

Motivasjon for egenbehandling av funksjonelle stemmevansker

*En undersøkelse av fem kvinnelige lærere, med
utgangspunkt i sosial-kognitiv teori*

Kristine Frantzen Gilhus



Masteroppgave i spesialpedagogikk ved Det
utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

November 2008

Sammendrag

FORMÅL OG PROBLEMSTILLING: Prosjektet har søkt å belyse tidligere brukeres erfaringer og refleksjoner knyttet til motivasjon i rehabilitering av funksjonelle stemmevansker. Elementer fra sosial-kognitiv teori dannet det teoretiske utgangspunktet, og disse ble relatert til logopedisk tilnærming til rehabilitering av stemmevansker. Undersøkelsen var konsentrert om hvordan teoriens elementer har påvirket kvinnelige læreres motivasjon for egenbehandling av stemmen, en betydningsfull del av rehabiliteringen. Følgende problemstilling ble nyttet:

På hvilken måte samsvarer elementer fra sosial-kognitiv teori med tidligere brukeres erfaringer med motivasjon for egenbehandling av funksjonelle stemmevansker?

METODE OG UTVALG: Det ble valgt en kvalitativ tilnærming, og dataene ble samlet inn gjennom halvstrukturerte dybdeintervjuer med fem kvinnelige lærere som har hatt logopedisk oppfølging for funksjonelle stemmevansker. En hermeneutisk tilnærming ble nyttet i analysen, hvor informantenes utsagn og sosial-kognitiv teori utgjorde hovedbestanddelene. Disse ble så sammenstilt for å vurdere hvordan teoriens elementer og undersøkelsens innsamlede data samsvarer.

RESULTATER OG KONKLUSJONER: Til tross for noe kunnskap om stemmevansker, endret ikke informantene sine stemmebruksvaner. Kunnskap ervervet hos logoped, og som ble relatert til den enkeltes stemmevanske, førte til omlegging av vaner for å oppnå hensiktsmessig stemmebruk. Økning av kunnskap vurderes av de fleste som motiverende for egenbehandlingen, fordi kunnskapen gjorde stemmeøvelsene meningsfylt.

Informantene beskriver motivasjon for egenbehandling som størst tidlig i prosessen, og deretter å ha vært varierende. Av betydningsfulle egenskaper fremheves stahet og målrettethet, og tett oppfølging og innsats under press foretrekkes i et rehabiliteringsopplegg. Flere etterspør muligheter for sporadisk oppfølging etter avsluttet behandling, fordi dette vil kunne virke motiverende for egenbehandlingen.

Datamaterialet tyder på at forventninger om jevnlig egenbehandling ble utfordrende å gjennomføre i praksis, og logopedens anbefalte mengde for egenbehandling ble sett på som urealistisk å få utført. Informantene fremhever mangel på tid og travelhet som forhindrende for motivasjon for jevnlig egenbehandling.

Undersøkelsen viser entydig at mål fremheves som av grunnleggende betydning for motivasjon for egenbehandlingen. Informantene fremhever to mål: Bedret stemme og fungering i jobben som lærer. Målene var oftere overordnede enn kortsiktige, og de beskrives som utfordrende og motiverende for gjennomføring av egenbehandlingen. Samtlige opplevde, med unntak av ett tilfelle med tilbakefall, at målet ble nådd.

Datamaterialet tyder på at tidligere lignende erfaringer og mestringsopplevelser sees som viktig for egenbehandlingen, men enkelte kan oppleve at mestring kan svekke motivasjonen. Observasjon av logopedens ved utføring av stemmeøvelser fremheves som motiverende for egenbehandlingen fordi det skaper trygghet om korrekt utføring. Positive tilbakemeldinger og godt humør vurderes av de fleste som motiverende for egenbehandlingen, men førstnevnte kan også svekke motivasjonen hos enkelte.

Informantene fremhever observasjon av logopedens som betydningsfull for læring av stemmeøvelsene, mens læring gjennom egen utføring knyttes til intuisjon om at øvelsene blir utført korrekt. Bevisstgjøring blir fremhevet som avgjørende for å gjennomføre rehabiliteringsprosessen.

Undersøkelsen konkluderer med at mål, både vage og klart definerte, fremheves som det mest grunnleggende elementet for informantens motivasjon for egenbehandling. Økt kunnskap sees som betydningsfullt fordi det har virket bevisstgjørende for den enkelte. Logopedens utføring av stemmeøvelser samt tilbakemeldinger har påvirket informantens motivasjon. Datamaterialet viser hovedsakelig sammenfall med sosial-kognitiv teoris syn på motivasjon, læring og påvirkning, og bidrar i tillegg med nyansering av en del elementer. Funnene tyder på at teorien kan ha relevans for logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker.

Forord

2008 vil for alltid stå for meg som et særdeles utfordrende år. Prosessen rundt masteroppgaven har overskygget det meste: Årstider, høytider og merkedager har passert, og familie og venner har tidvis måttet leve med et både fysisk og mentalt fravær fra min side. Prosessen har vært tøff, utfordrende og avstedkommet en del tårer, men jeg har også opplevd glede og boblende motivasjon. Alt har imidlertid en ende, så også dette! Når ”siste hånd på verket” nå er lagt, kan jeg omsider løfte blikket fra min selvsentrerte tilværelse, og uttrykke takknemlighet overfor dem som på ulike måter har bidratt til at prosjektet ble realisert:

Først og fremst vil jeg takke informantene for velvillighet, for at de tok av sin tid og gav av sine tanker og erfaringer. Uten informanter, intet datamateriale! Dernest vil jeg takke personene som formidlet kontakt med informantene. Videre er jeg takknemlig for de to ”prøvekaninene” som våget å stille til prøveintervju! Takk også til kolleger som har vist interesse og oppmuntret meg. En varm takk går til familie og venner som har båret over med meg dette året, og som har støttet meg gjennom hele prosessen.

Jeg vil takke min engasjerte veileder, Eirik Aarflot, for gode faglige diskusjoner og tålmodighet, og for evnen til å snu pessimisme til optimisme.

Den aller viktigste personen, og som jeg ikke kan få takket nok, er min elskede Kristoffer! Du har måttet tåle en del gjennom en langvarig prosess, og uten deg ved min side hadde jeg ikke klart dette!

Bergen, november 2008

Kristine Frantzen Gilhus

Innhold

SAMMENDRAG	3
FORORD	5
INNHold	7
1. INNLEDNING	13
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	13
1.2 PROBLEMSTILLING, AVGRENSNING OG SENTRALE BEGREPER	14
1.3 DISPOSISJON AV OPPGAVEN	16
2. TEORI	17
2.1 FUNKSJONELLE STEMMEVANSKER, REHABILITERING OG LOGOPEDISK TILNÆRMING	17
2.1.1 <i>Stemme og funksjonelle stemmevansker</i>	17
2.1.2 <i>Læreryrket, kvinnelige lærere og funksjonelle stemmevansker</i>	18
2.1.3 <i>Logopedisk tilnærming som rehabiliteringsprosess</i>	18
2.1.4 <i>Relasjonen mellom logoped og bruker</i>	19
2.1.5 <i>Logopedens profesjonalitet og rolle</i>	20
2.1.6 <i>Brukers personlige egenskaper</i>	21
2.1.7 <i>Egenbehandlingens betydning for positivt resultat</i>	21
2.2 SOSIAL-KOGNITIV TEORIS SYN PÅ MOTIVASJON OG LÆRING	22
2.2.1 <i>Motivasjonsbegrepet i sosial-kognitiv teori</i>	22
2.2.2 <i>Selvet – utgangspunktet for motivasjon</i>	23
2.2.3 <i>Innflytelse fra ulike motivasjonsteorier</i>	23
2.2.4 <i>Læringsbegrepet i sosial-kognitiv teori</i>	24

2.2.5	<i>Læring gjennom observasjon og handling</i>	25
2.2.6	<i>Bevissthet og oppmerksomhet i læring</i>	27
2.2.7	<i>Innflytelse fra ulike læringsteorier</i>	27
2.3	SOSIAL-KOGNITIV TEORI OG BETYDNINGEN AV PÅVIRKNING OG DRIVKREFTER	28
2.3.1	<i>Determinanter påvirker</i>	29
2.3.2	<i>Indre og ytre faktorer i gjensidig samspill</i>	29
2.3.3	<i>Tre typer konsekvenser som drivkrefter</i>	30
2.3.4	<i>Fem kjernedeterminanter i helseatferd</i>	32
2.3.5	<i>Kunnskap – determinant for initiering av endring</i>	32
2.3.6	<i>Self-efficacy – den mest betydningsfulle determinanten</i>	33
2.3.7	<i>Fire kilder til self-efficacy</i>	35
2.3.8	<i>Forventninger om utfall – determinant for vurdering av konsekvenser</i>	36
2.3.9	<i>Mål – determinant for ønsket standard</i>	37
2.3.10	<i>Tilretteleggere og forhindringer – determinant for oppfatning av ytre og indre forhold</i>	38
2.3.11	<i>Relasjonen mellom kjernedeterminantene – en sosiokognitiv kausalmodell</i>	38
3.	METODE	41
3.1	KVALITATIV FORSKNINGSTILNÆRMING	41
3.2	METODE – HALVSTRUKTURERT INTERVJU	42
3.3	UTVALG	43
3.3.1	<i>Utvalgsriterier</i>	43
3.3.2	<i>Tilgang til informanter</i>	44
3.3.3	<i>Det endelige utvalget</i>	44
3.4	DATAINNSAMLINGSPROSESSEN	45

3.4.1	<i>Utarbeiding av intervjuguiden</i>	45
3.4.2	<i>Intervjuguidens syv temaer og teoretiske utgangspunkt</i>	46
3.4.3	<i>Prøveintervjuer</i>	47
3.4.4	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	48
3.5	BEARBEIDING AV DATAMATERIALET	49
3.5.1	<i>Transkribering</i>	49
3.5.2	<i>Analyse og tolkning</i>	50
3.6	RELIABILITET	51
3.7	VALIDITET	52
3.7.1	<i>Validitet knyttet til utarbeiding av intervjuguiden</i>	52
3.7.2	<i>Validitet knyttet til datamaterialet</i>	53
3.7.3	<i>Validitet knyttet til utvalget</i>	54
3.7.4	<i>Validitet knyttet til forskerrollen</i>	54
3.8	FORSKNINGSETISKE HENSYN	55
4.	DATAPRESENTASJON	57
4.1	UTGANGSPUNKTET FOR PROESSEN	57
4.1.1	<i>Stemmevansken ved prosessens begynnelse</i>	57
4.1.2	<i>Faktorer som påvirket til å oppsøke hjelp</i>	58
4.2	KUNNSKAP	59
4.2.1	<i>Forhåndskunnskap om funksjonelle stemmevansker</i>	60
4.2.2	<i>Kunnskapens betydning for motivasjon for egenbehandling</i>	60
4.2.3	<i>Kunnskap som vurderes som verdifull</i>	61
4.3	PERSONLIGE EGENSKAPER OG FORUTSETNINGER FOR PROESSEN	62

4.3.1	<i>Motivasjon for egenbehandling og tanker om egen rolle tidlig i prosessen.....</i>	63
4.3.2	<i>Beskrivelse av egenbehandlingen gjennom prosessen.....</i>	63
4.3.3	<i>Vurdering av egne forutsetninger og deres betydning for prosessen.....</i>	64
4.4	FORVENTNINGER OG FORHINDRINGER.....	65
4.4.1	<i>Forventninger til egen innsats og forventningenes betydning for gjennomføring av egenbehandlingen.....</i>	66
4.4.2	<i>Betydningen av anbefalt mengde egenbehandling og forventninger til resultat av egenbehandling.....</i>	67
4.4.3	<i>Forhindringers innvirkning på motivasjon for egenbehandling.....</i>	68
4.5	MÅL.....	68
4.5.1	<i>Mål for prosessen og logopedens bidrag til presisering av mål.....</i>	69
4.5.2	<i>Målets betydning for motivasjon for egenbehandling.....</i>	70
4.5.3	<i>Beskrivelse av mål.....</i>	70
4.5.4	<i>Betydningsfulle tiltak for måloppnåelse og vurdering av målene underveis i prosessen.....</i>	71
4.5.5	<i>Vurdering av grad av måloppnåelse.....</i>	72
4.6	ERFARINGER, OBSERVASJON, TILBAKEMELDINGER OG FYSIOLOGISKE OG AFFEKTIVE TILSTANDER.....	73
4.6.1	<i>Betydningen av mestringserfaringer.....</i>	73
4.6.2	<i>Betydningen av å observere logopeden.....</i>	74
4.6.3	<i>Betydningen av logopedens tilbakemeldinger.....</i>	75
4.6.4	<i>Betydningen av fysiologiske og affektive tilstander.....</i>	76
4.6.5	<i>Beskrivelse av motivasjonen i løpet av prosessen.....</i>	77
4.7	LÆRING.....	78
4.7.1	<i>Betydningen av læring gjennom observasjon.....</i>	78
4.7.2	<i>Betydningen av læring gjennom handlinger.....</i>	79

4.7.3	<i>Betydningen av mestringsopplevelser og bevisstgjøring</i>	80
5.	DRØFTING	81
5.1	BEVISSTGJORT KUNNSKAP SOM PREMISS FOR ENDRING OG MOTIVASJON	81
5.2	PERSONLIGE EGENSKAPER PÅVIRKER EGENBEHANDLINGEN	83
5.3	FORVENTNINGER MEDFØRER INNFLYTELSE, FORHINDRINGER REDUSERER MOTIVASJON	85
5.4	MÅL ER AV GRUNNLEGGENDE BETYDNING FOR MOTIVASJON	87
5.5	KILDENE TIL SELF-EFFICACY PÅVIRKER MOTIVASJON FOR EGENBEHANDLING I ULIK GRAD.....	89
5.6	OBSERVASJON AV LOGOPED SOM BETYDNINGSFULLT FOR LÆRING	92
6.	KONKLUSJON	94
	KILDELISTE	97
	VEDLEGG 1	101
	VEDLEGG 2	102
	VEDLEGG 3	103
	VEDLEGG 4	108

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet motivasjon og motivasjonens betydning i en rehabiliteringsprosess har lenge fascinert meg, både gjennom personlige erfaringer og gjennom erfaringer andre har formidlet til meg som fagperson. Som masterstudent i logopedi synes jeg det er viktig å få innblikk i hvilke elementer som påvirker brukeres motivasjon for å trene stemmen på egenhånd. I logopedisk rehabilitering, som i andre rehabiliteringsprosesser, står egeninnsats sentralt for å oppnå ønskede resultater. For å finne noen svar på hvilke elementer som styrer og påvirker brukeres motivasjon for egeninnsats, har jeg i dette prosjektet valgt å intervju personer som tidligere har vært til logopedisk oppfølging for funksjonelle stemmevansker. Sentrale elementer fra sosial-kognitiv teori har dannet utgangspunkt for temaer personene har blitt intervjuet om. Teoriens syn og personenes erfaringer knyttet til de ulike elementene har deretter blitt sammenlignet.

Sosial-kognitiv teori, med A. Bandura som den fremste teoretiker, er valgt som utgangspunkt fordi den har bidratt med mulige tilnærminger til rehabilitering og til helsefremmende atferd (Bandura 1986, 1997, 2000, 2004, 2005, Luszczynska & Schwarzer 2005, Schwarzer 2001, Schwarzer m.fl. 2008, Schwarzer & Renner 2000). Logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker kan sees i et helseperspektiv fordi prosessen innebærer endring av uheldig anvendelse av muskulatur knyttet til stemmeproduksjon. Videre fremhever teorien menneskets muligheter for å være en bidragsyter i sitt eget liv, og tro på seg selv og sine forutsetninger sees som avgjørende for hvor motivert og aktiv en er i forhold til sin egen situasjon (Bandura 1986). Rehabilitering av funksjonelle stemmevansker innbefatter egeninnsats i form av stemmeøvelser og bevisstgjøring i tillegg til oppfølging fra logoped, og dette stiller krav til den enkeltes bidrag i prosessen. Motivasjon påvirker innsats for gjenoppnåelse av hensiktsmessig muskelbruk. Teorien anses å være aktuell i dag, og det publiseres jevnlig litteratur og studier basert på teoriens tanker (jfr. kildeliste).

Bandura (2004) sier følgende om teoriens bidrag til helsefremmende atferd: "Social cognitive theory offers both predictors and principles on how to inform, enable, guide, and motivate people to adapt habits that promote health and reduce those that impair it" (s. 146). Teorien vekket min interesse for flere år siden i forbindelse med pedagogikkstudiet, og dens tanker om motivasjonens betydning for gjennomføring av aktiviteter har fascinert meg.

Kvinnelige lærere utgjør en risikogruppe for utvikling av funksjonelle stemmevansker (Martin & Darnley 2004, Milbrath & Solomon 2003, Roy m.fl. 2004a, Simberg m.fl. 2005, Smolander & Huttunen 2006), og velges på dette grunnlag som en representativ gruppe til å belyse temaet i prosjektet.

Undersøkelsens formål har vært å belyse ulike elementer som har påvirket motivasjon for innsats på egenhånd blant fem kvinnelige lærere som har gjennomgått en logopedisk tilnærming til rehabilitering av funksjonelle stemmevansker. Med utgangspunkt i sentrale elementer hentet fra sosial-kognitiv teori har de blitt dybdeintervjuet om sine tanker og erfaringer knyttet til de enkelte elementene. Teorien har deretter blitt satt opp mot utsagnene med den hensikt å se på hvordan de samsvarer. Intensjonen med sammenstillingen har vært å se på sosial-kognitiv teoris relevans i logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker.

1.2 Problemstilling, avgrensning og sentrale begreper

På bakgrunn av temaet ble følgende problemstilling valgt for denne undersøkelsen:

På hvilken måte samsvarer elementer fra sosial-kognitiv teori med tidligere brukeres erfaringer med motivasjon for egenbehandling av funksjonelle stemmevansker?

Følgende seks forskningsspørsmål utdyper problemstillingen:

- Hvilken betydning har økt kunnskap om stemmebruk for motivasjon for egenbehandling?

-
- Hvordan vurderes personlige egenskaper som drivkrefter for egenbehandling?
 - På hvilken måte kan forventninger og forhindringer påvirke motivasjon for egenbehandling?
 - På hvilken måte kan uttalte mål virke inn på motivasjon for egenbehandling?
 - Hvordan kan erfaringer, observasjon, tilbakemeldinger samt fysiologiske og affektive tilstander påvirke motivasjon for egenbehandling?
 - På hvilken måte kan læring virke inn på motivasjon for egenbehandling?

Med begrepet egenbehandling menes personenes innsats på egenhånd gjennom rehabiliteringsprosessen. Innsatsen omfatter hovedsakelig utføring av stemmeøvelser, i tillegg til å rette oppmerksomheten mot egen stemmebruk. Colton, Casper og Leonard (2006) ser aktiv deltakelse i prosessen som en forutsetning for gjenoppgåelse av hensiktsmessig stemmeproduksjon. Begrepet egenbehandling er valgt fremfor termen egentrening fordi prosjektets relateres til et helseperspektiv, og førstnevnte begrep vurderes å være i tråd med dette perspektivet.

Med termen bruker menes i denne konteksten en person som er henvist til logoped for behandling og oppfølging på grunn av funksjonelle stemmevansker. Bruker er blant betegnelse som Norsk Logopedlag (NLL 1996) nytter i sine yrkesetiske retningslinjer om mottakere av logopediske tjenester. Bruker sees som et mer nyansert begrep enn klient, som også nyttes av Norsk Logopedlag (NLL 1996). Førstnevnte begrep vurderes å ivareta et aktivt syn på personen som følges opp av logopeden, som er avgjørende i rehabilitering av funksjonelle stemmevansker.

Logoped betegner en person som yter logopediske tjenester, og som har godkjent logopedutdanning i henhold til Norsk Logopedlags vedtekter (NLL 1996). I denne konteksten vil logopediske tjenester si behandling av funksjonelle stemmevansker.

Begrepet informant dreier seg om en person som intervjues i forskningsøyemed. Informanters ytringer utgjør materialet som det forskes på (Dalen 2004). I dette prosjektet refererer informant til en kvinnelig lærer som har erfart rehabilitering av funksjonelle stemmevansker.

1.3 Disposisjon av oppgaven

Kapittel to danner den teoretiske rammen for dette prosjektet. Kapitlet begynner med teori som sees som relevant for prosjektets tematiske bakgrunn: Funksjonelle stemmevansker blant kvinnelige lærere og aspekter ved logopedisk tilnærming til stemmevanskene. Kapitlet fortsetter med en grundig redegjørelse for sosial-kognitiv teori. Redegjørelsen vil konsentrere seg om teorien slik den er utviklet av Bandura. Det vil bli referert til enkelte andre teoretikere i tradisjonen der dette vurderes som relevant. De aller fleste begrepene er oversatt til norsk, mens de originale, engelske begrepene er satt i parentes. Omfanget på presentasjonen av sosial-kognitiv teori begrunnes i dens kompleksitet som vanskeliggjør en kortfattet redegjørelse.

Kapittel tre redegjør for valg av forskningstilnærming og metode, og beskriver prosessen knyttet til innsamling, bearbeiding og analyse av datamaterialet. Videre drøftes reliabilitet og validitet, og til sist vurderes forskningsetiske hensyn. I det fjerde kapitlet følger en presentasjon av datamaterialet gjennom informantenes utsagn knyttet til temaer som tar utgangspunkt i elementer fra sosial-kognitiv teori. Det femte kapitlet drøfter funn fra datamaterialet og setter dette opp mot det teoretiske utgangspunktet. I det sjette kapitlet følger konklusjon for undersøkelsen.

2. Teori

Teoridelen innledes med en oversikt over det tematiske utgangspunktet for prosjektet: Funksjonelle stemmevansker, kvinnelige lærere og logopedisk tilnærming til stemmevansker. Derneft følger en todelt redegjørelse for teoridelens hovedfokus: Sosial-kognitiv teori, som datamaterialet senere vil bli drøftet opp mot. Den første delen omhandler teoriens syn på motivasjon og læring, og gir eksempler på teorier som har øvet innflytelse på sosial-kognitiv teori. I den andre delen presenteres teoriens syn på elementer som påvirker og driver menneskets handlinger, både generelt og i tilknytning til helsevaner.

2.1 Funksjonelle stemmevansker, rehabilitering og logopedisk tilnærming

En oversikt over det tematiske bakteppet sees som relevant for en helhetlig forståelse for prosjektet. Det vil derfor bli redegjort for funksjonelle stemmevansker og følger for læreryrket, logopedisk tilnærming som rehabilitering, ulike aspekter ved relasjonen mellom logoped og bruker samt egenbehandlingens betydning for rehabiliteringen. Senere i teoridelen vil momentene bli knyttet til sosial-kognitiv teori, og anses å gi et grunnlag for å vurdere samsvar mellom teori og datamateriale.

2.1.1 Stemme og funksjonelle stemmevansker

Å enes om en definisjon på stemme anses som vanskelig (Colton, Casper & Leonard 2006). Hva som oppfattes som normalt kan variere i ulike kulturer, og på det individuelle plan varierer stemmen med kjønn, alder og emosjonell og fysisk tilstand. Hensiktsmessig bruk av puste- og strupemuskulatur kan sees som et utgangspunkt for å forstå stemmevansker. Funksjonelle stemmevansker kan defineres som en negativ stemmetilpasning som følge av betydelig stemmebruk (Welham & Maclagan 2003). Vanskene kommer av feilbruk av stemmen over tid og er ikke resultat av fysiske

endringer i strupen, som er tilfelle ved organiske stemmevansker. Vanlige symptomer er heshet, helt eller delvis stemmetap, kremtetrang, følelse av slitenhet i stemmen og mangel på pust. Funksjonelle stemmevansker oppleves ulikt ut fra hvordan personen oppfatter, reagerer på og tilnærmer seg vansken sin (Yiu 2002), og synes å ha større utbredelse enn andre typer stemmevansker (Grieg 2002).

2.1.2 Læreryrket, kvinnelige lærere og funksjonelle stemmevansker

Lærere regnes som profesjonelle stemmebrukere, hvor yrkesutøvelsen er avhengig av stemmebruk (Colton, Casper & Leonard 2006, Martin & Darnley 2004, Wingate m.fl. 2007). I arbeidshverdagen kan forhold som klassestørrelse, klassetrinn, støynivå og utforming på undervisningsrom stille store krav til læreres stemmebruk. I tillegg kan enkelte undervisningsfag sees som mer belastende for stemmen enn andre. Den stemmekrevende hverdagen gjør lærere, og særlig kvinnelige lærere, utsatt for å utvikle funksjonelle stemmevansker (Laukkanen m.fl. 2008, Martin & Darnley 2004, Milbrath & Solomon 2003, Roy m.fl. 2004a, 2004b, Simberg m.fl. 2005, Sliwinska-Kowalska m.fl. 2006, Smolander & Huttunen 2006, Wingate m.fl. 2007). Dette kan knyttes til anatomiske forhold som gjør kvinnens strupe mer sårbar for overbelastning enn mannens (Roy m.fl. 2004a). Funksjonelle stemmevansker kan påvirke utøvelsen av læreryrket i en slik grad at stemmekrevende aktiviteter må reduseres, og i tillegg forekommer sykefravær (Bovo m.fl. 2007, Yiu 2002). Personens kunnskap om stemmevansker og grad av påfallehet av vansker kan sees i sammenheng med å oppsøke hjelp (Smolander & Huttunen 2006). I en undersøkelse om stemmevansker blant lærere viser Yiu (2002) til at lærere anser kunnskap og læring som viktig for å oppnå og opprettholde hensiktsmessig stemmebruk.

2.1.3 Logopedisk tilnærming som rehabiliteringsprosess

Behandling av funksjonelle stemmevansker innebærer en tilbakeføring til tidligere mestret, hensiktsmessig stemmebruk, og kan sees som en rehabiliteringsprosess. Logopedisk behandling sees som den foretrukne tilnærming ved funksjonelle

stemmevansker, og innebærer endring av innarbeidede, ugunstige vaner for stemmeproduksjon hvor gjenopptakelse av hensiktsmessig stemmefunksjon kan forventes (Colton, Casper & Leonard 2006). For at logopedisk tilnærming skal kunne lykkes, vektlegger Colton, Casper og Leonard (2006) brukers erkjennelse av å ha en stemmevanske samt villighet til å følge prosessen. Logopedisk behandling består av indirekte og direkte tilnærminger (Bele 2008), og benevnes her som:

- Rådgivning (indirekte), som sikter mot å gjøre personen i stand til å hjelpe seg selv (Johannessen, Kokkersvold & Vedeler 2005). Gjennom samtaler søker logopeden mot å øke brukers bevissthet rundt egen stemmebruk. Bevisstgjøring fokuserer også på hvordan både ytre faktorer som stress i jobb og indre faktorer som emosjonell tilstand kan påvirke stemmen. Brukeren ansvarliggjøres gjennom økt kunnskap om hva som har forårsaket vedkommendes stemmevanske (Colton, Casper & Leonard 2006).
- Øvelser (direkte), hvor det arbeides direkte med stemmen. Øvelsene kan fokusere på aspekter som hensiktsmessig pust og stemmeleie, og reduksjon av muskulære spenninger i taleapparatet.

