

Jannicke Moen Hansen

# «Jeg husker veldig godt når det skjedde andre gangen på trening. Jeg var helt knust, og alt var negativt»

En kvalitativ studie av utøverens vei tilbake etter fremre korsbåndsskade i håndball

Masteroppgave i Idrettsvitenskap

Veileder: Nils Petter Aspvik

Mai 2023



Jannicke Moen Hansen

**«Jeg husker veldig godt når det skjedde andre gangen på trening. Jeg var helt knust, og alt var negativt»**

En kvalitativ studie av utøverens vei tilbake etter fremre korsbåndsskade i håndball

Masteroppgave i Idrettsvitenskap  
Veileder: Nils Petter Aspvik  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

En fremre korsbåndsskade (ACL) og en rekonstruksjon (ACLR) har omfattende konsekvenser og krever en lang rehabiliteringsprosess. Mange av de som gjennomgår en ACLR ønsker å returnere til idrett. Det innebærer en krevende rehabiliteringsprosess hvor biologiske, psykologiske og sosiale faktorer spiler inn. Dette masterprosjektet utforsker hvordan kvinnelige topphåndballspillere opplever og erfarer veien tilbake til idrett etter fremre korsbåndsskade. I prosjektet er det benyttet et kvalitativt forskningsdesign, og semistrukturerte intervjuer med seks kvinnelige håndballspillere. Hovedtema avdekket i analysen var mestringstro, sosial støtte og frykten for re-skade. Mestringstro er troen på egen evne til å utføre en spesifikk oppgave, og har betydning for rehabiliteringsresultatet. Det utgjør også en forskjell for hvordan utøvere føler, tenker og handler. Sosial støtte er en av de sosiale faktorene som effektivt kan påvirke utøverens rehabiliteringsprosess. Dette kan legge til rette for utøverens mestringstrø, redusere negative følelser og stress. Frykten for re-skade er en av årsakene til at mange utøvere ikke returnerer tilbake. Hensikten med dette masterprosjektet var å se på utøverens hvordan kvinnelige utøvere opplever og erfarer veien tilbake til håndballspill på toppnivå etter en fremre korsbåndsskade.

Prosjektets funn viser at mestringstro bidro til at utøverne opprettholdt motivasjonen under rehabiliteringen, og returnerte tilbake. Den sosiale støtten påvirkes av roller og forventinger som tilbys, og hvordan denne støtten kan anvendes som ressurs. Kvinnelige utøvere opplever at treneren i større grad kan ta mere ansvar og tilby emosjonell og informativ støtte, og inkludere de mere gjennom rehabiliteringsprosessen. Frykten for re-skade ble assosiert med å praktisere bevegelsen som førte til en fremre korsbåndsskade. Bekreftelse fra fysioterapeut, og gradvis eksponering bidro til at denne frykten gradvis slapp. For de som ikke-returnerte tilbake ble denne frykten for stor.

## Abstract

Anterior cruciate ligament injury (ACL) and reconstruction (ACLR) have extensive consequences and require a long rehabilitation process. Many of those who undergo an ACLR wish to return to sport. It involves a demanding rehabilitation process where biological, psychological and social factors come into play. This master's project explores how top female handball players experience an ACL injury and the way back to the sport. The project uses a qualitative research design and semi-structured interviews with six female handball players. The main themes uncovered in the analysis were belief in coping, social support and the fear of re-injury. Mastery belief is the belief in one's own ability to perform a specific task, and is important for the rehabilitation result. It also makes a difference to how athletes feel, think and act. Social support is one of the social factors that can effectively influence the athlete's rehabilitation process. This can facilitate the athlete's coping behaviour, reduce negative emotions and stress. The fear of re-injury is one of the reasons why many athletes do not return. The purpose of this master's project was to look at how female athletes experience and experience the way back to handball at the top level after an anterior cruciate ligament injury.

The project's findings show that belief in mastery helped the athletes maintain their motivation during rehabilitation, and returned to the sport. The social support is affected by the roles and expectations offered, and how this support can be used as a resource. Female athletes experience that the coach can take more responsibility and offer emotional and informative support, and include them more throughout the rehabilitation process. The fear of re-injury was associated with practicing the movement that led to an ACL injury.

Confirmation from the physiotherapist and gradual exposure contributed to this fear gradually disappearing. For those who did not return, this fear became too great.

## Forord

Dette masterprosjektet markerer avslutningen på mastergradsstudie i idrettsvitenskap ved Norsk-teknisk naturvitenskapelige universitet. Årene som student har gitt meg lærdom, glede, aktivitet og utfordringer. Studiehverdagen har bydd på en frihet som jeg kommer til å savne, men også mye stress som jeg gleder meg til å bli kvitt. Nå kan jeg stolt si meg ferdig, og jeg er takknemlig og ydmyk over å ha fått muligheten til å ta denne utdanningen. Jeg er aktiv idrettsutøver og vært gjennom flere langvarige skader og inntrykket er at det er mangel på kunnskap og bevissthet rundt hvordan man i best mulig grad kan ivareta en langtidsskadd utøver gjennom rehabiliteringsprosessen. Dette gjelder alt i fra hvordan utøveren skal komme gjennom rehabiliteringsprosessen mentalt til oppfølgingen og støtten de opplever og erfarer. Noe jeg selv opplevde var at det var krevende å stå utenfor håndballaget i rehabiliteringsprosessen og skulle håndtere alt selv. Min tidligere erfaring med kneskader og rehabilitering la mye av grunnlaget for inspirasjonen og utformingen av dette masterprosjektet

Jeg vil rette en stor takk til mine fantastiske medstudenter som har bidratt til en fin studietid. Vi har hatt mange faglige diskusjoner og sosiale sammenkomster som jeg har satt pris på. Min studietid har bydd på oppturer og nedturer, og det er det som gjør at jeg stolt og glad kan levere en masteroppgave.

Jeg vil takke alle seks informantene som deltok i denne studien. Jeg er takknemlig for at dere har bydd på dere selv og fortalt deres historie. Uten dere ville ikke det vært mulig å gjennomføre dette prosjektet. En spesiell takk til min veileder, Nils Petter Aspvik for god veiledning, grundige tilbakemeldinger og oppmuntrende ord underveis. Det har vært betryggende å ha deg i denne prosessen, og du har hele veien gitt meg motivasjon, pågangsmot og troen på det jeg har arbeidet med er interessant og viktig.

Sist, men ikke minst vil jeg takke familie og venner som har støttet meg, veiledet meg og heiet på meg gjennom mastergradens oppturer og nedturer. Denne mastergraden hadde ikke blitt fullført uten dere. Tusen takk!

Trondheim, mai 2023

Jannicke Moen Hansen

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	2
<b>Forord</b> .....	3
<b>1. Innledning</b> .....	6
1.1 Problemstilling .....	7
1.2 Masterprosjektets disposisjon .....	7
<b>2. Det fremre korsbåndets funksjon og rehabilitering</b> .....	8
2.1. Fremre korsbånd .....	8
2.1.2 Forekomst av korsbåndsskade i håndball .....	8
2.1.3 Risikofaktorer .....	8
2.1.4 Rehabilitering etter ACL-skade .....	9
2.1.5 Faser i rehabiliteringen .....	10
2.1.6 Reaksjoner i rehabiliteringsfasen .....	10
<b>3. Retur til idrett</b> .....	11
3.1 Biopsykososial modell .....	12
3.2 Mestringstro .....	14
3.4 Sosial støtte .....	15
3.4.1 Sosial støtte i rehabiliteringsprosessen .....	16
3.3 Frykten for re-skade .....	16
<b>4. Metode</b> .....	17
4.1 Studiedesign .....	18
4.2 Utvalgsriterier .....	19
4.3 Datainnsamling .....	21
4.3.1 Utvalget .....	22
4.4 Utforming av intervjuguide .....	23
4.5 Gjennomføring av intervju .....	24
4.5.1 Lydopptak .....	25
4.6 Analyse .....	25
4.6.1 Transkribering .....	26
4.6.2 Koding og tematisering .....	27
4.7 Etske hensyn .....	28
4.7.1 Personvern, konfidensialitet og datasikkerhet .....	28
4.7.2 Informert samtykke .....	29
4.8 Metodiske kvaliteter .....	29
4.8.1 Validitet .....	29
4.8.2 Reliabilitet .....	30



4.8.3 Forskerrolle og objektivitet .....	31
<b>5. Analyse .....</b>	<b>32</b>
5.1 Utøverens forståelse og tiden etter skade .....	33
5.1.1 Opplevelsen av rehabiliteringsprosessen og veien tilbake .....	33
5.1.2 Mestringstro.....	36
5.2 Sosial støtte.....	40
5.2.1 Støtte fra familie og venner .....	40
5.2.2 Lagvenninner av betydning for retur .....	41
5.2.3 Lagvenninner med samme type skade.....	43
5.2.4 Fysioterapeut – utøverens viktigste støttespiller gjennom rehabiliteringen .....	44
5.2.5 Håndballtreneren bør ta mere ansvar for den skadde utøveren .....	48
5.3 Fellesskap og tilhørighet til laget .....	52
5.4 Frykten for re-skade og prestasjon .....	54
<b>6. Oppsummering og avsluttende refleksjoner .....</b>	<b>59</b>
6.1 Oppsummering og sentrale funn .....	59
6.2 Videre forskning.....	61
<b>7. Referanser .....</b>	<b>63</b>
<b>8. Vedlegg .....</b>	<b>69</b>
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	69
Vedlegg 2: Vurdering og godkjenning fra NSD .....	72
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	74

## 1. Innledning

I toppidretten blir det stilt krav til høy treningsmengde, stor smertetoleranse og evne til å presse kroppen til det ytterste for å oppnå gode prestasjoner både nasjonalt, og internasjonalt. Dette kan medføre negative konsekvenser som overtrening, utbrenthet og spiseforstyrrelser (Wiese-Bjornstal, 2010). Skader er en del av toppidretten, og på grunn av at håndball er en kompleks og fysisk krevende idrett med retningsforandringer, tempovekslinger og kroppskontakt utsettes spillerne for en rekke situasjoner for å bli skadet (Michalsik & Aagaard, 2015). De fleste korsbåndsskader oppstår hos idretter som har retningsforandrende sidebevegelser hvor en finte eller landing med strakt kne som roterer lett innover. Som et resultat av dette er håndball er av de idrettene som er særlig utsatt og har relativt stor forekomst av fremre korsbåndsskade (ACL) (Myklebust et.al., 1997; Myklebust et.al., 1998). Kvinner har en høyere forekomst av fremre korsbåndsskader enn mannlige utøvere, med 3-5 ganger høyere forekomst (Promodos et.al., 2007). Derfor baserer dette masterprosjektet seg på kvinnelige topphåndballspillers vei tilbake til toppidretten. Kvinner har også vist seg å være yngre enn menn når en ACL-skade inntreffer (Engebretsen et.al., 2014).

En utøver påvirkes både fysisk og psykologisk av en skade, og dette medfører ofte reaksjoner som depresjon og sinne (Carson & Polman, 2008). En fremre korsbåndsskade i håndball kan være karrieretruende og krever en intensiv rehabiliteringsperiode (Arderne et.al., 2014). Utøvere som har vært gjennom en fremre korsbåndrekonstruksjon (ACLR) opplever ofte en frykt for at samme skade skal skje igjen som potensielt kan hemme utøverne til å returnere tilbake til idretten. Dette kan også ha en sammenheng mellom fysiske og psykiske utfall. (Ohji et.al., 2021). For å returnere tilbake til idretten må de aller fleste utøvere gjennom en fremre korsbåndrekonstruksjon for å gjenopprette kneets stabilitet og funksjon (Lindanger et.al., 2019). Den biopsykososiale modellen forteller oss at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer vil påvirke kjennetegn og karakteristikk ved skaden (Brewer et.al., 2002). Retur til idrett er et komplekst begrep, men innebærer at utøveren kommer tilbake til sitt tidligere nivå før skaden (Arderne et.al., 2014). Ved retur til idrett spiller også psykososiale faktorer inn, og det er ikke alltid en overenstemmelse mellom fysiske og psykiske følelser med tanke på når en utøver er klar til å returnere (Burland et.al., 2018).

Ut ifra hvordan utøveren føler, tenker og handler kan mestringstro ha betydning for rehabiliteringsresultatet (Thomeé et.al., 2008). Mestringstro handler om troen på egen evne til

å utføre en spesifikk oppgave, og unge utøvere er ofte bestemt på å returnere til det nivået de var på før ACL-skaden inntraff. Sammen med mestringsstro er sosial støtte en av de sosiale faktorene som er betydningsfulle i utøverens rehabiliteringsprosess slik at en kan returnere tilbake til idretten (Poldog et.al., 2011). Når en utøver skal returnere tilbake til idretten opplever mange en frykt for re-skade. Denne frykten er også en av årsakene til at noen velger å ikke returnere (Myklebust et.al., 2003; Ross et.al., 2015). Smerter når skade oppstår og påfølgende operasjon er funnet til å være to faktorer som trigger frykten for en ny skade.

Det er komplekst å skulle forstå rehabiliteringsprosessen ved en skade. Derfor vil jeg undersøke dette, og i denne oppgaven har jeg avgrenset til å ha fokus på dette med mestringsstro, sosial støtte, fellesskap og tilhørighet til laget, og frykten for re-skade. På bakgrunn av utbredelsen av fremre korsbåndsskader i håndball er det derfor viktig med kunnskap om hvordan en bør tenke om ulike aspekter i rehabiliteringsprosessen. Tidligere forskning viser at mannlige utøvere ofte er representert. De studiene hvor det er kvinner med er det klart flertall av mannlige utøver (Cowley et.al., 2021). Forskningsprosjekter som kun inkluderer kvinner i utvalget kan bidra til å styrke kunnskapen om kvinner, og tette gapet mellom kvinner og menn i idretten. Forskning viser også at kvinner opplever rehabiliteringsprosessen annerledes enn menn (Cowley et.al., 2021), og derfor kan denne studien bidra til kjønns-spesifikk forskning.

### 1.1 Problemstilling

Formålet med dette masterprosjektet er å få utforske og få en forståelse, samt kunnskap om hvordan ACL-skadet håndballspillere i norsk topphåndball (Eliteserien og 1.divisjon) opplever veien tilbake etter en langtidsskade. I denne sammenhengen vil jeg se nærmere på hvilke opplevelser og erfaringer de satt igjen med etter skaden, og følgende problemstilling:

*«Hvordan erfarer og opplever norske kvinnelige topphåndballspillere veien tilbake til håndball etter rekonstruksjon av fremre korsbånd?»*

### 1.2 Masterprosjektets disposisjon

Kapittel to i denne masteroppgaven inneholder en kort innføring om fremre korsbåndets funksjon og rehabilitering. Dette er for å gi en forståelse av temaet i oppgaven som er en fremre korsbåndsskade, og hvordan rehabiliteringen er etter en slik type skade. Videre vil begrepet retur til idrett benyttet som et teoretisk rammeverk og presenteres i kapittel tre. En

biopsykososial modell vil være sentral, og faktorer som mestringstro, sosial støtte og frykten for en re-skade vil bli gjennomgått. I kapittel fire vil jeg beskrive min metodiske tilnærming. Her tar jeg for meg arbeidsprosessen i forskningsprosjektet, inkludert metode for datainnsamling og analyse. Etiske hensyn, samt kvaliteten på prosjektet vil også drøftes. Videre vil jeg i analysekapittelet, kapittel fem, tar for meg analysen basert på hovedtemaer og undertemaer med illustrasjoner i form av sitater fra utøverne. Her vil også sitatene bli diskutert opp mot teori og tidligere forskning. Avslutningsvis vil kapittel seks oppsummere analysen og funnene til masterprosjektets forskningsspørsmål samt veien til videre forskning.

## 2. Det fremre korsbåndets funksjon og rehabilitering

### 2.1. Fremre korsbånd

Kneleddet består av et samspill av flere leddforbindelser: tibia og femur danner ledd medialt og lateralt, tibia og fibula proksimalt og patella og femur danner ledd ventralt (Hirschmann & Müller, 2015). Hovedbevegelsen til kneet er fleksjon og ekstensjon, men rotasjonsbevegelser er også en del av kneet totale bevegelsesmønster (Hirschmann & Müller, 2015).

Fremre korsbånd er et leddbånd midt i kneet som fungerer som et sikkerhetsbelte for å stoppe uønskede bevegelser. Det fremre korsbåndet skal forhindre at tibia glir frem og kontrollerer rotasjonsbevegelser av tibia i forhold til femur (Silvers & Mandelbaum, 2007). Dersom utøvere vil returnere tilbake til idrett, og spesielt vridningsidretter er det vanlig å gjennomføre en korsbåndskonstruksjon (Grindem et.al., 2014). Omtrent ti prosent av alle kneskader er alvorlige, menisk og korsbåndsskader er de vanligste (Engebretsen et.al., 2014).

#### 2.1.2 Forekomst av korsbåndsskade i håndball

Det er begrenset hva forskningslitteraturen sier internasjonalt og nasjonalt ved omstendighetene og forekomsten av en ACL-skade hos håndballspillere. I en studie av Grete Myklebust (2013) viser til norske topphåndballspillere fra 1989-1991 og resultatet viser at blant 87 ACL skader var 54 hos kvinnelige utøvere og 33 blant mannlige utøvere. Utover denne studien er det begrenset kunnskap om håndball og retur til idrett etter en ACL-skade.

#### 2.1.3 Risikofaktorer

På grunn av de interne og eksterne risikofaktorene er en utøver predisponert for skade (Meeuwisse, 1994). De interne faktorene er utøvere-relaterte og innebærer faktorer som omhandler utøverens fysiske og psykiske egenskaper. I denne sammenhengen vil de fysiske

egenskapene være utøverens muskelstyrke, alder og tidligere skadehistorikk. Mens de psykiske egenskapene innebærer hvordan utøveren håndterer stress, og i hvilken grad utøveren vurderer sin egen risikoatferd (Meeuwisse, 1994). Eksterne risikofaktorene er alt som kan øke risikoen for skade gjennom ytre påvirkninger som miljømessige forhold, for eksempel underlag og fottøy (Meeuwisse, 1994).

Enkeltfaktorene er sjeldent tilstrekkelig for at skaden utløses i seg selv, men en kombinasjon og et samspill mellom disse to faktorene kan gjøre slik at utøveren er mer utsatt for skade (Meeuwisse, 1994). Den utløsende hendelsen resulterer i en skade hvor utøveren kan beskrive hendelsen nokså nøyaktig (Bahr, 2014). Dersom en skal få en vellykket behandling må de eksterne og interne faktorene kartlegges nøye (Bahr, 2014). Utøvere som har hatt en skadehistorikk med korsbånd tidligere har en mye høyere risiko for en ny ACL-skade sammenliknet med utøvere som ikke har vært utsatt for skade (Steffen et.al., 2008). Risikoen øker for hver enkelt kneskade utøveren tidligere har hatt, og det er vist at denne risikoen ligger på hele 38 prosent (Steffen et.al., 2008). Med bakgrunn i Steffen et.al., (2008) sin forskning er dette et eksempel på hvordan de interne faktorer spiller inn ved en ACL-skade. Retur til vridningsidretter er en av de verste idrettene å komme tilbake til. Utøvere i disse idrettene har over fire ganger så høy risiko for re-skade sammenliknet med de utøverne som ikke returnerer. Underlaget utgjør også en risiko som Olsen et.al (2003) i sin forskning undersøkte sammenhengen mellom gulvtype og risikoen for fremre korsbåndsskader i håndball og resultatet viste at kvinner hadde en høyere risiko for å skade seg på underlag av kunstdekke enn på parkett-gulv. Dette er på grunn av høy friksjon som oppstår mellom skotøyet og underlaget. Dermed kan man med bakgrunn i tidligere forskning se at det er en sammenheng mellom de interne og eksterne faktorene, og en enkeltfaktor alene sjelden utløser en skade.

#### 2.1.4 Rehabilitering etter ACL-skade

Ved behandling av ACL-skader er hensikten å gjenvinne knefunksjon, komme over psykologiske barrierer slik at man kan delta i aktiviteten og forebygge andre typer skader, samt en re-skade (Filbay & Grindem, 2019). Utøveren bør inkluderes i behandlingsvalgene siden det finnes flere behandlingsmulighet etter en ACL-ruptur. Derfor er det også viktig at helsepersonell gir tilstrekkelig informasjon om hvilke behandlingsmuligheter utøveren har. En operasjon anbefales dersom man skal returnere tilbake til vridningsidretter (Krause et.al., 2018). Ved en slik operasjon erstattes det skadde korsbåndet artroskopisk med et

ligamentkraft som skal sørge for å gjenvinne kneets stabilitet (Myklebust & Bahr, 2005).

Det finnes ingen fasit vedrørende anbefalinger som gjør at utøveren kan gå fra en fase til neste fase (Van Melick et.al., 2016), men Filbay & Grindem (2019) hevder at rehabilitering bør være individualisert og bestå av en jevn progresjon basert på kriterier og konkrete mål.

### 2.1.5 Faser i rehabiliteringen

Ved en ACL-skade er det nyttig å dele rehabiliteringsprosessen inn i ulike faser. Første fase er akuttfasen som varer omtrent to-seks uker etter en har operert korsbåndet. I denne fasen er målet å fjerne hevelse og smerte fra kneet og normalisere bevegelsesutslag. En viktig del i denne fasen er å minimere hypertrofi av muskulaturen i beinet samt komme i gang med isometriske og dynamiske øvelser for å få gjenvinne bevegelsesutslaget som er gunstig for å reaktivere muskulaturen (Eitzen et.al., 2008). For utøveren er det viktig i den akutte fasen å forstå hva som har skjedd og hva som venter (Ivarsson et.al., 2018).

Den andre fasen kalles rehabiliteringsfasen og lengden av denne fasen vil variere, men består av omtrent seks-ni måneder etter operasjon. Her er målet å gjenvinne fulle bevegelsesutslag, normalisere muskelstyrke og reetablere kneets dynamiske stabilitet. Gjenvinning av muskelstyrke i quadriceps har vist seg å være essensielt for å oppnå god stabilitet, men også redusere at kneet gir etter (Eitzen et.al., 2008).

Den tredje og siste fasen kalles retur til idretten og hos korsbåndopererte er denne fasen mellom et halvt år – ett år, men dette er avhengig av hvilken idrett, og hvilket nivå utøveren skal tilbake til. Denne fasen består av tung styrketrening og mye hurtige kraftutviklinger i form av hopp, hink, løp, vendinger og øvelser med vekter. Ved en korsbåndsskade varierer det når utøveren er klar til å returnere tilbake til konkurranse, da det tar tid å tilvenne seg nivået som er i konkurranse og utøvere skal også være trygg. Dette er den siste avsluttende delen av rehabiliteringsprosessen (Eitzen et.al, 2008; Clement et.al., 2015; Horvath et.al., 2007).

