved i at mine opplysninger kan brukes i studentens bacheloroppgave.

Dersom denne oppgaven vurderes til å kunne være et eksempel på en besvarelse, samtykker jeg i at oppgaven kan legges ut på internett, til nytte for andre studenter som skal skrive bacheloroppgave. (Dette forutsetter at studentene selv samtykker i at oppgaven kan benyttes til dette formålet, og at alle opplysninger som kan identifisere intervjuobjektet er fjernet).

Jeg samtykker i at oppgaven kan legges ut på internett med de forbehold som er nevnt over. (Dersom rubrikken ikke er krysset av, vil ikke oppgaven legges ut på internett).

(Signatur av deltaker, dato)

(Signatur av prosjektansvarlige)