Ved behandlingsoppstart undersøker logopeden brukers stemmefunksjon, danner seg et inntrykk av personen og stemmevansken gjennom samtale og tilpasser opplegget til den enkeltes behov. Logopedisk tilnærming krever aktiv deltakelse fra brukeren (Colton, Casper & Leonard 2006). Fordi prosessen dreier seg om endring av ervervet uhensiktsmessig stemmeproduksjon, vil utfallet være avhengig av regelmessig utføring av øvelsene på egenhånd og korrigerende av stemmeatferd. I begynnelsen av rehabiliteringsprosessen er det vanlig med tett oppfølging som deretter påfølges av en gradvis nedtrapping etter hvert som brukeren selvstendigjøres og opplever bedring.

2.1.4 Relasjonen mellom logoped og bruker

Brukeren oppsøker logoped for å få hjelp for sin stemmevanske, og rollene og forutsetningene i relasjonen er derfor ulik. Lassen (2002) påpeker at relasjonen

mellom hjelper og råde søker vil være preget av asymmetri. Dette kan reflekteres i rollene, hvor logopeden har kompetanse innen stemmebehandling og stemmebruk, mens brukeren trenger hjelp for å få en bedret stemmebruk. Ohnstad (1998) karakteriserer relasjonen som ”kunstig” fordi den preges av det bruker søker hjelp for, og dette skiller relasjonen fra dagligdagse, uformelle relasjoner. Kvaliteten på relasjonen synes å ha innvirkning på om brukeren vil oppleve fremgang (Røkenes & Hanssen 2006). Relasjonen mellom logoped og bruker vil dermed kunne påvirke utfallet av behandlingen av funksjonelle stemmevansker. Det fremheves også at avklaring av gjensidige forventninger til prosessen påvirker relasjonen positivt (Johannessen, Kokkersvold & Vedeler 2005, Røkenes & Hanssen 2006).

2.1.5 Logopedens profesjonalitet og rolle

Rådgivningens sentrale rolle i rehabilitering av funksjonelle stemmevansker stiller krav til logopedens kommunikative ferdigheter. Rogers (1967) vektlegger tre grunnholdninger hos rådgiver i sin personsentrerte rådgivningsteori:

- Kongruens. Rådgiver skal være genuin i møte med bruker og unngå å skjule seg bak en profesjonell fasade. Dette utgjør den grunnleggende holdningen.
- Ubetinget positiv aktelse. Bruker skal aksepteres på en ikke-dømmende måte.
- Empati. Rådgiver skal kunne leve seg inn i brukers subjektive verden.

Grunnholdningene sees som et utgangspunkt for å ivareta brukerperspektivet. Spørsmålene logopeden stiller må være åpne og preget av undring (Johannessen, Kokkersvold & Vedeler 2005, Røkenes & Hanssen 2006), og skal invitere til refleksjon. Colton, Casper og Leonard (2006) fremhever evnen til å lytte, vise støtte og å oppmuntre i behandling av funksjonelle stemmevansker. Den ”kunstige” relasjonen (jfr. punkt 2.1.4) gir rådgiveren nødvendig avstand til å kunne analysere og yte hjelp (Ohnstad 1998). Sett fra et yrkesetisk ståsted bidrar avstanden til å ivareta logopedens profesjonalitet. Relasjonens asymmetri gir logopeden makt, og bevissthet om dette er viktig for å unngå utnyttelse av posisjonen (Lassen 2002). Bevissthet om

grenser for egen kompetanse er rådgivers ansvar (Johannessen, Kokkersvold & Vedeler 2005), og i tilfeller hvor en stemmevanske kan bunne i psykiske årsaker må det vurderes hvorvidt det er riktig med logopedisk eller psykologisk oppfølging.

2.1.6 Brukers personlige egenskaper

Logopedisk behandling er for mange en ukjent tilnærming til stemmevansker (Colton, Casper & Leonard 2006). Ved første møte med en logoped kan det derfor tenkes at bruker har lite kunnskap om hva behandlingen innebærer. Det kan være vanskelig å akseptere en sammenheng mellom stemmebruk og egen stemmevanske, og enkelte ønsker at vansken skal kunne elimineres ved hjelp av medikamenter (Colton, Casper & Leonard 2006). Selvoppfatning er en sentral forutsetning for motivasjon (Lillemyr 2007), og brukers selvoppfatning vil derfor påvirke motivasjon for å være aktiv i prosessen. Logopedisk behandling er ikke passende tilnærming dersom bruker ikke erkjenner å ha en stemmevanske eller ikke er villig til å endre uheldige vaner (Colton, Casper & Leonard 2006). Opplevelsen av å ha innflytelse over eget liv kan påvirke brukers syn på seg selv (Lassen 2002). Enkelte kan ha behov for tett oppfølging over tid, mens andre trenger mindre grad av oppfølging.

2.1.7 Egenbehandlingens betydning for positivt resultat

Egenbehandling defineres her som innsatsen brukeren gjør på egenhånd, både i mellom logopedbehandlingene og i etterkant av avsluttet oppfølging. Dette dreier seg hovedsakelig om utføring av stemmeøvelser, men også endring av stemmebruksvaner inngår i begrepet. Varighet og resultat av logopedisk stemmebehandling er avhengig av at bruker er villig til å endre vaner og jevnlig utføre øvelsene på egenhånd (Colton, Casper & Leonard 2006). Økning av selvbevissthet sees som en medvirkende faktor i rehabiliteringen, og i egenbehandling siktes det mot selvstendigjøring av bruker.

Egenbehandling står sentralt i prosjektet fordi dette elementet i rehabiliteringen har betydning for resultatet av prosessen. Ulike forhold ved logopedisk tilnærming vil påvirke brukers motivasjon for å gjennomføre egenbehandlingen, og dermed hvordan

resultatet av prosessen blir. Prosjektets teoretiske hovedfokus, sosial-kognitiv teori, bidrar med perspektiver på hva som kan påvirke motivasjon for egenbehandling, og vil senere bli drøftet mot datamaterialet.

2.2 Sosial-kognitiv teoris syn på motivasjon og læring

Motivasjon og læring står sentralt i sosial-kognitiv teori, og delkapittelet redegjør for teoriens forståelse av disse elementene samt hva som skaper motivasjon og læring. I tillegg presenteres ulike motivasjons- og læringsteorier på en kortfattet måte, for å tydeliggjøre sosial-kognitiv teoris forankring i, og innflytelse fra, sentrale teorier. Teoriens tanker vil bli knyttet til prosjektets tema, og danner på denne måten grunnlag for senere å kunne vurdere samsvar med datamaterialet.

2.2.1 Motivasjonsbegrepet i sosial-kognitiv teori

Bandura (1997) definerer motivasjon på følgende måte:

”Motivation is a general construct that encompasses a system of self-regulatory mechanisms. Attempts to explain the motivational sources of behavior must specify the determinants and intervening mechanisms that govern the three main features of motivation: selection, activation, and sustained direction of behavior toward certain goals” (s. 228).

Teorien fremhever selvregulering som betydningsfull for motivasjon. Dette innebærer et syn på mennesket som aktivt, og det fremheves at mennesket er aktivt i forhold til sin egen motivasjon (Bandura & Locke 2003). Kognitiv aktivitet ligger til grunn for motivasjon (Bandura 1997). Gjennom kognitiv representasjon av fremtidige handlinger søker mennesket å forutse mulige konsekvenser, og i dette ligger et ønske om å skape forutsigbarhet. I planlegging formes tenkte mål og forventninger om konsekvenser av handlingene (Bandura 1997). Motivasjonen er størst når individet opplever utfordringer som ikke overskrider dets forutsetninger. Tilfredsstillelsen ved mestring virker positivt inn på motivasjon, men også materielle faktorer, sosial anerkjennelse og streben mot perfektjonisme kan være drivkrefter (Bandura 1997). I

rehabilitering av funksjonelle stemmevansker vil den indre representasjon og forventninger til rehabiliteringsprosessen påvirke brukers motivasjon. I tillegg blir motivasjonen influert av vedkommendes oppfatning av sin stemmevanske (Duffy & Hazlett 2004). For å bli motivert er det av betydning at behandlingsopplegget tilpasses brukers forutsetninger best mulig.

2.2.2 Selvet – utgangspunktet for motivasjon

Menneskets selvoppfatning formes på ulike måter, og bunner i selvet. Selvet dreier seg om et sammensatt syn mennesket har på seg selv, og det antas i sosial-kognitiv teori å være utformet gjennom direkte erfaring og gjennom vurderinger fra andre som står personen nær eller på annen måte er betydningsfull for vedkommende (Bandura 1997). Dette synet kan reflekteres i teoriens navn, hvor både ytre (sosiale) og indre (kognitive) forhold vektlegges. Bandura (1997) benevner selvet som et selvsystem ("self system") bestående av determinanter som personlig streben, forventninger til utfall av handlinger, oppfattede muligheter og begrensninger samt forventning om mestring. Disse faktorene sammen med omgivelsenes reaksjoner påvirker dermed menneskets oppfatning av seg selv. Dette utgjør mekanismer som motiverer og regulerer atferd (Bandura 1997). Selvet får på denne måten en grunnleggende betydning for menneskets motivasjon. I logopedisk stemmebehandling vil brukerens oppfatning av seg selv kunne ha en vesentlig betydning for vedkommendes motivasjon for egenbehandling og for rehabiliteringsprosessen som helhet.

2.2.3 Innflytelse fra ulike motivasjonsteorier

Sosial-kognitiv teori bygger på aspekter hentet fra ulike motivasjonsteorier, noe som illustrerer dens kompleksitet. I dagligspråket assosieres motivasjon ofte med hva som skaper engasjement for handlinger (Lillemyr 2007). Begrepet kommer fra psykologien, og søker å forstå prosessene som gir en atferd eller handling retning (Lillemyr 2007, Reeve 2005). Følgende tre sentrale motivasjonsteorier kan reflekteres i sosial-kognitiv teori:

- Humanistisk teori. Individet sees som en integrert helhet (Maslow 1970). Mennesket drives av søken etter tilfredsstillelse av sine behov. Fullstendig tilfredsstillelse er imidlertid forbigående fordi nye behov trer frem (Maslow 1970). Behovene plasseres hierarkisk hvor primærbehov, mat og drikke må tilfredsstilles før selvtillit og selvrealisering kan forekomme.
- Prestasjonsmotivasjonsteori. Motivasjon oppstår når en aktivitet vil bli evaluert av personen selv eller av andre (Atkinson 1964). I en prestasjonssituasjon vil to motstridende motiver melde seg: Ønsket om å lykkes og ønsket om å unngå å mislykkes (Atkinson 1964). Det sterkeste motivet vil påvirke utførelsen av aktiviteten.
- Intrinsikal motivasjonsteori. Deci og Ryan (1985) fremhever at mennesket har et intrinsikalt (iboende) behov for kompetanse og selvbestemmelse. Dette motiverer til å søke utfordringer tilpasset den enkeltes forutsetninger. Følelser, og særlig interesse, utgjør en integrert del av den intrinsikale motivasjonen (Deci & Ryan 1985). Intrinsikale behov skiller seg fra Maslows primærbehov i at de ikke handler om mangler hos mennesket.

Påvirkning fra teoriene kan sees i sosial-kognitiv teoris vektlegging av menneskets iboende forutsetninger (intrinsikal motivasjonsteori), mennesket som aktivt i sin egen virkelighet (humanistisk teori) og betydningen av målrettethet ved handlinger (prestationsmotivasjonsteori).

2.2.4 Læringsbegrepet i sosial-kognitiv teori

I sosial-kognitiv teori definerer Bandura (1986) læring som: "(...) largely an information-processing activity in which information about the structure of behavior and about environmental events is transformed into symbolic representations that serve as guides for action" (s. 51). På det kognitive plan skapes en symbolsk representasjon som fungerer som instruksjon for utføring av en bestemt aktivitet. Mennesket har ifølge teorien få medfødte instruksjoner for atferd, og det stilles derfor

krav til læring (Bandura 1986). Det repertoar av atferd et menneske innehar er dermed hovedsakelig dannet ved læring. Mennesket søker informasjon om atferdsregler og sammenhenger mellom hendelser gjennom læring, og dette skjer gjennom en generell forståelse av en handling, og ikke det spesifikke ved handlingen (Bandura 1986). Dette medfører fleksibilitet og mulighet til å tilpasse aktiviteten til ulike situasjoner. Mennesket sees som både produsent og produkt i sin sosiale kontekst (Bandura 1997). Læring kan derfor sees som resultat av et samspill mellom indre og ytre forhold, og i begrepet produsent ligger en forståelse av individet som aktivt. Relatert til logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker foregår læring i et samspill hvor både logoped, bruker og omgivelsene virker inn på prosessen. Egenbehandlingen (jfr. punkt 2.1.7) kan knyttes til mennesket som produsent.

2.2.5 Læring gjennom observasjon og handling

Tilegnelse av atferd foregår hovedsakelig ved **læring gjennom observasjon** ("observational learning") (Bandura 1986,1997). Læringen foregår i fire suksessive underprosesser (Bandura 1986), og relateres her til logopedisk stemmebehandling:

1. Oppmerksomhet ("attentional processes"). Oppmerksomheten rettes mot en modells utføring av en handling. Gjentatte observasjoner er nødvendig for å forstå handlingen, og den tilpasses observatørens forutsetninger. Ved innlæring av en stemmeøvelse vil logopeden fungere som modell overfor brukeren.
2. Lagring ("retention processes"). Den observerte handlingen får en indre representasjon, en oppskrift for praktisk utføring. Mental øvelse bidrar til lagring av handlingen. Brukeren vil få en indre representasjon for utføring av stemmeøvelsen.
3. Produksjon ("production processes"). Ved hjelp av indre representasjon utføres handlingen. De første forsøkene kan feile, uavhengig av ferdigheter. Feedback fra modellen kan korrigere ettersom selvobservasjon ikke er tilstrekkelig. Brukeren utfører øvelsen og logopeden kan korrigere utførelsen.

4. Motivasjon ("motivational processes"). Vurdering av handlingens positive og negative sider. Det tas beslutning om hvorvidt den skal tas i bruk eller ikke. Brukeren vurderer om øvelsen hjelper mot stemmevansken, og om den vil bli brukt videre i rehabiliteringsprosessen.

Forventning om gevinst kan innvirke på hva som observeres og hva som ikke legges merke til (Bandura 1986). Dette indikerer at personens forventninger kan påvirke hva som læres gjennom observasjon. Kjennskap til at modellen utfører en handling på en verdsatt måte kan bidra til økt oppmerksomhet hos observatøren (Bandura 1986). De fire underprosessene som inngår i læring gjennom observasjon kan reflekteres i Banduras definisjon på læring (jfr. punkt 2.2.4) gjennom fremheving av informasjonsprosessering, symbolsk representasjon og handling.

Tilegnelse av atferd kan også foregå ved **læring gjennom utfall av handlinger** ("enactive learning"). Mennesket vurderer positive og negative utfall av handlinger og den informasjonen dette gir. Utfall av en handling, for eksempel en stemmeøvelse, kan gi personen informasjon om handlingen på to måter (Bandura 1986):

- Indre respons ("intrinsic response information"), i form av sansemessige persepsjoner av den pågående handlingen. I logopedisk stemmebehandling kan brukeren fysisk oppleve at enkelte stemmeøvelser er bedre enn andre, og dermed fornemme hvilke øvelser som kan hjelpe mot stemmevansken.
- Ytre respons ("extrinsic response information") kommer fra omgivelsenes reaksjoner på en utført handling, og én og samme handling kan bedømmes forskjellig i ulike kulturer. Andres reaksjoner kan innvirke på en persons syn på egen stemme og dermed være en foranledning til å oppsøke hjelp.

Læring gjennom utfall av handlinger tjener tre funksjoner (Bandura 1986): Gi informasjon om en handlings mønster for ønsket utfall, motivere handlingen for å oppnå ønsket utfall og til sist å styrke handlingen gjennom ønsket utfall. Utfall former ikke handlinger uten at mennesket selv er aktivt, og sosial-kognitiv teori fremhever det abstraherende, reflekterende og skapende ved menneskets tenkning (Bandura

1986). Læring gjennom utfall av handlinger påvirkes av indre og ytre faktorer, og dette kan sees som et grunnleggende trekk som også reflekteres i teoriens navn.

2.2.6 Bevissthet og oppmerksomhet i læring

Sosial-kognitiv teori vektlegger både bevissthet og oppmerksomhet i læring.

Bevissthet defineres som kunnskap om sammenheng mellom handling og utfall, og det er ikke tilstrekkelig at andre forteller om sammenhengen (Bandura 1986).

Oppmerksomhet handler om bevissthet knyttet til omgivelsene, og til egne tanker og følelser (Bandura 1986). Bevissthet og oppmerksomhet medvirker i ulik grad ved innlæring av nye handlinger ("skill acquisition") og ved utføring av allerede mestrede handlinger ("skill execution") (Bandura 1986). Dette henger sammen med at ferdigheter knyttet til nye handlinger ikke er etablert og dermed krever større grad av oppmerksomhet enn handlinger som allerede mestres og er innlært. Bandura (1986) fremhever nødvendigheten av både kunnskap og ferdigheter, og kunnskap alene er ikke tilstrekkelig for riktig utføring av en handling. Ved innlæring av en stemmeøvelse ("skill acquisition") vil brukers oppmerksomhet og bevissthet spille en vesentlig rolle. Vedkommende må lære riktig utførelse for å oppnå hensiktsmessig stemmeproduksjon, og dette kan være tidkrevende. Etter hvert oppleves mestring ("skill execution"), og utføringen krever mindre grad av oppmerksomhet enn under innlæring. Øvelsen kan sies å være automatisert.

2.2.7 Innflytelse fra ulike læringsteorier

Sosial-kognitiv teori bygger på elementer fra ulike læringsteorier. Begrepet læring knyttes ofte til termer som utvikling, økt forståelse og kunnskap. Fordi det finnes ulike teorier om hvordan læring oppstår finnes det ikke én enkelt definisjon (Bråten 2002). Følgende tre teorier representerer ulike syn på læring:

- Læring gjennom påvirkning av ytre faktorer (behaviorisme). Skinner er sentral i retningen. Menneskets atferd styres og drives av ytre stimuli. Gjennom stimuli oppnås en viss kontroll over responsen (Skinner 1974), atferden som

kommer som konsekvens av et bestemt stimulus. Stimuli øker sannsynligheten for ønsket respons, men det er ikke snakk om refleksreaksjoner (Skinner 1974).

- Læring som konstruksjon gjennom kognitive prosesser (konstruktivisme). Piaget er den fremste eksponent for teorien. Handling sees som grunnlag for kunnskap, og gjennom handling utvikles ”skjema”, indre representasjon av en handling eller et begrep (Piaget 1980). Kunnskap som ikke kan plasseres i eksisterende skjema krever utvikling av nye (Piaget 1980), og ønsket om likevekt er drivkraften for læring.
- Læring i samspill med omgivelsene (sosial-konstruktivisme). Vygotsky er sentral i denne retningen. Sosial aktivitet danner grunnlag for læring og tenkning (Vygotsky 1978), og språket regnes som det viktigste redskapet for utviklingen. Mennesket mestrer bedre med hjelp fra andre enn på egenhånd. Differansen mellom nivåene betegnes som den ”proksimale utviklingszone” (Vygotsky 1978), og utgjør potensialet til mestring på egenhånd.

De tre læringsteoriene kan reflekteres i sosial-kognitiv teoris syn på mennesket som produkt av ytre påvirkning (behaviorisme), betydningen av indre representasjon (konstruktivisme) og menneskets samspill med omgivelsene (sosial-konstruktivisme).

2.3 Sosial-kognitiv teori og betydningen av påvirkning og drivkrefter

Sosial-kognitiv teori vektlegger en rekke elementer som søker å forklare hva som påvirker og driver mennesket. Det vil her bli redegjort for menneskets samspill med omgivelsene og hvordan konsekvenser av handlinger fungerer som drivkrefter.

Deretter følger en presentasjon av fem kjernedeterminanter som spiller en avgjørende rolle innen helseatferd, og som også sees som betydningsfulle i teorien generelt.

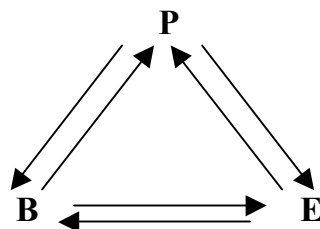
Elementene knyttes til prosjektets tema, og vil senere bli drøftet mot datamaterialet.

2.3.1 Determinanter påvirker

Bandura (1986, 1997) benytter begrepet determinanter ("determinants") om elementer som påvirker menneskelig aktivitet. Begrepet kan assosieres med determinisme i et behavioristisk syn, hvor atferd sees som styrt av ytre stimuli (jfr. punkt 2.2.7). I sosial-kognitiv teori nyttes termen for å tydeliggjøre at de fleste av menneskets handlinger bestemmes av en rekke gjensidig påvirkende faktorer som skaper et sannsynlig utfall, fremfor et uunngåelig utfall (Bandura 1997). Ulik grad av påvirkning fra determinantene skaper et *sannsynlig* utfall av en handling, det er ikke mulig å anslå med sikkerhet hva utfallet blir. Det er dermed ikke snakk om stimulus-respons-tenkning slik man finner i behavioristisk retning. Sosial-kognitiv teori vektlegger blant annet omgivelsene, og dette reiser spørsmål om hvilken mulighet mennesket har til innflytelse over eget liv. Teorien ser ingen motsetning mellom determinisme og frihet. Bandura (1986, 1997) definerer frihet som utøvelse av selvinnflytelse ("self-influence"), og frihet oppnås ved tenkning, bruk av kunnskap og ferdigheter samt selvinnflytelse gjennom valg. Ved tenkning og selvinnflytelse kan mennesket bli bevisst hva som påvirker dets handlinger. Gjennom delvis frihet har mennesket også en viss grad av ansvar for sine handlinger (Bandura 1986).

2.3.2 Indre og ytre faktorer i gjensidig samspill

Som navnet antyder, ser sosial-kognitiv teori både indre og ytre faktorer som betydningsfulle i menneskelig virke. Dette fremstiller Bandura (1986, 1997) i en modell kalt triadisk resiprok kausalitet ("triadic reciprocal causation"):



Figur 1 Triadisk resiprok kausalitet (Hentet fra Bandura 1997, s. 6).

Triaden består av gjensidig avhengige determinanter, noe begrepene resiprok og kausalitet reflekterer. B ("behavior") representerer atferd, P ("personal factors") de indre forhold som kognitive, affektive og biologiske faktorer, mens E ("external environment") representerer omgivelsene. Determinantene påvirker hverandre i varierende grad under ulike aktiviteter og forhold (Bandura 1997). De virker ikke samtidig, og det kan ta tid før en determinant påvirker en annen. Det kan for eksempel ta tid fra en person vurderer uhensiktsmessig stemmebruk med tilhørende fysisk ubehag som en stemmevanske (P) til han/hun oppsøker hjelp og en rehabiliteringsprosess kan starte (B). Før handling inntreffer kan også andre mennesker med lignende erfaringer (E) ha influert på avgjørelsen om å oppsøke hjelp. Gjennom triaden anerkjenner sosial-kognitiv teori omgivelsenes påvirkning i menneskelig aktivitet, men tar allikevel avstand fra rendyrket behavioristisk tenkning (jfr. punkt 2.2.7): "Social cognitive theory rejects the crude functionalist view that behavior is regulated solely by external rewards and punishments" (Bandura 1997, s. 22). Teorien søker å gi retningslinjer for hvordan mennesket kan øve innflytelse over eget liv gjennom utvikling av ferdigheter og regulering av atferd. Triaden danner grunnlag for forståelse av sosial-kognitiv teori og dens syn på menneskelig virke.

2.3.3 Tre typer konsekvenser som drivkrefter

Sosial-kognitiv teori anser menneskelig aktivitet som regulert av handlingers konsekvenser (Bandura 1986). Konsekvenser påvirker dermed også motivasjon for videre utføring. Bandura (1986) fremhever tre typer konsekvenser som utgjør drivkrefter, motivatorer ("motivators"), for menneskets handlinger. Konsekvensene har ulike forutsetninger og kan knyttes til triaden (jfr. punkt 2.3.2).

Ytre konsekvenser ("incentive motivators"), korresponderer med B, atferd, i triaden. Disse oppleves direkte av personen. Drivkreftene kan være sensoriske, sosiale (andres reaksjon), økonomiske, materielle samt aktiviteten i seg selv (Bandura 1986). Økonomiske og materielle drivkrefter betegnes som ytre motivasjon ("extrinsic motivators"), mens sensoriske og aktivitetsavhengige sees som indre motivasjon

(”intrinsic motivation”) (Bandura 1986). Det kan ligge ulike og konkurrerende drivkrefter bak én og samme aktivitet, for eksempel mellom indre og ytre motivasjon. Ytre konsekvenser har best innvirkning på motivasjon ved handlinger som pågår over tid (Bandura 1986).

Vikarierende konsekvenser (”vicarious motivators”), samsvarer med triadens E, omgivelsene. Dette innebærer observasjon av andres handlinger. For å kunne produsere et lignende utfall av en handling, vektlegger Bandura (1986) identifisering med personen som observeres. Vikarierende konsekvenser har både informative, motiverende, følelsesmessige og vurderende funksjoner (Bandura 1986). Dette innebærer at observasjon av en annens handling gir informasjon om grad av vellykkethet, og dette påvirker motivasjonen. Videre vil observasjonen bli vurdert gjennom observatørens standarder.