### 2.1.6 Reaksjoner i rehabiliteringsfasen

Toppidrettsutøvere som er skadet opplever en rekke psykososiale utfordringer som kan variere gjennom rehabiliteringen. I et tidlig stadiet i rehabiliteringen vil utøverne ofte oppleve og vise frustrasjon og depresjon på grunn av deres skade, og at de ikke får deltatt slik som de bruker i idretten (Clemet et.al., 2015; Johnston & Carrol, 1998). Underveis i opptreningen vil

utøverne oppleve at de enten gjør for mye eller for lite som kan være et resultat av utålmodighet etter å komme tilbake til idretten eller et tegn på manglende motivasjon til å fullføre de nødvendige rehabiliteringsøvelsene (Clemet et.al., 2015). Toppidrettsutøvere opplever også psykososiale utfordringer som redusert selvtillit, mestringstro, frustrasjon, sinne og frykten for en ny skade (Tracey, 2003). Rehabiliteringen er en dynamisk og utviklende prosess hvor utøverens psykososiale reaksjoner vil variere. Tidligere skadehistorikk, mestringstroen og en rekke førskadefaktorer vil gjøre at utøverne reagerer ulikt på en skade.

En langtidsskadd toppidrettsutøver kan oppleve å miste sin identitet, og det å ikke føle seg som en del av laget eller å delta i konkurranse skaper en trussel mot sin egen identitet. Dette kan medføre emosjonelle og psykologiske reaksjoner og disse er ofte negative (Green & Weinberg, 2001). Frykten for en ny ACL-skade er en faktor som påvirker rehabiliteringen negativt. Dette er også ansett som en hindring for å komme hundre prosent tilbake til idretten. Mot slutten av rehabiliteringsfasen og starten av tredje fase opplever ACL-skadde utøvere positive psykologiske endringer, hvor færre negative følelser bringes frem og de positive følelsene kommer tilbake ved at de ser at de nærmer seg retur til idrett, samt mindre smerte (Wierike et.al., 2012).

### 3. Retur til idrett

Begrepet retur til idrett (RTI) handler først og fremst om at utøveren skal kunne komme tilbake til samme nivå som før skaden. På grunn av at det er forskjellige målemetoder og resultater på tvers av studier er det utfordrende å sammenlikne resultater og andeler mellom studier innenfor dette forskningsfeltet (Anderson et.al., 2016).

«Når kan jeg spille igjen» er vanligvis en reflekstanke en utøver får når man blir skadet. Når utøveren skal returnere er opp til klinikere som fysioterapeuter, trenere og leger å bestemme (Arderne et.al., 2015). Om utøveren har fått en suksessfull retur er avhengig av hvem du spør, for utøveren er det viktig å prestere på et høyt nivå, men fra et klinikers perspektiv er det viktigere med en trygg retur uten re-skade eller langsiktige komplikasjoner (Arderne et.al.,

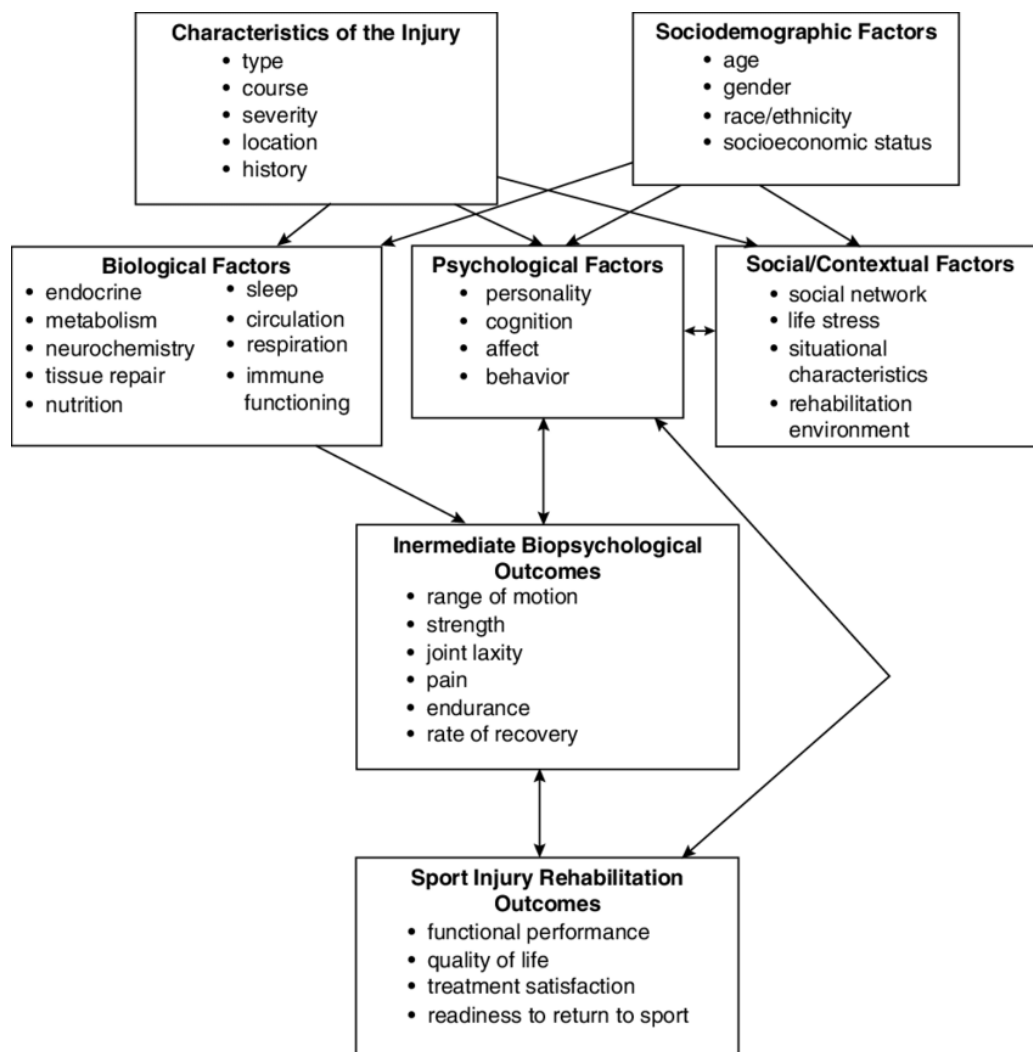
2015). Creighton et.al. (2010) har utviklet en beslutningsmodell for retur til idrett som viser hva retur tilbake til idretten påvirkes av. Første trinnet er evaluering av utøverens helse ut ifra et biologisk, psykologisk og funksjonelt ståsted. Evaluering av utøverens helsetilstand er den viktigste informasjonskilden klinikere har for å vurdere utøverens deltagelsesrisiko. Trinn to består av utøverens deltagelsesrisiko og en viktig del av dette trinnet er risikoen for re-skade. Det er flere faktorer som innebærer risiko for re-skade, og disse faktorene er beskrevet i trinn tre. Det er opp til klinikere å vurdere hva som er akseptabelt risikonivå for utøveren etter en skade, og denne beslutningsmodellen inneholder ulike faktorer som ligger til grunn for denne vurderingen. Dette er en modell som klinikere bruker til å vurdere omfanget av skaden og hvordan prosessen videre vil være for utøveren.

En metaanalyse av Ardern et.al., (2014) viser tre ulike definisjoner ved retur til idretter etter en ACLR: 1) Retur til all type idrettslig deltagelse, 2) Deltagelse på samme nivå som før skaden inntraff og 3) Deltagelse i konkurranse/kamp. Resultatet av 48 studier med 5770 respondenter viste at 82% av utøverne returnerer tilbake til en eller annen for idrettsdeltagelse, 63% returnerer til samme nivå som før skaden inntraff og 44% returnerer tilbake til konkurranse/kamp. Håndballspillere kun en liten del av et stort utvalg av mange idretter ettersom det er lite andel av studier som har undersøkt RTI ved håndball, og man kan derfor stille seg spørsmål om resultatene er representative. En av de vanligste årsakene til at håndballspillere ikke vil returnere tilbake til håndballspill er problemer med knefunksjon, frykt for re-skade og manglende tillit til kneet (Ardern et.al, 2014; Fältström et.al, 2016; Kvist et.al., 2005).

### 3.1 Biopsykososial modell

Den biopsykososiale modellen ble utviklet av Engell (1977) for å utforske biologiske, psykologiske og sosiale faktorer når vi prøver å forklare og behandle medisinske tilstander. I tillegg til denne modellen har Brewer et.al., (2002) utviklet en biopsykososiale tilnærming til idrettsskade-rehabilitering som består av to hovedsynspunkt 1) Skader påvirkes av en interaksjon mellom psykologiske faktorer, biologiske faktorer og sosiale faktorer, og 2) Idrettsskader kan påvirke fysiske, psykologisk og sosiale faktorer. Både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer inkluderer viktige aspekt som kan relateres til skader og rehabilitering (Brewer & Redmond, 2017).





*Figur 1. Biopsykososial modell for rehabilitering ved idrettsskade (Brewer et.al., 2002)*

Figur 1 viser de ulike karakteristikkene ved en idrettsskade, og utøverens sosialdemografiske faktorer har en påvirkning på de biologiske, psykologiske og sosiale/kontekstuelle faktorene. Denne modellen inneholder mulige forklaringer for hvordan psykologiske faktorer kan påvirke utfallet av rehabiliteringen etter en idrettsskade. Wiese-Bjornstal et.al., (1998) sin modell omhandler integrerte psykologiske reaksjoner på idrettsskader og

rehabiliteringsprosessen. Modellen gir en bedre forståelse av reaksjoner i situasjoner med idrettsskade og rehabilitering. Reaksjoner er påvirket av variabler som er der før skaden inntreffer slik som personlighet, stress, historie osv, men også variabler som dukker opp i etterkant av skaden. Både skaden og rehabiliteringsprosessen blir i denne modellen forstått og vurdert noe som påvirker tre sammenhengende variabler: emosjonelle reaksjoner, atferdsmessige reaksjoner og resultatet av helbredelsen (Wiese-Bjornstal et.al, 1998). Den integrerte modellen fremhever også viktigheten av å være kunnskapsrik om psykososiale reaksjonene til en skadet utøver. Når en utøver bli skadet vil utøvere oppleve mye tanker og følelser som kan ha en innvirkning på utøverens oppførsel. Atferd kan påvirke følelser og følelser kan påvirke erkjennelser. Alle disse er påvirket av en rekke personlige og situasjonsbetingede faktorer (Clemet et.al., 2015).

Sammen med den integrerte modellen til Wiese-Bjornstal et.a., (1998) og den biopsykososiale modellen til Brewer et.al., (2002) har disse to modellene vært nyttig for å fremheve de psykologiske faktorene ved rehabiliteringsprosessen og veier til å identifisere potensielle variabler og hvilke psykologiske variabler som kan påvirke rehabiliteringsresultatet ved en idrettsskade.

Det er mange faktorer som indirekte eller direkte kan påvirke reaksjoner på skaden og rehabiliteringsprosessen, utfallet og retur tilbake til konkurranse og idretten. Figur 1 viser hvor komplekst en skade og påfølgende rehabiliteringsprosess er. Modellen anerkjenner flere ulike aspekt, men i mitt masterprosjekt har jeg valgt å fokusere på de psykososiale og sosiale faktorene. Dette er med bakgrunn i hva jeg ønsker å finne ut om utøverens opplevelser og erfaring med mestringstro, sosial støtte, fellesskap og tilhørighet til laget og frykten for en re-skade.

### 3.2 Mestringstro

Mestringstro er troen på egen evne til å utføre en spesifikk oppgave (Thomeé et.al., 2007). Mestringstro har betydning for rehabiliteringsresultatet, og utgjør en forskjell for hvordan utøvere føler, tenker og handler. Unge utøvere er ofte etter en ACL-skade fast bestemt på å returnere til nivået de hadde før skaden inntraff (Thomeé et.al., 2008). Toppidrettsutøvere har sterk mestringstro noe som gjør at de har ambisiøse mål og takler utfordringer, og ved en korsbåndsskade har mestringstro en direkte innvirkning på innsatsen i rehabiliteringen (Thomeé et.al., 2007). De utøverne med høy mestringstro vil kunne takle en re-skade bedre og

forholder seg til det målet de har satt seg. Ulike mestringsstrategier vil være nyttig etter en ACL-skade slik at man enten kan forbedre en lav mestringsstro eller opprettholde en høy mestringsstro under rehabiliteringen (Thomeé et.al., 2010).

Mestringsstro er ikke alene avgjørende for rehabiliteringsprosessen. Utøverens positive erfaringer med å håndtere utfordringer og utfordrende situasjoner gjennom rehabiliteringsprosessen har vist seg å spille en viktig rolle sammen med mestringsstro. Burland et.al., (2018) gjorde en kvalitativ studie hvor de intervjuet returnerte og ikke-returnerte utøvere etter en ACL-skade hvor de konkluderte med at tvil og manglende selvtillit er selvbegrensende tendenser hos alle utøvere i form at de mangler tiltro til egne evner til å gjennomføre aktiviteter. Tvilfølelsen spiller inn på utøvernes tanker om å returnere tilbake til idretten, noe som igjen fører til at utøverne begrenser seg i aktiviteter som utfordrer kneet og deltar heller med lavere intensitet enn de vanligvis ville gjort. Hvordan utøverne håndterer konsekvenser rundt retur til idretten var ulikt, og utøverne opplevde risikoen forskjellig. De utøverne som returnerte ble etter hvert mere komfortable og mestringsstroen ble økende kombinert med at utøverne fikk bedre selvtillit når de så egne evner og at kneet ble sterkere gjennom rehabiliteringen.

### 3.4 Sosial støtte

Sosial støtte er en av de sosiale/emosjonelle faktorene som er betydningsfulle i utøverens rehabiliteringsprosess for å returnere tilbake til idretten (Poldog et.al., 2011) Denne støtten er ifølge Johnston & Carroll (1998a) fra trenere, familie, lagvenninner og fysioterapeuter, og er avgjørende for å klare å komme tilbake til prestasjonsnivået. Teorien om hovedeffekten av sosial støtte forteller oss at ved tidlig støtte vil utøverne utvikle en oppfattelse om at støtte er tilgjengelig når de har behov for det. Utøverne som opplever at de har høy støtte vet at de har ressurser rundt seg som behøves i møte med utfordringer og derfor oppfatter de ikke slike utfordringer like stressende sammenliknet med de utøverne som opplever å ha lav sosial støtte (Sarason et.al., 1990). Oppmuntring og en ekstern støtte har vist seg å være viktig for utøverens innstilling, samt at de gir en økt selvtillit. Ved økt selvtillit kombinert med sosial støtte føler utøverne seg mere trygg på rehabiliteringsprosessen, og utøverens individuelle valg sammen med fysioterapeut er viktig for å skape denne tryggheten.

Gjennom gradvis mere tilvenning, eksponering og progresjon i fysiske oppgaver får utøverne mer trygghet og dermed økt tillit til sine egne evner. Dermed gjør dette at utøverne kan returnere tilbake til idretten med et minimalt fokus på kneet (Burland et.al., 2018; Kunnen et.al., 2019; Paterno et.al., 2019; Scott et.al., 2018; Mahood et.al., 2020). Støtten til familie beskriver mange utøvere som viktig og spesielt blant yngre utøvere på grunn av den mentale støtten familien bidrar med. Yngre utøvere kan bli negativt påvirket av å være langtidsskadet, og har gjerne en sosial relasjon til laget (Everhart et.al., 2013). Motivasjon er en viktig del av rehabiliteringen slik at utøverne gjennomfører hele rehabiliteringen og kan komme seg tilbake på sitt tidligere prestasjonsnivå som igjen er viktig for å være psykologisk klar til en retur (Poldog et.al., 2015).

### 3.4.1 Sosial støtte i rehabiliteringsprosessen

Sosial støtte i akutfasen er ofte emosjonell støtte som er høyest verdsatt av utøverne, og denne støtten kommer som oftest fra venner, familie og fysioterapeut (Johnston & Carroll, 1998b; Johnston & Carroll, 1998a). Økt negative følelsesmessige reaksjoner, sjokk, frustrasjon, depresjon, kjedsomhet og sinne er vanlige reaksjoner rett etter en skade har skjedd (Arderne et.al., 2016). Familie og venner har ikke nødvendigvis den kunnskapen som behøves slik at de kan bidra med informativ støtte, men kan da bidra med emosjonell støtte (Ruddock-Hudson et.al., 2012). I rehabiliteringsfasen er det et behov for informativ støtte, og dette kommer som oftest fra de som har kontroll på rehabiliteringen slik som trener eller fysioterapeut (Carson & Polman, 2008). Støtte fra venner og familie er fremdeles viktig, men denne støtten går fra emosjonell til informativ støtte og derfor blir det et skifte i hvilken støtte utøveren behøver (Ruddock-Hudson et.al., 2014). Den informative støtten inneholder mere faglig kunnskap om skaden og selve rehabiliteringen. Ved retur til idrett er det et stort behov for emosjonell og informativ støtte slik at det kan redusere frykten utøveren har for å returnere tilbake til idretten (Carson & Polman, 2012; Poldog et.al., 2015).

### 3.3 Frykten for re-skade

Bekymringer for re-skade er et viktig aspekt for ACL-skadede utøvere som skal tilbake til idretten. Utøvere som har hatt en ACL-skade har stor sannsynlighet for at samme skade skal inntreffe igjen, og frykten for en re-skade er en av årsakene til at mange utøvere ikke returnerer tilbake til idretten (Myklebust et.al., 2003; Ross et.al., 2015). Smerten når skaden inntreffer og påfølgende operasjon med rehabilitering er funnet til å være to faktorer som

trigger frykten for ny skade (Ross et.al., 2017). Å utsette seg selv for en tilsvarende skadesituasjon oppleves krevende samt utfordrende, og negative assosiasjoner til skaden kan frembringe frykt eller angst (Nwachukwu et.al., 2019). Frykten for re-skade er forskjellig for de som returnerer tilbake og ikke. Tidligere forskning har vist at utøvere som har et ønske om å returnere konfronterer ofte frykten i mye større grad slik at de kan returnere til nivået de hadde før skaden inntraff. Forskning viser også at god rehabilitering kan redusere frykten for en re-skade (Arndern et.al., 2014; Lai et.al., 2017). Samtidig opplever ACL-skadet utøvere en økt fysisk og psykisk bevissthet etter skaden i form av økt oppmerksomhet på kneet og emosjonelle reaksjoner rundt det å returnere tilbake til idretten (Burland et.al, 2018).

Rehabiliteringstiden etter skaden, og vanskeligheter med å gjenvinne sin posisjon i laget kan påvirke motivasjonen og potensielt stoppe utøverens karriere (Kvist et.al., 2005). Presset om retur tilbake til idrett kan føre til at frykten for re-skaden blir større (Lai et.al., 2017). Frykten og bekymringer er ikke bare til stede under rehabiliteringen, men også etter at utøverne returnerer tilbake. Før utøverne vender tilbake opplever de en viss bekymring for fysisk form og prestasjon, tillegg til at de skal utfordre seg i ulike situasjoner hvor skaden oppsto med en risiko for re-skade (Carson & Polman, 2012). Derfor er sosial støtte viktig, samt en sosial relasjon til laget, trenere og fysioterapeut slik at frykten kan motvirkes. Ved retur til håndballspill eksisterer ikke bare bekymringer om prestasjon, men også usikkerhet rundt egen involvering i spillet. (Carson & Polman, 2012). Selv om utøveren er klarert for å returnere tilbake til idretten kan frykten hindre dette (Poldog et.al., 2011). Med bakgrunn i dette er det ikke unaturlig at utøverne bruker lengere tid enn 9-12 måneder som er anbefalt før retur, slik at utøverne føler seg trygge. Bekymringer for å prestasjon ser også ut til å reduseres betraktelig de første seks måneder etter retur på grunn av at utøveren får erfaring og en positiv opplevelse med å spille igjen, og får dermed en slags bekreftelse for sine ferdigheter (Poldog et.al., 2011).

## 4. Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metodiske valg i masterprosjektet og fremgangsmåten som er brukt for å innhente og analysere resultatene. Først vil jeg presentere de metodiske prosessene knyttet til dette forskningsprosjektet og begrunne valg av semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Deretter redegjøres det for studiens strategiske utvalg og

datainnsamlingsprosessen hvor utforming av intervjuguide, gjennomføring av intervju, samt behandling og analyse beskrives. Avslutningsvis vil jeg kommentere studiens kvalitet, etiske vurderinger og min rolle som forsker.

#### 4.1 Studiedesign

Karakteristisk for kvalitativ forskning er at vi søker en forståelse av sosiale fenomener. Dette kan være ved en tett kontakt med deltakere i felten ved intervju eller observasjon, eller ved analyser av tekster og visuelle uttrykksformer (Thagaard, 2019). Kvalitativ metode gjenspeiler også egenskapene eller karaktertrekkene ved de sosiale fenomener (Repstad, 2007).

Formålet med denne studien er å få en bedre forståelse av fremre korsbåndskadde kvinnelige topphåndballspillere sin opplevelse og erfaring med rehabiliteringsprosessen, og hvordan det er å komme tilbake til idretten etter et lang opphold ute med skade. Jeg ønsker å få en større innsikt i informantens tanker, meninger, opplevelser og erfaringer rundt dette temaet. Dette blir et prosjekt hvor kunnskap skapes gjennom å tolke flere individers erfaringer og opplevelser, noe som kan relateres til et interpretativt paradigme, også kalt kvalitativ forskningsmetode. Den informasjonen jeg er ute etter for å besvare forskningsspørsmålet mitt er ikke direkte tilgjengelig, og der er på bakgrunn av dette jeg har valgt å ta utgangspunkt i utøverens opplevelser og tanker om å returnere tilbake til idretten etter en alvorlig korsbåndsskade.

Det finnes mange ulike kvalitative metoder, men for å få frem den kunnskapen som kreves for å svare på problemstillingen ansees et kvalitativt forskningsintervju som den beste metoden. Et kvalitativt intervju er spesielt nyttig som forskningsmetode for å få tilgang til holdningene og verdiene til informantene, men også ting som ikke nødvendigvis vil observeres eller innhentes i formelle spørreskjemaer (Silvermann, 2017). Intervjuer gir innsikt i personenes opplevelser, synspunkter og selvforståelse. Informantene kan fortelle om hvordan de opplever sin livssituasjon, og hvordan de forstår sine erfaringer (Thagaard, 2019). Åpne og fleksible spørsmål vil kunne gi mer gjennomtenkt svar og respons enn lukkede og snevre spørsmål (Silvermann, 2017). I følge Tjora (2017) skilles mellom tre typer intervju; semistrukturerte

intervju, dybdeintervju og fokusgruppeintervju.

Et semistrukturert intervju består av forhåndsbestemte temaer og spørsmål, men er fleksibelt nok til at informanten kan snakke fritt rundt temaer som blir tatt opp under intervjuet (Wahyuni, 2012). I mitt masterprosjekt var målet å få kunnskap og forståelse for informantens opplevelser, erfaringer og historien deres om veien tilbake til håndballbanen etter en fremre korsbåndsskade. Derfor anså jeg et semi-strukturert intervju som den metoden som var best egnet. Informanten fikk mulighet til å fortelle fritt innenfor et forhåndsbestemt tema, noe som gjorde at jeg kunne be om utdypelse av temaer som dukket opp underveis (Wayyuni, 2012). For å sikre en enda dypere forståelse om temaet informanten fortalte om, benyttet jeg oppfølgingsspørsmål hvor jeg ba om flere eksempler og forklaring rundt temaene. En begrensning derimot, er at det kun ble benyttet intervju for å samle inn data.

Intervjuet baserte seg på retrospektive handlinger, noe som gjør at jeg får begrensende data på grunn av hukommelsen til informantene. Det ble kun foretatt ett intervju, noe som kan gi mindre pålitelighet enn om intervjuene hadde vært flere i antall og over en lengere periode. Samtidig hadde mastergradsprosjektet en begrenset tidsramme, og for å kunne gjennomført intervju over tid hadde det krevd mere tid enn hva dette prosjektet har. Spørreskjema ble ikke brukt siden prosjektet er basert på informantenes opplevelser og erfaringer, noe som gjør prosjektet troverdig (Silvermann, 2017). Kvalitative intervjuer vil gi mere tilgang til informantens erfaringer og opplevelser, noe som var hovedformålet til dette prosjektet.

Som en kvalitativ studie, gir dette prosjektet kun informasjon om hvordan de inkluderte informantene opplevde mestringsstro, sosial støtte, felleskap og tilhørighet til laget og frykten for re-skade i rehabiliteringsperioden. På grunn av at studien inkluderte norske kvinnelige topphåndballspillere og deres skadehistorie, kan vi ikke si at funnene i denne studien gjelder for andre idrettsutøvere. Men siden prosjektet benyttet et kvalitativt design, kan resultatene generaliseres til en større populasjon.

## 4.2 Utvalgsriterier

I kvalitative forskningsprosjekter legger forskeren ulike premisser for hva som skal undersøkes (Thagaard, 2019). Jeg har vært håndballspiller i mange år, og har derfor fått meg

et nettverk innenfor håndballmiljøet. Siden jeg har spilt i nasjonal serie en god stund, setter det meg i en situasjon hvor jeg har tilgang til feltet og informanter for å belyse dette prosjektets forskningsspørsmål. Derfor er det betydningsfullt å gjennomføre et strategisk utvalg hvor informanter med størst sannsynlighet og forutsetninger kan skape best mulig innsikt i temaet som studeres i denne mastergradsoppgaven. Inklusjonskriteriene skal styrke sannsynligheten for at informantene er kunnskapsrike som kan uttale seg om temaet på en reflektert måte, og bidra til at dette prosjektets forskningsspørsmål blir besvart på en best mulig måte. For å få innsikt i kvinnelige topphåndballspillere sin historie rundt avrevet fremre korsbånd, valgte jeg ut følgende inklusjonskriterier:

1. Informanten må være kvinnelig håndballspiller
2. Informanten må være eller ha vært kvinnelig håndballspiller i norsk topphåndball eller vært en del av en treningsgruppe (Elite/1.divisjon).
3. Informanten må ha røket fremre korsbånd, og gjennomført rehabiliteringsprosessen til en fremre korsbåndsskade
4. Informanten må ha spilt kamp etter rehabiliteringsprosessen

Det første kriterier ble satt på grunn ulike årsaker: 1) kvinner har 3-5 høyere risiko for en ACL-skade enn menn i håndball (Ardern et.al., 2014). 2) fordi kvinnelige håndballspillere er underrepresentert i studier, og kun et lite utvalg er kvinnelige håndballspillere kan denne mastergradsoppgaven bidra til å styrke kunnskapen om kvinnelige håndballspillers retur til idrett etter en ACL-skade, og tette gapet mellom kvinner og menn i idretten. 3) forskning viser at kvinner har en høyere forekomst av ACL-skader enn menn, og at kvinner er yngre enn menn når en ACL-skade inntreffer (Engebretsen et.al, 2014). Kvinner er også annerledes anatomisk sett, og styrke, koordinasjon og hormoner spiller en viktig rolle for kvinner kontra menn e (Olsen et.al., 2003).

Det andre kriteriet ble satt med bakgrunn i at jeg ville undersøke hvordan rehabiliteringsprosessen etter en ACL-skade oppleves for en toppidrettsutøver. Derfor ble det satt et krav om at informantene enten skulle enten ha spilt eller spiller kamper i norsk topphåndball, eller vært en del av en treningsgruppe i topphåndballen. Retur tilbake til idretten er også høyere hos eliteutøvere enn ikke-eliteutøvere (Lai et.al., 2017).

Tredje kriteriet kriterium ble satt med bakgrunn i at utøvere som skulle delta i prosjektet måtte ha et avrevet korsbånd og vært igjennom en rehabiliteringsprosess etter en fremre



korsbåndsskade. Utøvere med avrevet korsbånd har en sannsynlighet for at samme skade skal inntreffe igjen, og det medfører også en frykt for re-skade (Myklebust et.al., 2003). Utøvere som har avrevet et fremre korsbånd vil være ute av ordinær trening og konkurranse i et langt tidsrom, og alvorlighetsgraden av en ACL-skade kan være karrieretruende (Kvist et.al., 2005).

Grunnen til at de skulle ha vært igjennom en rehabiliteringsprosess var at de skulle være i stand til å fortelle om opplevelser og erfaringer underveis. Tidsperspektivet for når informantene skadet seg har også betydning for hvor godt informantene husker sine opplevelser, og delvis erfaring. Tre av informantene hadde gjennomført rehabiliteringsprosessen i senere tid, og tre hadde gjennomgått prosessen noen år tilbake. Det fjerde og siste kriteriet handlet om at jeg ville sette et felles kriterium for alle informantene som skulle være med på dette forskningsprosjektet. De skulle ha gjennomført rehabilitering og spilt kamper i tiden etterpå. Det var et ønske fra meg om en variasjon av ulike synspunkter på det å spille kamp igjen etter en rehabiliteringsprosess for å få et stort spenn av erfaringer, opplevelser og meninger. For å skape en bedre forståelse rundt temaet, var jeg bevisst på å prøve å kontakte utøvere som hadde returnert tilbake til idretten, og utøvere som ikke hadde returnert tilbake etter en/ flere ACL-skader, for å høre om informantens bakgrunn og erfaring ved veien tilbake til idretten.

#### 4.3 Datainnsamling

I starten av januar 2023 tok jeg kontakt med aktuelle informanter til prosjektet. Metoden jeg benyttet var å kontakte personer i håndballmiljøet jeg visste hadde avrevet fremre korsbånd og som spilte i 1.divisjon/eliteserie. Ettersom jeg selv har spilt i disse seriene har jeg et godt håndballnettverk. Jeg spurte informantene om 1) de kunne tenke seg å stille til intervju til mitt mastergradsprosjekt og 2) om de kjente noen som kunne være aktuell for intervju. Dette gjorde jeg via melding på Messenger. De som kunne tenke seg å delta tok jeg en telefonsamtale med for å forklare hva hensikten med prosjektet var. De utøverne jeg ble tipset om ringte jeg til hvor jeg presenterte meg og forklarte prosjektet. Dersom jeg ikke fikk kontakt med de via telefon på første forsøk, sendte jeg en SMS med bakgrunnen til hvorfor jeg ringte og ba de ringe meg opp igjen. Om ikke dette resulterte i noe respons ringte jeg de opp igjen noen dager senere.

Til sammen kontaktet jeg ti utøvere direkte via Messenger og telefon. Av disse ti var det seks

stykker som besvarte min henvendelse. Alle disse seks tilfredsstilte utvalgskriteriene, og de fikk tilsendt et informasjonsskriv og samtykkeerklæring via mail. Informasjonsskrivet inneholdt prosjektet bakgrunn og formål, hva det innebærer å delta, deres rettigheter samt hvordan personopplysninger deres ville bli oppbevart og brukt (se vedlegg 1). Når jeg tok kontakt med aktuelle informanter, hadde jeg ikke fått godkjent prosjektet av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet ble meldt inn 14 februar 2023. Siden jeg ikke hadde fått godkjenning avtalte jeg ikke intervju tidspunkt med informantene når jeg tok kontakt første gangen. Jeg informerte informantene om at jeg ikke hadde fått godkjenning ennå, og når jeg hadde fått det godkjent så skulle jeg ta kontakt og informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble sendt ut. Etter dette avtalte jeg med informantene tid og sted for intervjuet. Prosjektet ble godkjent 22 februar 2023, og 24. februar kontaktet jeg informantene og foreslo tidspunkt for intervju. Vedlagt (vedlegg 2) ligger vurdering og godkjennelse fra NSD.

#### 4.3.1 Utvalget

Utvalget ble seks kvinnelige håndballspillere fra ulike klubber i eliteserien og 1. divisjon i Norge. De to nivåene sammen med 2. divisjon regnes som norsk topphåndball. Det vil si at disse informantene er på et nasjonalt nivå. Dette innebærer også at de deltar i nasjonale og eller/internasjonale turneringer. Informantene er mellom 22-30 år og alle har hatt skade i kne, derav avrevet fremre korsbånd. Det er individuelt hvor lenge de har vært ute fra ordinær trening i rehabiliteringsprosessen, men alle informanter har vært uten konkurranse mellom ni til 16 måneder. Når intervjuene ble gjennomført hadde fem av seks informanter vært igjennom rehabiliteringsprosessen, den siste informanten hadde gjennomgått ti måneder med rehabilitering, og hadde to måneder igjen av hennes tredje korsbåndsskade.

Totalt var det tre stykker som kom tilbake til idretten etter avrevet korsbånd og tre stykker som ikke kom tilbake etter en korsbåndsskade. De tre som ikke returnerte tilbake hadde hatt en eller flere korsbåndsskader tidligere og returnert til toppnivå. Ved deres siste korsbåndsskade valgte de å ikke returnere. Det oppgis ikke mer spesifikk informasjon om informantene for å sikre deres anonymitet.

Informant	1	2	3	4	5	6
Alder ved ACL skade(n)	1: 17 år 2: 18 år 3: 21 år	1:15 år 2:17 år	24 år	1: 14 år 2: 16 år 3: 20 år	1: 15 år 2: 19 år	19 år
Nivå	1. divisjon	J-18 og 1.divisjon	Eliteserien	Eliteserien	1. divisjon	Eliteserien
Antall ACL-skader	3	2	1	3	2	1
Status RTI	Ikke returnert	Ikke returnert	Returnert	Ikke returnert	Returnert	Returnert

**Tabell 1:** Deltakerkarakteristikk.

#### 4.4 Utforming av intervjuguide

Hovedstrukturen i en intervjuguide består av spørsmål som representerer sentrale temaer i dette prosjektet. Når en utformer en intervjuguide må det planlegges godt, slik at en kan både stille spørsmål om sentrale temaer i prosjektet, men også være fleksible overfor informantens utsagn (Thagaard, 2019). Intervjuguiden til dette masterprosjektet ble utformet med kunnskap om håndball og rehabiliteringsprosessen til en fremre korsbåndsskader, samt teoretisk kunnskap om 'retur til idrett' etter en alvorlig skade. Dette ble også strukturert i intervjuguiden som startet med en innledning om informanten, deretter tre temaer som er sentrale i dette prosjektet: mestringstro, relasjoner og retur tilbake til idretten. Vedlagt ligger intervjuguiden (vedlegg 3).

Først laget jeg et utkast til intervjuguiden, og gjennomført et pilot-intervju. Det ble gjennomført med en kvinnelig håndballspiller som hadde vært ute med avrevet korsbånd i 13 måneder. Dette var ikke en utøver i norsk topphåndball, men spiller i 3 divisjon, og var nylig kommet tilbake fra fremre korsbåndsskade. Pilot-intervjuet ble gjennomført for å teste spørsmålene og strukturen i intervjuguiden, og hvordan jeg selv var som intervjuer. Siden denne prøveintervjueren hadde nylig gjennomgått en rehabiliteringsprosess og spilt kamp, anså jeg det som relevant siden her fikk jeg tatt et prøveintervju med noen som nettopp hadde vært igjennom en korsbåndsskade. Det ble gjort noen endringer i intervjuguiden, da jeg så at jeg måtte ha flere oppfølgingsspørsmål til de som hadde hatt en korsbåndsskade flere ganger. Samtidig ble jeg bevisst på at jeg kunne med fordel stille enda flere tilleggs- og oppfølgingsspørsmål generelt gjennom intervjuet. Dette var spørsmål som spurte etter hvordan det var å returnere tilbake til idretten, hvordan de opplevde frykten for en ny skade, hvordan de opplevde å få en re-skade og hvordan de opplevde å være utenfor laget i en så

lang periode. Pilotintervjuet ga meg mulighet til å reflektere og tenke over hvilke spørsmål jeg kunne stille for å få informanten til å forklare mer, samt det å gi eksempler ettersom jeg etterspurte eksempler i pilotintervjuet. Det å fortelle om når en var korsbåndsskadet er et sårt tema for mange av informantene, og jeg brukte oppfølgingsspørsmålene for å oppfordre informanten til å uttrykke seg mer konkret om spesifikke erfaringer. Noen informanter fortalte i detalj om hvordan de opplevde skaden, mens andre fortalte mere generelt. Dersom vi skal få mer konkrete svar, må vi stille oppfølgingsspørsmål som inviterer informanten til å utdype sine følelser og reaksjoner (Thagaard, 2019). Dette pilotintervjuet var en fin øvelse for meg for hvordan jeg skulle opptre i et intervju slik at rammene for intervjuet ble trygg hvor informanten kunne føle på en trygghet til å dele sin kunnskap. Etter at pilotintervjuet var ferdig spurte jeg informanten om det var noe mere jeg burde legge til, og om informanten selv følte at spørsmålene var gode. Informanten sa etter intervjuet at det var et vanskelig og sårt tema å prate om, men spørsmålene dekte hvordan det er å være korsbåndsskadet.

#### 4.5 Gjennomføring av intervju

Etter at informantene hadde skrevet under informasjonsskrivet og samtykkeerklæring ble tidspunkt avtalt. Ettersom at fem informanter bodde i ulike byer i Norge, ble disse fem intervjuene gjennomført via Teams. Kun ett intervju ble gjennomført på en kafe i byen hvor informanten bor. Lengden på intervjuene var mellom 30-50 minutter. Jeg innledet alle intervjuene ved å gjenta hva forskningsprosjektet omhandlet, og de rettighetene informantene hadde. Videre fortalte jeg hva jeg studerte, bakgrunnen for teamet, og min interesse rundt temaet. Dette opplevde jeg som en trygghet for informantene, og skape en trygg relasjon mellom meg og informanten.

Før intervjuet sa jeg også at informantene sto fritt til å fortelle om ting så fremst det følte naturlig. Jeg startet intervjuet med generelle innledende spørsmål om korsbåndsskaden for å gjøre de trygge og avslappet. Deretter gikk det over til at jeg ba de fortelle om skaden sin og hva de husket. Det å være korsbåndsskadet er det en håndballspillers verste mareritt fordi man vet aldri utfallet, og om man kan returnere tilbake til idretten, og frykten for en ny skade er relativt stor. Dermed kan det tenkes at informantene allerede har snakket om skaden, for eksempel med en fysioterapeut, som kan gjøre det trygt å gjenfortelle sin historie om veien tilbake til håndballbanen. De tre ulike temaene i intervjuet krevde mere refleksjon hvor informantene fikk utdypet sine meninger, opplevelser og erfaringer. Intervjuguiden ble fulgt

slavisk, men oppfølgingsspørsmål dersom jeg ville at de skulle utdype mere. Det var flere anledninger hvor informantene var åpne om ulike temaer som var i intervjuguiden, uten at jeg hadde stilt spørsmålet. Jeg opplevde det som at når jeg stilte flere oppfølgingsspørsmål var det lettere for informanten å svare, ettersom at informanten allerede hadde vært åpen om det. Et eksempel som gikk igjen hos alle informantene var hvor tøft det var mentalt å komme tilbake til banen, og hvor stor frykt de hadde for en re-skade.

#### 4.5.1 Lydopptak

I informasjonsskrivet som informantene fikk var det beskrevet at intervjuet ville bli tatt opp med en lydopptaker. Før intervjuet informerte jeg informantene hvordan lydopptaket fungerte og hvordan det ble lagret. Jeg spurte også alle informanter om det var i orden av jeg tok lydopptak. Fordelen med å benytte seg av lydopptak er at en som forsker kan fokusere helt på informanten, kroppsspråket deres og uttalelser, istedenfor at fokuset ligger på å notere det som blir sagt i intervjusituasjonen (Tjora, 2017). Samtidig er det lettere å stille gode oppfølgingsspørsmål, vise interesse for det informanten forteller og opprettholde en personlig kontakt mellom forsker og informanten ved at man benytter lydopptaker fremfor å ta notater (Thagaard, 2018).

Lydopptaket ble tatt opp via mobilappen Nettskjema-Diktafon. Nettskjema er en sikker løsning for datainnsamling via nett, og kan samle inn sensitive personopplysninger til Tjenester for sensitive data (TSD). Lydopptaket ble ikke lagret på mobiltelefon, men kun via Nettskjema hvor man måtte logge seg inn med NTNU brukernavn og passord (Feide-pålogging). NTNU har databehandleravtale med UiO for bruk av Nettskjema, og denne databehandleravtalen gjelder for de som bruker Nettskjema som student eller ansatt ved NTNU. Lydopptakene ble slettet etter at prosjektet ved denne masteroppgaven var ferdig

#### 4.6 Analyse

En analyse skal primært finne ut av hva informantene har fortalt for å kunne avdekke nye perspektiver og kunnskap basert på deres refleksjoner (Thagaard, 2018). I analysearbeidet brukte jeg en kvalitativ tematisk innholdsanalyse. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (temaer) i dataanalysen (Braun & Clarke, 2006). Dataanalysen fulgte Braun & Clarke sin seks-steps modell for en tematisk analyse. Steg en var å gjøre seg kjent med datamaterialet via intervjuer, transkribering av data, lese de og skrive refleksjonsnotater. Steg to besto av å generere innledende koder og kode interessante

trekk ved datamaterialet på en systematisk måte. Ved steg tre samlet jeg koder i potensielle temaer. Her ble temaene utdypet med informantens refleksjoner. Steg fire gikk jeg gjennom de etablerte temaene for å sjekke om temaet reflekterer kodingen og hele datasettet på en god måte. Det gjorde at jeg måtte reorganisere og justere temaene underveis. I steg fem ble temaene definert og navngitt med spesialisering i forhold til hva datamaterialet fortalte. Siste steget av analysen besto av å trekke frem eksempler i form av sitater som underbygde temaet og som kunne knyttes opp imot forskningsspørsmålet og litteratur.

Intervjuene har blitt lest flere ganger med et ønske om å finne mening og forståelse i innholdet. For at jeg skulle finne et mønster og avdekke mening i dataene mine, delte jeg det opp i flere temaer (se tabell 2). Jeg konverterte data til mindre enheter, slik som vist i tabellen under. Måten dette ble gjort på var at jeg valgte å dele innholdet inn i temaer, og deretter koblet jeg data i henhold til temaene. Dette ble gjort ved å bruke markeringstusjer i ulike farger, hvor aktuelt innhold ble markert etter hvilket tema det hørte under. Det ble en kategorisk inndeling, hvor en kategori er en gruppe relevante temaer som har fellestrekk. Tabellen under viser hvordan jeg har delt inn i hovedtema og undertema.

1. Mestring	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mestringstro</li> <li>2. Rehabiliteringsprosessen og faser</li> <li>3. Utfordringer</li> </ol>
2. Sosial støtte	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lagvenninner, lagvenninner med samme type skade, fysioterapeut og treneren</li> <li>2. Fellesskap og tilhørighet til laget</li> </ol>
3. Frykt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frykt for re-skade</li> <li>2. Prestasjon</li> </ol>

**Tabell 2:** Hovedtemaer og undertemaer avdekket i analysearbeidet.

#### 4.6.1 Transkribering

Etter at jeg hadde gjennomført hvert intervju startet jeg prosessen med å transkribere. Denne transkriberingen ble gjort rett etter at jeg hadde intervjuet informantene, noe som gjorde at jeg hadde intervjuet ferskt i minne. For å styrke transkripsjonens reliabilitet hørte jeg gjennom lydopptaket en gang til, samtidig som jeg leste over det transkriberte dokumentet for å sikre at alt var skrevet ned. Ifølge Kvale og Brinkman (2018) oppdager man ulikheter og eventuelle feil ved å gjøre det på denne måten. Jeg valgte å transkribere talespråk og informantens uttalelse ble skrevet på bokmål. Alle ord ble transkribert, med unntak av tenkende ordlyder som «hmm» «eeeh» «tjaaa». Bakgrunnen for at jeg skrev ned uttalelsene på bokmål er at det blir enda mere anonymt og vanskeligere å knytte uttalelser opp mot informanter. Ved at man

skriver uttalelsene på dialekt er det lett å spore hvem som har sagt uttalelsene, og samtidig bidra til en vanskeligere forståelse av de transkriberte intervjuene. Siden jeg transkriberte intervjuene på en passord beskyttet privat PC og ved bruk av Microsoft Word, ble informasjon om personer og annet relevant informasjon som kan bidra i gjenkjenning av informantene anonymisert fortløpende. Etter hvert ble de transkriberte intervjuene sendt hver for seg til informantene slik at de fikk se igjennom, korrigere, fjerne eller tilføye mere informasjon. Det var ingen av informantene som ville at teksten skulle forandres, men en informant ville tilføye mere informasjon ettersom informanten følte at hun hadde mere nyttig informasjon å komme med som ikke ble sagt i intervjuet.