Selvregulerte konsekvenser (”self-regulatory mechanisms”), korresponderer med triadens P, indre forhold. Disse innebærer å aktivt utøve innflytelse over eget liv. Mennesket utvikler standarder for evaluering av sine handlinger (Bandura 1986). Standardene utvikles i samspill mellom personen og omgivelsene. Selvregulering foregår gjennom selvobservasjon, evaluering og selvreaksjon (Bandura 1986). Personen observerer sine handlinger og evaluerer dem mot personlige og omgivelsenes standarder. Til sist muner evalueringene ut i en reaksjon hvor handlingene blir vurdert som motiverende eller ikke. Selvregulering har vesentlig betydning for endring av helsevaner fordi mennesket kan utøve innflytelse over egen livsstil (Bandura 2000, 2005).

Samtlige tre konsekvenstyper sees som relevante drivkrefter i logopedisk behandling av stemmevansker. Gjennom direkte erfaringer med stemmeøvelser, ved observasjon av logopeden og gjennom selv å være aktiv kan brukeren oppleve ulike kilder til motivasjon for rehabiliteringsprosessen.

2.3.4 Fem kjernedeterminanter i helseatferd

Blant determinantene (jfr. punkt 2.3.1) vektlegger Bandura (1997, 2000, 2004) fem såkalte kjernedeterminanter ("core determinants") innen helseatferd:

- Kunnskap ("knowledge")
- Self-efficacy ("self-efficacy")
- Forventninger om utfall ("outcome expectations")
- Mål ("goals")
- Tilretteleggere og forhindringer ("perceived facilitators and impediments")

Kjernedeterminantene spiller en avgjørende rolle innen rehabilitering (Bandura 2000), og sees derfor som relevante i logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker. De resterende kapitler i denne teoridelen er konsentrert om disse.

2.3.5 Kunnskap – determinant for initiering av endring

Kunnskap sees som en forutsetning for å starte en helserelatert endringsprosess, i dette tilfellet å oppsøke hjelp for funksjonelle stemmevansker (jfr. punkt 2.1.2) og påbegynne en rehabiliteringsprosess. I motsatt fall er manglende kunnskap og bevissthet om helsevaner grunnlag for opprettholdelse av uheldige vaner: "If people lack awareness of how their lifestyle habits affect their health, they have little reason to put themselves through the misery of changing the bad habits they enjoy" (Bandura 2000, s. 300). Økt kunnskap har sammenheng med læring, hvor bevisstheten spiller en sentral rolle (jfr. punkt 2.2.6). Bevisstheten tillegges på denne måten betydning for menneskets syn på sine helsevaner. Schwarzer (2001) og Schwarzer m.fl. (2008) vektlegger også bevissthet om uheldige vaner som utgangspunkt for endring. Han nytter imidlertid ikke termen kunnskapsdeterminant, men ser bevisstgjøring som en oppfatning av risiko (Schwarzer 2001). Kunnskap alene er ikke tilstrekkelig, og Bandura (1997, 2000, 2004) fremhever i tillegg utøving av selvinnslytelse for å kunne

motivere seg for å skape varige endringer. Bevisstgjøring gjennom økt kunnskap anses som en sentral komponent i logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker (jfr. punkt 2.1.3). Kunnskap som formidles til brukeren kan blant annet gjelde forskjellen mellom hensiktsmessig og uheldig stemmeproduksjon, og hvordan stress og psykiske tilstander påvirker stemmen. Gjennom økt kunnskap selvstendig gjøres brukeren gradvis, og kan selv bidra i rehabiliteringen. Det er nærliggende å tro at brukere har ulik grad av kunnskap om funksjonelle stemmevansker og stemmebruk før oppfølging hos logoped starter (jfr. punkt 2.1.1).

2.3.6 Self-efficacy – den mest betydningsfulle determinanten

Kjernereterminanten self-efficacy utgjør et fundamentalt begrep for forståelse av sosial-kognitiv teori. Bandura (1997) definerer determinanten på følgende måte: ”Perceived self-efficacy refers to beliefs in one’s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments” (s. 3). Self-efficacy er den grunnleggende determinanten for menneskelig motivasjon, og er sentral ved målrettede handlinger. Efficacy betyr virkning eller effekt, og indikerer målrettethet. Self-efficacy oversettes ofte som ”selvtilstrekkelighet”, noe som etter min mening ikke inneholder det målrettede aspektet i like sterk grad som i begrepet på originalspråket. Oversettelsen vurderes å ikke være tilstrekkelig dekkende, og av denne grunn nyttes self-efficacy uten oversettelse i denne oppgaven. Self-efficacy er ikke en evne mennesket enten er i besittelse av eller ikke:

”Rather, efficacy is a generative capability in which cognitive, social, emotional, and behavioral subskills must be organized and effectively orchestrated to serve innumerable purposes. There is a marked difference between possessing subskills and being able to integrate them into appropriate courses of action and to execute them well under difficult circumstances” (Bandura 1997, s. 36).

At indre og ytre forhold innvirker kan relateres til triaden (jfr. punkt 2.3.2), og understreker dens sentrale plass også i denne kjernereterminanten. Self-efficacy dreier seg ikke om hvilke evner en person har, men om hva personen selv tror han/hun kan mestre ut fra sine forutsetninger og under ulike forhold (Bandura 1986, 1997,

2000, 2007). Begrepet må ikke forveksles med selvtillit ("self-esteem"), som innebærer en persons bedømmelse av egenverdi, men Bandura (1997) viser til at mennesket foretrekker aktiviteter som gir følelse av egenverdi. Grad av self-efficacy påvirker innstilling til utføring av handlinger. Personer som tviler på sine evner til å mestre en aktivitet vil ha vansker med å motivere seg for utføring og vil lett gi opp ved hindringer. De fokuserer ofte på manglende ferdigheter og det som oppleves vanskelig (Bandura 1997). Personer med tro på sine evner vil derimot se på aktiviteten som en utfordring som skal mestres, og vil involvere seg. De setter seg mål de føler forpliktelse til å nå, og legger stor grad av anstrengelse i aktiviteten, også ved hindringer (Bandura 1997). Self-efficacy kan være urealistisk høy eller lav i forhold til forutsetninger, og det vil da kunne oppstå et misforhold mellom personens tro på egne evner og hva det faktisk kan mestre (Bandura 1997). Self-efficacy varierer over tre dimensjoner som påvirker utføring av handlinger (Bandura 1997):

- Nivå ("level"). Høy grad av self-efficacy kan blant enkelte mennesker begrenses til utføring av enkle oppgaver, mens andre opplever dette ved oppgaver av moderat eller høy vanskelighetsgrad.
- Generaliserbarhet ("generality"). Enkelte mennesker har høy self-efficacy ved en rekke ulike aktiviteter, mens blant andre begrenses dette til få aktiviteter.
- Styrke ("strength"). Mennesker som tror på sine evner vil legge ned større innsats i aktiviteter enn mennesker som tviler på sine evner.

Grad av self-efficacy vil ha innflytelse på gjennomføring av en rehabiliteringsprosess som innebærer egeninnsats. Dette kan omhandle brukers self-efficacy i utføring av stemmeøvelser jevnlig på egenhånd, også når vedkommende er trett, stresset eller av andre årsaker opplever forhindringer i egenbehandlingen. Schwarzer og Renner (2000) omtaler en såkalt fasespesifikk self-efficacy i beskrivelse av helse relaterte endringsprosesser. Handlings-self-efficacy ("action self-efficacy") inntreffer før prosessen starter, og grad av self-efficacy påvirker personens forestilling om mulig utfall. Hvordan personen takler utfordringer underveis er avhengig av mestrings-self-

efficacy ("coping self-efficacy"). Egenbehandlingens betydning i logopedisk tilnærming (jfr. punkt 2.1.7) stiller dermed krav til brukers mestrings-self-efficacy.

2.3.7 Fire kilder til self-efficacy

Self-efficacy formes av fire kilder som gjennom kognitiv prosessering og refleksjon får betydning for vurdering av muligheter for å lykkes (Bandura 1997).

Tidligere mestringserfaring ("enactive mastery experience"). Self-efficacy påvirkes ikke av handlingen i seg selv, men gjennom personens refleksjon over hva utfallet betyr (Bandura 1997). Mennesket er dermed aktivt i vurdering av hvordan utfall av en handling påvirker tro på hva han/hun kan klare. Hvorvidt self-efficacy endres gjennom vurderingen er avhengig av faktorer som oppfattet vanskelighetsgrad, grad av anstrengelse og hjelp fra andre (Bandura 1997). I denne oppgavens kontekst kan brukerens oppfattede mestringsgrad av stemmeøvelsene påvirke vedkommendes self-efficacy og videre innvirke på egenbehandlingen.

Vikarierende erfaring ("vicarious experience"). Mennesket blir påvirket av andres prestasjoner, og dette gjelder særlig om det er mennesker, modeller, vedkommende identifiserer seg med (Bandura 1997). Oppmerksomheten rettes mot modellens handling eller ord, og dette blir lagret kognitivt før personen selv utfører det som er observert. Til sist vurderes handlingen ut fra hvorvidt den påvirker self-efficacy positivt. Logopeden fungerer som modell i innlæring av stemmeøvelser og kan påvirke brukers self-efficacy. Manglende identifisering med logopeden kan tenkes å påvirke self-efficacy negativt. Bandura (1997) ser modellens kompetanse som betydningsfullt for læring.

Verbal overbevisning ("verbal persuasion"). Det innvirker positivt på self-efficacy når betydningsfulle mennesker uttrykker realistisk tro på en persons evner (Bandura 1997). Verbal overbevisning forekommer ofte i form av tilbakemeldinger på utførte handlinger, og tilbakemelding på fremgang øker self-efficacy i større grad enn fokus på mangler (Bandura 1997). Logopedens tilbakemeldinger kan innvirke på brukerens

tro på egne forutsetninger til å lykkes med egenbehandling. Verbal overbevisning alene anses imidlertid å ha begrenset varig effekt på self-efficacy (Bandura 1997).

Fysiologiske og affektive tilstander ("physiological and affective states").

Mennesket påvirkes av de kroppslige utslag fysiske og mentale tilstander gir. Lav self-efficacy på dette området forbindes med feiltolkning av fysiske normaltilstander, for eksempel at økt hjertefrekvens ved fysisk anstrengelse tolkes som sykdom (Bandura 1997). Tidligere mestrings- og nederlagsopplevelser lagres sammen med følelser knyttet til disse. Dette innvirker på humør som vil frembringe positive eller negative tanker om oppfatning av forutsetninger. Brukerens fysiske opplevelse av sin stemmevanske kan assosieres med sykdom og på denne måten påvirke vedkommendes affektive tilstand. Dette kan videre innvirke på hvordan brukeren vurderer sine muligheter for å få en bedret stemme.

2.3.8 Forventninger om utfall – determinant for vurdering av konsekvenser

Den tredje kjernedeterminanten vektlegger menneskets forventninger til helsemessige utfall av handlinger. Forventninger defineres i sammenheng med self-efficacy: "Perceived self-efficacy is a judgement of one's ability to organize and execute given types of performances, whereas an outcome expectation is a judgement of the likely consequence such performances will produce" (Bandura 1997, s. 21). At sannsynlige konsekvenser av en handling vurderes, understreker menneskets aktive rolle. Det antas at tro på handlingers innvirkning på utfall har sammenheng med følelse av innflytelse, mens tro på utfall som utenfor ens innflytelse skaper apati (Bandura 1997). Forventninger om utfall knyttes til tre aspekter, og innenfor hvert av dem vil positive forventninger virke motiverende mens lav motivasjon forbindes med negative forventninger (Bandura 1997, 2000, 2004):

- Fysisk ("physical"). Positivt utfall i stemmebehandling kan knyttes til at brukeren gjennom øvelser ikke kjenner fysisk ubehag ved stemmeproduksjon. Negativt utfall kan gjelde ubehagsfølelse ved endring av pustemønsteret.

-
- Sosial ("social"). Positiv utfall kan være omgivelsenes ros knyttet til innsatsen personen legger ned for å få bedre stemme. Omgivelsenes manglende interesse og forståelse for prosessen personen gjennomgår kan gi et negativ utfall.
 - Selv-evaluerende ("self-evaluative"). Positiv utfall kan gjelde tilfredsstillen ved å gjennomføre egenbehandling jevnlig. Manglende egenbehandling til tross for tidligere regelmessig utføring av øvelser kan knyttes til negativ utfall.

2.3.9 Mål – determinant for ønsket standard

Den fjerde kjernedeterminanten omhandler betydningen av tenkte mål for å skape motivasjon og retning i endring av helsevaner. Gjennom mål kan mennesket "(...) monitor their behaviour and react positively or negatively to their attainments depending on how they compare to their goal aspirations" (Bandura 2000, s. 307). Et tenkt mål fungerer som en rettesnor ved utføring av en handling, og som en målestokk i etterkant av utføringen. Målene regulerer ikke motivasjon direkte men påvirker blant annet self-efficacy, og bidrar til å skape menneskets standarder, som utgjør et viktig grunnlag for motivasjon (Bandura 1989, 1997). Langsiktige mål fungerer retningsgivende, men underveis motiverer kortsiktige delmål (Bandura 2004). For en bruker med funksjonelle stemmevansker kan en velfungerende stemme i hverdagen fungere som et langsiktig mål, mens jevn innsats på egenhånd kan være delmål.

Bandura (1986, 1997) fremhever tre egenskaper ved mål:

- Tydelighet ("goal specificity"). Tydelige mål innvirker positivt på motivasjon for gjennomføring fordi personen vet hva som kreves av utføringen.
- Utfordring ("goal challenge"). Mål av moderat vanskelighetsgrad virker motiverende fordi mestring er oppnåelig men samtidig utfordrende.
- Nærhet i tid ("goal proximity"). Mål som ligger nært i tid, eksempelvis delmål, motiverer fordi personen opplever å gradvis oppnå det langsiktige målet.

I rehabilitering av stemmevansker kan både langsiktige og kortsiktige mål defineres i dialog mellom logoped og bruker. Delmål for rehabiliteringsprosessen kan omhandle en spesifisert mengde av stemmeøvelser (tydelighet), stemmeøvelser som ikke må være for vanskelige (utfordrende) samt at jevnlig utføring av øvelser vil gi tidlig opplevelse av bedret stemme for brukeren (nærhet i tid).

2.3.10 Tilretteleggere og forhindringer – determinant for oppfatning av ytre og indre forhold

Den siste kjernedeterminanten omfatter forhold som antas å tilrettelegge eller forhindre motivasjon for helserelaterte endringer, og som også påvirker self-efficacy: "If there are no impediments to surmount, the behaviour is easily performable and everyone is totally efficacious" (Bandura 2000, s. 307). Bandura (2000, 2004) skiller mellom to typer tilretteleggere og forhindringer:

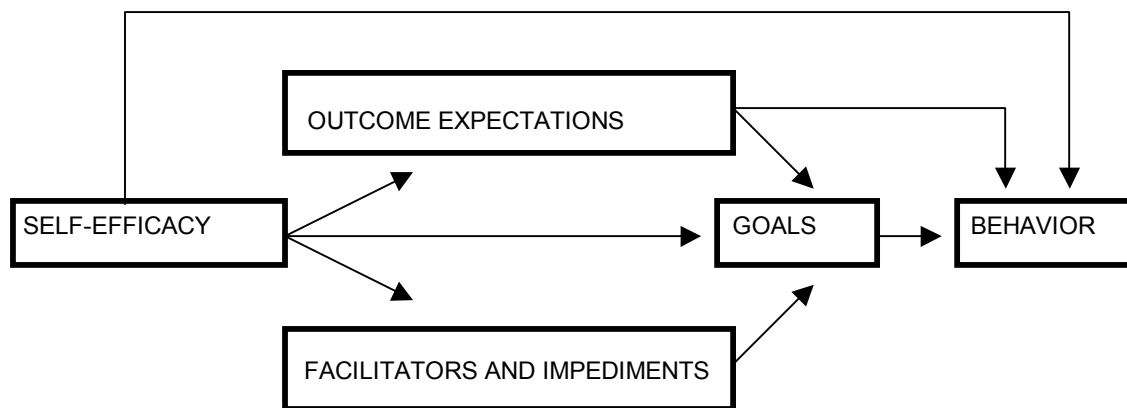
- Personlige ("personal"). Affektiv tilstand og ytre forhold som påvirker dette kan virke både fremmende og hemmende på helseatferden.
- Sosiale og økonomiske ("social and economical"). Helsesystemets tilbud kan oppfattes å både tilrettelegge og forhindre prosessen mot bedre helsevaner.

Personlige forhold som humør og fysisk form virker både fremmende og hemmende på jevnlig utføring av stemmeøvelser. Ytre forhold som mangel på tid og ønske om å delta i andre aktiviteter kan oppleves forhindrende. Tilgjengelighet i logopedtilbud, ventetid for behandling samt geografisk avstand til behandlingssted er eksempler på sosiale og økonomiske tilretteleggere og forhindringer i rehabiliteringsprosessen.

2.3.11 Relasjonen mellom kjernedeterminantene – en sosiokognitiv kausalmodell

De fem kjernedeterminantene inngår i et kausalt forhold, som indikerer at de påvirkes gjennom konsekvenser. Med en sosiokognitiv kausalmodell ("sociocognitive causal

model”) illustrerer Bandura kjernedeterminantenes ulike grad av innflytelse på helsefremmende atferd:



Figur 2 Sosiokognitiv kausalmmodell (Hentet fra Bandura 2004, s. 146).

Kjernedeterminanten kunnskap (jfr. punkt 2.3.5) er utelatt i modellen. Dette kan ha sammenheng med at kunnskap sees som et premiss for helseatferd, og dermed går forut for self-efficacy (jfr. punkt 2.3.6). Bandura (2004) viser med modellen at self-efficacy påvirker atferd både direkte og indirekte, og understreker med dette self-efficacys grunnleggende betydning for motivasjon og handling.

Gjennom logopedbehandling får bruker kunnskap om hva som kan forårsake stemmevansker og hvordan dette kan unngås. Kunnskapen vil utgjøre en forutsetning for å initiere rehabiliteringsprosessen, og grad av self-efficacy vil påvirke utføring av stemmeøvelser både direkte og indirekte. En bruker med lav self-efficacy vil fokusere på forhindringer og vanskeligheter, i tillegg til å ha lave forventninger til utfall av egenbehandlingen. Videre vil personen kunne sette seg urealistiske mål som vedkommende vet er uoppnåelige, og ved motgang og tilbakeslag vil personen lett gi opp. Brukeren med høy self-efficacy vil derimot ha positive forventninger til utfall av egenbehandlingen, sette seg utfordrende og realistiske mål samt fokusere på forhold som tilrettelegger for utføring av øvelsene. Ved tilbakeslag vil høy self-efficacy bidra til at brukeren ikke gir opp, men intensiverer innsatsen. Banduras kausalmmodell kan med dette fungere som en oppsummering av de sentrale elementene sosial-kognitiv

teori vektlegger for helsefremmende atferd og ved endring av helsevaner, i dette tilfellet logopedisk tilnærming til rehabilitering av funksjonelle stemmevansker.

Bandura (2000, 2004) påpeker at helsekvalitet i stor grad påvirkes av livsstil. Mennesket kan dermed utøve innflytelse over egen helse, og dette samsvarer med teoriens grunnsyn om at individet lever i et gjensidig samspill med sine omgivelser (jfr. punkt 2.3.2). I dagens syn på helse kan det være like meningsfylt å vektlegge grad av helse og vitalitet som å vektlegge grad av svekkelse og svakhet (Bandura 2000, 2004). Det kan videre tenkes at menneskets syn på helse vil innvirke på hvordan vedkommende ser på mulighetene for bedring ved helsevansker. I endring av uheldige helsevaner vektlegger sosial-kognitiv teori individets egeninnsats i tillegg til støtte fra omgivelsene gjennom blant annet læring i å endre vanene (Bandura 1997).

3. Metode

Denne delen innledes med redegjørelse og begrunnelse for valgt forskningstilnærming og metode. Deretter følger beskrivelse av utvalgsriterier, utvalg, utarbeiding av intervjuguide og datainnsamlingsprosess. Videre blir det redegjort for bearbeiding av datamaterialet som påfølges av drøfting av begrepene reliabilitet og validitet knyttet til prosjektet. Til slutt gjennomgås forskningsetiske hensyn.

3.1 Kvalitativ forskningstilnærming

Forskningstilnærming i prosjektet er valgt på bakgrunn av følgende problemstilling:

På hvilken måte samsvarer elementer fra sosial-kognitiv teori med tidligere brukeres erfaringer med motivasjon for egenbehandling av funksjonelle stemmevansker?

Kvalitative forskningsdata vektlegger personers egne opplevelser og gjengis i språklig fremstilling (Befring 2007). Jeg valgte denne forskningstilnærmingen fordi jeg ønsket å få innblikk i hvordan informantene har opplevd prosessen rundt logopedisk stemmebehandling og hva som påvirket deres motivasjon for egenbehandling.

Kvalitativ tilnærming har som mål å beskrive mennesker og deres forståelse av egen situasjon, livsverden (Dalen 2004, Kvale 1998). Det fenomenologiske perspektiv vektlegger den enkeltes livsverden, og ble på dette grunnlag vurdert som en relevant innfallsvinkel til datamaterialet (Befring 2007, Kvale 1998). Kvale (1998) fremhever hvordan intervjueren i et fenomenologisk perspektiv oppnår en beskrivelse av informantens livsverden: ”Det er åpent for intervjupersonens erfaringer, fremhever presise beskrivelser, forsøker å se bort fra forhåndskunnskaper, og søker etter beskrivelsenes sentrale betydninger” (s. 40). Både i intervjusituasjonen og den videre behandling av datamaterialet forsøkte jeg å tilstrebe en fenomenologisk innfallsvinkel som beskrevet her. Det var derfor avgjørende å forstå utsagnene med den mening informantene la i dem.

Öhman (2005) fremhever kvalitativ forskningstilnærming som egnet innen rehabiliteringsforskning fordi utfall av rehabilitering avhenger av brukerens holdninger, tanker og motivasjon, og fordi prosessen foregår i en interaksjon. Öhmans (2005) artikkel fokuserer på medisinsk rehabilitering, men jeg anser den som relevant i logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker fordi den sikter mot en tilbakeføring til brukerens tidligere og mestrede hensiktsmessige stemmeproduksjon.

3.2 Metode – halvstrukturert intervju

Metode kan betegnes som ”veien til målet” (Kvale 1998, s.52). På bakgrunn av problemstillingen ble halvstrukturert intervju valgt som egnet metode for innsamling av data. Kvale (1998) karakteriserer et halvstrukturert intervju som: ”(...) et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene” (s. 21). Det halvstrukturerte intervjuet inneholder en på forhånd utarbeidet intervjuguide som inneholder spørsmål knyttet til de temaer forskeren søker å få kunnskap om. Samtidig innebærer metoden fleksibilitet i forhold til at en kan avvike fra intervjuguiden for å få utdypet perspektiver informantene bidrar med, og dette stiller krav til forberedelse og kompetanse hos intervjueren (Kvale 1998). Et forskningsintervju bygger på en hverdagslig samtale, men er en faglig konversasjon med den hensikt å frembringe kunnskap (Kvale 1998). Konversasjonen har et klart siktemål fra intervjuerens side gjennom styring av temaer og oppfølgingsspørsmål, og deltakerne er således ikke likeverdige i intervjusituasjonen. I undersøkelsen dannet sentrale elementer fra sosial-kognitiv teori temaer for intervjuguiden. Samtidig ønsket jeg å være åpen for informantenes opplevelser, og dette var i tråd med det fenomenologiske perspektiv.

Ifølge Skogen (2006) vil kvalitative forskningsintervju med få informanter ofte bli karakterisert som casestudiedesign. I et slikt design vektlegges triangulering, ulike metodiske tilnærminger til et fenomen. I tillegg sees designet som egnet for eksplorerende studier hvor hensikten er å utlede ny kunnskap på et lite utforsket område. I denne undersøkelsen ble sosial-kognitiv teori valgt som teoretisk

utgangspunkt tidlig i prosessen, og temaet bygger således på en allerede eksisterende teori om motivasjon og motivasjonens betydning innen rehabilitering og helserelaterte områder. Til tross for få informanter sees ikke prosjektet som et casestudiedesign.

3.3 Utvalg

Informantene representerer et utvalg av den gruppen undersøkelsen er konsentrert om, og det vil her bli redegjort for de kriteriene informantene ble valgt ut fra og hvordan jeg kom i kontakt med dem. Til sist følger en presentasjon av utvalget.

3.3.1 Utvalgsriterier

Dalen (2004) anser kriterieutvelgning som best egnet for uerfarne forskere som ikke kan forventes å ha inngående innsikt i fenomenet som forskes på. Av denne grunn ble det nyttet et kriteriebasert utvalg. Dette innebærer at utvalget velges ut etter på forhånd definerte kriterier. Det er av betydning at informantene kan bidra med relevant informasjon om temaet ettersom deres utsagn vil utgjøre datamaterialet (Dalen 2004). Til prosjektet ble informantene valgt ut etter følgende kriterier:

- Kvinnelig lærer ansatt i grunnskole eller videregående skole
- Må ha gått til logopedisk behandling for funksjonelle stemmevansker
- Må ha avsluttet eller være i ferd med å avslutte behandling hos logoped
- Må være ikke-røyker

Det første kriteriet ble valgt fordi kvinnelige lærere er en utsatt gruppe for utvikling av funksjonelle stemmevansker (jfr. punkt 2.1.2). Ettersom undersøkelsen fokuserer på betydningen logopedisk behandling kan ha for motivasjon for egenbehandling, måtte informantene ha gått til logoped for sine stemmevansker. Det tredje kriteriet dreide seg om at informantene skulle kunne se tilbake på en prosess, og det var da av betydning at behandlingen hos logoped enten hadde pågått en stund eller var avsluttet.

Røyking medfører økt risiko for kreft i munn, strupe og lunger samt ødemer på stemmeleppene, som gir fysiske endringer i de aktuelle områdene (Colton, Casper & Leonard 2006). Det siste kriteriet utelukket derfor stemmevansker som følge av dette.

3.3.2 Tilgang til informanter

Dalen (2004) omtaler såkalte ”portvakter”, personer som kan gi tilgang til forskningsfeltet. I denne sammenheng var portvaktene de personene jeg kontaktet med forespørsel om tillatelse til utvelging av informanter. I november 2007 henvendte jeg meg til et behandlingssted med dette formål, og tillatelse ble gitt fordi jeg skulle tiltre i stilling som logoped der. To andre steder ble kontaktet i januar og februar 2008. Ved det ene behandlingsstedet deltok jeg i utvelgelsen av potensielle informanter. De øvrige to bidragsyterne ønsket selv å kontakte mulige informanter og deretter formidle til meg navnene til dem som hadde sagt seg villig til å delta. Dette innebar at enkelte av informantene allerede hadde takket ja til deltakelse da de mottok brev med forespørsel om deltakelse samt informasjon om prosjektet (jfr. vedlegg 1). Informasjonsbrev ble sendt etter hvert som jeg fikk tilgang til navn. I slutten av mars 2008 hadde jeg fem personer som oppfylte kriteriene.

3.3.3 Det endelige utvalget

De fem personene som oppfylte kriteriene og som sa seg villig til å delta er:

- Informant A: Underviser i småskoletrinnet.
- Informant B: Underviser i videregående trinnet.
- Informant C: Underviser i småskoletrinnet.
- Informant D: Underviser i ungdomstrinnet.
- Informant E: Underviser i ungdomstrinnet.

Samtlige hadde avsluttet behandling hos logoped. Antall informanter man trenger er avhengig av formålet med en undersøkelse (Kvale 1998). Det er dermed ikke uttalt eksplisitt hva som sees som tilstrekkelig:

”Hvis antallet er for lite, vil det ikke være mulig å foreta statistiske generaliseringer eller å teste hypoteser om forskjeller mellom ulike grupper. Hvis antallet er for stort, vil det ikke være mulig å gjennomføre grundige tolkninger av intervjuene” (Kvale 1998, s. 58).

Antall informanter i dette prosjektet er ikke stort, men vurderes allikevel som tilstrekkelig for å kunne frembringe ulike personers opplevelser og tanker, og det vil samtidig være mulig å tolke og vurdere intervjuene på en grundig måte.

3.4 Datainnsamlingsprosessen

Prosessen rundt innsamling av data til undersøkelsen kan inndeles i tre faser hvor forarbeid og testing ble gjennomført før intervjuene. Det vil bli redegjort for fasene gjennom utforming av intervjuguiden, sammenhengen mellom intervjuguiden og sosial-kognitiv teori, utprøving av intervjuguiden samt gjennomføring av intervjuene.

3.4.1 Utarbeiding av intervjuguiden

Halvstrukturert intervju ble valgt som metode for undersøkelsen (jfr. kapittel 3.2). For å stille gode spørsmål er det nødvendig at intervjueren har kunnskap om fenomenet som undersøkes (Kvale 1998). Spørsmålene i en intervjuguide knyttes til begreper i teorien som undersøkes, og Kvale (1998) fremhever to dimensjoner ved spørsmål:

- Tematikk. Spørsmålene knyttes til temaene undersøkelsen søker kunnskap om.
- Dynamikk. Spørsmålene skal være lette og forstå og de skal skape en god interaksjon mellom intervjuer og informant.

Begge dimensjonene ble forsøkt vektlagt i utarbeiding av intervjuguiden (jfr. vedlegg 3). Begreper fra sosial-kognitiv teori dannet utgangspunkt for seks forskningsspørsmål

(jfr. delkapittel 1.2), og disse ble utdypet gjennom spørsmål tilknyttet intervjuguidens temaer. Det ble utformet syv temaer hvorav det første ikke ble knyttet til forskningsspørsmål fordi det søkte etter informantenes beskrivelser av utgangspunktet for prosessen og dermed ikke omhandlet selve prosessen. Spørsmålene i intervjuguiden konkretiserte teoretiske begreper til et dagligspråk som informantene skulle kunne relatere til sin livsverden. Det var tidkrevende å formulere spørsmålene på en måte som imøtekom de ovennevnte dimensjonene. Det ble utarbeidet et skjema for bakgrunnsopplysninger som informantene skulle fylle ut ved intervjuene (jfr. vedlegg 4), og det var av betydning at det skulle være enkelt og raskt å betjene. Hensikten med skjemaet var å avgrense lydopptakene til å gjelde informantenes utsagn knyttet til intervjuguidens temaer.

3.4.2 Intervjuguidens syv temaer og teoretiske utgangspunkt

Det første temaet er uten tilknytning til forskningsspørsmål, og er ment å frembringe informantenes beskrivelser av hva som gjorde at de søkte hjelp for stemmevansker. Temaet tar utgangspunkt i triaden som er redegjort for i punkt 2.3.2.

Det andre temaet og første forskningsspørsmålet undersøker hvordan informantene vurderer kunnskapens betydning for motivasjon for å gjøre øvelser på egenhånd. Kunnskap i sosial-kognitivt perspektiv er redegjort for i punkt 2.3.5.

Det tredje temaet og andre forskningsspørsmålet handler om self-efficacy og hvordan kvinnelige lærere vurderer sine egenskaper i rehabiliteringsprosessen. Begrepet self-efficacy er redegjort for i punkt 2.3.6.

I det fjerde temaet konkretiseres det tredje forskningsspørsmålet. Her søkes svar på forventningers og forhindringers betydning for motivasjon for egenbehandling i prosessen. Forventninger og forhindringer er redegjort for i punkt 2.3.8 og 2.3.10.

Det femte temaet og fjerde forskningsspørsmålet undersøker hva definerte mål kan bety for å motivere seg for egenbehandling. Mål er gjort rede for i punkt 2.3.9.

Det sjette temaet og femte forskningsspørsmålet dreier seg om hvordan erfaringer, observasjon, tilbakemeldinger samt fysiologiske og affektive tilstander kan påvirke motivasjon for egenbehandling. Dette tar utgangspunkt i de fire kildene til self-efficacy, og er redegjort for i punkt 2.3.7.

Det siste temaet og forskningsspørsmålet handler om hvordan ulike læringsmåter kan innvirke på kvinnelige læreres motivasjon for egenbehandling. Sosial-kognitiv teoris syn på læring er gjort rede for i punkt 2.2.5.

3.4.3 Prøveintervjuer

Det ble gjennomført to prøveintervjuer i mars 2008 hvor jeg prøvde ut spørsmålene, min rolle som intervjuer og lydopptaksutstyret. Ettersom det tok tid å få tilstrekkelig antall informanter valgte jeg to personer jeg kjenner. Den første personen oppfylte ikke utvalgskriteriene, men bidro med tilbakemeldinger på spørsmålsformuleringer. På bakgrunn av disse foretok jeg justeringer av intervjuguiden. Den andre personen oppfylte de fleste kriteriene, og ved dette prøveintervjuet ble det gjort lydopptak. Det ble dermed en mer realistisk intervjusituasjon enn den første. Som logoped jobber jeg med stemmevansker, og opplevde ved denne anledningen at jeg nærmet meg logopedisk rådgivning ved enkelte oppfølgingsspørsmål. Kvale (1998) fremhever viktigheten av å skille mellom forskningsintervju og terapeutiske intervju:

”Målet med terapien er å hjelpe pasienten å forandre seg, mens målet med forskning er å innhente kunnskap. En forskningsintervjuers evne til å lytte oppmerksomt kan imidlertid i noen tilfeller skape et kvasiterapeutisk forhold, noe de fleste forskere hverken har opplæring i eller tid til å gå inn i” (s. 98).

Det var nyttig å gjøre denne erfaringen før jeg møtte informantene. Også etter dette prøveintervjuet ble det foretatt justeringer. Spørsmålet ”Har du tidligere vært gjennom en prosess som kan sammenlignes med stemmebehandlingen?” kunne oppleves som nærgående. Det ble derfor avgjort at spørsmålet skulle være frivillig å svare på. Jeg gav ikke tilstrekkelig tid til refleksjon, noe personen gjorde meg oppmerksom på og jeg selv la merke til ved gjennomlytting av opptaket. Det ble i tillegg gitt uttrykk for

at det kunne være en fordel å se gjennom spørsmålene før intervjuet ettersom det stilles krav om å huske forhold som er i fortid. Det ble bestemt at intervjuguiden skulle sendes til informantene for gjennomlesning før intervjuene skulle finne sted.

3.4.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i løpet av tre uker i mars og april 2008. Informantene fikk tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuene. Det ble gitt uttrykk for at å vite hva de skulle snakke om gav dem trygghet i forhold til intervjusituasjonen. Jeg tilstrebet fleksibilitet overfor informantene, og lot dem derfor bestemme tid og sted for intervju. Tre av intervjuene ble gjennomført på skolene de aktuelle informantene var ansatt ved, mens de øvrige to fant sted i henholdsvis et forsamlingslokale og i den enes hjem. De fleste intervjuene ble gjennomført på ettermiddagstid. De varte ca. én time, i tråd med det som var forespeilet på forhånd. Jeg så det allikevel som viktig å la informantene få den tid de trengte, og ett av intervjuene varte i én time og et kvarter.

Jeg innledet intervjuene med å informere om prosjektet, anonymitet og frivillig deltakelse samt om intervjuguidens temaer. Informantene ble så bedt om å fylle ut skjemaet med bakgrunnsopplysninger. Det ble gjort lydopptak, noe samtlige på forhånd hadde gitt samtykke til. Ved å ha intervjuguiden foran meg sikret jeg at alle temaene ble belyst. Ved behov ble spørsmål omformulert, og ved enkelte tilfeller ble spørsmål utelatt dersom informanten allerede hadde svart på dette under et annet spørsmål. I tillegg stilte jeg oppfølgingsspørsmål der dette var relevant. Som intervjuer vektla jeg å skape en atmosfære preget av tillit og anerkjennelse overfor informantene. Til deres ytringer var jeg opptatt av å gi minimale responser i form av små nikk og bekreftende svar som ”ja” og ”nettopp”. I tillegg forsøkte jeg å huske og gjenta begreper informantene brukte. Kvale (1998) ser hukommelse som et kvalifikasjonskriterium for en intervjuer, og med dette menes å huske utsagn og be om utdypning av dem. Ved å gjenta informantenes egne ord viste jeg at jeg lyttet aktivt. Jeg forsøkte å gi dem tid til å reflektere over spørsmålene. Stillhet og pauser gir informanten tid til refleksjon, men for uerfarne intervjuere kan det oppleves vanskelig

å forholde seg til stillhet i en samtale (Dalen 2004). Med økende erfaring opplevde jeg at stillhet og tid skapte gode forhold for refleksjon og kunne generere fyldige svar.

Etter avsluttet lydopptak snakket jeg med informantene om intervjusituasjonen. De gav uttrykk for at det hadde vært en positiv opplevelse og at lydopptakeren ikke hadde virket forstyrrende. Dette var i overenstemmelse med mitt inntrykk av hvordan de hadde opplevd intervjuet. Ingen av informantene ønsket å lese transkripsjonen av intervjuene. I etterkant av intervjuene noterte jeg umiddelbare tanker og refleksjoner knyttet til hver enkelt informant og intervjusituasjon. Dalen (2004) fremhever betydningen av notater, memos, som en del av datamaterialet som inngår i analysen.

3.5 Bearbeiding av datamaterialet

Etter gjennomføring av intervjuene blir datamaterialet bearbeidet for senere presentasjon og diskusjon. Det vil her bli redegjort for transkribering av datamaterialet og hvordan analyse og tolkning er blitt gjennomført.

3.5.1 Transkribering

Transkribering innebærer en omgjøring av lydopptak til skrevet tekst. Kvale (1998) ser på transkribering som en tolkningsprosess ved at det gjøres vurderinger for hvordan transkriberingen skal utføres, og dette gir en kunstig overføring fra muntlig til skriftlig form. Jeg valgte å transkribere alt som ble sagt, også småord og for eksempel ”hm” samt latter. Dette ble gjort for å holde den skrevne teksten så nær lydopptakene som mulig. Beskrivelser av kroppsspråk og stemmeleie ble kun tatt med der informantene brukte dette for å illustrere poenger. Steds- og personnavn ble utelatt for å sikre anonymitet. Etter transkribering ble lydopptakene gjennomgått ytterligere en gang for å sikre at transkripsjonene var gjort i en enhetlig stil.

Lydopptakene ble transkribert så snart som mulig etter gjennomføring av intervjuene. Ifølge Dalen (2004) er det en fordel å transkribere umiddelbart etter intervjuet mens en ennå har nærhet til intervjusituasjonen. Kvaliteten på lydopptakene ble god og

bidro til å oppnå en så presis transkripsjon som mulig. Ved et par tilfeller ble det snakket så svakt eller utydelig at det var vanskelig å oppfatte nøyaktig hva som ble sagt. Transkriberingen var tidkrevende men gav mulighet til å gå i dybden på den enkelte informants tanker. Det endelige datamaterialet ble på ca. 90 sider.

3.5.2 Analyse og tolkning

Analysemetoder innen kvalitativ forskning har en fortolkende tilnærming (Dalen 2004). For analyse av datamaterialet ble det valgt en hermeneutisk tilnærming, en vitenskapsteoretisk retning som vektlegger fortolkning i søken etter en helhetlig forståelse (Befring 2007). Dypereliggende forståelse oppnås gjennom en vekselvirkning mellom helhet og del, hvor det verken er klar begynnelse eller ende (Dalen 2004). Dette illustreres i en ”hermeneutisk spiral” hvor pendling mellom helhet og del, tekst, forsker og dennes førforståelse skaper en dypere forståelse (Dalen 2004). Vekselvirkningen kan sees i utviklingen av prosjektet. Sosial-kognitiv teori dannet utgangspunkt for intervjuguiden. Etter gjennomførte intervjuer fikk jeg en dypere forståelse for teorien enn før jeg møtte informantene. Forståelsen ble ytterligere utviklet gjennom analysen av datamaterialet. Med min yrkesbakgrunn møtte jeg informantene med en førforståelse som også bidro i vekselvirkningen.

Som hjelpemiddel i analysen benyttet jeg dataprogrammet NVIVO 7. Programmet gir muligheter til å systematisere og danne hierarkiske strukturer av temaene som utforskes. Materialet ble først kodet i såkalte frie noder, ikke-hierarkiske kategorier, hvor utsagn ble tilknyttet hvert av de syv temaene i intervjuguiden. Deretter ble utsagnene tilknyttet nodetrær, hierarkiske strukturer, hvor intervjuguidens spørsmål dannet utgangspunkt for hvert nodetre. Informantenes utsagn ble plassert i ulike kategorier underlagt spørsmålene. De hierarkiske strukturene dannet utgangspunktet for datapresentasjonsdelen.

For å få frem meningen i informanters utsagn, vektlegger Kvale (1998) tre tolkningskontekster en tolker forholder seg til:

-
- Selvforståelse. Tolkeren formulerer med sin forståelse av informantens utsagn.
 - Kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Tolkningen, som kan være kritisk til utsagnet, settes inn i en bredere kontekst innenfor det allment aksepterte.
 - Teoretisk forståelse. Tolkningen settes i en teoretisk ramme.

Jeg benyttet de tre kontekstene som hjelp til å abstrahere og løfte datamaterialet opp på et teoretisk nivå. Informantenes ytringer ble forsøkt formulert med mine egne ord (selvforståelse). Som forberedelse til drøftingen ble utsagnene tolket i et kritisk lys (kritisk forståelse) for å få et bredere perspektiv enn min egen forståelse. Utsagnene ble så relatert til sosial-kognitiv teori (teoretisk forståelse).

3.6 Reliabilitet

Reliabilitet dreier seg om grad av pålitelighet ved forskningsresultater (Kvale 1998). Begrepet er tradisjonelt knyttet til kvantitativ forskning, og dreier seg om at fremgangsmåten i en undersøkelse skal kunne etterprøves nøyaktig. Innen kvalitativ tilnærming er etterprøvbarehet vanskelig å etterkomme fordi personene og konteksten fra undersøkelsen vil endre seg og fordi forskeren spiller en aktiv rolle i prosessen (Dalen 2004). Reliabilitet i kvalitativ forskning kan allikevel møtes gjennom nøyaktige beskrivelser av fremgangsmåte i alle ledd av en undersøkelse.

Beskrivelsene bør inkludere forhold knyttet til forsker, informanter og intervjusituasjoner (Dalen 2004). For å sikre best mulig reliabilitet har jeg redegjort for fremgangsmåter på de ulike stadier av prosjektet. Det er gjort rede for utforming av intervjuguide, prøveintervjuer og hvordan jeg kom i kontakt med informantene. Jeg har beskrevet informantene, intervjusituasjonene, meg selv som intervjuer samt min tilknytning til forskningsfeltet. Også fremgangsmåte for analyse av datamaterialet er blitt belyst. Grad av nøyaktighet kan allikevel være noe upresis ettersom beskrivelsen av fremgangsmåter kun baseres på mine egne observasjoner og oppfatninger.

3.7 Validitet

Validitet omhandler gyldigheten i forskning, i hvilken grad datamaterialet undersøker det man ønsker å undersøke (Befring 2007, Kvale 1998). Kvale (1998) og Maxwell (1992/2007) påpeker at validering bør foregå i alle stadier i prosessen, noe som også har vært forsøkt gjort i dette prosjektet. De påfølgende punkter drøfter validiteten knyttet til intervjuguiden, datamaterialet, utvalget samt forskerrollen.

3.7.1 Validitet knyttet til utarbeiding av intervjuguiden

Gyldighet i en undersøkelse er avhengig av grad av grundighet i teoretiske forutantakelser og hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmål er (Kvale 1998). Det måtte i størst mulig grad være samsvar mellom teori, overordnet problemstilling, forskningsspørsmål og intervjuguide. Sosial-kognitiv teori dannet utgangspunkt for prosjektet, og for å vite hva jeg ønsket å undersøke var det av betydning at jeg hadde god kjennskap til teorien og dens elementer. I intervjuguiden skulle elementer fra teorien belyses og relateres til logopedisk stemmebehandling, og dette måtte skrives på dagligspråk. Jeg brukte derfor begrepet motivasjon fremfor self-efficacy ettersom førstnevnte er vanlig i dagligtale. Dette kan ha ført til en upresis begrepsbruk i forhold til sosial-kognitiv teori og dermed svekket intervjuguidens validitet. Jeg har ikke funnet passende norsk oversettelse av termen self-efficacy. Imidlertid tar både motivasjon og self-efficacy utgangspunkt i tro på egne evner (Bandura 1997), og jeg anser derfor begrepet motivasjon som relevant. Etter utarbeiding av intervjuguiden ble det foretatt justeringer både av den overordnede problemstillingen og av forskningsspørsmålene for å sikre best mulig validitet.

Den omfattende intervjuguiden og de mange forskningsspørsmålene vanskeliggjør en dyptgående diskusjon i et prosjekt av dette format. Av denne grunn vil enkelte nyanser bli omtalt på en kortfattet måte i drøftingsdelen. Det var utfordrende å få sosial-kognitiv teori konkretisert gjennom forskningsspørsmål og intervjuguide på en måte som favnet de sentrale trekk ved teorien på en forståelig måte.

3.7.2 Validitet knyttet til datamaterialet

For å styrke validiteten i datamaterialet må informantenes ytringer gjengis så nøyaktig som mulig, og uten forskerens subjektive tolkninger. Dette vektlegger Maxwell (1992/2007) i en såkalt deskriptiv validitet. Lydopptak gav mulighet for å gjengi informantenes ytringer ordrett, og dette ble gjort gjennom transkriberingen. Den gode kvaliteten på opptakene bidro til å styrke den deskriptive validiteten. Transkripsjoner svekker gyldigheten fordi de ikke gjengir alle aspekter ved intervjuene, som kroppsspråk og taletempo. I tillegg kan det være vanskelig å vite hvor en setning slutter og en ny begynner. Kvale (1998) påpeker utfordringene dette innebærer, og ser transkripsjon som abstraksjon fra den opprinnelige, muntlige formen. Memosene til hvert intervju bidro allikevel med noe av det som gikk tapt i transkripsjonen, for eksempel kroppsspråk, taletempo og stemmeleie. I tolkning av datamaterialet søkes det mot en dypere forståelse av informantenes ytringer. Maxwell (1992/2007) kaller dette fortolkningsvaliditet, og det er essensielt at tolkeren forstår fenomenet ut fra informantenes eget perspektiv. Han understreker at informantenes ytringer ikke må sees som ufeilbarlige ettersom de kan huske upresist eller være ubevisst sine egne synspunkter. At informantene skulle huske forhold som lå tilbake i tid kan ha svekket validiteten i datamaterialet. Det kan tenkes at de ikke husket detaljer fra behandlingen korrekt. Hvordan de har opplevd prosessen kan ha endret seg ettersom tiden har gått. Oppfatninger de hadde mens de var i behandling kan derfor være ulik tanker de hadde da jeg intervjuet dem.

Informantenes begrepsbruk varierer noe fra begreper prosjektet nytter, og dette kan innebære en utfordring for materialets validitet. Det kan være vanskelig å vite eksakt hva informantene legger i begrepene. Prosjektet nytter termen egenbehandling om innsatsen på egenhånd, mens informantene gjerne omtaler dette som trening eller å gjøre øvelser. Rehabiliteringsprosessen benevnes som opplæring, veiledning eller en blanding av trening og behandling. Prosjektet søker å se logopedisk tilnærming til stemmevansker i et helseperspektiv, og anvender derfor begreper som egenbehandling og rehabilitering. Dette perspektivet kan også sees i sosial-kognitiv teori, i fremheving

av kjernedeterminantene. Begreper som opplæring eller veiledning peker i retning av et pedagogisk perspektiv, og dermed et annet perspektiv enn det prosjektet nærmer seg. Informantenes begreper og synet de reflekterer kan dermed problematisere prosjektets helse relaterte syn på logopedisk tilnærming til stemmevansker.

3.7.3 Validitet knyttet til utvalget

Gyldighet i utvalg knytter seg til begrepet generaliserbarhet, som omhandler undersøkelsens funn og hvorvidt de kan gjelde for andre enn informantene (Dalen 2004), i dette tilfellet andre kvinnelige lærere med funksjonelle stemmevansker. I kvalitativ tilnærming er det vanlig å benytte analytisk generalisering. Dette innebærer en begrunnet vurdering av i hvilken grad funn i en undersøkelse kan si noe om hva som kan skje i en lignende situasjon (Kvale 1998). Informantene ble valgt ut etter kriterier de hadde til felles. Det var allikevel variasjon i utvalget fordi de hadde ulik bakgrunn og dermed noe ulike forståelsesrammer. I svarene gav dette utslag i både sammenfallende og ulike innfallsvinkler. Dalen (2004) fremhever bruk av brede utvalg med variasjon som har relevans innen temaet som undersøkes. To av informantene hadde vært til to behandlingsopphold av få dagers varighet og hadde ikke gått til logoped over et lengre tidsrom. Det kan ha svekket utvalgets validitet at de to hadde et noe annet utgangspunkt for å snakke om tema for undersøkelsen. De bidro imidlertid med variasjon i utvalget ettersom de i likhet med de øvrige informantene hadde vært til logopedisk behandling og erfart egenbehandling. Funnene viser at informantene både har sammenfallende opplevelser og erfaringer som er unike for den enkelte. Alle funnene bidrar til å belyse prosjektets tema.

3.7.4 Validitet knyttet til forskerrollen

I det kvalitative forskningsintervju skapes et samspill mellom informant og intervjuer (Kvale 1998), og datamaterialet blir til i dette samspillet. Når forskeren selv har en aktiv rolle er det viktig at det redegjøres for tilknytning til det fenomen som studeres (Dalen 2004). Jeg jobber som logoped innen stemmevanskefeltet og har således

tilknytning til undersøkelsens tema. Jeg er i tillegg ansatt ved et av stedene hvor enkelte av informantene hadde vært til stemmebehandling hos kolleger. Informasjonsbrevet som ble sendt informantene var skrevet på papir fra dette stedet. At jeg har nære bånd til stedet og kjente logopedier informantene hadde vært hos kan ha innvirket på hva informantene ville fortelle meg. Tilknytningen min kan dermed ha bidratt til å svekke validiteten i undersøkelsen. Jeg var imidlertid åpen overfor informantene om min tilknytning til behandlingsstedet. Min yrkesfaglige bakgrunn gjorde at jeg møtte informantene med en førforståelse som kan ha påvirket validiteten og forhindret åpenhet overfor deres fortellinger. Bevissthet om egen førforståelse skaper sensitivitet hos forskeren i forhold til å se muligheter i datamaterialet (Dalen 2004). Min kjennskap til stemmevanskefeltet kan derfor også ha bidratt til en dypereliggende forståelse av informantenes ytringer.

3.8 Forskningsetiske hensyn

I kvalitative forskningsintervju oppstår en interaksjon som påvirker både informant og intervjuer (Kvale 1998). Nærheten medfører en ufordring ved tilnærmingen. All vitenskapelig virksomhet blir regulert av etiske prinsipper som er nedfelt i lovverk og retningslinjer (Dalen 2004). I prosjekter som involverer personer må Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD, kontaktes for vurdering av eventuell melde- eller konsesjonsplikt. Jeg kontaktet NSD pr. telefon i november 2007 og presenterte prosjekttema, utvalgsriterier og behandlingsmåte av datamaterialet. Det ble opplyst at det ikke var meldeplikt for prosjektet fordi det ikke ville inneholde identifiserbare opplysninger og fordi lydopptakene ikke ville bli elektronisk behandlet. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, NESH (2006), har utarbeidet etiske retningslinjer som hjelp til refleksjon over holdninger og til å treffe velbegrunnede valg. Jeg vil fremheve tre punkter fra retningslinjene som omhandler hensyn til personer involvert i forskning og som jeg ser som særlig relevant i dette prosjektet:

- Krav om å informere dem som utforskes. Det vektlegges at det informeres om sentrale forhold ved prosjektet og at dette blir gjort på et språk som blir forstått (NESH 2006). I tråd med dette fikk informantene brev med informasjon om prosjektets tema, formål og metode. Det ble også informert om frivillig deltakelse, konfidensialitet og forsvarlig oppbevaring av datamaterialet. Alt dette ble forsøkt gjort på et språk informantene ville forstå.
- Krav om informert og fritt samtykke. Punktet omhandler at det ikke skal foreligge press bak samtykket samt at det skal påses at personene har forstått informasjonen (NESH 2006). I utforming av informasjonsbrevet tilstrebet jeg saklig informasjon som ikke skulle oppleves som press. Det ble informert om at deltakelse i forskning er frivillig. Det ble også klargjort at man ved eventuell deltakelse kan trekke seg når som helst og uten å oppgi grunn. For å sikre at informasjonen var forstått gjentok jeg innholdet i brevet ved intervjuene og spurte om informantene hadde spørsmål til deltakelsen.
- Krav om konfidensialitet. Det fremheves at personer som det forskes på har krav på at informasjonen de bidrar med skal behandles konfidensielt (NESH 2006). Kravet ble imøtekommet gjennom anonymisering av informantene. Som nevnt i punkt 3.5.1 ble steds- og personnavn utelatt i transkripsjonene for å sikre anonymitet. Dette punktet vektlegger også krav til oppbevaring og tilintetgjøring av navn og andre identifiserbare opplysninger (NESH 2006). Navneliste over informantene, lydopptak og intervjuutskrifter ble oppbevart atskilt fra hverandre. Etersom det kunne oppstå behov for videre utdypning av temaer ble informantenes navn og telefonnumre oppbevart etter gjennomførte intervju. I informasjonsbrevet ble det opplyst om at både lydopptak og utskrifter ville bli henholdsvis slettet og makulert ved prosjektets avslutning.