#### 4.6.2 Koding og tematisering

Når alt av datamaterialet var transkribert brukte jeg det digitale programmet NVivo som et verktøy som skulle håndtere den store mengden tekst-data. Denne kodingen ble brukt for å gjøre kodingen mer oversiktlig og systematisk og gjennom kodingen fikk jeg organisert datamaterialet. Jeg lot datamaterialet styre utviklingen av koder, men tok også utgangspunkt i den teoretiske kunnskapen om RTI. Etter dette ble neste fase å søke etter temaer og koble sammen ulike koder for å danne temaer (Braun & Clarke, 2006). Her brukte jeg et manuelt analysearbeid slik som vist i tabell 3 under. Ved denne fasen gikk jeg en del frem og tilbake mellom de transkriberte intervjuene, kodene mine og teori. Videre utarbeidet jeg hovedtemaer og undertemaer slik at de passet til de kodede utdragene og datasettet. Dette arbeidet startet da jeg transkriberte intervjuene og noterte temaer og ideer underveis. Til slutt endte jeg opp med tre hovedtemaer med flere undertemaer.

Sitat (Direkte sitat fra informanten)	Meningsbærende enheter	Meningskondensering	Tema
Det var den perioden jeg bare spilte forsvar fordi redselen var så stor fordi jeg hadde røket det to ganger i angrep (...). Jeg var sterk nok, jeg hadde hatt gode tester og ventet lenge nok, men hodet mitt stoppet meg (...). Jeg måtte altså snu tankegangen og visualisere. Det hjalp for meg. Den gradvise	Utøver som opplever en frykt for å ryke korsbåndet igjen ettersom det har skjedd to ganger i angrep før. Frykten gjør det vanskelig å spille angrep når utøvere er klarert for spill og returnerer tilbake til idretten	Gjentatte korsbåndsskader gir en frykt for at samme skade skal inntreffe igjen	Hovedtema: Frykt Undertema: Frykt for re-skade

opptrappingen gjorde nok at jeg kom tilbake, og at jeg skiftet klubb. Det var et stort faktum for at jeg kunne starte med blanke ark.			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

**Tabell 3:** Eksempel fra matrisen som ble brukt i analysen av kvalitativt intervjumateriale.

#### 4.7 Etiske hensyn

Etiske hensyn innen kvalitativ forskning innebærer informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av forskningen, og formell godkjenning av forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). I dette prosjektet er det tatt etiske hensyn gjennom hele prosessen. Jeg har tenkt gjennom hvilke etiske utfordringer mitt arbeid kan møte, og sett på hvordan dette eventuelt skal håndteres. For å få tak i den kunnskapen jeg er ute etter, har det vært viktig og grunnleggende å fokusere på tillit til informantene, hvor de skal oppleve å bli ivaretatt på bakgrunn av deres bidrag i prosjektet (Dalland 2017). Videre er det også ønskelig at kunnskapen som fremskaffes skal kunne overføres til informantene som deltar samt andre i samme situasjon, som også kan ha gitt de motivasjon til å delta. Derfor blir også den ferdigstilte oppgaven sendt til informantene.

##### 4.7.1 Personvern, konfidensialitet og datasikkerhet

Dette forskningsprosjektet er godkjent av Norsk senter for forskingsdata (NSD), og vurderingen ligger vedlagt. Prosjektet har forholdt seg til de etiske retningslinjene som er beskrevet av NSD og de retningslinjene for behandling av personopplysninger. Meldeplikt til NSD gjelder når personopplysningene behandles ved hjelp av datamaskiner og utstyr, og i denne sammenhengen var det en lydopptaker (Dalland, 2017). Det har vært viktig for meg å fremstå tillitsfull fremfor informantene og at de vet at prosjektet er gjort etisk riktig. Dette er på grunn av at jeg er takknemlig for at de har deltatt i mitt prosjekt, og vise de respekt og ydmykhet for at de har latt meg komme så tett på deres opplevelse med en så alvorlig skade og sine personlige historier. Informantens identitet ble beskyttet gjennom nummerering av lydfilen. Jeg hadde ikke noen opplysninger som kunne identifiseres slik som idrettsklubb, navn på støtteapparat/fysioterapeut/trener, lagvenninner og geografisk sted. I tillegg er informantene kun beskrevet som informant 1, informant 2 osv. Lydopptakene ble slettet etter at intervjuene var transkribert og datamaterialet vil bli slettet ved prosjektet slutt som er 19.06.2023. Personopplysningsloven sier at opplysningene kun skal brukes til det som er formålet med prosjektet (Dalland, 2017). Under dette kommer taushetsplikten som gjelder for



meg og min veileder som er de eneste som har tilgang til personopplysningene og datamaterialet fra intervjuene.

#### 4.7.2 Informert samtykke

Informert samtykke ble utarbeidet etter retningslinjene til NSD og ble sendt til informantene når kontakt var opprettet og inneholdt informasjon om bakgrunn og formål med prosjektet, frivillig deltagelse, hva det innebærer å delta og at de kan når som helst trekke seg og informantenes rettigheter samt personvern. Informasjonsskrivet inneholdt også en samtykkeerklæring, hvor informantene bekreftet det informerte samtykket. I tillegg til at det ble informert om i informasjonsskrivet, ble alle informantene spurt før intervjuet startet om det var greit med lydopptak av intervjuet. Dette var noe alle samtykket til.

### 4.8 Metodiske kvaliteter

Siden tematisk analyse er en fleksibel metode, er det viktig å være tydelig og eksplisitt hva man gjør som forker og det man sier skal stemme overens med det som faktisk blir gjort (Braun & Clarke, 2006). Målet har vært å la prosessen være så tydelig som mulig ovenfor leser, og jeg har forsøkt å gi nøyaktige og gode beskrivelser av hva jeg har gjort samt hvorfor og hvordan dette er blitt gjort gjennom hele forskningsprosessen. Ved å gjøre det på denne måten kan leseren selv vurdere prosessene i forskningsarbeidet og ta stilling til prosjektet har troverdige funn (Markula & Silk, 2011).

#### 4.8.1 Validitet

Validitet handler om relevans og gyldighet. Valget av semistrukturert intervju fremfor andre kvalitative metoder var basert på at jeg ønsket å få en så detaljert informasjon som mulig om tankene til hver enkelt informant. Siden jeg hadde et semistrukturert intervju med åpne spørsmål hadde jeg også mulighet til å gå mere i dybden i hver enkelt informant sine opplevelser, og kunne også følge opp deres utsagn. Dette ga informantene mulighet til å komme med egne refleksjoner, og noen spørsmål ga mulighet for å gi utfyllende svar. Ifølge Kvale & Brinkman (2015) vil det alltid være en risiko for at informantene forteller det de tror intervjueren vil høre eller at informantene tilbakeholder informasjon. Dette er naturligvis vanskelig å kontrollere, men jeg forsøkte å skape god tillit ved å introdusere meg selv og hva min rolle var slik at det var lettere for de å dele sine åpne og ærlige tanker. Dersom informantene får spørsmålene før intervjuet starter kan det gi de trygghet og forutsigbarhet (Thagaard, 2018), men jeg gjorde ikke dette da jeg ønsket å få informantenes spontane svar og

reaksjoner. Jeg som forsker var også opptatt av at de ikke skulle forberede seg til intervjuet, da jeg ville ha deres umiddelbare tanker.

Validiteten er også avgjørende for forskerens posisjon og bakgrunn (Kvale & Brinkman, 2015). Jeg hadde ikke gjennomført kvalitative intervjuer før, så min posisjon som kvalitativ forsker var ny. Til tross for dette hadde jeg god kjennskap til temaet, erfaring med å være på lag, samt snakke med ACL skadet utøvere, og jeg selv som håndballspiller har erfart hvordan det er å være ute med langtidsskade i kneet. Siden jeg ikke hadde noen erfaring med kvalitativ forskning, gjennomførte jeg et pilotintervju. Her fikk jeg trent på å intervju og transkriberte rett etter intervjuet var ferdig og jeg ble også kjent med hvordan jeg skulle kode i en tematisk analyse. Ved å gjøre dette ble jeg mer reflektert, og etter pilotintervjuet endret jeg på deler av intervjuguiden. Dette var fordi at jeg fikk innspill fra informanten som gjennomførte pilotintervju, og at jeg selv som forsker erfarte at jeg måtte ha mere utfyllende spørsmål slik at jeg fikk en dypere forståelse.

Når forskningsprosjektet er avsluttet er det selvfølgelig ønskelig at utøvere og apparatet som er rundt utøveren slik som lagvenninner, trenere, fysioterapeut, familie og venner kan dra nytte av kunnskapen som har kommet frem, men i noe begrenset grad. Dette forskningsprosjektet retter fokus mot kvinnelige norske topphåndballspillere fra eliteserien og 1.divisjon sine erfaringer og opplevelser rundt det å returnere tilbake til idretter etter en ACL-skade. Prosjektet gir en forståelse og innsikt i informantenes situasjoner og erfaringer. Funnene i prosjektet kan bidra med å skape bevissthet rundt hva toppidrettsutøvere opplever fra skaden inntreffer og til de returnert til idretten, og hva de gjennomgår i løpet av rehabiliteringsprosessen. Frykt for re-skade, rehabiliteringsprosessen eller trener-utøver-relasjon vil ha flere likheter til andre idretter enn bare håndball. Men ulikheter i situasjoner og kontekster gjør av kunnskapen fra dette prosjektet bør reflekteres over. Det kan dreie seg om at idretter er ulike slik som lagidretter kontra individuelle idretter. Kvinner og menn kan oppleve situasjonen ulikt.

#### 4.8.2 Reliabilitet

Reliabilitet innebærer pålitelighet og troverdighet, og troverdigheten til forskningsprosjektet kan en påvirke gjennom å vise til at studien faktisk måler det som er ment (Thagaard, 2018; Wahyuni, 2012). En måte å styrke denne troverdigheten på er å være åpen rundt utvalget og kriterier for hvilke informanter som eventuelt kan bidra med relevant kunnskap og erfaring.

Ofte settes reliabilitet i sammenheng med at resultatene en får skal kunne reproduseres, og det innebærer at forskeren har en detaljert redegjørelse og systematisk beskrivelse av hva de har gjort, slik at leseren kan sette seg inn i innholdet til forskningsprosjektet og vurdere selv hvordan funnene fra prosjektet kan overføres til andre kontekster (Kvale & Brinkman, 2015; Markula & Silk, 2011; Wahyuni, 2012). Jeg har dokumentert metoden jeg har brukt i dette forskningsprosjektet og hva logikken fra funnene er, samt konklusjon. Dette danner grunnlaget for at forskningen kan etterprøves. Det vil si at forskningen kan gjennomgå og godkjennes av andre. En analyse vil alltid bære preg av forskerens tolkninger (Widerberg, 2001), noe som har en stor betydning for kvaliteten på forskningen og at forskerens forforståelser og rolle beskrives og reflekteres over. Ved å beskrive det teoretiske rammeverket viser det leseren hvilken forståelse jeg som forsker har når jeg analyserer datamaterialet (Markula & Silk, 2011). Det skaper pålitelighet til studien fordi leseren får en forståelse for hvordan bakgrunnen og kunnskapen til forskeren preger forskningsprosessen samt tolkningene av funnene (Markula & Silk, 2011).

Antall informanter som var inkludert i denne forskningen var seks stykker, og dette er i minimum informanter man bør ha ifølge Kvale & Brinkmann (2015). Inkluderingen av flere informanter kunne styrket forskningen, men mindre utvalgsstørrelser har også fordeler i form av et grundig fokus på analyseprosessen (Kvale & Brinkman, 2015), og ifølge Thagaard (2018) er det anbefalt at forskere som har liten bakgrunn fra før med kvalitativ forskning, benytter seg av mindre utvalg slik at analyseprosessen forenkles, men blir gjort meget grundig. På bakgrunn av dette anså jeg seks informanter som hensiktsmessig.

Tematisk analyse som denne oppgaven bærer preg av noen svakheter. Metoden kan gi lite konkret fremgangsmåte som i ettertid gjør det vanskelig på en transparent måte å legge frem hvordan analysen og bearbeidelse av resultatene er gjennomført (Thagaard, 2018). Dette har jeg forsøkt å motvirke ved at jeg har objektiv i arbeidet med å beskrive likheter og svakheter i dataene og tilpasset hovedtema og undertema til dataene, og ikke omvendt. I analysen tok jeg for meg informantenes sitater og tidligere forskning, samt teori.

#### 4.8.3 Forskerrolle og objektivitet

Forskerrollens kjennskap til miljøet har en stor fordel fordi det gir en større innsikt i tema som studeres (Thagaard, 2018). Jeg som forsker har bakgrunn fra håndballmiljøet som håndballspiller på et høyt nivå, noe som jeg tar med meg inn i forskningsprosessen. Ut ifra informantens sitt ståsted kan det bidra til at jeg som forsker forstår deres ståsted, situasjon og

uttalelser fordi har god kjennskap til håndballmiljøet, og har selv god erfaring med å være kneskadet, samt det å gjennomgå en lang rehabiliteringsprosess. Dette kan også ha motsatt effekt av det man egentlig ønsker fordi det kan være utfordrende å være åpen til nye forståelser som igjen fører til at informasjon og tolkninger kan bli oversett. På bakgrunn av at jeg som forsker har en god del forkunnskaper om temaet i dette forskningsprosjektet, prøvde jeg å la mine egne erfaringer og oppfatninger ligge litt til side gjennom intervjuene og analysen. Siden jeg selv har vært kneskadet og har erfaring og tilknytning til håndballmiljøet kan det ha bidratt til at intervjusituasjonen var mindre truende for informantene, fordi min forskerrolle ikke er fremmed. Informantene har kanskje sett på meg som en med forståelse for deres situasjon som igjen gjør det lettere å åpne seg og fortelle om sine egne erfaringer og meninger. Underveis i intervjuene forsøkte jeg å være tydelig og bevisst i min rolle og følge opp informantens utsagn i stedet for å komme med tolkninger basert på mine tidligere kunnskaper eller erfaringer samt ulike eksempler.

Forskerrollen kan også være en styrke og en svakhet med prosjektet. En svakhet er at jeg er uerfaren innenfor kvalitativ forskningsmetode, noe som kan ha en negativ innvirkning i intervjusituasjonen. På grunn av den manglende erfaringen kan det være at noen spørsmål burde blitt stilt annerledes for å få en dypere forståelse for temaet, og noen spørsmål burde blitt stilt, men som ikke ble det. I analysen kan det være ulike forståelser og tolkninger jeg har oversett på grunn av at jeg mangler erfaring med det å analysere. På den andre siden har jeg kunnskap og erfaring om utøverens situasjon, og det å gå gjennom en kneskade ettersom jeg selv spiller håndball. Dette kan gjøre at jeg tolker datamaterialet annerledes enn de uten erfaring fra håndball og rehabiliteringsprosessen, og vet hva de referer til når de snakker om rehabiliteringssituasjonen, og hvor tøff veien er tilbake til topphåndballen. Jeg kan også samtidig være en person hvor det er lettere for informanten å åpne seg siden jeg er en del av håndballmiljøet selv, og er aktiv spiller. På dette grunnlaget kan det ha gitt rike og gode analyser samt diskusjoner i dette masterprosjektet.

## 5. Analyse

I dette kapittelet vil det analyseres og diskuteres hvordan de kvinnelige håndballspillerne erfarer og opplever veien tilbake etter en fremre korsbåndsskade. Dette inkluderer de ulike fasene i rehabiliteringsprosessen, utøverens mestringstro, opplevelse av sosial støtte og

tilhørighet og frykten for en re-skade. Dataene vil bli analysert i lys av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning.

Utøverne som deltok i dette mastergradsprosjektet var alle sterkt motivert for RTI, og hadde en stor tro på seg selv at de skulle klare å returnere. Alle informanter utenom en hadde fysioterapeuter som fulgte de tett. Analysen viser at god oppfølging under rehabiliteringsprosessen kombinert med sosial støtte var ensbetydende for en god opplevelse av rehabiliteringen og å føle seg god nok rustet til å returnere.

### 5.1 Utøverens forståelse og tiden etter skade

Utøvere sitter ofte med ulik forståelse av skaden, og hvordan tiden oppleves etter skaden er individuell. Mange utøvere opplever ofte sinne, depresjon, angst, mangel på selvtillit og en frykt for å få en re-skade (Ardern et.al., 2016). Dette kan derfor indikere at en suksessfull retur er avhengig av at utøverne er både psykisk og fysisk klar (Ardern et.al., 2016). Dette kapitlet vil ta for seg hvordan informantene oppfatter skadesituasjonen og hvor sårbar tiden etter skaden er, samt hvordan informantene underveis opplever rehabiliteringsprosessen i forhold til mestringstro.

#### 5.1.1 Opplevelsen av rehabiliteringsprosessen og veien tilbake

Utøvere som er langtidsskadet opplever i løpet av rehabiliteringsprosessen å møte en rekke psykososiale utfordringer (Clement et.al., 2015). I en tidlig fase av rehabiliteringen viser utøverne ofte tegn til frustrasjon og depresjon på grunn av fravær av idrettsdeltagelse (Johnston & Carrol, 1998a). Som sitatene under viser, så er dette noe utøverne ofte kjenner seg igjen i:

**I1:** «Jeg husker veldig godt når det skjedde andre gangen på trening, jeg dro på sykehuset og var helst knust. Akkurat da har man ingen håp, man har egentlig gitt litt opp hvor alt er negativt og mye tårer. Ingenting av det folk sier hjelper og man går fort inn i sine egne tanker. Så får man bekreftet at det er røket, og da husker jeg at jeg hadde det veldig tøft i to uker hvor jeg ikke klarte å finne den indre krigeren i meg før etter to uker»

**I3:** «Den første perioden ser man mørkt på livet. Det er noen tunge uker der i begynnelsen.»

**I6:** «Før jeg opererte var jeg ganske langt nede. Da hadde jeg innsett at hele neste sesong kom til å ryke, og jeg var på landslag så det var en del landslagssamlinger som jeg gikk glipp av. Så det var mange faktorer som gjorde at jeg var veldig lei meg. Jeg kunne ikke bidra med det jeg hadde bidratt med, også følte jeg at hverdagen flat litt i grus. Måtte endre tankegang og hva jeg fokuserte på. Plutselig var det ikke håndball som var det store. Det var en brå overgang»

Sitatene indikerer at tiden rett etter skaden er informantene sårbare og sønderknust som gjør veien tilbake uoppnåelig lang. Dette skaper mye frustrasjon og som informanten uttaler så er de første ukene brutale. Denne formen for reaksjoner er ifølge Kamphoff et.al., (2013) knyttet til angst og negative kognitive vurderinger. Dette kan føre til at de også blir møtt med motivasjonsutfordringer (Clement et.al., 2015). Som tidligere vist i den biopsykososiale modell for rehabilitering ved idrettsskade kan utøvere reagere ulikt på samme type skade, og utøveren opplever å gå igjennom en rekke av tanker og følelser som kan ha en effekt på utøverens oppførsel; atferd påvirker følelser og følelser kan påvirke atferden (Clement et.al., 2015). Informant 4 og 1 beskriver på sin måte hvordan de oppfatter sin egen atferd i skadesituasjonen, og hvordan de håndterer dette:

**I4:** «Først og fremst sitter man og venter på operasjonen. Jeg husker alle de periodene jeg har hatt fra korsbåndet ryker, MR og til man får svar på MR også operere, er helt grusomt. Du sitter bare å vente og får ingenting ut av det. Tiden går så sakte, og all trening føles bortkastet. Etter operasjonen får man jo et mål, og da må man bare. Fordi om man ikke jobber mot målet går det utover håndballen, men også den generelle livskvaliteten. Også er det tankene som surrer hele tiden, og man klarer ikke ordentlig å slappe av. Man tenker på alle timene man skal bruke på styrkerommet, og selve rehabiliteringen. Da kommer fort de negative tankene om at man aldri kommer til å prestere igjen. Om motivasjonen er sterkere slik den var med meg, så klarer man å trykke ned de følelsene.»

**I1:** «Man er veldig nedfor og ser at lagvenninne får gjøre det du ikke kan. Men jeg er en person som er god på å finne små gleder som er litt positivt. For eksempel at «i morgen kan jeg sykle». Det gjorde at jeg ikke tenke langt, men jeg har nå på et vis glemt hvor tøft det var. Det har også vært perioder hvor jeg tenker at jeg vil gi opp, man snakker stygt om seg selv, synes synd på seg selv og man ser ingen gleder i det

*man holder på med. For meg var det allikevel den indre troen på at dette skulle gå».*

Som sitatet over viser opplever informant 4 og 1 en rekke følelser og tanker som de prøver å håndtere og tilpasse seg. Fravær av mestringsstro medfører frustrasjon som går utøver motivasjonen. Begge informantene (4 og 1) indikerer at fravær av mestringsstro kommer av egne tanker om rehabiliteringsprosessen, og mye tid en må bruke på selve rehabiliteringen. Som vi ser det den indre motivasjonen med på å gjenoppbygge denne mestringsfølelsen. Alle informantene hadde gjennomgått en korsbåndoperasjon, og dannet seg erfaring med hvordan det var å ryke det fremre korsbåndet. Etter operasjonen så informantene fremover, og det var lettere å se lysglimt i rehabiliteringen når utøvere fikk lov til å ta nye steg slik som å kaste krykker, hinke og sykle slik som informant 2 beskriver:

**I2:** *«I det man kunne begynne å hoppe, hinke eller løfte litt mer og tålte mere belastning så var det sånne små ting som gjør det veldig stort. Når man klarer mere får man også mere troen».*

Som beskrevet tidligere i teoridelen består rehabiliteringen av tre faser. Rett etter at skaden har inntruffet kalles akutfasen, og informantene kan detaljert gjengi hvordan skaden skjedde, samt at de med flere ACL-skader som oftest ved at de har fått en ny ACL skade basert på situasjon og smerte (Eitzen et.al., 2008):

**I2:** *«Du skjønner med engang hva det gjelder»*

**I4:** *«Når jeg tok det tredje gangen skjønte jeg også hva det var»*

**I3:** *«Det sviktet med engang, så i det øyeblikket forsto jeg at her var det noe som ikke stemte ganske fort»*

Disse sitatene forteller at utøverne selv er klar over at noe alvorlig har skjedd, og allerede her forbereder seg på rehabiliteringen. I denne akutte fasen av rehabiliteringen er motivasjonen for å returnere en veldig lav. Etter noen uker begynner utøvere å se verdien av rehabiliteringen, og et ønske om retur begynner å nærme seg stadig. For utøvere som hadde vært igjennom flere korsbåndsskader ble mestringsstro sentralt i deres rehabilitering, noe jeg vil beskrive i neste delkapittel om mestringsstro. Informant 4 uttalte:

**I4:** *«jeg hadde aldri i nærheten vært samme person om jeg ikke hadde røket korsbåndet. Sånn sett er jeg nesten glad for det fordi det er ingenting som klarer å knekke min mentale syke i forhold til skole, jobb og andre sammenhenger.»*

Denne informanten uttrykket takknemlighet over lærdommen hun har hatt av rehabiliteringsprosessen, og muligheten for å returnere igjen.