4. Datapresentasjon

Prosjektets intervjuguide bygger på sentrale elementer hentet fra sosial-kognitiv teori. Elementene danner syv temaer knyttet til motivasjon, læring, påvirkning og drivkrefter. Enkelte knyttes til teoriens generelle trekk, mens andre relateres til helserelevante endringsprosesser. Seks av temaene danner utgangspunktet for forskningsspørsmålene. Informantenes utsagn vil reflektere hvordan de samsvarer med teoriens syn på de enkelte elementene. For å redegjøre for undersøkelsens resultater velges en presentasjon etter den samme struktur som temaene. De følgende delkapitler presenterer dermed funn tilknyttet hvert enkelt tema.

4.1 Utgangspunktet for prosessen

Intervjuguidens første tema omhandler informantenes tanker og erfaringer knyttet til stemmevansken før behandlingsstart, og hva som førte til at de oppsøkte hjelp. Temaet er ikke tilknyttet noe forskningsspørsmål, men er ment å gi en beskrivelse av informantenes utgangspunkt for rehabiliteringsprosessen. Utsagnene relateres til triadisk resiprok kausalitet i sosial-kognitiv teori (jfr. punkt 2.3.2). Temaets siste spørsmål, om logopedens beskrivelse av behandlingsforløpet, viste seg vanskelig å svare på og vil derfor ikke bli gjennomgått.

4.1.1 Stemmevansken ved prosessens begynnelse

Datamaterialet viser at stemmevansken hos samtlige informanter har hatt konsekvenser for yrkesutøvelsen i form av sykemeldinger og endring eller reduksjon av arbeidsoppgaver. På spørsmål om hvordan de opplevde stemmevansken da de oppsøkte hjelp, viser det seg at det ofte er snakk om gjentatte perioder med stemmevansker, gjerne i tilknytning til forkjølelse, som kan gi seg utslag i stemmetap:

Det var det at jeg mistet stemmen med jevne mellomrom, spesielt i forbindelse med forkjølelse. Så hadde det veldig lett for å sette seg i halsen, og dermed ble jeg veldig hes. Når stemmen da plutselig forsvant gjerne to til tre ganger i året, og når du jobber som lærer, så er ikke akkurat det så veldig kjekt (informant C).

Jeg startet med å bli forkjølet, fikk hosteproblemer, og klarte ikke å stoppe. Jeg hostet sånn at jeg rett og slett mistet stemmen. Så var jeg på jobb litt for tidlig og holdt en time eller to, og så begynte stemmen å bli dårlig. Dette pågikk en stund. Så gikk jeg til legen og ble sykemeldt, og tilbake på jobb, og det samme gjentok seg gang etter gang. Til slutt var stemmen min borte. Jeg holdt en halv undervisningstime (informant E).

Dataene viser at de fleste informantene hadde vansker med stemmen på tidspunktet da de oppsøkte hjelp. Én opplevde det imidlertid ikke slik, selv om hun tidligere hadde hatt periodevis vansker med stemmen:

Det var ikke noe galt med stemmen akkurat når jeg oppsøkte hjelp. Men jeg hadde i flere år på forhånd mistet stemmen ca. en gang i året. Og da var det gjerne rett før jul eller rett før påske, når jeg hadde brukt stemmen veldig masse (informant D).

4.1.2 Faktorer som påvirket til å oppsøke hjelp

Informantene har ulike tanker om hva som påvirket dem til å oppsøke hjelp. Gjennomgående viser dataene at den primære årsaken har vært stemmevansken og hvordan den har påvirket hverdagen som lærer. Én informant forteller om hvordan stemmevanskens ringvirkninger for yrkesutøvelsen førte til at hun oppsøkte hjelp:

Når det gjaldt det med stemme, så gikk motivasjonen på at jeg hadde ikke noe stemme. Det var ingenting igjen. Jeg stod og kvekket i timene, og da var motivasjonen at: "Nå oppsøker jeg logoped, og så ser jeg hva de kan gjøre. Om de kan hjelpe meg" (informant B).

Stemmevanskens følger for yrkesutøvelsen gjorde at flere av informantene så for seg at de ikke kunne fortsette som lærere, og dermed fryktet omskolering:

Når jeg begynte på behandling, særlig når jeg kom inn den andre gangen, da var jeg vel litt presset på at: "Jeg vet ikke om dette går bra. Er jeg på vei til omskolering?" Litt halvpanisk. Så da var det ganske nærliggende (informant A).

Én av informantene har sett det å oppsøke hjelp som et forebyggende tiltak for å unngå fremtidige stemmevansker og en eventuell omskolering fra et yrke hun trives i:

Jeg liker veldig godt å være lærer, jeg synes det er kjempekjekt, og jeg er jo ikke så gammel. Så hvis jeg ikke skulle kunne jobbet som det lenger, hadde det vært litt nedtur. Så det var egentlig med tanke på fremtiden, rett og slett. Hvis min stemme skulle holde helt i tredivde år til, så måtte jeg gjøre noe (informant D).

Kjennskap til en kollega som hadde opplevd stemmevansker, og som informerte om mulighetene for hjelp, påvirket én informant til å begynne på rehabiliteringsprosessen:

Jeg har en kollega, hun jobber på skolen som assistent. Hun har hatt en mye lenger vei å gå enn meg. Det var vel tilfeldig at vi snakket, og hun sa at hun hadde gått til logoped veldig lenge, og hatt behandling i lokalområdet her. Vært sykemeldt veldig mye, og lange perioder bare gått og hvisket. Jeg snakket en del med henne, og hun sa: "Du må komme deg til en logoped" (informant A).

Symptomene ved funksjonelle stemmevansker kan assosieres med sykdom, og frykt for at vansken kan bunne i sykdom fikk enkelte til å oppsøke hjelp:

De tok nye prøver og ny sjekk. For å garantere meg at der ikke var noe mer i det enn at det bare var en irritasjon på stemmen. Så det som ligger bak hele prosessen her er jo det at jeg var redd for at det var noe annet som ikke skulle være der (informant C).

4.2 Kunnskap

Intervjuguidens andre tema dreier seg om informantenes kunnskap om stemmevansker før den påbegynte rehabiliteringsprosessen, hva kunnskap betyr for motivasjon for egenbehandling samt hvilken ervervet kunnskap informantene ser som betydningsfull. Dette korresponderer med det første forskningsspørsmålet, som søker svar på hvilken betydning økt kunnskap knyttet til stemmebruk kan ha for motivasjon for egenbehandling. Utsagnene gir et grunnlag for å relatere dem til kunnskapsbegrepet slik det fremstilles i sosial-kognitiv teori (jfr. punkt 2.3.5). Temaets andre spørsmål, om hvordan logopeden vektla eventuell forhåndskunnskap, viste seg vanskelig å svare på og blir derfor ikke omtalt.

4.2.1 Forhåndskunnskap om funksjonelle stemmevansker

Når informantene blir spurt om hva de visste om stemmevansker før de begynte hos logoped, viser svarene at de fleste hadde noe kunnskap om forhold som påvirker stemmen negativt og som kan føre til stemmevansker:

Hvis man bruker stemmen feil, anstrenger stemmen ved å snakke veldig høyt eller utsetter den for forskjellige ting, så vet jeg at det går utover stemmen. Hvis jeg snakker selv om jeg er hes, så vet jeg at da påvirker det stemmen. Sånne ting visste jeg (informant B).

Det eneste jeg visste var at jeg har en del kolleger som har hatt problemer, og alle snakket om at det er grådig viktig å puste med magen. Så det var det eneste det jeg visste. At du skal snakke fra magen og ikke her oppe (peker på brystkassen) (informant D).

Blant de kvinnelige lærerne fortelles det også om forhåndskunnskap som omhandlet økt risiko for stemmevansker blant lærere:

Jeg visste at spesielle yrkesgrupper er mer utsatt for det enn andre, deriblant lærere. Jeg hadde liksom aldri regnet med at jeg selv skulle bli en av dem. Men det var ikke sånn at jeg hadde noe spesifikk kunnskap om stemmevansker (informant E).

Forhåndskunnskapen blant informantene førte imidlertid ikke til omlegging av stemmevaner eller andre tiltak for å begrense stemmevanskene. Én av informantene søkte aktivt etter informasjon om stemmevansker, men anså kunnskap hun ville få gjennom logopedbehandlingen som mest betydningsfull. Hun hadde derfor tillit til logopeden, og at logopedbehandlingen ville gi henne kunnskap:

Jeg visste lite, jeg hadde gått inn på disse internettsidene. Altså jeg hadde overfladisk orientert meg. Men ikke sånn at jeg tenkte: "Dette må jeg lære noe om, dette må jeg vite noe om". Så jeg satte veldig lit til at jeg skulle komme en plass der noen lærer meg om det (informant A).

4.2.2 Kunnskapens betydning for motivasjon for egenbehandling

Datamaterialet viser gjennomgående at informantene ser på økt kunnskap gjennom logopedbehandling som betydningsfullt for motivasjon for egenbehandlingen. De

fremhever økt kunnskap som sentral for endring av stemmevaner og gjennomføring av stemmeøvelser på egenhånd:

Det fikk den betydning at jeg gjorde en del endringer i forhold til måten jeg brukte stemmen min på, spesielt i jobben. Jeg prøvde å være bevisst spesielt dette med stemmeleie, jeg hadde jo en tendens til å legge stemmen min veldig lyst. At jeg måtte jobbe for å legge stemmeleiet lavere. At det var viktig for meg å gjøre en del øvelser, spesielt å varme opp stemmen før jeg begynte på jobb om morgenen (informant C).

I tillegg opplever informantene kunnskapen som meningsskapende, gjennom logopedens forklaringer av stemmeøvelsens hensikt, og som bevisstgjørende, i forhold til hvilke faktorer som påvirker stemmen. Disse forholdene påvirket motivasjonen positivt:

Den betydde ganske mye. For hvis jeg ikke hadde fått vite hvorfor jeg gjorde disse øvelsene så ville det bare blitt drilling uten mening, og jeg mener at det du skal gjøre det skal ha mening (informant E).

Det føler jeg betydde litt. For da kunne jeg se nytten i det jeg gjorde, altså kroppslig sett. Du blir mer bevisst når du vet sånne ting. Hvorfor du gjør disse øvelsene, hvorfor du skal puste fra magen, hvorfor du ikke skal snakke veldig fort. Da så jeg for meg i hodet hvorfor jeg ikke skulle gjøre det og hvorfor jeg skulle gjøre de tingene, og det hjalp. Så jeg tror det var lurt (informant D).

4.2.3 Kunnskap som vurderes som verdifull

Informantenes svar tyder på at det i særlig grad er to aspekter knyttet til funksjonelle stemmevansker som sees som betydningsfulle å få kunnskap om. Det første aspektet handler om kunnskap om at stemmevansken er ufarlig og at den er mulig å redusere eller bli kvitt, noe som gir et positivt og fremtidsrettet fokus:

Det er en trygghet å vite hva det er for noe. At du ikke går og lurer på om det er noe som er ugjenopprettelig, noe som er farlig. At jeg vet at dette ligger i musklene gir meg en trygghet til at jeg kanskje slapper mer av. Dermed blir også stemmeproblemene mindre (informant E).

Det er jo mye verre å få beskjed om at: ”Nei, det er ingenting vi kan gjøre”, enn at: ”Ja, her er der faktisk muligheter. Dette her blir bedre”. Det betyr jo masse (informant D).

Det andre aspektet dreier seg om kunnskap knyttet til forhold som kan påvirke stemmen og føre til stemmevansker, og informantenes bevisstgjøring om hva som virker inn på deres egen stemme:

For det første at de forklarte alle de fysiske sammenhengene, og at hele kroppen henger i hop. At det er noe som er den mentale tilstanden din, og forklarte dette med at når livet butter og ting blir vanskelig så påvirker helheten dette. Den kunnskapen gjorde veldig mye for meg. Det betyr mye for meg (informant A).

Jeg ble litt mer bevisst på at: "Nå blir stemmen dårlig. Hvorfor ble den det? Nå ble jeg hes. Kan det være at jeg har snakket litt for mye i en periode? Brukt stemmen feil i en periode?" Jeg tenker mer på hva som kan ha gjort at stemmen er blitt sånn. For nå kjenner jeg til flere faktorer enn jeg gjorde før (informant B).

Én av informantene fremhever betydningen av å ha fått kunnskap om at stemmevansken hun selv har erfart forekommer hyppig blant lærere:

For meg var det greit å vite det at dette var veldig vanlig hos lærere. Sånn at det ikke ble helt spesielt, men en slags yrkesskade. At du aldri har lært deg å snakke skikkelig, at du snakker her oppe (peker på brystkassen), og det gjør de fleste. Det hjelper litt at du tenker: "Hvis jeg bare lærer det så er det i hvert fall håp". Det gir håp (informant D).

4.3 Personlige egenskaper og forutsetninger for prosessen

Intervjuguidens tredje tema søker svar på hvordan informantene vurderer sine egenskaper og forutsetninger, og hva de betydde for motivasjonen gjennom rehabiliteringsprosessen. Dette korresponderer med det andre forskningsspørsmålet, som dreier seg om hvordan personlige egenskaper kan fungere som drivkraft for egenbehandling. Utsagnene har til hensikt å belyse self-efficacy-begrepet (jfr. punkt 2.3.6), og hvordan det kan relateres til denne oppgavens kontekst.

4.3.1 Motivasjon for egenbehandling og tanker om egen rolle tidlig i prosessen

Temaets to første spørsmål sees i sammenheng med hverandre og vil derfor bli gjennomgått samlet i dette punktet. Gjennomgående forteller informantene at de ved prosessens begynnelse var svært motivert for egenbehandlingen:

Etter at jeg hadde vært der så var motivasjonen helt på topp. For da øynet jeg jo plutselig at der var en del ting jeg kunne gjøre, at jeg hadde et forbedringspotensiale. Det var det jeg følte var det viktigste for meg akkurat i etterkant (informant C).

Da var den veldig stor. Akkurat når jeg gikk inn var den veldig stor. Da var jeg veldig innstilt på at her skulle det jobbes (informant D).

Datamaterialet viser at informantene på dette tidspunktet hadde ulike tanker om hvilken grad av innflytelse de selv kunne ha over prosessen. Enkelte var innstilt på at jevnlig utføring av øvelser og bevisstgjøring var nødvendig for å få en bedre stemme:

Det skjønte jeg egentlig ganske raskt, at det var alfa og omega. At å gå der én gang i uken og gjøre øvelsene i én time ikke var nok. For jeg måtte jo være bevisst på det i hverdagen, det å synge en godnatt-sang til ungen min for eksempel (informant D).

Andre hadde tanker om at det ville forekomme øvelser, men ikke spesifikt tenkt på sin egen rolle i prosessen:

Ikke spesifikt. Jeg regnet jo med at det måtte være øvelser og sånne ting. Men ikke at jeg var bevisst på det (informant E).

4.3.2 Beskrivelse av egenbehandlingen gjennom prosessen

I sine beskrivelser av egenbehandlingen gjennom prosessen beretter samtlige informanter om at innsatsen har vært ujevn. Motivasjonen for egenbehandling viser seg ofte å ha vært størst tidlig i prosessen, for deretter å bli ujevn når rehabiliteringen har pågått en stund:

Jeg vil jo si den var litt varierende. I begynnelsen var jeg jo veldig motivert. Da var det trening hver dag. Så gikk det litt i bølgedaler. Alt etter hvordan det gikk (informant D).

Flere av informantene mener de i for liten grad gjennomførte egenbehandlingen, og én av informantene eksemplifiserer dette:

Jeg skulle ha trent syv dager i uken, men jeg fikk kanskje lagt inn tre, fire ganger i uken (informant E).

Datamaterialet viser at en del av informantene har regulert mengden av egenbehandling etter hvordan stemmen følte. Dette har gjort at egenbehandlingen i perioder har vært mer intensiv enn i andre perioder:

Når tingene er helt på det jevne så tenker du ikke på det. Så når du kjenner at: "Nå sliter jeg. Nå må jeg gjøre noe med det", da blir jeg flinkere og tar øvelsene igjen. Gjerne litt på ettermiddag etter at jeg er ferdig på jobben. På det jevne har jeg gjerne bare tatt det på morgenen før jeg begynner (informant C).

Én av informantene beskriver hvordan hun opplevde å komme til logoped etter ujevn innsats på egenhånd:

Jeg følte at jeg kom litt fårete og unnskyldte meg: "Jeg har ikke gjort så mye som jeg skulle hjemme". Det ble litt som når jeg gikk og spilte piano og så hadde jeg ikke gjort så mye hjemme. Jeg var ikke noen flink elev (informant B).

4.3.3 Vurdering av egne forutsetninger og deres betydning for prosessen

De siste to spørsmålene under temaet relateres til hverandre, og blir følgelig behandlet under dette punktet. Informantene har divergerende syn på hvorvidt de fungerer best under press eller med god tid. Flere av dem ser imidlertid seg selv som best fungerende med en viss grad av press:

Jeg jobber best under press. Jeg tåler veldig godt å stå i press. Da kan jeg systematisere og rydde og organisere arbeidsdag, livet hjemme og de praktiske ting som må gjøres. Har jeg god tid så kan jeg godt bruke mye tid, men jeg får ikke gjort noe mer (informant A).

De fleste informantene foretrekker tett oppfølging fremfor selvstendig arbeid, og dette gjelder særlig i tilknytning til den logopediske rehabiliteringsprosessen. Den tette oppfølgingen tilrettela for en jevn innsats i egenbehandlingen:

Da synes jeg det var greiere å gå en gang i uken enn å ha en hel måned der jeg skulle jobbe på egenhånd. Det var bedre å ha stressmomentet at jeg skal inn der og må ha gjort noe til den tiden, enn å ha en hel måned. For da blir det gjerne skippertak på slutten (informant D).

Betydningen av oppfølging kan også reflekteres i at flere informanter påpeker både behov for og ønske om oppfølging i etterkant av avsluttet behandling hos logoped:

Nå har jeg fått en instruksjon og veiledning, og jeg har mine øvelser. Og kanskje etter et visst antall år, fem år kanskje, ble kalt inn igjen: "Hvordan går det?" Gjerne en liten sånn push. Kanskje et brev, kanskje en telefonsamtale: "Gjør du det som du egentlig burde gjort? Burde det vært gjort noe mer her?" (informant C).

Å kunne ha muligheten til oppfølging, når du først er kommet i dette sporet og du har begynt på et sånt løp. Er du kommet inn i systemet for mammografi så blir du innkalt, og får tilbud med en viss tids mellomrom. Noe i samme gate (informant A).

På spørsmålet om hvilke av informantenes personlige egenskaper som ble betydningsfulle for prosessen, fremheves trekk som stahet og målrettethet. Disse egenskapene blir blant enkelte sett på som betydningsfulle for jevnlig egenbehandling og for å nå et definert mål:

Jeg er sta, og jeg skulle klare det til jul. Perfeksjonistisk. Jeg har ikke lyst å få beskjed om at dette her ikke er godt nok. Men allikevel så gjorde jeg jo ikke alt for at jeg skulle være helt på topp. Men jeg er målbevisst, og skulle klare det (informant D).

Jeg er nøye, pirkete til tider, og så er jeg ganske sta. Det har nok hatt en del å si for at det er blitt trent en del ettermiddager. For at jeg har klart å gjennomføre det: "Jeg skal gjøre det. Jeg er sliten, men jeg skal gjøre det" (informant E).

4.4 Forventninger og forhindringer

Intervjuguidens fjerde tema handler om informantenes forventninger til seg selv i egenbehandlingen, forventninger til resultat av egenbehandling samt forhold som forhindret motivasjonen. Spørsmålene relateres til det tredje forskningsspørsmålet, som søker svar på hvordan forventninger og forhindringer påvirker motivasjon for

egenbehandling. Utsagnene sees som sentrale for å forstå betydningen av kjernedeterminantene forventninger om utfall (jfr. punkt 2.3.8) og forhindringer (jfr. punkt 2.3.10) i rehabilitering av funksjonelle stemmevansker.

4.4.1 Forventninger til egen innsats og forventningenes betydning for gjennomføring av egenbehandlingen

De to første spørsmålene sees i sammenheng med hverandre, og blir av den grunn presentert under dette punktet. Informantenes svar tyder på at de hadde forventninger om å følge opp egenbehandlingen jevnlig. I praksis viste det seg å være utfordrende å gjennomføre egenbehandlingen slik de hadde forventninger om:

I utgangspunktet forventet jeg at jeg skulle gjøre alt, og når jeg satt der med ham så var jeg så motivert. Da kjente jeg: "Å, hvor jeg skal trene. Jeg skal komme hjem og trene og øve". Men det ble ikke alltid sånn. For vips så var du lenge på jobben og skulle ungene legges og så ble det kveld og så skulle du se litt på fjernsynet. Fordi om det kanskje bare tok et kvarter så skulle du gjerne gjøre det et par ganger for dagen. Og det var ikke alltid det ble tid til det (informant D).

På spørsmål om hva forventningene betydde for innsatsen i egenbehandlingen fremheves det å ha et realistisk syn på hva som er gjennomførbart i hverdagen:

Jeg hadde forventninger til at dette må jeg bare gjøre. Dette er noe jeg må klare og jeg må kunne. Jeg sammenlignet det litt med å være så dårlig i ryggen at du ikke klarer å gå. Men samtidig så visste jeg jo at det kom til å dale etter hvert, at en ikke klarer å holde motivasjonen oppe hele tiden. Jeg er nok forholdsvis realistisk og ser mine egne begrensninger (informant A).

Én av informantene forteller om dårlig samvittighet overfor logopeden og seg selv over ikke å ha innfridd forventninger for egenbehandling:

De betydde det at den dårlige samvittigheten kom når jeg ikke hadde gjort øvelsene. Det var både litt skuffelse overfor hun som hadde behandlingen, og jeg som hadde større forventninger til meg selv (informant B).

4.4.2 Betydningen av anbefalt mengde egenbehandling og forventninger til resultat av egenbehandling

Det tredje og fjerde spørsmålet om forventninger vil bli gjennomgått under dette punktet ettersom de utfyller hverandre. Når informantene blir spurt om hvordan den anbefalte mengde egenbehandling påvirket deres forventninger om gjennomføring av prosessen, viser det seg at det kan oppleves som urealistisk å etterleve i praksis:

En del av det så jeg med en gang at: "Så mye som dette klarer jeg ikke å følge opp som jeg egentlig burde". Det kunne jeg se. Men jeg prøvde å holde motivasjonen for å gjøre det. I de periodene det går bra gjør du mindre, og så plutselig detter det utforbakke igjen. Så må du begynne på nytt (informant C).

Én av informantene valgte å snakke med logopeden om sine synspunkter på det anbefalte programmet for egenbehandling, og fikk på denne måten avklart sine forventninger for egenbehandlingen. Sammen med logopeden kom hun dermed frem til en realistisk mengde med øvelser til egenbehandlingen:

Jeg innså nok at jeg ikke klarte å gjøre så mye som det som ble stipulert. Men avslutningsvis, når vi oppsummerte det, så sa jeg klart i fra om at jeg vet omtrent hvilket nivå jeg klarer å legge meg på. At vi hadde gått gjennom en realistisk mengde (informant A).

Når det gjelder informantenes forventninger til resultat av egenbehandlingen, viser datamaterialet at informantene fremhever to typer forventninger. Den ene går på å være åpen for hva logopedbehandlingen vil gi. Én av informantene forteller at dette kan ha sammenheng med begrenset kjennskap til logopedisk tilnærming:

Jeg var vel egentlig ganske åpen når jeg kom der. Jeg hadde ikke så store forventninger i og med at jeg har ikke vært borti logoped tidligere. Og dermed visste jeg veldig lite om hva jeg kunne forvente. Så jeg hadde ikke så store forventninger om at: "Nå skal jeg få fikset det" eller "nå skal jeg jobbe med det". Det var ganske åpent (informant E).

Den andre typen forventning dreier seg om å få en bedret stemme. Bevissthet om egne stemmevaner er av betydning for å beholde en rehabilitert stemme. Dette har gitt én av informantene tanker om at prosessen stadig pågår, også etter avsluttet oppfølging fra logoped:

I utgangspunktet forventet jeg at når jeg var ferdig der så trengte jeg ikke å tenke noe mer på det. Da var jeg frisk i hermetegn. Men jeg ser jo nå i ettertid at det var helt urealistisk. Jeg må jo tenke på det nå når jeg jobber (informant D).

4.4.3 Forhindringers innvirkning på motivasjon for egenbehandling

Datamaterialet viser gjennomgående og entydig at det er snakk om to forhold som virker forhindrende på motivasjon for egenbehandling: Mangel på tid og en hektisk hverdag. Informantenes utsagn viser at en travel hverdag vanskeliggjør motivasjon for å sette av tid til jevnlig utføring av stemmeøvelsene:

Hovedvansken er det å klare å sette av tid. Å tenke at: "Dette kvarteret her skal jeg bare sitte å blåse", eller "nå skal jeg bare gjøre disse pusteøvelsene". Å bestemme seg for tiden for seg selv, for meg tror jeg det er den største hindringen. Når presset er såpass stort som det har vært dette skoleåret, og når en da setter seg ned, så klarer en ikke å hoste frem engasjement for det (informant A).

Jeg vil si det er tiden. Det er kjøring og henting og trening. Pluss jobben, med forberedelse på kveld. Det er masse hele tiden, og det er vanskelig å få tid til det. Så skal du slappe litt av, men det er ofte om kvelden du må gjøre disse tingene for det er da du har tid. Da er det gjerne tiltak, for det er mye deiligere å sette seg i sofaen og slappe av. Det er det som stopper deg. Du føler du ikke har tid, og når du endelig har tid så er du så trøtt at du ikke orker. Så tenker du: "Jeg gjør litt ekstra i morgen istedenfor". Så er det likt neste dag óg (informant D).

Én av informantene påpeker at egenbehandlingen i seg selv krever lite tid, men at en følelse av ikke å ha tid forhindrer motivasjonen:

Altså det er jo uro, og så er det følelsen av mangel på tid. At jeg vil heller gjøre noe annet. Det er mer mangel på ro og mangel på rutine, som blir et hinder. Fem minutter har man jo tid til. Men det er mer den følelsen av at en ikke har tid (informant B).