### 5.1.2 Mestringstro

Bandura (1997) har utviklet en teori kalt «self-efficacy» som omhandler menneskers forventning og tro på å utføre og kontrollere bestemte oppgaver. Dersom man ikke ha tro på å mestre en oppgave, vil en også ha liten motivasjon til å utføre den handlingen som kreves for å løse oppgaven (Bandura, 1997). Derfor er mestringstro avgjørende for utøvere som har et ønske om å returnere tilbake etter en fremre korsbåndsskader. En tematikk som kom frem fra flere informanter var å få mer tro på seg selv etter den vonde skadesituasjonen. Troen på mestring handler ikke bare om ferdigheten en innehar, men også hva slags tro en har til seg selv for å mestre ulike oppgaver i ulike situasjoner (Bandura, 1997). I følge Bandura (1997) vil tidligere erfaringer med mestring ha stor innvirkning på mestringstroen på bakgrunn av det skyldes egne personlige erfaringer med mestring. Ut ifra Bandura (1997) sin teori vil opplevelse av suksess styrke mestringstroen, og opplevelsen av å mislykkes vil svekke mestringstroen. Sitatene under viser hvordan informantene tenkte og handlet, og felles for de alle var at de hadde et sterkt ønske om å returnere til sitt opprinnelige nivå før skaden skjedde:

**I1:** *«Jeg var egentlig ganske trygg på at jeg skulle klare å komme tilbake på samme nivå som jeg spilte på, og har alltid hatt en tro meg selv at jeg skulle klare å komme tilbake etter to korsbåndsskader»*

**I2:** *«Jeg var fast bestemt på at jeg skulle klare å komme tilbake, og det var mange som støttet meg og vi var også flere som var korsbåndsskadet og vi trente sammen og brukte hverandre»*

**I6:** *«I forhold til mestring så var det egentlig det å se at det gikk fremover i opptreningen som gav mestringsfølelse. Jeg nærmet meg målet hele tiden og var nærmere og nærmere å komme tilbake. Når jeg så fremgang så var det egentlig det som gjorde at jeg fortsatt hadde tro og det gav også motivasjon videre»*

Informantene opplevde etter hvert at frustrasjonen som kom rett etter skaden inntraff endret seg, og gleden kom tilbake etter hvert som de fikk klarsignal til å utfordre seg mere. Starten av fase to i rehabiliteringen oppleves for de aller fleste positivt, fordi de har kastet krykkene, kan gå og de verste smertene har begynt å gi seg. Med engang utøvere for lov til å utfolde seg



mere kommer også gleden tilbake, og det er motiverende, samt lettere å se at en retur tilbake til idretten er mulig. Informantene beskriver hvordan fase to av rehabiliteringen opplevdes:

**I2:** *«I det man kunne begynne å hoppe, hinke eller løfte litt mer og tålte mere belastning så var det sånne små ting som gjør det veldig stort. Når man klarer mere, får man også mere troen. Små ting ga glede og motivasjon. Men det er en lang periode så det gikk mye opp og ned. Kneken kom flere ganger, så en stor berg- og dalbane. Noen ganger har man troen på at det kommer til å gå bra, og andre ganger føler man at det ikke går bra»*

**I4:** *«Det er veldig milepæler man går gjennom. Det å sykle, gå uten krykker osv. Man klamrer seg fast i de små lysglimtene, og gjør man ikke det har man heller ikke motivasjon i det hele tatt. Det er å finne de små hakkene opp. Hoppe ti cm opp i luften, gå på mølle osv. Man blir veldig takknemlig for det og da blir egentreeningen også gøyere senere.»*

**I3:** *«Rehabiliteringen gikk greit når man først fikk kastet krykkene og kommet over den verste kneiken. Det å gå fra å trene med kroppsvekt til å løfte vekter var jo stort, og etter hvert det å begynne med håndballøvelser.»*

Informantene 2,4 og 3 forteller alle at motivasjonen kommer naturlig når de får lov å belaste det skadet kneet gradvis. For alle føles det ut som en milepæl å skulle gå fra å kaste krykkene, tsykle til å hoppe. Dette oppleves som stort og overveldende, og er med på å gi de motivasjon til å fortsette rehabiliteringen. Det interessante her er at informant 2 og 3 forteller om ulike perioder hvor motivasjon og troen på at rehabiliteringen skal gå bra er fraværende. Ut ifra analysen skissert gjennom de foregående sitatene kan det virke som at informant 4 bruker de små milepælene som et lyspunkt for å motivere seg på veien videre i mye større grad enn informant 2 og 3. Blandende tanker i rehabiliteringsprosessen kan resultere i endringer i følelsesmessige reaksjoner (Clement et.al., 2015), noe informant 2 beskriver. Ved en så lang rehabiliteringsprosess som ved en ACL-skade kan utøvere oppleve små gleder, og en rekke utfordringer. Disse utfordringene kan bestå i en redsel på å ikke prestere på samme nivå som tidligere eller utfordringer med rehabiliteringen.

Det kan virke som at det å ha troen på seg selv er en av de faktorene som er nærmest avgjørende for å klare å returnere til nivået en var på før skaden. Sammen med mestringstro

kommer også mestringsfølelsen når informantene opplevde at det gikk fremover i opptreningen. Til tross for at mange av informantene snakket om at de skulle klare å returnere sterkere tilbake, ble ikke dette en like positiv opplevelse for informant 4, som opplevde at hennes nærmeste støttespillere og folk rundt klubben, samt delvis hun selv ikke hadde troen på at hun skulle klare å returnere etter korsbåndsskade nummer to:

**I4:** «Men andre gangen var det veldig annerledes og jeg tenkte at dette ikke var så lett og jeg hadde mye mindre mestringsfølelse på at det skulle bli et nytt comeback. Samme med min far som hadde vært treneren min i mange år, han var veldig på at jeg kom til å miste mye verdifull tid på håndballbanen og stilte seg spørsmål og jeg kom til å bli god igjen. Siden han tvilte på det gjorde også at jeg ble veldig tvilsom på at jeg egentlig kunne klare det og om det var verdt det (...) Det gjør jo at mestringstroen blir lav og man tviler på om det kommer til å gå. Den eneste personen jeg kunne stole på var meg selv og min magefølelse. Jeg skulle tilbake å spille uansett hvilket nivå jeg måtte starte på igjen. Det gjorde også at motivasjonen for trening gikk opp selv om de rundt meg tvilte»

Som informanten sier, følte hun mindre mestringsfølelse andre gangen skaden skjedde. Hennes far tvilte på om hun kom til å returnere på samme nivå som tidligere, noe som gikk utover hennes mestringstro. I dette tilfellet ble løsningen til informant 4 å stole på seg selv, som er i tråd med Burland et.al (2018) som hevder at utøvere med utøvere med høy grad av mestringstro har mere positive utfall fordi de har en egen evne til å fullføre utfordrende oppgaver de står ovenfor. Progresjon gjennom rehabiliteringsprosessen ble også trukket frem som viktig for informant 5. Det å nå målene en hadde satt seg økte også mestringstroen, og utøvere med høy grad av mestringstro har et ekstra indre driv hvor mestringstro er relatert til progresjon gjennom hele rehabiliteringen sammen med at en når målene en har satt seg:

**I5:** «Jeg tror det som er avgjørende er at man føler en progresjon gjennom hele prosessen, man har lagt en plan fra start av og progresjonen og målene er nådd hver gang, og man tror på det når man er ferdig. I tillegg at man utfordrer seg hele veien, og det gikk alltid bra (...) Jeg tror det som er avgjørende er at man føler en progresjon gjennom hele prosessen, man har lagt en plan fra start av og progresjonen og målene er nådd hver gang, og man tror på det når man er ferdig. I tillegg at man utfordrer seg hele veien, og det gikk alltid bra»

Rehabiliteringsprosessen kan være lettere for utøvere som er fast bestemt på å returnere, og rehabiliteringen blir også lettere om man har en sterk mestringstro. Denne sterke mestringstroen kan også bidra til en vellykket opptrening (Thomeé et.al., 2007). Utøvere vil naturligvis bruke ulike strategier for å mestre rehabiliteringen. Ikke alle utøvere i denne studien opplevde å få like god oppfølging, men til tross for dette var mestringstro en sentral del for å returnere tilbake:

**I6:** *«I forhold til mestring så var det egentlig det å se at det gikk fremover i opptreningen som gav mestringsfølelse. Jeg nærmet meg målet hele tiden og var nærmere og nærmere å komme tilbake. Når jeg så fremgang så var det egentlig det som gjorde at jeg fortsatt hadde tro og det gav også motivasjon videre. Jeg sto alene under hele opptreningen, og hadde ikke noe fysioterapeut jeg gikk til. Så det var jo å finne øvelser på egenhånd, og stole på at jeg hadde gjort den jobben som trengtes»*

På grunnlag av at denne informanten opplevde å stå alene under hele opptreningen viser at noen utøvere opplever utfordringer med mestringstro siden de har ikke noen som kan bekrefte det de gjør underveis i rehabiliteringen. Informanten hadde utfordringer, men på tross av dette hadde hun tro på egen kompetanse for å håndtere disse utfordringene. Noen informanter forteller også at de har lært mye om seg selv etter skaden, og lært mer om seg selv i form av hva de tåler av trening samt belastning. Disse utfordringene til informantene kom rett etter operasjon, men også midtveis i rehabiliteringen. For noen tok det lengere tid enn de hadde forventet fra skaden inntraff til operasjon og retur tilbake:

**I2:** *«Jeg møtte jo på en del utfordringer i opptreningssfasen og når ting tok lengere tid. Jeg var forberedt på at det tok 9-12 måneder, og når det da tok lengere tid enn det begynte jeg å tvile litt. I selve opptreningen gikk jeg to skritt frem, og et tilbake fordi det oppstod ting».*

Smerter og nedsatt knefunksjon var den største faktoren som førte til usikkerhet om en i det hele tatt skulle klare å returnere tilbake. For noen informanter var det også utfordrende å skulle spille både angrep og forsvar når de hadde returnert i frykt for en re-skade. Noen informanter opplevde også utfordringer underveis i rehabiliteringen, slik som å pådra seg nye

skader som gjorde at troen på å returnere ble enda mere svekket enn det den var i utgangspunktet. Forskning viser at toppidrettsutøveren har en sterk mestringstro hvor de setter seg ambisiøse mål, samt takler utfordringer (Thomeé et.al., 2007). Slik sett har mestringstro en direkte innvirkning på innsatsen i rehabiliteringen (Thomeé et.al., 2007). Dermed kan ulike mestringsstrategier være nyttig for en utøver som er korsbåndsskadet slik at en kan håndtere utfordringene ved mestringsfølelsen som dukker opp (Thomeé et.al., 2010). På bakgrunn av at mestringstro påvirker hva en utøver vil oppnå resulterer dette i at en setter høyere mål for seg selv, noe som fører til at en oppnår et bedre resultat ifølge Bandura (1998). På den andre siden vil en utøver med lav mestringstro oppleve nederlag og bli tvilende til seg selv. I henhold til teorien til Bandura (1998) vil dette medføre at utøveren mister troen på egne ferdigheter og dermed også egen utvikling. Som et resultat av dette vil en utøver ved lav mestringstro ikke tilnærme seg utfordrende situasjoner fordi en mangler en overbevisning om at en klarer å kontrollere situasjonen og stole på egne ferdigheter. De med høy grad av mestringstro vil i en større grad oppsøke utfordrende situasjoner og fortsatt opprettholde mestringstroen tross nederlag (Bandura, 1997).

## 5.2 Sosial støtte

I dette kapitlet analyseres og drøftes hvordan de kvinnelige håndballspillere erfarer og opplever den støtten som de mottar i rehabiliteringsprosessen. Dette inkluderer hvilke personer de anser som de mest betydningsfulle og hvilken støtte de mottar fra disse personene. En sentral del vil også være på hvilken måte sosial støtte er viktig i rehabiliteringsprosessen.

### 5.2.1 Støtte fra familie og venner

Den vanligste atferds reaksjonen er å søke støtte hos familie. For flere ble familie en plass hvor de kunne få utløp for sin frustrasjon og dele sin frustrasjon. Spesielt i fase en av rehabiliteringen ble familie den viktigste støttespilleren:

**I1:** *«Jeg tenker familie først og fremst, mamma og pappa og mine søsken (...). Så jeg hadde ikke klart det om ikke familien var der, litt fordi at dem kunne jeg vært så ærlig til. Jeg kunne fortelle alt, men til lagvenninner og trenere måtte man på en måte vise en litt fasade på at «nei,nei dette går bra. Jeg er motivert». De så ikke hele bildet.*

*Bare mamma sin støtte under hver operasjon, tok seg fri og var der var viktigere enn jeg trodde.»*

**I3:** *«Rett etter operasjonen så var det nok mamma. Hun reiste samens med meg når jeg skulle opereres, og hun var enormt viktig for meg»*

Familie kan lytte og tilby emosjonell støtte. Denne støtten skal oppmuntre og opprettholde ulike former for mestring, og som informant 1 forteller er familien en plass hvor hun kunne få mye kjærlighet, støtte og få utløp for sine frustrasjoner og tanker. På den ene siden kan dette hjelpe utøveren fordi det blir en arena hvor en opplever støtte og får samtidig motivasjon og dette kan bidra til å håndtere de utfordrende situasjonene man møter i en rehabiliteringsprosess. På den andre siden får utøveren en følelse av å vise seg ufiltrert med de negative sidene og de emosjonelle reaksjonene som medfølger rehabiliteringsprosessen. Legg merke til at informant 1 forteller at hun følte hun måtte vise en fasade hvor hun latet som at det gikk bra og hun var motivert, når sannheten var at det faktisk var det motsatte, og rehabiliteringen kanskje ikke gikk helt etter planen.

### 5.2.2 Lagvenninner av betydning for retur

I likhet med familie og venner, beskrev informantene lagvenninner som en viktig del av det sosiale nettverket, og en viktig kilde til sosial støtte. Jaconsson et.al (2003) og Rafnsson et.al (2019) hevder at lagvenninner har en helt egen posisjon av den grunn at de ofte har opplevd en skadesituasjon som ligner den skadde utøveren sin. Utøveren kan også kjenne seg igjen i lagvenninner fordi de har nokså like roller og forventninger til hverandre. Det kan gjøre det lettere å ta i mot tilbakemeldinger og støtte som igjen kan være oppmuntrende og tilfredsstillende. Samtidig er også lagvenninner i en annen posisjon enn det familie og andre venner er, fordi de er en del av utøverens treningshverdag. Sitatene under beskriver dette:

**I4:** *«Jeg har hatt et par lagvenninner som har støttet meg siden jeg var 14, og stilt opp uansett»*

**I3:** *«Det er veldig godt å komme tilbake til lagvenninnene mine. Mange av de har røket det, og de visste hva jeg gikk igjennom»*

For lagvenninner er det lettere enn for familie og venner til å kjenne igjen hvor stort behovet for sosial støtte er, og tilby støtte slik at selvtilliten til den skadde utøvere styrkes (Freeman &

Rees, 2010). Ut ifra det informantene fortalte i intervjuene er det lettere å motiveres og motta støtte fra noen som er så tett på deg som vet hva man selv har gått igjennom.

**I4:** *«Selvfølgelig lagvenninner som bare vil det godt som stiller opp med kake om man har det kjipt, eller hva som helst. Bare det å vite at du har folk rundt deg, og egen mentalitet først og fremst»*

Denne formen for sosial støtte som utøveren opplever å motta fra lagvenninner kan styrke deres motivasjon, slik som informant 4 beskriver. Tidligere forskning viser at det er vanlig for utøvere å føle seg dårlig, tenke at de har lav kompetanse og føler at de leverer svake prestasjoner (Carson & Polman, 2012). Denne dårlige følelsen som utøveren sitter med, kan lagvenninner være med på å påvirke via oppmuntrende tilbakemeldinger og vise at de har troen på utøveren. Tilbakemeldingen som lagvenninnene gir, kan bevisstgjøre utøveren at en oppnår resultater, har fremgang noe som styrker mestringsfølelsen og gir motivasjon til å fortsette videre (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000).

Den sosiale støtte utøveren mottar fra familie og venner kontra lagvenninner er ulike. Både familie og venner tilbyr emosjonell trøst hvor de lytter til den utøveren som er skadet, men effekten oppleves å være ulik fra en lagvenninne. Familie har en tendens til å tilby emosjonell støtte slik at den skadde utøveren kan få utløp for sine frustrasjon og følelser ufiltrert og dermed føle seg lettere etterpå (Bianco & Eklund, 2001). Lagvenninner hjelper derimot med å trøste, gi tilbakemeldinger, bekreftelse og egne erfaringer som er ment til å motivere (Ryan & Deci, 2000). På tross av at familie og venner og lagvenninner tilbyr sosial støtte er det ulikt på måten det gis på, og formålet kan virke forskjellig for utøveren. En mulig forklaring på dette er at utøveren oppfører seg annerledes med familie rundt enn hva en gjør med lagvenninner. Et eksempel på dette er utsagnet til informant 1:

**I1:** *«Fordi at familie kunne jeg vært så ærlig til. Jeg kunne fortelle alt, men til lagvenninner og trenere måtte man på en måte vise en litt fasade på at «nei,nei dette går bra. Jeg er motivert». De så ikke hele bildet»*

Som informant 1 sier er hun helt ærlig til sin familie, men skaper en slags fasade til lagvenninnene. For informant 1 følte det ut som negativt og lite tilfredsstillende og skulle åpne seg opp om hvordan hun egentlig hadde det. Den utøveren som er skadet vurderer den

sosiale støtten de får basert på hvilken støtte de forventer og foretrekker å motta fra ulike personer, og om denne støtten møter utøverens behov (Fernandes et.al., 2014). Lagvenninner med samme type skade er i en situasjon som forstår hva utøveren går igjennom kontra lagvenninner som er skadefri og kan spille. Den sosiale støtte utøveren får fra disse to kan derfor oppleve som annerledes, både negativt og positivt, noe som skal drøftes videre i neste delkapittel.

### 5.2.3 Lagvenninner med samme type skade

På grunn av høy skadeinsidens i håndball for seniorspillere betyr dette at lagvenninner til den skadde utøveren kan sitte med kunnskap samt erfaringer når det gjelder det å være skadet og tilhørende rehabiliteringsprosess. Dermed kan også lagvenninner relatere seg til den skadde utøveres følelser og samtidig forstå prosessen utøveren går gjennom når de har opplevd det samme selv (Poldog et.al., 2015; Ruddock-Hudson et.al., 2012). Informant 3 beskriver dette:

**I3:** *«Det er veldig godt å komme tilbake til lagvenninnene mine. Mange av de har røket det, og de visste hva jeg gikk gjennom»*

Det at utøveren opplever å få støtte fra personer som har erfaringer og kunnskap om det samme som utøveren går gjennom, kan bidra til at den skadde utøveren vurderer denne støtten som mer tilfredsstillende enn sosial støtte fra andre personer. I dette tilfellet hadde dessverre flere av lagvenninnene til informant 4 også gjennomgått en fremre korsbåndsskade. På bakgrunn av dette setter disse lagvenninner den skadde utøveren i en enda bedre posisjon til å gi støtte. Dette kommer frem i sitatet fra informant 5:

**I4:** *«Jeg synes at venner som har røket korsbåndet før, kanskje også har vært de viktigste støttespillerne fordi man har noen å relatere til og snakke med de om det»*

Lagvenninner som har samme type erfaring kan også forstå hva en tenker om rehabiliteringsprosessen, og gi informativ støtte. Lagvenninner som har gjennomgått samme type skade kan også hjelpe den skadde utøveren med øvelser, og da spesielt håndballspesifikke øvelser:

**I1:** *«Men så var det dessverre flere på laget som røyk korsbåndet og da var det ekstremt motiverende å ha noen å sparre med, snakke med, sammenlikne og trene sammen med»*

Når skadde utøvere trener sammen vil trolig noe av konkurranseinstinktet vekkes, som gjør at de kan presse hverandre på ulike øvelser. Det kan også være lettere å komme seg gjennom rehabiliteringsprosessen når en trener med andre som er i samme situasjon. Det at utøverne trener sammen med noen som står i samme situasjon, kan også bidra til at en oppnår resultater hvor det gis gir rom for en større mestringsfølelse, noe som igjen styrker den indre motivasjonen (Ryan et.al., 2009). Skadde lagvenninner er i en helt egen posisjon til å hjelpe og samarbeide rundt øvelser. De benytter seg av sin håndballkunnskap og kan gi hverandre spesifikke tilbakemeldinger. Samtidig har de skadde et felles mål som er å returnere tilbake til håndballbanen. For eksempel ville det blitt noe helt annet om en forelder eller en annen som ikke er tilknyttet utøveren så nært skulle bidra med håndballspesifikke øvelser. De deler ikke den samme kunnskapen, som fører til mindre seriøsitet og dermed mindre realistiske håndballsituasjoner.

Skadde lagvenninner har også samme forståelse for hvor mye belastning og kroppskontakt en tåler i ulike faser av rehabiliteringen, og dette oppleves som tryggere når en etter hvert skal utfordre seg i håndballøvelser sammen. Ifølge Bianco & Eklund (2001) kan kunnskapen som «skadekompisene» sitter med bidra til bedre forutsetninger til å takle oppgaveutfordringer og dette resulterer i utvikling samt motivasjon til å fortsette prosessen videre.

En følelse som ofte dukker opp når en utøver er skadet er følelsen av å være ensom, og det å trene sammen med noen kan bidra til å redusere denne ensomhetsfølelsen. Som informant 1 beskriver så kan man sammenlikne seg med lagvenninner i samme situasjon. I noen tilfeller kan sammenlikning bidra til motivasjon og utvikling hvor noen utøvere ofte bruker hverandre som positive rollemodeller. Selv om det er flere fordeler med å trene med lagvenninner som opplever samme type skade, men denne sammenlikningen kan også bidra negativt. Det kan for eksempel oppstå situasjoner hvor man sammenlikner seg selv for mye med andre, og ser at lagvenninnen har kommet lengere i rehabiliteringsprosessen enn hva en selv har. Av dette skapes det frustrasjon og negative følelser, noe som medfører at utøveren kan bli demotivert fordi en ikke har oppnådd de samme rehabiliteringsmålene som andre i samme situasjon. Mestringstroen vil også påvirkes, og konsekvensen av dette kan i verste fall være at utøveren opplever en slags sperre for å delta i rehabiliteringen videre sammen med andre.

#### 5.2.4 Fysioterapeut – utøverens viktigste støttespiller gjennom rehabiliteringen

Utøverens psykososiale reaksjoner på skaden, rehabiliteringen og retur tilbake til idretten ser ut til å følge de gjennom hele rehabiliteringsprosessen (Kamphoff et.al., 2013). I en tidlig fase



søker utøvere sosial støtte fra familie, men etter hvert involverer denne støtte også fysioterapeuter og lagkamerater eller andre utenforstående. I andre rehabiliteringsfase ser en ofte en endring i viktigheten av sosial støtte, hvor man går bort fra støtten fra familien og blir mer fokusert på støtteapparatet som har ansvaret for rehabiliteringen (Carson & Polman, 2012). I følge Yang (2010) opplever skadde utøvere at fysioterapeuter hjelper de med å håndtere stress i forbindelse med skade, og gir de veiledning underveis i opptreningen. Dette blir også en tett oppfølging, hvor utøveren blir sett på en annen måte enn hva familien gjør.

**II:** *«Jeg hadde gode folk rundt meg slik som fysioterapeut og fysiske trenere og de så mine kvaliteter som gjorde at jeg skjønnte at dette kommer til å gå fint».*

Fysioterapeut og støtteapparat rundt utøveren har en annen oppfattelse og forståelse enn hva familie har. Som informant 1 forteller ser støtteapparatet utøveren sine kvaliteter, og gir også emosjonell og informativ støtte. Fysioterapeuter tilpasser også treningsprogrammer og hjelper de med å komme i gang med rehabiliteringen så fort som mulig. Dermed kan det virke som at fysioterapeuter har en særegen måte å støtte utøvere på, som ingen andre kan. De har en ekspertkunnskap rundt skader, opptrening og rehabilitering som de har tilegnet seg gjennom utdanning og erfaringspraksis. I fase to av rehabiliteringen blir derfor støtte fra fysioterapeuter sett på som viktigere enn støtte fra familie. Familiemedlemmer kan si til sitt barn seks måneder etter skaden «det går bra» når utøveren opplever tøff motgang, men for utøveren oppleves det å få denne støtten som frustrerende siden familie ikke har noe faglig kunnskap. En fysioterapeut kan derimot motivere utøveren og fortelle utøveren når en bør roe ned, eller trappe opp treningen. Dette er fordi utøveren har en annen relasjon til sin fysioterapeut enn hva en har med familie, og fordi de er personer med faglig tyngde, som gir en trygghet utøveren kan stole på.

Fysioterapeut og fysiske trenere har gjerne en betydningsfull rolle og styrer store deler av rehabiliteringsprosessen til skadde utøvere. En fysioterapeut er også sentral kilde til informativ støtte utover i rehabiliteringsprosessen (Carson & Polman, 2008). For informantene var fysioterapeuten viktig for at de skulle komme i gang med rehabiliteringen, og at de skulle føle seg trygge ved at de ble veiledet gjennom rehabiliteringen. Denne formen for veiledning ga også informantene informativ støtte. Selv om informantene oppga at mestring underveis i rehabiliteringen var viktig med tanke på egne egenskaper og kvaliteter, var alle tydelige på at hjelpen de fikk fra fysioterapeut var av stor betydning. Alle

informantene oppga at de hadde jevnlig dialog med fysioterapeut som innebar en unik posisjon:

**I1:** *«Jeg hadde gode folk rundt meg slik som fysioterapeut og fysiske trenere og de så mine kvaliteter som gjorde at jeg skjønnte at dette kommer til å gå fint»*

**I2:** *«For meg var det avgjørende å ha en god fysioterapeut»*

**I5:** *«Og underveis så har jeg hatt stor tiltro til fysioterapeuter og støtteapparatet. Så det er jo meg selv og de nærmeste vennene og fysioterapeuter som har vært de største støttespillerne»*

Slik som det kommer frem i sitatene over har fysioterapeuter en særegen måte å støtte skadde utøvere på, som ingen andre kan. Støtten og tryggheten fysioterapeuter gir er unik på sin måte fordi de har ekspertkunnskap rundt skader, opptrening og rehabilitering. En lagvenninne kan fortelle om hvordan hennes rehabilitering var og hvilke utfordringer hun hadde, men for de aller fleste vil man kunne stole mer på en fysioterapeut og får den tryggheten man trenger underveis i rehabiliteringen når det er en med ekspertise som sette grenser. Informant 1 og 5 forteller også at fysiske trenere og støtteapparat har vært viktige støttespillere. En fysisk trener kan tilrettelegge den fysiske treningen, utfordre og bidra til at utøveren får utvikling. Fysiske trenere sammen med fysioterapeut har mye kunnskap om trening, og har som oftest kreative løsninger for å trene alternativt. Dersom utøveren har tilgang på en fysisk trener og et godt støtteapparat kan det være at utøveren får ekstra god oppfølging hvor en har tilrettelagte håndballspesifikke øvelser gjennom hele rehabiliteringen.

**I3:** *«Først og fremst all den treningen som blir lagt ned og at jeg hadde fysioterapeuten min som hjalp meg gjennom det. Jeg hadde også gode lagvenninner som heiet på meg»*

Informant 3 hadde en fysioterapeut som hjalp hun både med trening, og fysioterapeut fungerte som en motivator gjennom rehabiliteringsprosessen. For en håndballspiller ute med en fremre korsbåndsskade handler det ikke bare om å få kneet stabilt og funksjonelt igjen, men resten av kroppen må også tåle belastningen som medfører når en er håndballspiller på toppnivå. Dette innebærer å tåle de generelle kravene som stilles ved å være topphåndballspiller, noe som

innebærer et press for å oppnå gode prestasjoner og spesifikke krav til retningsforandringer, kroppskontakt og dueller (Wiese-Bjornstal, 2010; Michalsik & Aagaard, 2015).

Alle informanter fortalte at fysioterapeuten ga god oppfølging som bidro til å skape resultater som gjorde at de fikk mestringsfølelse gjennom utfordrende oppgaver som styrket deres indre motivasjon. Fysiske trenere, støtteapparat og fysioterapeuter prøver hele tiden å implementere håndballspesifikke øvelser når utøveren er klarert for det, og det er fysioterapeuten som bestemmer om utøveren er klar til å begynne med håndballspesifikke øvelser. Ved å implementere øvelser som er håndballspesifikke, gir det utøveren en gradvis tilnærming til håndballspill igjen. I henhold til dette kan også fysioterapeuten utfordre utøvere til å ta de neste stegene i rehabiliteringen, så lenge de blir opprettholdt innenfor trygge rammer. Det skaper positive opplevelser til å bli utfordret, noe om igjen kan øke mestringsfølelsen. Videre kan dette bidra til å redusere frykten for en ny skade samt selvtilliten når det gjelder egen fysisk form og prestasjonsevnen vil også øke (Carson & Polman, 2012). Som det kommer frem i sitatet til informant 5 har fysioterapeuten vært en betryggende faktor:

**I5:** *«Jeg har alltid hatt et samarbeid gjennom (Navn på idrettsmedisinsk apparat). De har et stort team, og de har gjort det veldig bra. De har spurt meg om hva jeg vil, og satt ganske strenge krav etter det. Det har egentlig vært ganske kult å fått blitt med på det»*

I dette tilfellet har støtteapparatet rundt utøveren satt strenge krav før utøveren kan returnere. Når utøveren er usikker på hvor mye en kan gjøre og delta på, kan støtteapparatet i samråd med fysioterapeut sette ned foten når utøveren er i ferd med å gjøre for mye med tanke på belastning. Slik sett kan også dette være betryggende for utøveren. Siden fysioterapeuter har mye kontakt med skadde utøvere uavhengig av skade, gir det kunnskap om utfordringer som utøvere kan møte på underveis i rehabiliteringsprosessen, og dette stiller fysioterapeuten i en god posisjon til å støtte utøvere mer enn bare å assistere og gi de utfordrende oppgaver (Bianco & Eklund, 2001). I tillegg til dette vil noen utøvere også få følelsen av at fysioterapeut også kan tilby sosial støtte med bakgrunn i at de har kunnskap om utfordringer i rehabiliteringsprosessen, og vet hva utøveren trenger til enhver tid.

Dermed er støtte som fysioterapeut gir den skadde utøveren noe annerledes enn den sosiale støtten fra lagvenninner og familie. På den ene siden har fysioterapeuten massevis av ekspertise og stiller på en helt annen arena enn hva familie gjør. Denne arenaen kan vært et sted hvor det er mer akseptabelt å lufte frustrasjon enn hva det er hjemme (Wiese-Bjornstal, 2010). På den andre siden har også fysioterapeuten dannet seg erfaringer og kunnskap til å tilby i større grad informativ støtte enn hva familie kan bidra med. Dette samsvarer med forskning av Carson & Polman (2008).

### 5.2.5 Håndballtreneren bør ta mere ansvar for den skadde utøveren

Et funn i seg selv ved denne masteroppgaven er at ingen informanter som oppgir treneren som den mest viktigste og betydningsfulle for å returnere. Familie, venner og fysioterapeut blir trukket frem som de viktigste støttespillerne. En hovedtrener har et ansvar for å kommunisere både med skadde og friske utøvere. Informantene opplevde at hovedtreneren glemte av dem mens de var skadet, og at treneren ga lite eller ingen form for sosial støtte i form av informativ, emosjonell og materiell støtte. Dette er oppsiktsvekkende funn, da en skulle trodd at treneren forstår at håndball betyr mye for de som deltar, og at skadde utøveren trenger mye støtte fra sin trener så vel som de gjør fra familie, lagvenninner, venner og fysioterapeut. I en studie av Clement & Shannon (2011) rapporterte idrettsutøvere en mangel på støtte fra treneren. På bakgrunn av studien til Clement & Shannon (2011) er utøvere mere tilfredsstillt med den sosiale støtten fra fysiske trenere enn hovedtreneren. Disse funnene ser ut til å stemme overens med Robbins & Rosenfeld (2001) som også hevder at utøvere er mer fornøyde med den sosiale støtten gitt av fysisk trener. Som er resultat av dette tilbringer fysiske trenere lange perioder med utøveren, som fører til spesielle relasjoner (Clement & Shannon, 2011). Samlet sett peker disse funnene til en tilsynelatende motsetning hvor utøvere søker trenerstøtte som kan bygge opp selvtillit til å returnere, men denne støtten ser ut til å være fraværende.

En trener har mye kunnskap om trening og håndball, noe som gjør de godt rustet for å bidra med oppgaveutfordringer samt personlig assistanse. Ved at en trener tilbyr sine skadde utøvere sosial støtte kan de på denne måten vise at de bryr seg og utøveren får en følelse av at de er verdifulle på tross av at de er ute med skade. Dette kan de vise gjennom å lytte til, trøste og verdsette deres innsats i rehabiliteringsprosessen (Bianco & Eklund, 2001). Samtidig får også utøveren opprettholdt sin relasjon med treneren. Basert på det informantene fortalte, opplevde ikke alle denne typen støtten fra treneren:

**I1:** «Alle på et lag som ikke er skadet blir sett for alt, får kommentarer av treneren. Så for meg var det slik at trenerens sitt fokus gikk helt bort i fra den som var skadet (...) Men det med treneren, der er det en lang vei å gå. Det tror jeg veldig mange føler på. Man blir satt på sidelinjen og det forstår jeg fordi man ikke har noe med laget å gjøre og trenerne skal ha resultater. Når det skjedde for andre gang så skjønnte jeg at jeg måtte være mere egoistisk. Jeg kunne ikke please å skulle komme på hver trening. Jeg måtte tenke «hvordan skal jeg komme tilbake å være en god spiller, og ta vare på håndballen», og drite litt i laget. Det ble min vei for å takle det»

**I3:** «Når jeg ser tilbake på min egen skade og hva jeg ville gjort annerledes så var det kanskje å ha en bedre kommunikasjon med både fysioterapeut og trener»

Ut ifra sitatene over virker det som at disse informantene opplever å bli skjøvet bort av treneren. Den emosjonelle støtten virker ikke å være sentral hos disse to trenerne, som gjør at de føler seg glemt. For en skadet utøver kan dette føre til at det er vanskelig å slippe ut all frustrasjon og negative emosjoner som en sitter inne med. Som beskrevet tidligere fører dette til at det er lettere for utøveren å slippe ut disse følelsene hjemme (Clement et.al., 2015). Grunnen til at utøverne ikke klarer å gjøre det samme på hjemmebane som i en håndballhall er muligens fordi det forventes en stå-på-holdning gjennom rehabiliteringsprosessen, og det er lite rom for å slippe ut sine følelser til treneren. Som informant 1 påpeker har trenere en vei å gå når det gjelder å ta vare på de som er skadet. Treneren kan fort bli opptatt av å fokusere på de friske utøverne på grunn at treneren ønsker resultater, og de skadde utøverne kan ikke bidra på den måten treneren ønsker. Dette gikk negativt utover hennes rehabilitering, fordi hun ikke fikk nok utfordrende oppgaver og fikk ikke tilfredsstilt sitt mestringsbehov på håndballtrening. Som en konsekvens av dette valgte denne informanten å være mere egoistisk. Det er også veldig tydelig fra informantens side at en trener skal ta ansvar og være betryggende for den skadde utøveren slik at de føler de fortsatt kan være en del av laget når de returnerer. Informant 4 opplevde på sin side en trener som holdt henne igjen:

**I4:** «Jeg har alltid hatt trenere som har trukket meg litt tilbake. Mye på grunn av fysioterapeut som har gitt streng beskjed om jeg ikke skal spille før 12 måneder og da skulle jeg spille 5 minutter i hver kamp i hver omgang. Det var veldig strukturert om hvordan jeg skulle ha det, og mine trenere fikk høre det hele tiden. Jeg har hatt tre ulike trenere under mine skader og alle de har vært veldig strenge»

I dette tilfellet gjorde trenerne et valg om å holde utøveren litt tilbake, og hadde en plan for hvordan utøveren på best mulig vis skulle returnere. Slik sett kan en si at treneren viser sosial støtte som styrker relasjonen til utøveren. På denne måten viser treneren at utøveren er verdifull selv om utøveren er ute med skade (Barnes & Duck, 1994). Følelsen av tilhørighet og trygghet i relasjon til treneren kan dermed også styrkes, noe som kan gi utøveren en større grad av indre motivasjon (Ryan et.al., 2009). Ved at trenerne inkluderer seg i treningen til den skadde utøveren som informant 4 opplevde, vil det styrke relasjonen mellom trener og utøver som igjen fremmer utvikling og motivasjon (Barnes & Duck, 1994). Et funn i seg selv er at av seks informanter i dette forskningsprosjektet, var det kun informant fire som oppgav at treneren viste interesse gjennom hele rehabiliteringsperioden, og ble ikke presset for mye.

Dersom utøvere opplever et press fra trener som går over deres grense kan det motvirke den positive effekten av sosial støtte som skal forebygge negative følelser knyttet til det å returnere (Clement & Shannon, 2001). Dette kan gjøre at rehabiliteringsprosessen blir ekstra utfordrende, og at utøvere føler seg presset til å komme tilbake tidligere enn hva de er klar for:

**I5:** *«Har opplevd en gang et press fra en trener til en kamp. Treneren presset ikke direkte, men han sa at jeg skulle spille en kamp og jeg var veldig usikker selv på om jeg ville spille og var klar til det. Jeg var akkurat på 9 måneder, og jeg skulle ta tester. Så jeg var veldig bestemt på at det skulle gå bra, og at jeg skulle prestere, men det var ubehagelig i forhold til at han ikke stoppet meg vil jeg si. Dette var siste gangen jeg opererte også. Jeg spilte kampen, og hadde en følelse på at det skulle gå bra, men at jeg hadde gjort noe jeg ikke burde ha gjort»*

**I6:** *«Man føler seg litt glemt av og til siden man vet at fra da det ryker til du er klar igjen er det år. Så når jeg da trente meg opp igjen og det nærmet seg til at jeg kunne bli med igjen, så ble det mange spørsmål om når jeg var klar til å bidra igjen. Så det blir jo på en måte et press på det å komme tilbake igjen fordi de vil jo ha deg med. Jeg spilte den siste seriekampen når jeg kom tilbake etter skaden, og jeg haltet og var ikke klar for å spille kamp. Jeg følte jeg måtte være med, og det hadde bare gått 10 måneder så det er veldig tidlig. Der og da stolte jeg ikke på kneet mitt, og om kneet kom til å holde under kampen. Og jeg hadde heller ikke mange treninger før kampen, så det var ekkelt og kroppen var ikke der den skulle være»*

**I2:** «Jeg fikk jo være med i teamet til damelaget lenge, men så røyk jo korsbåndet på nytt. Og det kom ny trener som hadde null relasjon til meg, og han spurte meg om skaden. Han var opptatt av å hjelpe folk tilbake, men når han fikk høre at jeg nylig hadde operert, ble jeg skjøvet bort fra laget av han treneren. I den perioden var det mange på laget som var skadet, og jeg var en av de yngste så det var sikkert lett å skyve meg bort også. Jeg fikk beskjed om at jeg ikke trengte å møte på treninger, og kunne heller trene alene på styrkerommet. Det var brutalt når det var flere på damelaget laget som var korsbåndsskader, men jeg kunne heller være med å trene med aldersbestemt lag isteden som trente 20-25 minutter utenfor byen. Det å bli skjøvet bort fra et lag av en trener var skikkelig kjipt og dritt. Jeg unngikk å komme på trening»

Ut ifra sitatene til disse informantene har alle opplevd et press fra trener om å returnere tidligere enn hva de selv var klar for. Informant 2 fikk ingen sosial støtte fra sin trener som resulterte i at hun til slutt ikke kom på trening, noe som etter hvert førte til ensomhet. Skader kan bidra til at utøver-identiteten blir forstyrret og utøveren opplever en slags isolasjon fra laget (Hilliard et.al., 2017). Utsagnet til informant 2 er et godt eksempel som strider imot forskingen om hvordan en trener ikke skal være mot en skadet utøver. Clement et.al., (2013) hevder at det å holde utøveren i laget er en av de beste psykologiske strategiene slik at utøveren opplever hjelp til å håndtere skaden sin mest mulig suksessfullt Tidligere forskning viser også at utøvere er mer fornøyd med oppgaveutfordring gitt av hovedtreneren samtidig som at lagkamerater er tilgjengelige for å gi følelsesmessig støtte. Dette kan skyldes at trener og lagkamerater har en annen rolle i den skadde utøvers liv, og den sosiale støtten som tilbys er forskjellig (Clement & Shannon, 2011). Treneren er opptatt av resultater fordi de trenger utøvere som presterer og lagets prestasjoner er avhengig av gode prestasjoner på banen. Derfor er trenere mer sannsynlig til å gi informasjonsstøtte og gi skadde utøvere råd i et håp om å få de til å returnere så fort som mulig (Clement & Shannon, 2011). Dette ser vi eksempel på i sitatene som er gitt over, og den sosiale støtten som tilbys er ikke gitt til riktig tid. Dermed kan funnene i denne studien tyde på at den sosiale støtten som er gitt fra trener, ikke er gitt på et riktig tidspunkt. Dette har også ført til lavere grad av tilfredshet hos utøveren.

To av informantene i denne oppgaven trakk frem at de benyttet idrettspsykolog som en ressurs for å erstatte noe av den emosjonelle støtten som treneren ikke kunne tilby. Følelsen

disse to informantene hadde var at trenerne ikke brydde seg om hvordan de hadde det, og dette resulterte i tristhet og frustrasjon. Idrettspsykologen hjalp utøverne med å sortere tanker og følelser samtidig som de også fikk utløp for ulike emosjonelle følelser som gjorde at de håndterte stress og mestret rehabiliteringsprosessen bedre. Slik sett kan dette være et eksempel på faglig kunnskap, samt erfaring også kan erstattes av andre enn kun en trener fordi en samtalepartner kan også vise empati, men også bry seg om den skadde utøveren.