4.5 Mål

Intervjuguidens femte tema har til hensikt å utdype informantenes tanker og erfaringer knyttet til mål for rehabiliteringsprosessen: Hvilke mål de hadde og hva de betydde

for motivasjonen, om logopedene bidro til å definere mål, beskrivelse av målene og hva som var nødvendig for å nå dem, om vurdering underveis i prosessen og om grad av måloppnåelse. Spørsmålene korresponderer med det fjerde forskningsspørsmålet, og dreier seg om målenes betydning for motivasjon for egenbehandling. Utsagnene søker å belyse mål slik sosial-kognitiv teori vektlegger dem (jfr. punkt 2.3.9).

4.5.1 Mål for prosessen og logopedens bidrag til presisering av mål

De to første spørsmålene knyttes sammen gjennom fokuset på å definere mål for prosessen, og svarene fremstilles derfor under dette punktet. For de fleste informantene var en fungerende stemme det mest fremtredende målet for prosessen:

Jeg håpet at jeg skulle få en mye bedre stemme, og at jeg skulle klare å holde det programmet som ble satt. Det var hovedmålet (informant C).

Målet var rett og slett å få en stemme som fungerte igjen. En stemme som jeg kunne stole på. Det var rett og slett snakk å komme tilbake til en normal stemme, fortrest mulig (informant E).

Datamaterialet viser også at det å kunne fungere i jobben som lærer ble sett på som et sentralt mål for flere av informantene. Én av dem forteller om dette målet:

Det jeg så på utelukkende som et mål var å beholde jobben min, så jeg skulle kunne fungere uten å gå rundt å føle at hele halsen var som et sandpapir. At jeg skal kunne fungere med det som jeg kan og trives med, og unngå å gå og være sykemeldt inn og ut av jobb. Å kunne greie å få til et redskap så jeg kan fungere godt (informant A).

Informantene har ulik erfaring med hensyn til logopedenes bidrag til å definere målene. Enkelte kom frem til mål for prosessen gjennom en dialog hvor logopedene fungerte som en rettleder med sine spørsmål:

Det tror jeg var hovedsakelig gjennom at vi snakket. Som en rettleder, og som en korrigerende faktor: "Hva vil du? Hvorfor vil du det? Hvordan vil du vi skal gjøre det? Hvordan kan du bidra med noe i dette her?" For å bevisstgjøre meg enda mer (informant A).

Én forteller at logopedene satte mål for henne, og at dette var mål hun kunne identifisere seg med og som dermed ble viktige for henne:

Han satte opp en tidsplan. Dette var tidlig på høsten og han sa at hvis jeg trente og gjorde det jeg skulle og det gikk som han trodde så kom jeg til å bli ferdig til jul. Så det var noe som drev meg (informant D).

4.5.2 Målets betydning for motivasjon for egenbehandling

På spørsmål om målets betydning viser datamaterialet entydig at målet hadde en avgjørende betydning for informantenes motivasjon for egenbehandling:

Målene betydde veldig mye for motivasjonen. For jeg tenkte: "Jeg må bli bra igjen" (informant B).

Det betydde litt for motivasjonen. Det at jeg ikke ville miste stemmen igjen gjorde at jeg gjorde øvelsene. Hver gang jeg gjorde dem var jeg veldig motivert for å gjøre dem skikkelig og lenge nok (informant D).

Én fremhever målet og bevisstgjøring som av størst betydning for motivasjon for egenbehandlingen:

Det ble egentlig de som betydde mest, at jeg visste at dette kan faktisk la seg gjøre (informant E).

4.5.3 Beskrivelse av mål

Temaets fjerde spørsmål fokuserer på utdypende beskrivelser av mål for rehabiliteringsprosessen, og flere av informantene beskriver målene som vage selv om det ofte var snakk om et konkret overordnet mål:

De var egentlig vage, for jeg greide ikke å si at akkurat det skal jeg klare, og det skal jeg klare og det skal jeg klare. Hele tiden var det store, overordnede mål å kunne fortsette i jobb. Når vi reflekterte over dette spisset vi det nok mer, men jeg klarer ikke å ta det (informant A).

Én forteller om konkrete delmål knyttet til den jevnlige logopedoppfølgingen:

Et delmål var det at du skulle komme der og gjøre øvelsene og få tilbakemelding at: "Det var bra". At du klarte å holde en lyd lengre og at du trente på det. At du skulle klare å følge ham. Da ble jo det mål. At han skulle bli fornøyd for da ble du fornøyd, og da visste du at du var ett skritt nærmere målet (informant D).

På spørsmål om hvor utfordrende målet var, tyder svarene på at informantene opplevde målet som krevende i hverdagen, og at hvordan stemmen opplevdes påvirket tankene om hvor utfordrende målet var:

Jeg synes egentlig det var utfordrende. For jeg visste ikke at det kom til å ta så masse tid. Jeg visste ikke at jeg måtte gå en gang i uken og at jeg måtte ha fri fra jobben en gang i uken. Jeg brukte tre timer på en behandling med reisetid. Så jeg synes det ble ganske omfattende. Det grep inn i hverdagen min (informant D).

Det føltes veldig utfordrende når jeg ikke hadde stemme i det hele tatt, og så skulle komme meg opp på vanlig nivå. Innimellom tenkte jeg: "Får jeg vanlig stemme igjen?" Da var det veldig utfordrende (informant B).

Informantene har ulike tanker om hvor nært eller fjernt i tid målet lå. Én opplevde at stemmen ble bedre raskere enn målsetningen:

Jeg var egentlig overrasket over at det gikk såpass raskt. For jeg hadde brukt en del tid på å miste stemmen, og hadde gått lenge før jeg begynte hos logopeden. Da ble jeg overrasket over at det lot seg løse så kjapt som det gjorde (informant E).

En annen forteller at hun fokuserte på daglige mål for egenbehandlingen:

Jeg følte de var fra dag til dag. Det var å komme i gang og så håpe på at ting skulle endre seg fortest mulig. Men jeg vet at jo bedre innsats du gjør jo raskere når du målet (informant C).

4.5.4 Betydningsfulle tiltak for måloppnåelse og vurdering av målene underveis i prosessen

Spørsmål fem og seks behandles under dette punktet ettersom de retter fokuset mot målenes betydning underveis i prosessen. Informantene vektlegger i stor grad selve egenbehandlingen for å kunne nå målene sine. Én av informantene utdyper dette og forteller at hun ser egenbehandlingen og logopedtimene i sammenheng ettersom logopeden vurderte fremgangen hennes på grunnlag av innsatsen på egenhånd:

Det var viktig at jeg trente. Men så var det like viktig at jeg gjorde det bra der. Det ble viktig for å nå målet. For det var jo han som skulle avslutte behandlingen. Hvis jeg trente og jeg ikke klarte å vise noe der så hadde det ikke hjulpet. Så egentlig var det vel så viktig å gjøre det bra i timene som å trene. Men de to henger jo sammen (informant D).

En annen informant vektlegger reduksjon av stressende forhold som betydningsfullt for å nå målet om en fungerende stemme i lærerjobben:

Det er å gjøre noe med livssituasjonen rundt, gjøre noe med stresset. En periode unngå å snakke så mye. Jeg fikk en sykemelding for at jeg ikke skulle snakke så mye i klasserommet (informant B).

Når det gjelder vurdering av målene underveis i prosessen viser materialet at enkelte vurderte dette ut fra hvordan stemmen opplevdes:

Det kom litt an på hvordan stemmen min føltes. Jeg tenkte at jeg skulle bli bra igjen. Det gikk litt på pessimisten og optimisten. Men målet var hele tiden det samme, å komme seg tilbake igjen (informant B).

Én av informantene påpeker at det ikke nødvendigvis må eksistere et uttalt mål for å oppleve endring i en ønsket retning:

Nei jeg gjorde ikke det, fordi at det var en kontinuerlig sak med å jobbe litt selv og få litt hjelp. Selv om du ikke har et klart definert mål om at: "Denne uken skal jeg sånn", så kjenner du at du oppnår det selv om du kanskje ikke har det definert (informant E).

4.5.5 Vurdering av grad av måloppnåelse

Datamaterialet viser gjennomgående at målene for rehabiliteringsprosessen ble nådd:

Foreløpig går det men det har jo bare gått noe måneder. De årene før ville jeg ha mistet stemmen til påske eller til jul, og det har jeg ikke gjort. Jeg føler ikke jeg er på vei til å gjøre det heller. Sånn sett vil jeg si at ett lite mål er jo oppnådd (informant D).

Jeg har vel kommet til en større erkjennelse av at sånn er det og at jeg klarer det, og at mye av det som vi jobbet oss gjennom og kom frem har jeg klart. Det går bra, jeg synes det. I den store sammenheng fungerer det (informant A).

Etter å ha nådd målet om en bedret stemme har én opplevd tilbakefall. Hun ser den ervervede kunnskapen fra logopedbehandlingen som betydningsfull for ivaretagelse av stemmen i fremtiden:

Nå har jeg dessverre hatt tilbakefall fordi at jeg har vært kraftig forkjølet. Så jeg kjenner at det er en faktor som kommer til å utløse dette. Jeg ser at det blir viktig å ta vare på den kunnskapen jeg har, og prøve å trene (informant E).

4.6 Erfaringer, observasjon, tilbakemeldinger og fysiologiske og affektive tilstander

Intervjuguidens sjette tema undersøker informantenes opplevelser og refleksjoner over betydningen av mestringserfaringer, observasjon og tilbakemeldinger fra logopedene, fysiologiske og affektive tilstander samt motivasjon i løpet av prosessen. Spørsmålene relateres til det femte forskningsspørsmålet, og temaet har til hensikt å relatere self-efficacys fire kilder (jfr. punkt 2.3.7) og self-efficacy over tid (jfr. punkt 2.3.6) til logopedisk tilnærming til rehabilitering av stemmevansker.

4.6.1 Betydningen av mestringserfaringer

Dette punktet behandler temaets fire første spørsmål ettersom de omhandler mestringserfaringer. Enkelte av informantene beretter om tidligere erfaringer med prosesser som kan sammenlignes med logopedbehandlingen, blant annet fysioterapi. Datamaterialet viser gjennomgående at tidligere mestringserfaringer, både som faktisk erfart og som hypotetisk situasjon, tillegges positiv betydning for motivasjonen ved initiering av en ny prosess:

Hvis du har positive erfaringer så vil det, i hvert fall for meg, være lettere å gå inn i en tilsvarende situasjon enn hvis jeg har negative erfaringer (informant E).

På spørsmålet om mestring av øvelser tyder svarene på at mestring påvirket motivasjon for egenbehandling på en positiv måte, og gav et godt utgangspunkt for innsats på egenhånd:

Det er klart at når du følte at: "Dette fikk jeg til. Dette gikk bra", da er det lettere å ta tak i det på egenhånd. Jeg kan ikke huske at jeg hadde problemer med noen av øvelsene som jeg fikk. Selvfølgelig feilet det gjerne til å begynne med (informant C).

Én av informantene forteller at mestringsopplevelser også kunne føre til at egenbehandlingen ble redusert:

Hvis det gikk veldig bra følte jeg meg litt ovenpå. Da ble det nesten motsatt, for da kunne du slappe litt av, det gikk jo greit (informant D).

Informantenes opplevelser ved ikke å mestre er ofte knyttet opp mot innlæring av nye øvelser og ikke til manglende mestring. Én fremhever betydningen av allerede mestrede øvelser da hun opplevde en utfordrende situasjon:

Det var et langt dikt som skulle leses og pustes og stoppes på rette plasser. Jeg stod veldig lenge for meg selv og øvde på det og følte at: "Nei, dette klarer jeg ikke". Da daler du veldig, men samtidig hadde jeg greid mange andre ting (informant A).

4.6.2 Betydningen av å observere logopedens

Temaets spørsmål fem og seks omhandler betydningen av å observere logopedens, og vil bli gjennomgått under dette punktet. Datamaterialet viser at logopedens demonstrasjoner av øvelsene tillegges stor betydning for det å kunne tilegne seg øvelsene og bli trygg på at de utføres riktig:

Det er helt avgjørende at du ser at logopedens gjør øvelsene og gjør dem sammen, og viser hvordan halsen og munnen skal se ut. Det er helt avgjørende for at du skal kunne klare å gjøre det riktig hjemme. Så det er viktig at hun bidrar med sine eksempler (informant B).

Det var veldig enkelt når du fikk det demonstrert, og så skulle jeg da speile det som ble gjort. Det var en veldig god situasjon for meg å få det demonstrert (informant C).

Materialet viser også at logopedens korreksjoner på brukerens utføring vurderes som verdifull for innlæring av øvelser:

Jeg synes det var vanskelig å lære pust og trykk og de tingene. Jeg hadde mer nytte av at han gikk direkte på meg og sa: "Gjør sånn. Kjenn her, kjenn der. Du skal gjøre sånn" (informant A).

Informantene forteller om ulike inntrykk av øvelsene da de observerte logopedene utføre dem. Én vurderte vanskelighetsgraden på øvelsene:

Da tenkte jeg: "Noen er lette og noen er vanskelige". Jeg oppfattet ikke øvelsene som så veldig vanskelige. Det var noen man strevde mer med enn andre. Så er det noen ganger du skal finne muskler som du ikke vet at du har (informant B).

En annen opplevde øvelsene som enkle da hun observerte logopedene, mens det i praksis opplevdes krevende:

Da var det litt preget av at: "Dette går da så greit. Jeg ser jo at det er lett, og jeg ser det må gjøres sånn". Å greie overføringsmekanismene syntes jeg ikke alltid var like lett (informant A).

4.6.3 Betydningen av logopedens tilbakemeldinger

Spørsmål syv og åtte omhandler logopedens tilbakemeldinger og blir gjennomgått under dette punktet. Tilbakemeldingene synes å ha vært direkte og korrigerende for å skape en bevissthet om korrekt utføring av øvelsene, mens tilbakemeldingene på egenbehandlingen har vært preget av dialog med brukeren og hva vedkommende ser som gjennomførbart:

På øvelsene var han veldig nøye på at: "Nå var det bedre. Nå strammer du". Han var veldig spesifikk i det at han ikke sa: "Dette var ikke bra". Men han gikk pin point inn og sa: "Nå gjør du det, nå gjør du det". Jeg visste hele tiden hva jeg ikke gjorde riktig, slik at jeg kunne prøve å slippe muskulaturen, prøve å slappe av. Det synes jeg var veldig bra. På innsatsen hadde vi en åpen dialog om hvor mye jeg trente og ikke trente, og han sa at: "Det høres helt normalt ut" (informant E).

Én informant forteller at hun selv kommenterte sin innsats overfor logopedene:

Jeg fikk god tilbakemelding på øvelsene jeg gjorde. Når hun gav tilbakemelding på innsatsen ellers var jeg snar til å gi meg selv tilbakemelding. Så hun rakk ikke å gjøre det. Jeg var rask til å gi meg selv en karakter på hvordan det var. Men jeg fikk okei tilbakemelding på øvelsene, og fikk korreksjon. Noen ganger kom det en annen logoped for å observere, for å se at hun gjorde riktig (informant B).

På spørsmålet om hva logopedenes tilbakemeldinger betydde for motivasjon for egenbehandling, viser materialet at positive tilbakemeldinger virker motiverende på egenbehandlingen. Positive tilbakemeldinger og følelsen av mestring bidro til økt motivasjon for egeninnsats:

Når du følte at du fikk øvelsene til og du fikk positiv tilbakemelding, så fikk du inspirasjon til å gjøre det: "Dette gikk bra, dette klarer jeg. Dette er noe jeg kan gjøre noe med". Hvis du hadde fått øvelser du følte du ikke mestret så er det klart at motivasjonen vil være dårligere. Men jeg var heldig. Jeg fikk gode øvelser jeg følte jeg mestret, og da blir motivasjonen til å jobbe videre med det mye bedre (informant C).

Positive tilbakemeldinger på mestring av øvelser kan imidlertid også oppleves demotiverende fordi mestringen er oppnådd:

Det ble en bekreftelse på at: "Jeg vet nå hva som må til og jeg får det til, og kan da klare å jobbe videre". Men samtidig synes jeg også det var litt demotiverende. For da er det lett å tenke: "Nå kan jeg det, og behøver ikke å jobbe med det lenger". Jeg vet ikke om det var en tanke som slo meg der og da, men jeg kan tenke meg at det kan ha vært en faktor som gjør at jeg tenker: "Jeg behøver ikke å jobbe så mye med den biten, for den får jeg til" (informant E).

4.6.4 Betydningen av fysiologiske og affektive tilstander

Temaets spørsmål ni og ti blir gjennomgått under dette punktet ettersom begge handler om kroppslige og følelsesmessige aspekter ved rehabiliteringsprosessen. Beskrivelser knyttet til fysiske opplevelser ved utføring av øvelser tyder på at informantene opplevde dem som gode for stemmedannelsen og kroppen for øvrig:

Det var en veldig tilfredsstillende å kjenne at jeg la stemmen på en annen måte, at jeg endret den. Det var tilfredsstillende å få til. Å kjenne at jeg kunne legge meg ned og la meg dra med i avspenningsøvelsene, at jeg greide å blokkere verden utenom (informant A).

Datamaterialet viser ulike tanker og erfaringer knyttet til hva humør og fysisk form kan bety for motivasjon for egenbehandling. Gjennomgående fremheves dårlig humør som utfordrende for motivasjonen, mens godt humør sees som betydningsfullt for jevnlig utføring av øvelsene på egenhånd:

Har du ikke humør så er det vanskelig å finne motivasjon. Det tror jeg har veldig mye å si for hva du orker og hva du makter å ta inn over deg i forhold til hva du må gjøre og hva du må yte (informant C).

Når det gjelder betydningen av fysisk form, er det én informant som påpeker at god fysisk form har direkte betydning for å kunne følge opp jevnlig egenbehandling:

Fysisk form betyr veldig mye, at kroppen fungerer. Det føler jeg fortsatt er viktig. På tunge dager fungerer ikke treningen godt. Et visst nivå føler jeg i hvert fall at jeg må være på for å klare det (informant A).

En annen ser svekket fysisk form, for eksempel ved sykdom, som en mulig utfordring for motivasjonen dersom dette hadde inntruffet i hennes rehabiliteringsprosess:

Hvis jeg hadde hatt en sykeperiode midt oppi dette så hadde det vært en grei unnskyldning til å la være, og ikke sikkert jeg hadde klart å gjort det. Men nå var det ikke sånn (informant D).

4.6.5 Beskrivelse av motivasjonen i løpet av prosessen

Temaets siste spørsmål søker etter beskrivelser av hvordan motivasjonen har artet seg gjennom rehabiliteringsprosessen. Enkelte av informantene forteller om en jevn motivasjon for å gå inn i prosessen, men at det har vært vanskelig å mobilisere motivasjonen for å gjennomføre egenbehandlingen:

Jeg har hele tiden vært motivert. Det er bare ikke alltid jeg har klart å få det ut i handling. Jeg har hele tiden vært interessert i å få det til, og jeg har hele tiden vært innstilt på at det skal vare et tidsrom. Det har hele tiden vært motivasjonen. Men så har jeg skuffet meg selv litt i og med at jeg ikke alltid har klart å oppfylle de kravene som jeg burde for at det skulle gå knirkefritt (informant D).

Motivasjonen for å gå der har vært god. Motivasjonen til å gjøre noe hjemme har vært litt varierende, av og til god og andre ganger ikke så god. Motivasjonen for å bedre stemmen har vært bra (informant B).

Andre beretter om ujevn motivasjon, og at dette har hatt sammenheng med fremgang eller stagnasjon i tilknytning til prosessen:

Som en berg-og-dal-bane. Det har vært gode perioder og så har det vært perioder hvor du har følt at det har stått litt stille for så å få en kjempeutvikling. Men dette her er noe jeg kjenner igjen fra annen trening. Du kommer til plataer, står stille, og jobber og synes ikke du får noen fremgang. Så plutselig raser du av gårde. Det samme kjenner jeg igjen i denne situasjonen. Det var morsomt å oppleve (informant E).

4.7 Læring

Delkapittelet presenterer svar på intervjuguidens siste tema. Dette korresponderer med det siste forskningsspørsmålet, om læringens betydning for motivasjon for egenbehandling. Det gis innblikk i læring gjennom observasjon og handlinger, samt betydningen av mestringsopplevelser og bevisstgjøring for motivasjon i prosessen. Temaet belyser læring (jfr. punkt 2.2.5) og drivkrefter (jfr. punkt 2.3.3) slik begrepene forstås i sosial-kognitiv teori.

4.7.1 Betydningen av læring gjennom observasjon

Temaets to første spørsmål omhandler observasjonslæring og blir gjennomgått under dette punktet. Gjennomgående viser informantenes svar at logopedene forklarte øvelser som skulle innlæres ved hjelp av plansjer, illustrasjoner og demonstrasjoner. Dette ble gjort for å forklare og begrunne hensiktsmessig stemmeproduksjon, og skapte økt forståelse og læring blant informantene:

Først beskrev hun dem, så gjorde hun øvelsene med meg. Det var måten hun gjorde det på. Hun forklarte og viste på halsen hvordan den skulle se ut, og fjeset, og så gjorde hun øvelsene med meg (informant B).

Han viste meg plansjer og tegninger av stemmebåndene. For hver øvelse kunne han vise hva som skjedde i kroppen, og da fikk du en litt annen forståelse. Måten holdningen skulle være på, måten du skulle sitte og stå på, og hvordan stemmen vibrerte når du lagde lydene. Så han viste hele veien sånn at jeg følte jeg lærte ganske masse. Ikke bare øvelsene men hvorfor de skulle gjøres (informant D).

Datamaterialet viser at observasjon av logopedenes forklaringer og demonstrasjoner har hatt grunnleggende betydning for informantenes læring av stemmeøvelsene:

Det var helt avgjørende, helt essensielt. For jeg tror ikke jeg hadde lært de så godt hvis ikke hun hadde vist dem til meg. Både det å se og høre hvordan lyden skulle være, og at hun forklarte hvordan øvelsene skulle være. Det i seg selv gjorde at jeg lærte dem. Jeg synes det var helt essensielt at hun gjorde øvelsen sammen med meg (informant B).

Det var i forhold til demonstrasjon av øvelsene at jeg følte at jeg lærte veldig mye (informant C).

4.7.2 Betydningen av læring gjennom handlinger

Det tredje spørsmålet fokuserer på informantenes læring i egenbehandlingen, og hvordan de vurderte utføringen av øvelsene når de var på egenhånd. Flere forteller om at de måtte stole på sin egen fornemmelse av at øvelsene ble gjort riktig:

Det følte jeg på intuisjon. Det at jeg hadde forholdsvis mye erfaring med å trene om igjen og om igjen på andre ting som jeg hadde gjort før. Til slutt er det en slags: "Sånn må det være" (informant A).

Andre hadde hjelpemidler som sikret riktig utførelse, og som hadde positiv innvirkning på motivasjonen for gjennomføring av egenbehandlingen:

Jeg har en tape som vi spilte inn, hvor han gjorde øvelsene og jeg gjorde øvelsene. Da hadde han demonstrert for meg så jeg visste at når jeg skulle si en lyd så skulle jeg kjenne det der. Så jeg synes det gjorde mye både for læringen og for motivasjonen min at han gjorde dette først (informant E).

Én av informantene valgte å konsentrere egenbehandlingen om øvelser hun visste hun mestret fremfor øvelser hun var usikker på utføringen av:

Jeg plukket ut de øvelsene jeg følte at jeg mestret. Det var sikkert noen øvelser jeg burde hatt i tillegg som jeg ikke mestret fullt så godt. Men de øvelsene jeg følte jeg fikk virkelig tak på var jeg mer sikker på at: "De gjør jeg riktig". Jeg la vekt på dem istedenfor å gjøre øvelser jeg var i tvil om: "Er jeg inne på det riktige eller er jeg ikke?" Jeg fikk utrolig mange øvelser, men plukket ut de øvelsene jeg følte at jeg gjorde riktig, og så hoppet jeg over de jeg følte var vanskelig (informant C).

4.7.3 Betydningen av mestringsopplevelser og bevisstgjøring

Temaets tre siste spørsmål blir gjennomgått under dette punktet ettersom de sees i sammenheng med hverandre gjennom fokus på betydningen av mestring og bevisstgjøring. Mestringsopplevelser på logopedtimene synes for de fleste av informantene å ha hatt en positiv innvirkning på motivasjon for egenbehandlingen:

Mestringsopplevelser betyr masse. Det at jeg får det til hos logopeden betyr at da kan jeg gå hjem og tenke: "Da får jeg det til". Det er klart at det er viktig å føle at en får det til for å være motivert (informant B).

Som med tilbakemeldinger (jfr. punkt 4.6.3), kan mestringsopplevelser også føre til redusert motivasjon for innsats på egenhånd fordi mestringen i seg selv er oppnådd:

Av og til når du fikk skryt for at det gikk bra så gikk du kanskje hjem og ikke øvde så masse, mens det egentlig burde være omvendt. Du burde lagt sjelen enda mer i det, men det var ikke alltid sånn (informant D).

Når det gjelder mestringsopplevelser i egenbehandlingen, tyder svar fra flere informanter på at dette motiverer for gjennomføring av øvelsene på egenhånd, og at manglende mestringsopplevelser vanskeliggjør en stemmebehandlingsprosess:

Det har alt å si at en klarer å få det til. Det er det som gjør at ting fungerer. For hvis jeg hadde følt at: "Nei, dette klarer jeg ikke allikevel", da hadde jeg bare gitt opp. (informant A)

På spørsmål om hva bevisstgjøring har hatt å si for rehabiliteringsprosessen, viser datamaterialet gjennomgående at den tillegges stor betydning. Bevisstgjøringen kan sees som et premiss for å gjennomføre prosessen:

Hvis jeg ikke hadde blitt bevisstgjort, så ville jeg neppe ha gjort noe med stemmen heller. Den har betydd veldig mye (informant E).

Bevisstgjøring rundt faktorer som påvirker stemmen negativt vurderes også som betydningsfull for informantene:

Bevisstgjøring har veldig mye å si. Jeg er oppmerksom på at stemmen kan bli dårlig igjen, og jeg vet nå hvilke faktorer som førte til at den ble sånn: At man bruker stemmen feil i klasserommet. Jeg kan bli bedre ved å fjerne faktorene og gjøre øvelser. Det betyr mye (informant B).