### 5.3 Fellesskap og tilhørighet til laget

Tilhørighet innebærer et grunnleggende behov for relasjoner med andre, inkludering og følelsen av å være en del av fellesskapet (Cox, 2007). Fellesskapsfølelsen og sosiale relasjoner var en viktig motivasjonsfaktor for informantene. En skadet utøver mister det å jobbe mot et felles mål som lag, men også det å kunne bidra i fellesskapet. For flere av informantene var det viktig å delta på håndballtreninger underveis i rehabiliteringen fordi det skapte motivasjon, og utøver-identiteten ble til en viss grad ivaretatt:

**I4:** *«Jeg var med på alle kamper og satt i garderoben og var med på benken. Alle treninger har jeg også vært med på og har ikke vært borte en trening selv om jeg har røket korsbåndet. Jeg har sittet på sidelinjen og trent alternativt, mens de andre har spilt håndball og det har vært dritt til tider. Det gjorde også at jeg følte at jeg klarte å holde meg inni i laget. Jeg hadde aldri en opplevelse av at jeg ikke var en del av laget annet enn når de spilte kamper og jeg sitter på sidelinjen. Men samtidig var dette en motivasjon for meg*

**I6:** *«Jeg følte jeg var god på å være en del av laget selv om jeg var skadet. Jeg møtte opp på hver trening og gjorde mine øvelser mens jeg så de andre trente håndball. På kamp var jeg på benken så jeg bidro med det jeg kunne, og det var egentlig veldig greit. Jeg følte meg ikke så utenfor siden jeg var med på det jeg kunne»*

Denne utøver-identiteten blir satt på prøve når en utøver blir skadet fordi en blir utenfor laget og føle seg alene, noe informant 3 og 5 snakket om:

**I3:** *«Det er ikke det at man går glipp av kamper, men det er mye av det sosiale rundt også. Bare lagfølelsen generelt. På styrkerommet har man egne øvelser, og man er vandt til å trene sammen med noen, men nå trener man helt alene. Vi er der samtidig,*



*men gjør ikke det samme. Så man er mye alene, og det er en påkjenning for hodet og kropp»*

**I5:** *«Jeg følte meg veldig alene. Første gangen følte jeg mer at jeg mistet laget enn hva jeg gjorde siste gangen. Fordi siste gangen var jeg mere erfaren og eldre, så jeg «brydde» meg ikke så mye vil jeg si. Jeg følte på at jeg mistet laget, men samtidig så hadde jeg andre gangen jeg opererte et sinnsykt bra lagskultur, og man var en gjeng som var sammen hver dag uansett. Jeg mistet jo ikke gjengen, men man mistet jo trenere og den biten der»*

Av situatene over ser vi at ensomhetsfølelsen blir stor, som medfører at utøverne føler seg ofte alene. Det å spørre hvordan det går og se de skadde utøverne kan bidra til at denne ensomheten ikke oppleves så kraftig. Som nevnt tidligere er trenere viktige aktører da de kan inkludere de i treningene slik at de skadde utøverne ikke kun står på sidelinjen hele tiden. Bare det å kunne bli satt opp som pasningspunkt på håndballtreningen for eksempel, kan få utøveren til å føle seg mere med, og et avbrekk fra rehabiliteringsøvelsene en gjør ellers på sidelinjen. Som informant 5 er inne på føler ikke de skadde utøverne at de mister gjengen, men heller trenerteamet fordi de ikke blir inkludert. På den ene siden fremmer det motivasjon hos utøverne ved at de føler på en tilhørighet til laget også på trening og ikke bare utenfor banen (Ryan et.al., 2009). På den andre siden vil det for utøverne oppleves som at de er viktige fordi de opplever å kunne bruke sin kompetanse gjennom varierte oppgaver og får samtidig en annen type utfordring enn hva de vanligvis har i rehabiliteringsprosessen (Bianco & Eklund, 2001). Når en utøver blir skadet oppleves det som at en blir satt utenfor og isolert fra laget, noe som kan forstyrre utøver-identiteten (Hilliard et.al., 2017). Samtidig er det viktig å huske på at ikke alle setter pris på å få denne type inkludering og utfordring, noe informant 2 erfarte:

**I2:** *«Det har vært tøft og kjipt. Første gangen prøve jeg å være litt med laget, men dette ble etter hvert tøft fordi man møter så mye motgang, og da ble det tøft bare det å skulle være med laget. Noen ganger unngikk jeg å dra på trening og trente heller for meg selv, og på kamper satt jeg på tribunen alene og gråt»*

For noen blir det for sterke inntrykk, en blir minnet på hva en mister og hva en skal igjennom. Det å skulle bli satt opp som pasningspunkt kan forsterke det de ikke får til å gjøre på håndballbanen, noe som styrker de negative følelsene. De negative følelsene kan også bli til

tristhet da utøveren vet selv at man ikke er spilleklar før om 12 måneder. En annen måte man kan delta på som ikke innebærer direkte håndballaktivitet er å utfordre seg selv på å se løsninger i ulike spillesituasjoner.

#### 5.4 Frykten for re-skade og prestasjon

Ved den siste fasen av rehabiliteringen som innebærer retur til idrett har studier vist at utøvere går gjennom en rekke positive og negative kognitive vurderinger (Clement et.al., 2015). Når en utøver blir skadet assosieres ofte dette med negative kognitive vurderinger, men denne vurderingen går over til å bli positiv når man returnerer tilbake:

**I2:** «Jeg var som sagt spent og klar men samtidig utrygg. Når jeg kom innpå banen og scoret var det en enorm lettelse. I det øyeblikket glemte jeg at jeg var stresset over kneet og følte bare på en lykkerus over å ha scoret»

**I1:** «Jeg tok opptreningen hele tiden så gradvis og var veldig opptatt av at det ikke skulle være en tanke på hva jeg hadde gjort (...) Det var mere en feeling av at jeg håpet ikke kroppen skulle være for sliten eller tanker om jeg kunne trene dagen etterpå og om det hadde vært for mye for kroppen. Veldig mye fokus på at jeg ikke kunne vært for sliten»

**I6:** «Jeg husker jeg hadde overtenning fordi man gleder seg så mye og endelig er man der og man har lagt ned jobben for å komme tilbake (...) Etter kamp er det en lettelse og man bryter en barriere med å være tilbake. Fordi man ser at man tåler det og kommer seg igjennom på en god måte. Det var jo skummelt fordi den barrieren er jo der, og man tenker mye under kamp selv om fokuset er på andre ting. Det var godt å få unne den første kampen, men samtidig også ubehagelig fordi man er redd for at kneet skal ryke igjen»

De kognitive vurderingene til informantene er forløper til de emosjonelle reaksjonene på bakgrunn av at informantene beskriver følelser av nervøsitet og en redsel for å skade kneet igjen, samtidig som de sitter igjen med en positiv opplevelse etter å ha returnert. Slike følelser kan også gjenspeiles i atferdsmessige reaksjoner som for eksempel at de er forsiktige når de returnerer tilbake. Disse atferdsmessige reaksjonene omfatter affektive responser, og som vist i teorien tidligere omfatter den biopsykososiale modellen dette (Wiese-Bjornstal et.al., 1998).

Ved at utøvere anerkjenner de affektive responsene til den biopsykososiale modellen, kan det hjelpe utøveren med å ta en beslutning om man skal returnere eller ikke etter en fremre korsbåndsskade (Burland et.al., 2018).

Informantene som deltok i denne studien, ser ut til å få ett nytt perspektiv både på seg selv i form av at de har lært mye hva de tåler og mestrer, samt hva en skade- og rehabiliteringsprosess innebærer. Informant 4 uttalte:

**I4:** *«Jeg hadde aldri i nærheten vært samme person om jeg ikke hadde røket korsbåndet. Sånn sett er jeg nesten glad for det fordi det er ingenting som klarer å knekke min mentale syke i forhold til skole, jobb og andre sammenhenger.»*

Denne informanten uttrykket takknemlighet over lærdommen hun har hatt av rehabiliteringsprosessen, og muligheten for å returnere igjen.

Bekymringer for re-skade er et viktig aspekt for korsbåndsskadet utøvere som skal tilbake til idretten. Utøvere som har hatt en slik type skade har stor sannsynlighet for samme skade skal inntreffe igjen, og frykten for en re-skade er en av årsakene til at mange utøvere ikke returnerer tilbake til idretten (Myklebust et.al., 2003; Ross et.al., 2015). Den biopsykososiale modellen omhandler emosjonelle reaksjoner, atferdsmessige reaksjoner og resultatet av rehabiliteringsprosessen (Wiese-Bjornstal et.al, 1998). For mange utøvere innebærer de følelsesmessige faktorene en frykt for re-skade (Burland et.al., 2018). Ved siste rehabiliteringsfase oppstår frykten for en re-skade som kan hindre retur tilbake til idretten til tross for god postoperativ knefunksjon (Ross et.al., 2017). Denne frykten ble assosiert med å praktisere bevegelsen som førte til en korsbåndsskade. Samtidig måtte utøverne praktisere den bevegelsen for å komme over denne frykten. Informant 1 forteller at hun gikk til idrettspsykolog for å komme over frykten for å spille i angrep ettersom begge korsbåndsskadene hadde oppstått i angrep:

**I1:** *«Det var den perioden jeg bare spilte forsvar fordi redselen var så stor fordi jeg hadde røket det to ganger i angrep. Og da gikk jeg også til idrettspsykolog og hadde en samtale med ham, for å få teknikker på hvordan jeg skulle tenke og mitt mindset. Fordi jeg var sterk nok, jeg hadde hatt gode tester og ventet lenge nok, men hodet mitt stoppet meg. Det som gjorde at jeg klarte å spille den kampen var at jeg tok det minutt for minutt. Startet med 3 minutt i angrep, og neste kamp 5 minutter i angrep. Tok det gradvis og at jeg hørte på en lydfil før hver kamp der jeg måtte endre hjernen min til å*

*tenke annerledes som for eksempel «hva skjer om jeg setter en finte og ikke lander perfekt» til å tenke «nå skal jeg sette den perfekte finten og score ballen i mål». Jeg måtte altså snu tankegangen og visualisere. Det hjalp for meg. Den gradvise opptrappingen gjorde nok at jeg kom tilbake, og at jeg skiftet klubb. Det var et stort faktum for at jeg kunne starte med blanke ark»*

**I4:** *«Første gangen hadde jeg ikke noe frykt for å komme tilbake. Jeg tenkte ikke litt på det engang. Andre gangen så var frykten der helt til jeg røyk det tredje gangen. Jeg pratet med både mine trenere og sa jeg var redd. Jeg vurderte lenge å gå til idrettspsykolog fordi jeg slet skikkelig med å legge bort tanken, fordi jeg følte at det forhindret meg til å gjøre de fintene jeg ville»*

**I2:** *«Jeg var stresset før kamp og tenkte mye på om jeg kom til å skade kneet mitt igjen. Nå var det motsatt kne, og jeg følte meg enormt mislykket og knust over at drømmen min ble enda en gang satt på vent, og alt skjedde i mitt comeback. Der og da følte det ut som for meg at å ryke korsbåndet for andre gang i et comeback var det verste som kunne skjedd i mitt liv (..) Når jeg nå ser tilbake på det så var jeg egentlig ikke så klar fordi jeg hadde i bakhodet at jeg var redd og redd for å skade kneet igjen. Så synes jeg ikke selv at kneet var helt 100%. Det funket, men var ikke helt bra. Så jeg tenkte at frykten skulle gå over og at man kommer inn i det og kjenner at det går bra. I Starten av kampen gikk det jo kjempebra, og det første jeg gjorde var jo å score mål. Da husker jeg at jeg tenkte at nå var jeg endelig tilbake. I neste angrep gikk det ikke bra og jeg røyk dessverre korsbåndet for andre gang. Jeg presset nok litt meg selv til å begynne»*

Gjentatte fremre korsbåndsskader kan ofte resultere i en tidlig slutt på idrettskarrieren. Dette til tross for at utøverne har et godt velfungerende kne, men psykologiske hindringer som frykt for re-skade hindrer deres retur. Som tidligere nevnt vil det som oftest alltid forekomme negative følelser og mangel på selvtillit på grunn av redusert fysisk evne (Kvist et.al., 2005). I dette forskningsprosjektet var det seks informanter som deltok hvor alle informanter opplevde en frykt for re-skade, men denne frykten avtok underveis i rehabiliteringen. Tre av informantene returnerte ikke tilbake til idretten etter å ha røket korsbåndet to til tre ganger. Smerte ved skaden, mentale påkjenningen og frykten for en ny skade ble nevnt som grunner til at de ikke kunne returnere:

**I1:** «Det er jo frykten for en ny skade som har gjort at jeg har lagt opp. Så er det en stor belastning å gå gjennom en så stor skade også har man kjent på hvor svak man er uten en kropp som fungerer skikkelig og hvor langt nede man er. For meg var det avgjørende å stoppe før kroppen kollapser helt. Jeg har vært heldig slik sett med å operere kneet tre ganger som gjør at jeg i dag kan ha null smerte, men fortsatt nå i dag er det en frykt for at jeg skal skade kneet mitt en gang til»

**I2:** «Det er jo spesielt nå andre gangen det skjedde at jeg ville tilbake, men etter hvert tenkte jeg mye på at «tenk om det skjer igjen». Det skjedde jo i mitt comeback, så det kan jo skje igjen. Og jeg vil ikke helt tilbake dit å måtte ryke det en gang til etter at jeg for andre gang var langt nede i kjelleren»

**I4:** «Men tredje gangen hadde jeg lovet mamma og meg selv om at hvis jeg skulle ryke det igjen så er håndballkarrieren over. Så det var ingen tvil om at jeg ikke skulle fortsette»

Mange utøvere opplever en frykt for re-skade eller er redde for å ikke prestere på det nivået de var på før skaden når de kommer tilbake til idretten (Carson & Polman, 2012). For å overkomme denne frykten kan en trene på realistiske håndballsituasjoner hvor en gradvis nærmer seg full trening, noe som kan redusere denne frykten, Utøvere blir satt i situasjoner som kan forbinde de med skadesituasjonen, men samtidig opplever de trygge omstendigheter og kan få selvtillit om sine egne prestasjoner. Noen av informantene beskrev at de ikke lenger tenkte på kneet fordi det å returnere tilbake ga de glede og tilfredshet. Etter hvert tenkte de ikke på kneet, noe som kan være et sikkert tegn på at de er klare. Informant 1 opplevde å bli mindre stresset da hun kom seg på det nivået hun ønsket etter skaden:

**I1:** «Etter at jeg kom tilbake andre gang hadde jeg spilt opp å ned fra eliteserien og 1.divisjon og jeg følte at jeg endelig kom til å bli meg selv etter tre år egentlig ute. Jeg begynte å ta nivået, og slapp å gå på hver trening å være stress over at jeg gjorde ting riktig i forhold til kneet. Den tiden kunne jeg nyte håndballen og spille håndball fordi det var gøy, og når jeg da røyk det for tredje gang så kom jeg til et sted hvor jeg tenkte «hvis jeg skal fortsette nå skal jeg opp i eliteserien igjen». Målet var å bli den utgaven rett før jeg skadet meg»

Forskning viser at bekymringer rundt prestasjon, spilletid og egen involvering er vanlige reaksjoner når man skal returnere tilbake etter en fremre korsbåndsskade (Carson & Polman, 2012; Conti et.al., 2019). En slik følelse som informant 4 opplevde kan være krevende å håndtere, gi lavere selvtillit ved håndballspesifikke situasjoner og redusert indre motivasjon (Cox, 2007). Utsagnet til informant 4 og 5 er i tråd med dette, hvor de beskriver at de føler de idrettsspesifikke ferdighetene henger etter:

**I4:** «Andre gangen jeg kom tilbake følte jeg at jeg hang litt etter, og at andre hadde hatt en stor utvikling fra de var 16-17 år gammel. Jeg var fortsatt god, men jeg følte selv at jeg hang etter med håndballforståelsen fordi jeg ikke hadde deltatt i spillet»

**I5:** «Jeg har vært borti situasjoner der jeg i siste fase rett før jeg er helt tilbake at jeg har hatt dårlige treninger og ikke har fått til ulike ting på håndballbiten. Man tenker jo fort da at man aldri kommer til å komme tilbake til det nivået man vil. Såklart kan man spille på et lavere nivå, men det vil man jo ikke når man har vært på et høyt nivå tidligere»

Tidligere forskning viser at frykt for re-skade er signifikant forskjellig mellom de som returnerer og ikke (Arderne et.al., 2014), og de som returnerer opplever at denne frykten får mindre betydning etter hvert som de eksponerer seg for skadesituasjonen (Burland et.al., 2019). På bakgrunn av en lang rehabiliteringsperiode etter en fremre korsbåndsskade, viser det seg at indre motivasjon er avgjørende for å returnere, og utøvere med høy grad av indre motivasjon utsetter seg også for mere utfordrende oppgaver (Burland et.al., 2018).

Utfordrende oppgaver kan også bidra til at frykten for re-skade kan bli i mye mindre grad (Burland et.al., 2018). Dersom vi ser på sitatene til de informantene som ikke returnerte og de som returnerte kan vi se at denne teorien ser ut til å stemme. For de utøverne som ikke returnerte blir frykten for re-skade så stor at oppmerksomhet og trygghet går utover egen kompetanse og dermed blir også selvtilliten svekket. I likhet med dette beskriver Kunnen et.al., (2019) at selvtillit rundt det å ikke få en re-skade er avgjørende fordi retur til idrett og frykten for re-skade innebærer å ha liten tvil til egne evner og minimere denne frykten.

## 6. Oppsummering og avsluttende refleksjoner

### 6.1 Oppsummering og sentrale funn

Dette masterprosjektet har utforsket kvinnelige topphåndballspilleres vei tilbake til idretten etter en fremre korsbåndsskade. Prosjektet ble avgrenset til å omhandle utøverens erfaringer og opplevelser med mestringsstro, sosial støtte under rehabiliteringsprosessen, fellesskap og tilhørighet til laget og frykten for re-skade. Informantene i prosjektet reflekterte rundt disse temaene via et semistrukturert intervju. Mestringsstro sto sentralt for at utøverne skulle klare å returnere tilbake til samme nivå som før skaden oppsto. Troen på seg selv og mestringsfølelse underveis i rehabiliteringsprosessen bidro til at utøverne klarte å returnere tilbake. For de utøverne med flere korsbåndsskader opplevde de at de rundt ikke hadde tro på en retur, noe som påvirket deres mestringsstro. Konsekvensen av dette ble at disse utøvere ble stående alene, og hadde kun seg selv å stole på. Utøverne med høy grad av mestringsstro hadde flere positive erfaringer fordi de mestret utfordrende oppgaver samtidig som de lettere så egen progresjon. Familie og venner utenfor håndballmiljøet tilbydde emosjonell støtte ble en arena hvor utøveren kunne ventilere negative følelser og frustrasjon ufiltrert. Dette ble en måte å få håndball, samt skadesituasjonen på avstand. Denne formen for sosial støtte ble viktig i starten av rehabiliteringsfasen, men etter hvert ble støtten fra fysioterapeut desto viktigere.

I andre rehabiliteringsfase ser man ofte en endring i den sosiale støtten, hvor støtten går fra familie til fysioterapeut og støtteapparat (Carson & Polman, 2012). Fysioterapeuter hjelper utøveren i en større grad enn hva familie gjør med å håndtere stress i forbindelse med skaden, samt gir de god veiledning og informativ støtte. Lagvenninner var sentrale for informantens sosiale nettverk fordi de hadde en annen posisjon enn familie og venner, og de hadde opplevd samme skadesituasjon, eller hadde erfaringer med langtidsskade. Dermed kunne de også bidra med en annen form for støtte samtidig som de tilbydde emosjonell og informativ støtte.

Informantene følte seg ivaretatt av lagvenninnene, opplevde en støtte som oppmuntret og motiverte de gjennom rehabiliteringsprosessen. Dette bidro også til at informantene følte seg som en del av fellesskapet til tross for at de var langtidsskade, og tilhørighet til laget ble i noen tilfeller opprettholdt. De lagvenninner som gjennomgikk samme type skade med informanten ble sentrale fordi de kunne dele tanker og opplevelser gjennom hele rehabiliteringsperioden. Selve gjennomføringen av rehabiliteringen ble også lettere ved at de sammen hjalp hverandre med øvelser og motiverte hverandre. Dette ga også rom for sosial sammenlikning der enkelte utøvere opplevde til tider frustrasjon og negative følelser. For

noen kan dette være positivt, mens for andre kan det oppleves demotiverende hvor utøveren kan få en slags sperre for å trene med andre.

En annen gruppe som var viktige for den sosiale støtten var fysioterapeuten. Fysioterapeuten styrte store deler av rehabiliteringsprosessen, og var en sentral kilde til informativ støtte. Informantene fikk også oppgaveutfordringer og personlig oppfølging, emosjonell støtte samt en bekreftelse på hvor godt de lå an underveis i rehabiliteringen for å returnere tilbake. Støtten og tryggheten som fysioterapeuten ga informantene bidro til å skape resultater og de fikk mestringfølelse som styrket deres indre motivasjon. Informantene fikk positive opplevelser av å bli utfordret og reduserte også frykten for en ny skade.

Et funn i seg selv i dette masterprosjektet var at ingen informanter oppga trener som den viktigste og mest betydningsfulle for å returnere. Noen av informantene opplevde å bli nærmest presset ut av laget av treneren, og den emosjonelle støtten var ikke tilstede. Det ble vanskelig for disse informantene å slippe ut frustrasjon og følelser fordi treneren hadde et stort fokus på de friske utøverne og ikke de som var skadet. En informant opplevde at treneren holdt henne tilbake, og hadde en plan for hvordan hun på best muligvis kunne returnere tilbake. Press fra trener for å returnere tilbake tidligere enn de selv var klar for var noe omtrent alle informanter hadde følt på, og noen valgte å benytte idrettspsykolog som en ressurs for å erstatte den emosjonelle støtten treneren ikke kunne tilby. Flere av informantene påpekte at det var viktig å delta på håndballtreninger underveis i rehabiliteringen for å skape motivasjon, og utøver-identiteten ble til en viss grad ivaretatt. Ensomhetsfølelsen var stor, og informantene følte seg ofte alene på trening i begynnelsen av rehabiliteringsprosessen. Som en løsning på dette ble de inkludert i treningen ved å bli satt opp som et pasningspunkt, og etter hvert ble de med på det de kunne under trening. Ikke alle likte å bli inkludert i treningen, da det ga stekt inntrykk som minnet de på skadesituasjonen.

Ved siste fase av rehabiliteringen opplevde informantene en frykt for re-skade, og denne frykten ble assosiert med å praktisere bevegelsen som førte til en fremre korsbåndsskade. Noen informanter valgte å gå til idrettspsykolog for å komme over frykten, mens andre returnerte tilbake når denne frykten hadde avtatt. Tre av seks informanter i dette mastergradsprosjektet returnerte ikke tilbake til håndball på grunn av frykten for re-skade, og disse informantene hadde også røket korsbåndet to – tre ganger. Smerte ved skaden, den mentale påkjenningen og frykten for en re-skade ble oppgitt som grunner til at de ikke



returnerte tilbake. Bekymringer rundt prestasjon, spilletid og egen involvering var reaksjoner informantene fikk like før de var klare for å returnere. Frykten for en re-skade var forskjellig mellom de som kom tilbake til spill etter skaden, og de som valgte å stanse håndballkarrieren.

Mestringstroen og den sosiale støtten informantene opplever gjennom rehabiliteringsprosessen ser ut til å fremme motivasjon, utvikling og tilhørighet. Det er ulikt fra utøver til utøver som er skadet om en velger å ta del i laget eller ikke. Noen ønsker å komme på hver trening og trener alternativt fra sidelinjen, mens andre ønsker å fokusere på skaden og rehabiliteringen alene. Derfor er det viktig at utøveren selv vet hvordan en kan ivareta det sosiale nettverket, og vet at forskjellige personer kan bidra med ulik sosial støtte. Frykten for en re-skade vil alltid ligge i bakhodet hos utøveren, men får mindre og mindre plass etter hvert som utøveren føler seg mere trygg. For at rehabiliteringen skal bli så vellykket som mulig er det viktig at utøveren opplever å ha støtte gjennom hele rehabiliteringsprosessen, og vet hvilke ressurser man skal kontakte ved ulike utfordringer.

## 6.2 Videre forskning

Dette masterprosjektet gir et lite innblikk i utøverne sine opplevelser og erfaringer med rehabilitering og retur tilbake til håndballen etter en fremre korsbåndsskade. Denne kunnskapen kan bidra til hvordan en kan ta vare på utøveren på en bedre måte, spesielt med tanke på sosial støtte, og hvordan mestringstro kan påvirke de skadde utøverne. Indre motivasjon, økt mestringstro samt trygghet bidrar til at frykten for re-skade blir mindre og utøverne får en positiv opplevelse ved å returnere.