5. Drøfting

Funn fra datapresentasjonen vil i denne delen bli drøftet og belyst i forhold til prosjektets teoretiske utgangspunkt, sosial-kognitiv teori. Informantenes utsagn vil bli satt opp mot teoriens forståelse av elementene som fremheves gjennom forskningsspørsmålene, og formålet er å se hvordan datamaterialet og teorien samsvarer. Aktuelle synspunkter vil bli relatert til logopedisk tilnærming til rehabilitering av funksjonelle stemmevansker. Drøftingen vil ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene, som hver for seg utgjør de påfølgende delkapitler.

5.1 Bevisstgjort kunnskap som premiss for endring og motivasjon

Informantene gjorde ingen endringer av sine uhensiktsmessige stemmevaner på grunnlag av forkunnskap de hadde om forhold som kan føre til stemmevansker. Kunnskapen de ervervet i logopedbehandlingen førte derimot til endring av stemmevaner, og de vektlegger i særlig grad kunnskap som handler om bevisstgjøring av egen stemmebruk og hva som påvirker stemmen negativt. Økt kunnskap blir av fire informanter fremhevet som betydningsfullt for motivasjon for egenbehandlingen.

I sosial-kognitiv teori fremheves kunnskap som en av kjernedeterminantene, og sees som en forutsetning for endring av helsevaner. Det påpekes at manglende kunnskap og helsebevissthet opprettholder uheldige vaner. Datamaterialet viser at kunnskap om stemmevansker og om risikofaktorer for stemmevansker kan ha en positiv innvirkning på motivasjon for rehabiliteringsprosessen av stemmen. Funnet støtter på denne måten teoriens syn på kunnskapens betydning for endring av helsevaner.

At informantene til tross for noe kunnskap om stemmevansker ikke endret sine stemmevaner før de fikk logopedoppfølging, kan tyde på at kunnskapen ikke var bevisstgjort i en slik grad at endringer kunne forekomme. Påpekningen om at manglende bevissthet fører til opprettholdelse av uheldige helsevaner, kan relateres til

informantenes manglende tiltak før logopedbehandlingen startet, og dette underbygger dermed bevissthetens betydning for kunnskap slik det fremheves i sosial-kognitiv teori. Kunnskapens innflytelse på endring av stemmevaner og motivasjon for egenbehandling blir av én informant fremhevet som en direkte medvirkende årsak til reduksjon av hennes stemmevansker (jfr. punkt 4.2.3). Datamaterialet støtter teoriens syn på kunnskap som et betydningsfullt element i en helserelatert endringsprosess.

Sosial-kognitiv teori ser kunnskap som en forutsetning for å starte endring av uheldige helsevaner. Ettersom informantene ikke iverksatte tiltak før logopedbehandlingen var påbegynt, kan det synes som om at forkunnskap om stemmevansker ikke har vært medvirkende til at de oppsøkte hjelp. Kunnskapen de fikk gjennom logopeden, og som ble ervervet etter at behandlingsprosessen var kommet i gang, fremheves derimot som betydningsfull for motivasjon for egenbehandlingen. Dette kan tyde på at det ikke var kunnskap som initierte informantenes rehabiliteringsprosess, men heller en oppfatning av deres stemmesituasjonen som problematisk og som inngripende i yrkesutøvelsen. Oppfatningen av å ha en stemmevanske kan dermed ha vært en drivkraft til å oppsøke hjelp, men det kan synes som om de hadde begrenset kjennskap til hva slags hjelp de ville få. Datamaterialet kan på dette grunnlag nyansere sosial-kognitiv teoris vektlegging av kunnskap i initiering av helserelaterte endringer. Funnene tyder på at ”passiv” kunnskap, informantenes forkunnskaper, ikke var tilstrekkelig for å skape endringer eller å oppsøke hjelp.

Oppfatningen av å ha en stemmevanske påvirket flere av informantene til å søke hjelp, og gjennom logopedbehandlingen ervervet de kunnskap om stemmevansker og årsaker til dette. Kunnskapen førte til bevisstgjøring fordi logopeden relaterte kunnskap om stemmevansker til informantenes egen stemmebruk og situasjon. Den ”bevisstgjorte” kunnskapen fra logopedtimene blir av informantene fremhevet som betydningsfull for motivasjon for egenbehandlingen, og det kan dermed synes som om at kunnskap som fører til økt forståelse av egen stemmevanske har vært et sentralt medvirkende element i prosessen. Teorien ser bevissthet og selvinnflytelse i tilknytning til kunnskap (jfr. punkt 2.3.5), og samsvarer på dette punktet med

informantenes erfaringer: Kunnskap fører ikke til endring med mindre den relateres til personen selv og blir meningsfull for vedkommende.

De ovennevnte funn peker i retning av logopeden som en betydningsfull kunnskapsformidler i møte med brukere. Logopeden kan knytte sin fagkunnskap til den enkelte brukers stemmevanske og på denne måten bidra til bevisstgjøring og forståelse som oppleves betydningsfull for brukeren. Ved siden av stemmeøvelser, en fysisk komponent, har samtaler funksjon som en bevisstgjørende komponent i logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker. Informantenes vektlegging av bevisstgjort kunnskap i motivasjon for egenbehandlingen, viser at det er av betydning at logopeder tar seg tid til rådgivning for å skape forståelse rundt brukerens egen stemmebruk og hva som kan forårsake stemmevansken.

5.2 Personlige egenskaper påvirker egenbehandlingen

Samtlige informanter var motivert for egenbehandling tidlig i prosessen, men både motivasjon og innsats varierte noe ettersom tiden gikk. Egenskaper som stahet og målrettethet sees som viktige for gjennomføring av egenbehandling. I forbindelse med vurdering av egenskaper i oppfølging, fremhever informantene oftest arbeid under en viss grad av press og med tett oppfølging. I tilknytning til dette etterspør tre informanter muligheter for oppfølgingsrutiner etter avsluttet logopedbehandling.

Self-efficacy, den grunnleggende kjernedeterminanten i sosial-kognitiv teori, har innvirkning på menneskets vurdering av egne muligheter for mestring under ulike omstendigheter. Datamaterialet tyder på at informantene i utgangspunktet hadde tro på og var motivert for jevnlig egenbehandling. Målrettet innstilling og stahet har vært betydningsfulle drivkrefter for de som hadde en jevn innsats, også når motivasjonen var lav. De har med andre ord mobilisert og organisert sine ulike ferdigheter for å gjennomføre egenbehandlingen. Funnene i undersøkelsen støtter opp om teoriens syn på self-efficacy som en grunnleggende drivkraft for motivasjon ved målrettede handlinger: Self-efficacy er ikke en evne mennesket i større eller mindre grad er i

besittelse av, men en skapende ferdighet som innebærer å kunne organisere underliggende ferdigheter på best mulig måte under varierende forhold.

Informantene hadde jevn innsats tidlig i prosessen, og noe ujevn innsats underveis i rehabiliteringen. Dette synes å henge sammen med informantenes senere beskrivelser av motivasjon i prosessen (jfr. punkt 4.6.5), som flere beskriver som varierende, og én betegner som en berg-og-dal-bane. Disse erfaringene samsvarer med fasespesifikk self-efficacy (jfr. punkt 2.3.6), hvor handlings-self-efficacy forekommer tidlig i prosessen, mens grad av mestrings-self-efficacy har betydning for hvordan innsatsen blir underveis i prosessen. Informantenes erfaringer tyder på at mestrings-self-efficacy har stilt større krav til utholdenhet enn handlings-self-efficacy, på grunn av den ujevne motivasjonen underveis i prosessen.

Self-efficacy knyttes til individet og organisering av dets ferdigheter i målrettede handlinger. En sentral del av informantenes rehabiliteringsprosess bestod av innsats på egenhånd, og dette stilte krav til mestrings-self-efficacy. Datamaterialet viser at jevnlig oppfølging foretrekkes fremfor selvstendighet i rehabilitering av stemme, og flere av informantene ønsket oppfølging etter avsluttet behandling hos logoped fordi dette kan ha positiv innvirkning på motivasjon for egenbehandlingen. Self-efficacy formes av påvirkning fra ulike kilder, blant annet fra andre personer (jfr. punkt 2.3.7), og i dette ligger en anerkjennelse av omgivelsenes betydning. Omgivelsene vektlegges imidlertid som utgangspunkt for self-efficacy, og i mindre grad for self-efficacy ved utføring av handlinger. Informantenes ønske om jevnlig oppfølging i rehabiliteringen kan innebære en nyansering av sosial-kognitiv teoris individrettede fokus i handlinger. Et forhold som kan ha påvirket informantenes ønske om tett oppfølging, kan være at logopedisk tilnærming krever større grad av oppfølging enn andre rehabiliteringsprosesser, fordi behandling av stemme for de fleste oppleves som fremmedartet (jfr. punkt 2.1.6). Det fremmedartede ved tilnærmingen kan ha gitt informantene tanker om at det ville bli utfordrende å være selvdreven i prosessen. Teorien fremhever omgivelsenes betydning som utgangspunkt for self-efficacy. Informantene fremhever at det var lettere å motivere seg for egenbehandling ved

oppfølging fra logoped enn uten oppfølging. Det kan derfor synes som om de ser omgivelsene som betydningsfulle gjennom hele rehabiliteringsprosessen.

Oppfølging fra logoped, gjerne i form av telefon- eller brevkontakt, fremheves av flere informanter som positivt for motivasjon for egenbehandling. Dette tyder på at brukere kan føle seg overlatt til seg selv etter avsluttet logopedbehandling og mens de ennå er i en endringsprosess. De kan derfor ha nytte av oppfølging i etterkant av behandlingen. Logopeder bør i tillegg være bevisst på at logopedisk tilnærming kan oppleves fremmed, og at det av denne grunn kan være behov for tett oppfølging.

5.3 Forventninger medfører innflytelse, forhindringer reduserer motivasjon

Informantene hadde forventninger om jevn innsats i egenbehandlingen, men dette viste seg vanskelig å etterleve i praksis. Samtlige oppfattet anbefalt mengde egenbehandling som urealistisk å gjennomføre, og én tok dette opp med logopeden. De fleste hadde forventninger om bedret stemme, og samtlige ser mangel på tid og en travel hverdag som forhindringer for motivasjon for jevnlig egenbehandling.

Forventninger om utfall utgjør en av kjernedeterminantene, og mennesket er aktivt gjennom innflytelse fra tro på mulige utfall av handlinger. Informantene i undersøkelsen opplevde det som urealistisk å gjennomføre logopedens anbefalte mengde egenbehandling fordi det ville bli for tidkrevende. For å kunne gjennomføre en realistisk mengde egenbehandling valgte de strategier som å ha perioder med egenbehandling eller å avklare realistisk mengde med logoped. Informantene utøvet på denne måten innflytelse over sine forventninger om gjennomføring av egenbehandling. Dette funnet samsvarer med teoriens syn på mennesket som aktivt i forhold til sine forventninger. Den opprinnelig anbefalte mengden egenbehandling ble vurdert som urealistisk å gjennomføre, og virket negativt inn på informantenes motivasjon. Gjennom å finne en realistisk mengde, og dermed utøve innflytelse, fikk de tro på at det var mulig å oppnå forventet utfall.

Forhindringer utgjør kjernedeterminanten som handler om forhold som virker hemmende på motivasjon for helserelaterte endringsprosesser. Samtlige informanter fremhever mangel på tid i en travel hverdag som forhindrende for motivasjon for jevnlig egenbehandling. Informantenes oppfattede forhindringer støtter sosial-kognitiv teoris syn på forhindringer, i særlig grad vektleggingen av affektiv tilstand og ytre forhold (jfr. punkt 2.3.10), i dette tilfellet stress og mangel på tid.

Tro på innflytelse over handlingers utfall sees som et sentralt trekk ved forventninger, slik teorien fremhever det. Én av informantene forteller at forventning om en bedret stemme ved avsluttet logopedbehandling har blitt avløst av tanker om at prosessen tilknyttet stemmen pågår kontinuerlig. Hun begrunner oppfatningen med at hun i jobbsammenheng må være bevisst sin stemmebruk (jfr. punkt 4.4.2). Dette tyder på at det i logopedisk tilnærming til funksjonelle stemmevansker kan være vanskelig å ha forventninger om et klart utfall fordi prosessen mot bedret stemme kan oppleves langvarig. Det kan derfor være vanskelig å se at prosessen har noe klart endepunkt. Tankene om en kontinuerlig prosess kan utgjøre en nyanserende dimensjon ved sosial-kognitiv teoris syn på det passiviserende aspektet ved tenkte utfall som utenfor ens rekkevidde. Informantens tanker knyttet til kontinuerlig bevissthet om egen stemmebruk kom etter at prosessen hadde pågått en stund. Selv om forventningene i utgangspunktet hadde vært konsentrert om at prosessen ville være tidsbegrenset, førte ikke den nye erkjennelsen til passivitet eller lavere motivasjon for egenbehandling. Det kan synes som om informanten fikk en dypere forståelse for bevisstgjøringens betydning i rehabiliteringen, og at dette motiverte til fortsatt innsats på egenhånd.

Informantenes aktive holdning for å ivareta sine forventninger til egenbehandlingen viser betydningen av å ha et eierforhold til rehabiliteringsprosessen. Logopeden kan gjennom dialog med bruker tilrettelegge for avklaring av forventninger, og komme frem til en realistisk egenbehandlingsmengde. Betydningen av en gjennomførbar egenbehandling fremheves i datamaterialets entydige påpekning av mangel på tid som forhindrende for motivasjon for egenbehandlingen. Innsats på egenhånd utgjør en sentral komponent i rehabilitering av funksjonelle stemmevansker, og det er av

betydning at dette, i tillegg til tidsaspektet for prosessen, kommuniseres til bruker. Gjennom dialog kan logopeden, med sin fagkunnskap og kompetanse, og brukeren, med kjennskap til sin hverdag, avklare gjensidige forventninger for å skape et realistisk utgangspunkt for rehabiliteringsprosessen.

5.4 Mål er av grunnleggende betydning for motivasjon

Datamaterialet viser at to mål var sentrale for informantene: Bedret stemme og å fungere i lærerjobben. Målene ble gjerne definert av logopeden alene eller i dialog med informanten. Det var oftere snakk om overordnede mål enn delmål, men de hadde det til felles at de opplevdes utfordrende. Samtlige informanter betoner målenes grunnleggende betydning for motivasjon for egenbehandlingen, og alle har, med unntak av ett tilfelle med nylig tilbakefall, nådd målet for rehabiliteringsprosessen.

Mål blir i sosial-kognitiv teori ansett som kjernedeterminanten for ønsket standard, og fungerer dermed retningsgivende i aktiviteter. Datamaterialet viser at målene var svært betydningsfulle for motivasjon for gjennomføring av egenbehandlingen, og én informant fremhever at målet om bedret stemme skapte motivasjon for å gjøre øvelsene på en utførlig måte (jfr. punkt 4.5.2). Dette støtter det retningsgivende aspektet ved mål, slik teorien fremhever det som betydningsfullt i helserelevante endringer. Informantenes mål fungerte som en rettesnor i utføring av stemmeøvelser, og skapte motivasjon for å nå den ønskede standard for egenbehandlingen.

Utfordring sees som en egenskap ved mål i sosial-kognitiv teori, og mål av moderat vanskelighetsgrad sees som positivt for motivasjonen. Flere informanter beskriver målene som utfordrende, og i særlig grad opplevdes perioder med tilbakefall som utfordrende for motivasjonen fordi dette skapte tanker om at målet om bedret stemme var uoppnåelig. Disse beskrivelsene samsvarer med teoriens fremheving av moderate mål som positivt for motivasjon. Når informantene opplevde målene som uoppnåelige var det utfordrende å skape motivasjon for egenbehandlingen fordi øvelsene ikke syntes å ha noen innvirkning på stemmen.

Teorien ser tydelighet som en annen egenskap ved mål, og det poengteres at tydelig definerte mål virker motiverende. For de fleste av informantene var målene for prosessen relativt vage og konsentrert om et overordnet mål, for eksempel å fungere i lærerjobben. Selv om det ikke var snakk om uttalte og tydelige mål, viser undersøkelsen at samtlige informanter oppnådde sine mål for prosessen. Dette tyder på at uttalte mål, slik sosial-kognitiv teori ser det, ikke er en forutsetning for motivasjon for endring av helsevaner eller for måloppnåelse. Informantenes erfaringer viser at overordnede mål også kan fungere retningsgivende for prosessen.

Anvendelse av kortsiktige delmål blir i sosial-kognitiv teori sett på som motiverende underveis i en endringsprosess. Flesteparten av informantene hadde ikke definert delmål for prosessen, og forholdt seg derfor til overordnede mål som hos flere var vage og uklart definert. Allikevel opplevde alle informantene å oppnå det de så som sine mål for prosessen. Undersøkelsens funn om målbeskrivelser kan synes å nyansere teoriens fokus på delmål som betydningsfulle for motivasjon for endring av helsevaner. Informantene som hadde overordnede mål oppnådde dem på lik linje med informantene som hadde definert delmål i lys av sitt overordnede mål. Det kan derfor synes som om overordnede mål kan ha like stor innvirkning på motivasjon for rehabiliteringsprosessen som tydelige delmål. På bakgrunn av informantenes erfaringer kan det tenkes at målene var nære i tid, og at det derfor ikke var nødvendig med delmål. Videre kan egenskaper ved logopedisk tilnærming ha gjort delmål overflødig, og derfor vanskeliggjøre en sammenstilling av teorien og datamaterialet.

Undersøkelsens funn viser at målene har hatt en sentral innvirkning på informantenes motivasjon for egenbehandling og for å gjennomføre prosessen. Det er derfor av betydning at brukere med funksjonelle stemmevansker har mål som kan fungere som retningsgivere for rehabiliteringsprosessen. I rådgivning vil det være naturlig at logoped og bruker inngår i en dialog for definering og klargjøring av mål tilpasset den enkelte bruker. Informantenes svar tyder på at enkelte brukere vil ha behov for klart definerte mål og delmål, mens andre vurderer et overordnet mål som en tilstrekkelig rettesnor for å motivere seg for egenbehandlingen.

5.5 Kildene til self-efficacy påvirker motivasjon for egenbehandling i ulik grad

Både tidligere lignende mestringserfaringer og mestringsopplevelser i rehabiliteringen vurderes av de fleste informantene som viktig for egenbehandlingen og prosessen for øvrig. Videre blir mestringsopplevelser hos logopeden tillagt stor betydning hos fire informanter, mens mestringsopplevelser på egenhånd synes å fungere som en bekreftelse på allerede oppnådd mestring (jfr. punkt 4.7.3). Én informant opplevde at mestring kunne svekke motivasjonen. Observasjon av logopedens utføring av stemmeøvelser sees gjennomgående som betydningsfull for egenbehandling og for trygghet om riktig utføring av øvelsene. Positive tilbakemeldinger fra logopeden vurderes av de fleste som motiverende, mens to informanter kunne oppleve synkende motivasjon ved rosende tilbakemeldinger. Godt humør sees som positivt for å gjennomføre prosessen, mens fysisk form vektlegges av én informant.

Tidligere mestringserfaringer, og refleksjon over disse, blir i teorien fremhevet som den mest innflytelsesrike kilden til self-efficacy. De fleste informantene vurderer både tidligere lignende mestringserfaringer og mestring i rehabiliteringsprosessen, enten hos logopeden eller på egenhånd, som motiverende for egenbehandling. Dette er i tråd med teoriens syn, og støtter også synet på mennesket som aktivt i forhold til sin egen situasjon. Informantene som fremhevet mestringsens positive innvirkning ser mestring som et viktig utgangspunkt for motivasjon for egenbehandlingen.

Betydningen av menneskets aktive holdning vektlegges i kjernedeterminanten tidligere erfaringer. Informanten som erfarte at mestring kunne føre til redusert motivasjon ved mestring, var allikevel motivert for den øvrige egenbehandlingen. Sosial-kognitiv teoris oppfatning av at mestringsopplevelser motiverer kan med dette funnet nyanseres. Informantens utsagn kan peke i retning av at vedkommende har vært prestasjonsorientert i prosessen, og at mestring opplevdes som måloppnåelse. Gjennomføring av de øvrige stemmeøvelsene var imidlertid upåvirket av dette.

En annen kilde til self-efficacy er vikarierende erfaringer, påvirkning av andres prestasjoner (jfr. punkt 2.3.7). Sosial-kognitiv teori vektlegger modellens kompetanse som av betydning for om prestasjonene vurderes som verdifulle. Logopedens demonstrasjoner synes å ha hatt positiv innvirkning på informantenes tro på prosessen og motivasjon for å gjøre øvelser på egenhånd. Erfaringene samsvarer med teoriens syn på betydningen av modellens prestasjoner og kompetanse. I demonstrasjon av stemmeøvelsene skapte logopedens kompetanse trygghet hos informantene om hvordan øvelsene skulle utføres, og trygghet om mestring av øvelser blir betegnet av dem som viktig for gjennomføring av egenbehandlingen.

Vikarierende erfaringer som kilde til self-efficacy kan imidlertid også synes å skape distanse til observatøren. Én informant opplevde at øvelser kunne synes enklere ved observasjon av logopedens utføring enn da hun selv skulle gjøre dem (jfr. punkt 4.6.2). Logopedens kompetanse i utføring av øvelsene kan dermed ha svekket motivasjonen hos informanten fordi de viste seg å være mer utfordrende enn de først virket. Dette funnet kan tilføre en dimensjon ved sosial-kognitiv teori i synet på betydningen av modellens kompetanse. Informanten ble motivert av å observere logopedens utføring, men ved utføring ble motivasjonen svekket, og det kan tenkes at selvkritisk refleksjon hos informanten har vært en mekanisme som påvirket motivasjonen negativt. Det kan derfor være vanskelig å påpeke hvorvidt utsagnet uttrykker nyanser ved sosial-kognitiv teoris syn på vikarierende erfaringer eller ikke.

Teorien fremhever verbal overbevisning som en tredje kilde til self-efficacy, og positive tilbakemeldinger anses å øke self-efficacy. Flertallet av informantene støtter teoriens syn på den positive betydningen tilbakemeldinger har for motivasjon. Én forteller at logopedens rosende tilbakemeldinger på hennes utføring av øvelser gav mestringsfølelse og fokus på muligheter i prosessen (jfr. punkt 4.6.3).

Verbal overbevisning som kilde til self-efficacy konsentreres i teorien om positive tilbakemeldinger. To informanter opplevde imidlertid at rosende tilbakemeldinger bidro til redusert motivasjon for egenbehandling. Dette kan sees i sammenheng med informanten som beretter om at mestring kunne føre til svekket motivasjon. Funnene

kan nyansere sosial-kognitiv teori i den entydige vektleggingen av positive tilbakemeldinger som motiverende. De rosende tilbakemeldingene på fremgang og mestring gav en av informantene tanker om at prosessen vil kreve mindre innsats, og dette førte til redusert motivasjon i vedkommendes tilfelle.

Fysiologiske og affektive tilstander sees som en fjerde kilde til self-efficacy, og vurderes å påvirke fokus på muligheter eller begrensninger. Datamaterialet fokuserer hovedsakelig på humørets betydning, og anser godt og jevnt humør som positivt for motivasjon for egenbehandlingen. Denne oppfatningen støtter sosial-kognitiv teoris syn på humørets innvirkning på self-efficacy. Én informant fremhever godt humør som betydningsfullt for å kunne gjennomføre hele rehabiliteringsprosessen.

Både humør og fysiologiske tilstander sidestilles som en kilde til self-efficacy. I datamaterialet synes fysiologiske tilstander å spille en underordnet rolle, ettersom én av fem informanter fremhever fysisk form som av betydning for motivasjon for egenbehandlingen. Undersøkelsen tyder på at humør og fysiologiske tilstander ikke likestilles blant informantene, og dette kan tilføre nyanser i forhold til sosial-kognitiv teoris syn på at tilstandene er sidestilt. Informantenes utsagn kan imidlertid også tyde på at humørets innvirkning er lettere å relatere til prosessen enn mulige påvirkninger fra ulike fysiologiske tilstander.

De ovennevnte funn tyder på at informantene kunne relatere sine erfaringer til de fire kildene til self-efficacy, slik sosial-kognitiv teori fremhever dem. Påvirkningen fra kildene førte imidlertid til ulik grad av motivasjon for egenbehandling og for prosessen som helhet. Undersøkelsen viser eksempelvis at ros ikke nødvendigvis medfører økt motivasjon. Funnene påpeker behovet for at logopedisk oppfølging tilpasses den enkelte brukers forutsetninger. For logopeden kan dette best ivaretas gjennom rådgivning og samtaler med bruker gjennom prosessen. Gjennom samtalene vil logopeden kunne danne seg et bilde av brukers motivasjon for prosessen og hvordan vedkommendes forutsetninger på best mulig måte kan nyttiggjøres for gjennomføring av rehabiliteringen.

5.6 Observasjon av logoped som betydningsfullt for læring

Datamaterialet viser at fire av informantene anser observasjon av logopedens demonstrasjoner som av vesentlig betydning for innlæring av stemmeøvelsene. Ved læring gjennom egne handlinger fremheves egen intuisjon om riktig utføring samt bruk av hjelpemidler i form av innspilte øvelser. Flesteparten ser bevisstgjøring som avgjørende for å initiere rehabiliteringsprosessen og for å endre stemmevaner.

Ifølge sosial-kognitiv teori foregår læring hovedsakelig gjennom observasjon, og individet forholder seg aktivt til det som observeres gjennom fire underprosesser. Informantene betoner betydningen av å observere logopeden for å kunne lære seg øvelsene. Flere vektlegger at det var logopedens demonstrasjoner og forklaringer, og utføring av øvelsene sammen med logopeden, som bidro til deres læring. Erfaringene samsvarer med teoriens syn på observasjon som den mest innflytelsesrike kanalen for læring. Logopedens rolle som modell ved utføring av stemmeøvelsene synes på bakgrunn av informantenes utsagn å ha hatt betydelig innflytelse på deres læring.

I læring gjennom observasjon påpeker teorien at det som skaper oppmerksomhet hos observatøren er en modells kompetente utføring av en handling. Informantene hadde tillit til logopedene og kompetansen de hadde, og at de lærte øvelser som ved korrekt utføring kunne gi grunnlag for en bedret stemme. Det kan imidlertid hevdes at sosial-kognitiv teoris vektlegging av observatørens kompetente utføringsmåter vil kreve kompetanse hos observatøren om korrekte utføringsmåter. Informantene hadde noe forkunnskap om risikofaktorer for stemmevansker, men kunnskapen omhandlet ikke stemmeøvelser og tiltak for en bedret stemme. Dette innebar at de måtte stole på logopedenes kunnskap og kompetanse knyttet til endring av stemmevaner.

I læring gjennom utfall av handlinger, den andre læringskanalen ifølge sosial-kognitiv teori, vurderer individet handlingene gjennom indre og ytre responser (jfr. punkt 2.2.5). I datamaterialet fremheves blant annet intuisjon og følelsen av at øvelsene ble utført riktig, eller bruk av lydopptak av stemmeøvelser for å sikre riktig utføring. Dette kan sees som indre og ytre responser på egenbehandlingen, og støtter dermed

teoriens syn på læring gjennom handlinger. Enkelte informanter fremhevet indre responser, mens andre så på ytre responser som viktig for vurdering av korrekt utføring på øvelsene i egenbehandlingen.

Vurdering av egne handlinger illustrerer det reflekterende ved mennesket, som står sentralt i sosial-kognitiv teori. En rehabiliteringsprosess krever aktiv innsats gjennom egenbehandling, og i den tidlige fasen er det vanlig med tett oppfølging (jfr. punkt 2.1.3), blant annet for å danne et grunnlag for egenbehandlingen. Teorien synes ikke å skille mellom nylig innlærte og etablerte handlinger, og om dette kan innvirke på vurdering av egne handlinger. Informantene uttrykte ønske om oppfølging fra logoped også etter den tette oppfølgingen er avsluttet (jfr. punkt 4.3.3). Det kan synes som om vurdering av egenbehandling kan være utfordrende gjennom en prosess, og at det kan eksistere behov for oppfølging også etter at prosessen har vart over et tidsrom.

Datamaterialet fremhever betydningen av læring gjennom observasjon av logopeden. Dette funnet peker på logopedens sentrale rolle i prosessen og for brukeres læring og bevisstgjøring. I egenbehandlingen er det av betydning at brukerne mestrer øvelsene, og dette stiller krav til deres egne vurderinger for korrekt utføring. Logopedens oppfølging og aktive rolle kan danne et solid fundament for brukeres egenbehandling.

6. Konklusjon

Undersøkelsen har hatt til hensikt å få innblikk i tidligere brukeres erfaringer knyttet til motivasjon i rehabilitering av funksjonelle stemmevansker. Elementer fra sosial-kognitiv teori, undersøkelsens teoretiske utgangspunkt, har blitt relatert til logopedisk tilnærming til stemmevansker med henblikk på å se hvordan de aktuelle elementene har påvirket informantenes motivasjon for egenbehandling, en sentral komponent i rehabiliteringen. Informantenes utsagn og teoriens synspunkter har så blitt satt opp mot hverandre, og intensjonen med dette har vært å se hvordan de samsvarer.

Et entydig datamateriale fremhever mål som det elementet i rehabiliteringsprosessen som har hatt størst positiv innflytelse på motivasjon for innsats på egenhånd. Samtlige informanter påpeker at mål har hatt en fundamental betydning for hele prosessen, og særlig i forhold til å skape motivasjon for gjennomføring av egenbehandlingen.

Målene har vært viktig gjennom ønsket om å unngå tilbakefall med stemmevansken, og tanker om at stemmen kan bli bedre gjennom øvelsene. Målene tillegges betydning uavhengig om de er vage eller spesifikke, definert av informanten selv eller gjennom dialog med logopeden. De synes å ha vært et retningsskapende element for rehabiliteringsprosessen, og kan sees i lys av at samtlige informanter opplevde måloppnåelse, til tross for ujevn innsats.

Videre viser informantenes utsagn at økt kunnskap overveiende vurderes som et annet element med positiv innvirkning på motivasjon for egenbehandlingen. Kunnskap blir sett på som betydningsfullt for å kunne motivere seg for å endre uhensiktsmessige stemmevaner og for å utføre stemmeøvelsene. Dette begrunnes blant annet med at økt kunnskap har virket bevisstgjørende og skapt forståelse fordi logopeden formidlet kunnskap som ble knyttet opp mot den enkeltes stemmevanske. Logopeden blir av informantene sett på som den sentrale kilden til kunnskap i prosessen.

Logopeden tillegges også betydning for motivasjon og læring gjennom prosessen. Samtlige informanter vurderer observasjon av logopeden som et viktig motiverende

element for egenbehandling fordi observasjonen skapte trygghet om korrekt utføring av øvelsene. Observasjon av logopeden fremheves også som en viktig kilde til læring. Logopedens positive tilbakemeldinger i tillegg til mestringsopplevelser har virket motiverende. Ros sees imidlertid også som et element som kan svekke motivasjon fordi det kan assosieres med måloppnåelse, og dermed krever mindre grad av innsats. Den overveiende positive innflytelse logopeden har hatt på informantenes motivasjon for egenbehandling kan knyttes til at de fleste ser seg som bestfungerende med tett oppfølging og med en viss grad av press, samt at de etterlyser muligheter for tettere logopedoppfølging gjennom prosessen. Ved siden av logopedens innflytelse fremheves også mestringsopplevelser fra tidligere lignende endringsprosesser som et motiverende element i rehabilitering av funksjonelle stemmevansker.

Undersøkelsen påpeker entydig at stress og mangel på tid i en travel hverdag er elementer som virker forhindrende på motivasjon for egenbehandlingen. Samtlige informanter beretter om ujevn innsats i prosessen, og dette kan relateres til opplevelsen av mangel på tid. Til tross for forhindringer og ujevn innsats maktet informantene å gjennomføre tilstrekkelig egenbehandling til å oppnå sine mål. Ettersom undersøkelsen fremhever mål som det mest betydningsfulle elementet for motivasjon i egenbehandling, bekrefter disse funnene at informantenes mål har vært retningssskapende og motiverende i egenbehandlingen, også ved forhindringer.

På lik linje med sosial-kognitiv teori, viser datamaterialet at en rekke elementer har påvirket motivasjonen for informantenes rehabiliteringsprosess. De har i særlig grad fremhevet mål, kunnskap og logopedens demonstrasjoner og tilbakemeldinger som betydningsfulle for motivasjon for egenbehandling. Informantene vektlegger i mindre grad personlige egenskaper, som i sosial-kognitiv teori fremheves gjennom den mest fremtredende kjernedeterminanten self-efficacy, personens tro på seg selv gjennom mobilisering av sine egenskaper og forutsetninger. Ingen av funnene i undersøkelsen kan sies eksplisitt å motsi teorien, men enkelte utsagn kan være uttrykk for nyanser og individuelle erfaringer informantene har formidlet.

Funnene i undersøkelsen tyder på at sosial-kognitiv teori og dens tanker om læring, motivasjon og om betydningen av påvirkning fra kjernedeterminanter for endring av helsevaner kan ha relevans for rehabilitering av funksjonelle stemmevansker.

Relevansen knyttes i særlig grad til at egenbehandling utgjør en sentral komponent i prosessen. Egenbehandling stiller krav til brukers motivasjon for å gjøre stemmeøvelser regelmessig og over en periode, og læring og bevisstgjøring er nødvendig for endring av uhensiktsmessige stemmevaner. Sosial-kognitiv teori kan på denne måten bidra med perspektiver på elementer som kan øve innflytelse på brukers motivasjon for gjennomføring av egenbehandling.

Informantenes erfaringer tyder på at logopedene har muligheter til å medvirke til økt motivasjon for egenbehandling hos brukere. Dette kan blant annet gjøres gjennom dialog om mål og betydningen av brukers innsats, samt i kunnskapsformidling. I demonstrasjon av øvelser kan logopedene bidra til brukers motivasjon ved å skape trygghet om korrekt utføring. Betydningen kan også eksemplifiseres gjennom flere informanters ønske om oppfølging etter avsluttet behandling, fordi sporadisk kontakt om prosessens gang vil kunne virke motiverende på egenbehandlingen. Med kjennskap til elementer som påvirker motivasjon kan logopeder legge til rette for oppfølging som tar utgangspunkt i den enkelte brukers forutsetninger.

Kildeliste

- Atkinson, JW 1964, *An introduction to motivation*, D. Van Nostrand Company, Princeton, NJ.
- Bandura, A 1986, *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Bandura, A 1989, "Human agency in social cognitive theory", *American Psychologist*, bind 44, nr. 9, s. 1175-1184.
- Bandura, A 1997, *Self-efficacy. The exercise of control*, W.H.Freeman and Company, New York.
- Bandura, A 2000, "Health promotion from the perspective of social cognitive theory", i P Norman, C Abraham & M Conner (red.), *Understanding and changing health behaviour. From health beliefs to self-regulation*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam, s. 299-339.
- Bandura, A 2004, "Health promotion by social cognitive means", *Health Education & Behavior*, bind 31, nr. 2, s. 143-164.
- Bandura, A 2005, "The primacy of self-regulation in health promotion", *Applied Psychology: An International Review*, bind 54, nr. 2, s. 245-254.
- Bandura, A 2007, "Much ado over a faulty conception of perceived self-efficacy grounded in faulty experimentation", *Journal of Social and Clinical Psychology*, bind 26, nr. 6, s. 641-658.
- Bandura, A & Locke, EA 2003, "Negative self-efficacy and goal effects revisited", *Journal of Applied Psychology*, bind 88, nr. 1, s. 87-99.
- Befring, E 2007, *Forskningsmetode med etikk og statistikk*, 2. utg., Det Norske Samlaget, Oslo.
- Bele, IV 2008, "The teacher's voice: Vocal training in teacher education", *Scandinavian Journal of Educational Research*, bind 52, nr. 1, s. 41-57.
- Bovo, R, Galceran, M, Petruccelli, J & Hatzopoulos, S 2007, "Vocal problems among teachers: Evaluation of a preventive voice program", *Journal of Voice*, bind 12, nr. 6, s. 705-722.
- Bråten, I 2002, "Ulike perspektiver på læring", i I Bråten (red.), *Læring. I sosialt, kognitivt og sosialt-kognitivt perspektiv*, Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, s. 11-32.
- Colton, RH, Casper, JK & Leonard, R 2006, *Understanding voice problems. A physiological perspective for diagnosis and treatment*, 3. utg., Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD og Philadelphia, PA.

-
- Dalen, M 2004, *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Deci, EL & Ryan, RM 1985, *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, Plenum Press, New York, NY.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 2006, *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*, De nasjonale forskningsetiske komiteer, lesedato 29. oktober 2008, <<http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/NESHretningslinjer/06>>.
- Duffy, OM & Hazlett, DE 2004, "The impact of preventive voice care programs for training teachers: A longitudinal study", *Journal of Voice*, bind 18, nr. 1, s.63-70.
- Grieg, ARH 2002, "Voice Handicap Index" på norsk: 3 studier, Hovedfagsoppgave i Helsefag hovedfag, studieretning logopedi, Det medisinske fakultet, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Johannessen, E, Kokkersvold E & Vedeler, L 2005, *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*, 2. utg., Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kvale, S 1998, *Det kvalitative forskningsintervju*, 1. utg., Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Lassen, LM 2002, *Rådgivning. Kunsten å hjelpe*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Laukkanen, A-M, Ilomäki, I, Leppänen, K & Vilkmann, E 2008, "Acoustic measures and self-reports of vocal fatigue by female teachers", *Journal of Voice*, bind 22, nr. 3, s. 283-289.
- Lillemyr, OF 2007, *Motivasjon og selvforståelse. Hva ligger bak det vi gjør?*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Luszczynska, A & Schwarzer, R 2005, "Social cognitive theory", i M Conner & P Norman (red.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, 2.utg., Open University Press, Maidenhead, s. 127-169.
- Martin, S & Darnley, L 2004, *The teaching voice*, 2. utg., Whurr Publishers, London og Philadelphia, PA.
- Maslow, AH 1970, *Motivation and personality*, 2. utg., Harper & Row Publishers, New York, NY.
- Maxwell, JA (1992/2007), "Understanding and validity in qualitative research", *Harvard Educational Review*, bind 62, nr. 3, s. 279-300, i *Spesialpedagogikk SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk. Blandingskompendium*, Unipub, Oslo, s. 27-48.
- Milbrath, RL & Solomon, NP 2003, "Do vocal warm-up exercises alleviate vocal fatigue?", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, bind 46, nr. 2, s. 422-436.
- NESH – se Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.

NLL – se Norsk Logopedlag.

Norsk Logopedlag 1996, *Yrkesetiske retningslinjer*, lesedato 9.oktober 2008, <<http://www.norsk-logopedlag.no/page.php?id=28&parentid=12>>.

Ohnstad, A 1998, *Den gode samtalen*, 2. utg., Det Norske Samlaget, Oslo.

Piaget, J 1980, "The psychogenesis of knowledge and its epistemological significance", i M Piattelli-Palmarini (red.), *Language and learning. The debate between Jean Piaget and Noam Chomsky*, Harvard University Press, Cambridge, MA, s. 23-34.

Reeve, J 2005, *Understanding motivation and emotion*, 4. utg., John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.

Rogers, CR 1967, *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Constable & Company, London.

Roy, N, Merrill, RM, Thibeault, S, Parsa, RA, Gray, SD & Smith, EM 2004a, "Prevalence of voice disorders in teachers and the general population", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, bind 47, nr. 2, s. 281-293.

Roy, N, Merrill, RM, Thibeault, S, Gray, SD & Smith, EM 2004b, "Voice disorders in teachers and the general population: Effects on work performance, attendance, and future career choices", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, bind 47, nr. 3, s. 542-551.

Røkenes, OH & Hanssen, P-H 2006, *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, 2. utg., Fagbokforlaget, Bergen.

Schwarzer, R 2001, "Social-cognitive factors in changing health-related behaviors", *Current Directions in Psychological Science*, bind 10, nr. 2, s. 47-51.

Schwarzer, R, Luszczynska, A, Ziegelmann, JP, Scholz, U & Lippke, S 2008, "Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation", *Health Psychology*, bind 27, nr. 1 (Suppl.), s. S54-S63.

Schwarzer, R & Renner, B 2000, "Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy", *Health Psychology*, bind 19, nr. 5, s. 487-495.

Simberg, S, Sala, E, Vehmas, K & Laine, A 2005, "Changes in the prevalence of vocal symptoms among teachers during a twelve-year period", *Journal of Voice*, bind 19, nr. 1, s. 95-102.

Skinner, BF 1974, *About behaviourism*, Jonathan Cape, London.

Skogen, K 2006, "Case-forskning", i K Fuglseth & K Skogen (red.), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*, Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, s. 52-65.

- Sliwinska-Kowalska, M, Niebudek-Bogusz, E, Fiszer, M, Los-Spychalska, T, Kotylo, P, Sznurowska-Przygocka, B & Modrzewska, M 2006, "The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers", *Folia Phoniatica et Logopaedica*, bind 58, s. 85-101.
- Smolander, S & Huttunen, K 2006, "Voice problems experienced by Finnish comprehensive school teachers and realization of occupational health care", *Logopedics Phoniatics Vocology*, bind 31, nr. 4, s. 166-171.
- Vygotsky, LS 1978, *Mind in society. The development of higher psychological processes*, i M Cole, V John-Steiner, S Scribner & E Souberman (red.), Harvard University Press, Cambridge, MA, s. 19-120.
- Welham, NV & Maclagan, MA 2003, "Vocal fatigue: Current knowledge and future directions", *Journal of Voice*, bind 17, nr. 1, s. 21-30.
- Wingate, JM, Brown, WS, Shrivastav, R, Davenport, P & Sapienza, CM 2007, "Treatment outcomes for professional voice users", *Journal of Voice*, bind 21, nr. 4, s. 433-449.
- Yiu, EM-L 2002, "Impact and prevention of voice problems in the teaching profession: Embracing the consumers' view", *Journal of Voice*, bind 16, nr. 2, s. 215-228.
- Öhman, A 2005, "Qualitative methodology for rehabilitation research", *Journal of Rehabilitation Medicine*, bind 37, nr. 5, s. 273-280.

Vedlegg 1

INFORMASJONSBREV TIL INFORMANTENE

Vil du delta i forskningsprosjekt?

I regi av Universitetet i Oslo og i samarbeid med arbeides det med et mastergradsprosjekt i logopedi. I denne sammenheng spør vi om du kan tenke deg å stille som informant gjennom å delta i et intervju. Du har tidligere vært til behandling for funksjonelle stemmevansker ved....., og det er herfra gitt samtykke til å finne informanter.

Intervjuet er beregnet å ta en times tid. Det vil bli gjort lydopptak av samtalen slik at det er mulig å referere nøyaktig til det som har blitt sagt.

Det er *dine opplevelser* fra egenbehandling/egentrening det ønskes å få vite noe om, og det finnes dermed ikke noe fasitsvar på spørsmålene. Hver enkelt informants erfaringer og tanker rundt motivasjon i egenbehandling er viktige. Resultatet av undersøkelsen vil være til stor nytte i videreutvikling av logopedisk behandling til beste for den enkelte bruker.

Deltakelse som informant er frivillig. Om du ønsker å delta kan du likevel når som helst, og uten å måtte oppgi grunn, trekke deg fra prosjektet. Alle opplysninger vil bli behandlet fortrolig. Intervjuet vil bli anonymisert og det vil ikke fremkomme navn på personer, skoler eller steder i oppgaven. Opplysninger skal ikke kunne føres tilbake til deg. Det vil bli mulighet for å se over intervjuutskriften hvis det er ønskelig. Lydopptak og utskrifter vil bli forsvarlig oppbevart, og alt blir slettet og makulert når prosjektet er sluttstilt (sannsynligvis desember 2008).

Vi håper at du kan tenke deg å delta som informant i dette mastergradsprosjektet. Det er fint om du kan gi tilbakemelding på om du ønsker å delta eller ikke. Om du ønsker å delta vil det bli formidlet videre kontakt med forsker og det vil bli gjort nærmere avtale om tid og sted for intervjuet. Har du ellers spørsmål til prosjektet, ta gjerne kontakt.

På forhånd takk for hjelpen!

Med hilsen

SAMTYKKEERKLÆRING**SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg gir herved informert samtykke til å bli intervjuet til følgende forskningsprosjekt på masterstudiet i spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo:

HVILKE ELEMENTER I LOGOPEDISK STEMMEBEHANDLING KAN PÅVIRKE MOTIVASJON FOR EGENBEHANDLING HOS BRUKEREN?

Om betydningen av motivasjon, læring og påvirkning i prosessen mot bedring fra funksjonelle stemmevansker blant kvinnelige lærere, sett i et sosial-kognitivt perspektiv.

Jeg er informert om formål og om tidspunkt for ferdigstillelse av forskningsprosjektet.

Jeg er informert om at alle opplysninger vil bli behandlet anonymt og konfidensielt, slik at de ikke kan føres tilbake til meg. Datamaterialet vil bli behandlet og oppbevart i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Behandling av datamaterialet vil kun bli foretatt av Kristine Frantzen Gilhus.

Jeg er blitt gjort kjent med at deltakelse er frivillig, og at jeg når som helst, og uten å måtte oppgi grunn, kan trekke meg fra forskningsprosjektet.

Sted:

Dato:

Underskrift:

Vedlegg 3

HALVSTRUKTURERT INTERVJUGUIDE**TEMA OG UNDERTEMA****SPØRSMÅL****INNLEDNING***Informasjon.*

Presentere meg, hva jeg gjør og hvem jeg representerer, samt prosjektet og dets formål.

Forklare hvor jeg har fått informantens navn fra og om utvalgs-kriterier.

Informere om anonymitet, frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg når som helst og uten begrunnelse.

Informere kort om temaer for intervjuet.
(Fyll ut skjema med bakgrunnsopplysninger.)

Begrepsavklaringer.

- Hva legger du i begrepet *motivasjon*?

- Med tanke på behandlingsprosessen for stemmevansker som du har vært gjennom, hva legger du i begrepet *egenbehandling* i en slik prosess?

- Ser du på prosessen du går/har gått igjennom både hos logoped og alene som behandling eller trening? Eller andre ord for prosessen?

OM UTGANGSPUNKTET FOR PROSESSEN*Stemmevansken ved behandlingens begynnelse.*

- Kan du fortelle om stemmevansken din og hvordan du opplevde den da du oppsøkte hjelp?

Om ulike faktorerers innflytelse.

- Hva tenker du kan ha påvirket det at du oppsøkte hjelp?

- Hvordan beskrev logopeden behandlingsforløpet du skulle gjennom da du begynte på behandling?

OM KUNNSKAP

- Kunnskap om stemmevansker.* - Hva visste du om funksjonelle stemmevansker før du begynte på behandling hos logoped?
- (Faller bort om de ikke visste noe før behandling)
- Hvordan vektla logoped den kunnskapen du hadde?
- Om kunnskap og endring.* - Hva betydde kunnskap du fikk hos logoped for din motivasjon for å gjøre øvelser?
- Hva slags kunnskap om stemmevansker syntes du det var viktig å få?

OM EGENSKAPERS BETYDNING FOR PROSESSEN

- Om vurdering av muligheter for mestring ut fra de ferdigheter man har.* - Hvordan var motivasjonen din for å jobbe med stemmen på egenhånd da du begynte på behandling hos logoped?
- Tanker om egen rolle ved behandlingens begynnelse.* - Tenkte du på dette tidspunktet at du selv kunne ha innflytelse på prosessen gjennom egeninnsats?
- Kan du fortelle litt om egeninnsatsen din i prosessen?
- Vurdering av egenskaper.* - Hvordan vil du vurdere deg selv som best fungerende:
- I situasjoner preget av press eller god tid?
 - Med tett oppfølging eller med selvstendig arbeid?
- Hvilke av dine egenskaper vil du si ble viktig for hele behandlingsprosessen?

OM FORVENTNINGER

- Om grunnlag for mestringsforventning.* - Hvilke forventninger hadde du til deg selv i forhold til egenbehandlingen, altså det å gjøre øvelser?
- Hva betydde forventningene dine for hvor mye innsats du la ned i egenbehandlingen?
- Informasjonen du fikk av logoped om for eksempel hvor ofte du burde gjøre øvelsene, hva betydde dette for dine forventninger om å klare å gjennomføre egenbehandlingen?

Forventninger om utfall.

- Hvilke forventninger hadde du til hva egenbehandlingen kunne føre til?

Forhindringer.

- Kan du fortelle litt om forhold som kunne vanskeliggjøre eller kanskje forhindre motivasjon for å gjøre øvelser?

OM MÅL FOR PROSESSEN

Mål for hele prosessen.

- Hva så du på som ditt mål/dine mål for hele behandlingsprosessen da du begynte hos logoped?

- Hvordan bidro logopeden i forhold til å utforme/definere målet/målene dine?

- Hva betydde målet/målene for motivasjonen din?

Egenskapers betydning ved mål.

- Hvordan vil du beskrive målet/målene i forhold til:
- Hvor spesifikke de var?
- Hvor utfordrende de var?
- Hvor nært eller fjernt i tid de var?

Om selvoppfatning og tro på måloppnåelse.

- Hva syntes du var viktig å gjøre for å kunne oppnå målet/målene du hadde satt deg?

- Hvordan vurderte du det/de opprinnelige målet/målene underveis i prosessen?

Om grad av måloppnåelse.

- Når du ser tilbake på målet/målene du hadde tidlig i prosessen, hvordan vil du vurdere dem i forhold til der du er i dag?

OM PÅVIRKNING OG ENDRING I PROSESSEN

Den første kilden til self-efficacy: Tidligere lignende erfaringer.

Følgende spørsmål er frivillig å svare på:

- Har du tidligere vært gjennom en prosess som kan sammenlignes med stemmebehandlingen? (Evt. utdype)

- Hva tror du tidligere erfaringer, positive og negative, kan bety for motivasjon for å gå inn i en prosess, som stemmebehandling, på nytt?

- Fortell litt om det å mestre øvelser og hvordan det påvirket motivasjonen din for egenbehandling.

- Den andre kilden til self-efficacy: Observasjon av andre personers mestring.*
- Hvordan var det å kanskje ikke mestre øvelser, og hvordan påvirket dette motivasjon for egenbehandling?
 - Hva har det hatt å si for din motivasjon for egenbehandling at du hadde observert logopeden gjøre de øvelsene du selv skulle lære?
 - Hvilket inntrykk fikk du av øvelsene når logopeden forklarte/demonstrerte dem for deg?
- Den tredje kilden til self-efficacy: Verbal overbevisning.*
- Kan du fortelle litt om hvordan logopeden gav deg tilbakemelding på øvelsene du gjorde og innsatsen din for øvrig?
 - Hva hadde logopedens tilbakemeldinger å si for din motivasjon for egenbehandling?
- Den fjerde kilden til self-efficacy: Fysiske og affektive tilstander.*
- Kan du beskrive litt hvordan du opplevde noen av øvelsene rent fysisk, når du skulle lære dem?
 - Hvilken betydning hadde humør og fysisk form for din motivasjon for egenbehandling?
- Vurdering av motivasjon gjennom hele prosessen.*
- Om du ser på hele behandlingsprosessen, hvordan har motivasjonen din artet seg underveis?

OM LÆRING I PROSESSEN

- Læring gjennom observasjon.*
- Fortell litt om hvordan logopeden forklarte/beskrev de øvelsene du lærte.
 - I stedet spurte jeg om *motivasjon* i forhold til det å observere logopeden gjøre øvelser. Hvordan synes du logopedens demonstrasjoner og forklaringer av øvelser bidro til *læring* av øvelsene?
- Læring gjennom egen erfaring.*
- I egenbehandlingen, hvordan vurderte du om øvelsene ble gjort på riktig eller gal måte når logopeden ikke kunne korrigere deg?
- Læring og motivasjon.*
- Hva betydde mestringsopplevelser (øvelser) hos logoped for din motivasjon for egenbehandling?
 - Hva betydde mestringsopplevelser (øvelser) på egenhånd for den videre motivasjonen din?
- Selvregulering.*
- Hvilken betydning har bevisstgjøring rundt egen

stemmebruk hatt for hele prosessen?

AVSLUTNING

*Tanker og synspunkter om
behandling med logoped.*

- Er det noe du synes logopeden burde gjort annerledes i
behandlingen? I så fall hva?

*Tanker og synspunkter for
øvrig.*

- Er det noe du ønsker å ta opp til slutt?

- Takk for at du ville delta i prosjektet mitt!

SKJEMA FOR BAKGRUNNSOPPLYSNINGER**BAKGRUNNSOPPLYSNINGER**

(Fylles ut av informanten før intervjuet starter.)

1. Undervisningstrinn:
2. Er behandling hos logoped avsluttet?
3. Hvorfor er behandlingen avsluttet/ ikke avsluttet?
4. Har du samme arbeidsoppgaver som du hadde før påbegynt behandling hos logoped?