Videre bør det forskes på hvordan en trener kan inkludere en skadet utøver i mye større grad ettersom flertallet av informantene i dette prosjektet opplever å bli satt ut av laget av treneren. Her er det mye å hente i forhold til hvor stor del skal en trener involvere seg, i hensyn til hva utøveren går igjennom og hvordan en trener kan bidra med å ta riktig avgjørelse når utøveren skal returnere. Fremtidig forskning bør også dreie seg om kvinnelige utøvere og toppidrett ettersom at mye av forskningen foregår hos mannlige utøvere. Videre bør en se på hvordan kvinnelige utøvere erfarer sosial støtte i idretten generelt, både individuelle idretter og breddeidretten.

Mer forskning bør til for å skaffe seg en bedre innsikt i rehabiliteringsprosessen for utøverne. Det krever innsyn i og forståelse for hvilke behov utøveren har, samt forventinger. Det er også et behov å se på hvordan ulike aktører i idretten kan støtte en skadet utøver, og hvordan et

lag/en klubb kan hjelpe en utøver med å komme over frykten for en re-skade. Mer forskning og oppfølging gjennom rehabiliteringsprosessen vil legge et grunnlag for hvordan vi best mulig kan tilby skadde idrettsutøveren den beste behandlingen, og hvordan man kan bidra til positive utfall.

## 7. Referanser

- Anderson, M. J., Browning, W. M., Urband, C. E., Kluczynski, M. A., & Bisson, L. J. (2016). A Systematic Summary of Systematic Reviews on the Topic of the Anterior Cruciate Ligament. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 4(3), 232596711663407. <https://doi.org/10.1177/2325967116634074>
- Arden, C. L., Bizzini, M., & Bahr, R. (2015). It is time for consensus on return to play after injury: five key questions. *British Journal of Sports Medicine*, 50(9), 506–508. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095475>
- Arden, C. L., Kvist, J., & Webster, K. E. (2016). *Psychological Aspects of Anterior Cruciate Ligament Injuries. Operative Techniques in Sports Medicine*, 24(1), 77–83. <https://doi.org/10.1053/j.otsm.2015.09.006>
- Arden, C. L., Taylor, N. F., Feller, J. A., & Webster, K. E. (2014). Fifty-five per cent return to competitive sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: an updated systematic review and meta-analysis including aspects of physical functioning and contextual factors. *British Journal of Sports Medicine*, 48(21), 1543–1552. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-093398>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. R R Donnelley & Sons Company.
- Bandura, A. (1998). Self-Efficacy. *Encyclopedia of human behavior*.
- Barnes, M. K., & Duck, S. (1994). Everyday communicative contexts for social support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht, & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community*. Sage Publications, Inc.
- Bianco, T. & Eklund, R. C. (2001). Conceptual considerations for social support research in sport and exercise settings: The case of sport injury. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 23(2), 85-107. <https://doi.org/10.1123/jsep.23.2.85>
- Brewer, B. W. & Redmond, C. (2017). *Psychology of Sport Injury*. Human Kinetics.
- Brewer, B. W., Andersen, M. B. & Van Raalte, J. L. (2002). Psychological aspects of sport injury rehabilitation: Toward a biopsychosocial approach. I D. L. Mostofsky & L. D. Zaichkowsky (Red.), *Medical and Psychological Aspects of Sport and Exercise* (s. 41- 54). Fitness Information Technology.
- Burland, J. P., Toonstra, J. L. & Howard, J. S. (2019). Psychosocial Barriers After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Clinical Review of Factors Influencing Postoperative Success. *Sports Health*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/1941738119869333>
- Burland, J. P., Toonstra, J., Werner, J. L., Mattacola, C. G., Howell, D. M., & Howard, J. S. (2018). Decision to Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction, Part I: A Qualitative Investigation of Psychosocial Factors. *Journal of Athletic Training*, 53(5) <https://doi.org/10.4085/1062-6050-313-16>
- Carson, F. & Polman, R. (2012). Experiences of professional rugby union players returning to competition following anterior cruciate ligament reconstruction. *Physical Therapy in Sport*, 13(1), 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2010.10.007>
- Carson, F. & Polman, R. C. J. (2008). ACL injury rehabilitation: A psychological case study of a professional rugby union player. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 2(1), 71-90. <https://doi.org/https://doi.org/10.1123/jcsp.2.1.71>
- Clement, D. & Shannon, V. R. (2011). Injured Athletes' Perceptions About Social Support. *Journal of Sport Rehabilitation*, 20(4), 457-470. <https://doi.org/10.1123/jsr.20.4.457>
- Clement, D., Arvinen-Barrow, M. & Fetty, T. (2015). Psychosocial responses during different phases of sport-injury rehabilitation: A qualitative study. *Journal of Athletic Training*, 50(1), 95-104. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-49.3.52>
- Conti, C., di Fronso, S., Pivetti, M., Robazza, C., Podlog, L. & Bertollo, M. (2019). Well-

- Come Back! Professional Basketball Players Perceptions of Psychosocial and Behavioral Factors Influencing a Return to Pre-injury Levels. *Frontiers in psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00222>
- Cox, R. H. (2007). *Sport psychology* (7 utg.): McGrawHill.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eitzen, I., Moksnes, H., Øiestad, B. E., & Risberg, M. A. (2008). Totalruptur av fremre korsbånd-Funksjonstesting, rehabilitering og langtidsfølger. *H. Moksnes, Øiestad, BE, & Risberg, MA, ed., Fysioterapeuten, 11*, 22-28.
- Engebretsen, L., LaPrade, R. F., Pierce, C. M., Cook, J., Arendt, E., & Mohtadi, N. (2014). Akutte kneskader. I R. Bahr (Red.). *Idrettsskader: diagnostikk og behandling*, 349-385.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Everhart, J. S., Best, T. M., & Flanigan, D. C. (2013). Psychological predictors of anterior cruciate ligament reconstruction outcomes: a systematic review. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 23(3), 752-762. doi:10.1007/s00167-013-2699-1 <https://doi.org/10.1007/s00167-013-2699-1>
- Fernandes, H. M., Reis, V. M., Vilaça-Alves, J., Saavedra, F., Aidar, F. J. & Brustad, R. (2014). Social support and sport injury recovery: An overview of empirical findings and practical implications. *Revista De Psicologia Del Deporte*, 23(2), 445-449.
- Filbay, S. R. & Grindem, H. (2019). Evidence-based recommendations for the management of anterior cruciate ligament (ACL) rupture. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 33(1), 33-47. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.01.018>
- Green, S. L. & Weinberg, R. S. (2001). Relationships among athletic identity, coping skills, social support, and the psychological impact of injury in recreational participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13(1), 40-59. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10413200109339003>
- Grindem, H., Eitzen, I., Snyder-Mackler, L., & Risberg, M. A. (2014). Online registration of monthly sports participation after anterior cruciate ligament injury: a reliability and validity study. *British journal of sports medicine*, 48(9), 748-753. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-092075>
- Hilliard, R. C., Blom, L., Hankemeier, D. & Bolin, J. (2017). Exploring the relationship between athletic identity and beliefs about rehabilitation overadherence in college athletes. *Journal of Sport Rehabilitation*, 26(3), 208-220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1123/jsr.2015-0134>
- Hirschmann, M. T. & Müller, W. (2015). Complex function of the knee joint: the current understanding of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 23(10), 2780-2788. <https://doi.org/10.1007/s00167-015-3619-3>
- Horvath, S., Birrer, D., Meyer, A., Moesch, K. & Seiler, R. (2007). Physiotherapy following a sport injury: Stability of psychological variables during rehabilitation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 5(4), 370-386. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/1612197X.2007.9671842>
- Ivarsson, A., Stambulova, N. & Johnson, U. (2018). Injury as a career transition: Experiences of a Swedish elite handball player. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16(4), 365-381. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/1612197X.2016.1242149>
- Johnston LH, Carroll D. (1998a) The context of emotional responses to athletic injury: a qualitative analysis. *Journal of Sport Rehabilitation*, 7 , 206–220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1123/jsr.7.3.206>
- Johnston, L. H. & Carroll, D. (1998b). The provision of social support to injured athletes: A

- qualitative analysis. *Journal of Sport Rehabilitation*, 7(4), 267-284.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1123/jsr.7.4.267>
- Krause, M., Freudenthaler, F., Frosch, K. H., Achtnich, A., Petersen, W. & Akoto, R. (2018). Operative Versus Conservative Treatment of Anterior Cruciate Ligament Rupture. *Dtsch Arztebl Int*, 115(51-52), 855-862. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0855>
- Kunnen, M., Dionigi, R. A., Litchfield, C. & Moreland, A. (2019). ‘My desire to play was stronger than my fear of re-injury’: athlete perspectives of psychological readiness to return to soccer following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Annals of Leisure Research*. <https://doi.org/10.1080/11745398.2019.1647789>
- Kvist, J., Ek, A., Sporrstedt, K., & Good, L. (2005). Fear of re-injury: a hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*, 13(5), 393-397.  
<https://doi.org/10.1007/s00167-004-0591-8>
- Lai, C. C., Ardern, C. L., Feller, J. A., & Webster, K. E. (2018). Eighty-three per cent of elite athletes return to preinjury sport after anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review with meta-analysis of return to sport rates, graft rupture rates and performance outcomes. *British journal of sports medicine*, 52(2), 128-138.  
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096836>
- Lindanger, L., Strand, T., Mølster, A. O., Solheim, E., & Inderhaug, E. (2019). Return to Play and Long-term Participation in Pivoting Sports After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *The American Journal of Sports Medicine*, 036354651987815.  
<https://doi.org/10.1177/0363546519878159>
- Mahood, C., Perry, M., Gallagher, P. & Sole, G. (2020). Chaos and confusion with confidence: Managing fear of Re-Injury after anterior cruciate ligament reconstruction. *Physical Therapy in Sport*, 45, 145-154  
<https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2020.07.002>
- Meeuwisse, W. H. (1994). Assessing causation in sport injury: a multifactorial model. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 4(3), 166-170.  
<https://doi.org/10.1097/00042752-199407000-00004>
- Michalsik, L. B., & Aagaard, P. (2015). Physical demands in elite team handball: Comparisons between male and female players. *J Sports Med Phys Fitness*, 55(9), 878-891.
- Moksnes, H., Snyder-Mackler, L. & Risberg, M. A. (2008). Individuals With an Anterior Cruciate Ligament-Deficient Knee Classified as Noncopers May Be Candidates for Nonsurgical Rehabilitation. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 38(10), 586-595. <https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2750>
- Myklebust, G., Holm, I., Mæhlum, S., Engebretsen, L., & Bahr, R. (2003). Clinical, Functional, and Radiologic Outcome in Team Handball Players 6 to 11 Years after Anterior Cruciate Ligament Injury. *The American Journal of Sports Medicine*, 31(6), 981–989. <https://doi.org/10.1177/03635465030310063901>
- Myklebust, G., Holm, I., Mæhlum, S., Engebretsen, L., & Bahr, R. (2003). Clinical, Functional, and Radiologic Outcome in Team Handball Players 6 to 11 Years after Anterior Cruciate Ligament Injury. *The American Journal of Sports Medicine*, 31(6), 981–989.
- Myklebust, G., Mæhlum, S., Engebretsen, L., Strand, T. & Solheim, E. (1997). Registration of cruciate ligament injuries in Norwegian top level team handball. A prospective study covering two seasons. *Scand J Med Sci Sports*, 7(5), 289-292.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.1997.tb00155.x>
- Myklebust, G., Mæhlum, S., Holm, I. & Bahr, R. (1998). A prospective cohort study of anterior cruciate ligament injuries in elite Norwegian team handball. *Scand J Med Sci*

- Sports, 8(3), 149-153. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.1998.tb00185>.
- Myklebust, G., Skjølberg, A., & Bahr, R. (2013). ACL injury incidence in female handball 10 years after the Norwegian ACL prevention study: important lessons learned. *British journal of sports medicine*, 47(8), 476-479. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091862>
- Nwachukwu, B. U., Adjei, J., Rauck, R. C., Chahla, J., Okoroha, K. R., Verma, N. N., Williams, R. J. (2019). How Much Do Psychological Factors Affect Lack of 88 Return to Play After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction? A Systematic Review. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 7(5). <https://doi.org/10.1177/2325967119845313>
- Ohji, S., Aizawa, J., Hirohata, K., Ohmi, T., Mitomo, S., Koga, H., & Yagishita, K. (2021). Injury-related fear in athletes returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction - A quantitative content analysis of an open-ended questionnaire. *Asia-Pacific Journal of Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation and Technology*, 25, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.asmart.2021.03.001>
- Olsen, O. E., Myklebust, G., Engebretsen, L., Holme, I., & Bahr, R. (2003). Relationship between floor type and risk of ACL injury in team handball. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 13(5). <https://doi.org/10.1034/j.1600-0838.2003.00329.x>
- Olsen, O. E., Myklebust, G., Engebretsen, L., Holme, I., & Bahr, R. (2003). *Relationship between floor type and risk of ACL injury in team handball. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 13(5). <https://doi.org/10.1034/j.1600-0838.2003.00329.x>
- Paterno, M. V., Schmitt, L. C., Thomas, S., Duke, N., Russo, R., & Quatman-Yates, C. C. (2019). Patient and parent perceptions of rehabilitation factors that influence outcomes after anterior cruciate ligament reconstruction and clearance to return to sport in adolescents and young adults. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49(8), 576-583. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.8608>
- Podlog, L., Banham, S. M., Wadey, R. & Hannon, J. C. (2015). Psychological Readiness to Return to Competitive Sport Following Injury: A Qualitative Study. *Sport Psychologist*, 29(1), 1-14. <https://doi.org/10.1123/tsp.2014-0063>
- Podlog, L., Dimmock, J. & Miller, J. (2011). A review of return to sport concerns following injury rehabilitation: Practitioner strategies for enhancing recovery outcomes. *Phys Ther Sport*, 12 (1), 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2010.07.005>
- Prodromos, C. C., Han, Y., Rogowski, J., Joyce, B., & Shi, K. (2007). *A Meta-analysis of the Incidence of Anterior Cruciate Ligament Tears as a Function of Gender, Sport, and a Knee Injury-Reduction Regimen. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 23(12), 1320-1325.e6. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2007.07.003>
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo Gyldendal.
- Robbins, J. E., & Rosenfeld, L. B. (2001). Athletes' perceptions of social support provided by their head coach, assistant coach, and athletic trainer, pre-injury and during rehabilitation. *Journal of Sport Behavior*, 24(3), 277.
- Ross, C. A., Clifford, A., & Louw, Q. A. (2017). Factors informing fear of reinjury after anterior cruciate ligament reconstruction. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(2), 103-114. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1271847>
- Ruddock-Hudson, M., O'Halloran, P. & Murphy, G. (2012). Exploring Psychological Reactions to Injury in the Australian Football League (AFL). *Journal of Applied Sport Psychology*, 24(4), 375-390. <https://doi.org/10.1080/10413200.2011.654172>
- Ruddock-Hudson, M., O'Halloran, P. & Murphy, G. (2014). The Psychological Impact of

- Long-Term Injury on Australian Football League Players. *Journal of Applied Sport Psychology*, 26(4), 377-394. <https://doi.org/10.1080/10413200.2014.897269>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, H. & Deci, E. L. (2009). Self-Determination Theory and Physical Activity: The Dynamics of Motivation in Development and Wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 107-124.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships.
- Scott, S. M., Perry, M. A. & Sole, G. (2018). “Not always a straight path”: patients’ perspectives following anterior cruciate ligament rupture and reconstruction. *Disability and Rehabilitation*, 40(19), 2311-2317. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1335803>
- Silverman, D. (2017). How was it for you? The Interview Society and the irresistible rise of the (poorly analyzed) interview. *Qualitative Research*, 17(2), 144–158. <https://doi.org/10.1177/1468794116668231>
- Silvers, H. J., & Mandelbaum, B. R. (2007). Prevention of anterior cruciate ligament injury in the female athlete. *British Journal of Sports Medicine*, 41(Supplement 1), i52–i59. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2007.037200>
- Steffen, K., Myklebust, G., Andersen, T. E., Holme, I. & Bahr, R. (2008). Self-reported injury history and lower limb function as risk factors for injuries in female youth soccer. *Am J Sports Med*, 36(4), 700-708. <https://doi.org/10.1177/0363546507311598>
- Te Wierike, S. C. M., van der Sluis, A., van den Akker-Scheek, I., Elferink-Gemser, M. T., & Visscher, C. (2012). Psychosocial factors influencing the recovery of athletes with anterior cruciate ligament injury: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. <https://doi.org/10.1111/sms.12010>
- Thagaard, T. (2019). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. . Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B. I., & Karlsson, J. (2008). Self-efficacy of knee function as a pre-operative predictor of outcome 1 year after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 16, 118-127. <https://doi.org/10.1007/s00167-007-0433-6>
- Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B., & Karlsson, J. (2007). Determinants of self-efficacy in the rehabilitation of patients with anterior cruciate ligament injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(6), 486–492. <https://doi.org/10.2340/16501977-0079>
- Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B. I., & Karlsson, J. (2010). A Randomized, Controlled Study of a Rehabilitation Model to Improve Knee-Function Self-Efficacy with ACL Injury. *Journal of Sport Rehabilitation*, 19(2), 200–213. <https://doi.org/10.1123/jsr.19.2.200>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tracey J. The emotional response to the injury and rehabilitation process. *J Appl Sport Psychol*. 2003;15(4):279–293. <https://doi.org/10.1080/714044197>
- Van Melick, N., van Cingel, R. E. H., Brooijmans, F., Neeter, C., van Tienen, T., Hulleger, W. & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2016). Evidence-based clinical practice update: practice guidelines for anterior cruciate ligament rehabilitation based on a systematic review and multidisciplinary consensus. *British Journal of Sports Medicine*, 50(24), 1506-1515. [10.1136/bjsports-2015-095898](https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095898)
- Wahyuni, D. (2012). The research design maze: Understanding paradigms, cases, methods

and methodologies. *Journal of applied management accounting research*, 10(1), 69-80.

Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A., Shaffer, S. M. & Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10(1), 46-69.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10413209808406377>



## 8. Vedlegg

### Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

#### **Forespørsel om deltagelse i prosjektet «veien tilbake til idretten»**

*Vil du delta i et intervju i forbindelse med forskningsprosjektet:*

**«Fremre korsbåndskade i håndball: Fra skade til prestasjon eller fra prestasjon til skader?»**

#### **Bakgrunn og formål**

Undertegnende skal gjennomføre et mastergradsprosjekt i idrettsvitenskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i løpet av skoleåret 2022/2023. Formålet med mastergradsprosjektet er å få en bedre innsikt og forståelse hvordan det oppleves å returnere til toppidretten etter operasjon av fremre korsbånd hos håndballspillere. Mastergradsprosjektet vil forsøke å avdekke kunnskap om hvilke erfaring og tanker utøvere gjør i forbindelse med retur tilbake til idretten.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

NTNU - NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du velger å delta i intervjuet, innebærer dette deltagelse i ett individuelt intervju. Intervjuet vil foreta seg spørsmål om idretten du holder på/holdt på med, skadetidspunktet, rehabiliteringen og dine tanker rundet det å returnere til idrett etter skaden. Intervjuene vil bli tatt opp på båndopptaker og deretter transkribert, og selve intervjuet varer mellom 30-50 minutt, og gjennomføres et sted du selv velger, eller eventuelt digitalt på Zoom/Teams. Tid avtales nærmere slik at det passer best mulig for deg. I selve masteroppgaven blir alle opplysninger anonymisert, slik at de ikke kan spores tilbake til enkeltpersoner.

#### **Frivillig deltagelse**

Det er helt frivillig å være med på dette prosjektet, og du kan når som helst trekke deg underveis i perioden frem til prosjektet slutføres og presenteres skriftlig, uten å begrunne dette. Dersom du velger å trekke deg, vil alle opplysninger bli slettet. Ønsker du å trekke deg kontakter du masterstudent Jannicke Moen Hansen eller prosjektleder Nils Petter Aspvik.

## **Ditt personvern – hvordan oppbevarer og bruker vi dine opplysninger?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 19.06.23. Etter prosjektslutt vil datamaterialet slettes. Personopplysningene behandles etter ditt samtykke. Det er bare Jannicke Moen Hansen (masterstudent) og Nil Petter Aspvik (veileder) som vil ha tilgang til personopplysningene dine. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Informasjonen vil kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. NTNU har databehandleravtale med UiO for bruk av Nettskjema. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i masteroppgaven. Sitat vil eventuelt bli publisert. Lydopptak og transkribering vil oppbevares på en sikker måte. Vi er underlagt taushetsplikt, og vil ikke dele identifiserende informasjon med andre. Etter endt prosjekt vil alt datamateriale slettes.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

## **Kontakt til eventuelle spørsmål**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent: Jannicke Moen Hansen. Kontaktinformasjon:

[Jannicmh@ntnu.no](mailto:Jannicmh@ntnu.no)

- Veileder: Nils Petter Aspvik, førsteamanuensis. Kontaktinformasjon:  
[nilspetter.aspvik@ntnu.no](mailto:nilspetter.aspvik@ntnu.no)
- NTNUs personvernsombud: Thomas Helgesen. Kontaktinformasjon:  
[thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)  
Tlf: 930 790 38

Dersom du har spørsmål knytt til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no))  
eller på telefon: 55 58 21 17.

---

**Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt: «veien tilbake»**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

Jannicke Moen Hansen

*Veileder*

Nils Petter Asp

## Vedlegg 2: Vurdering og godkjenning fra NSD



[Meldeskjema](#) / [Fremre korsbåndskade i håndball: Fra skade til prestasjon eller fra pres...](#) / Vurdering

# Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

537641

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

22.02.2023

**Prosjekttittel**

Fremre korsbåndskade i håndball: Fra skade til prestasjon eller fra prestasjon til skader?

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosiologi og statsvitenskap

**Prosjektansvarlig**

Nils Petter Aspvik

**Student**

Jannicke Moen Hansen

**Prosjektperiode**

20.02.2023 - 19.06.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

Særlige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 19.06.2023.

[Meldeskjema](#)

## **Kommentar**

### OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

### TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse.

### DATABEHANDLER

Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. personvernforordningen art. 28 og 29.

### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

### **Innledning**

1. Hva heter du?
2. Hvor gammel var du da skaden inntraff?
3. Hvilket nivå var du på da du røk korsbåndet, og hvilket nivå er du på nå?
4. Når i sesongen røyk du korsbåndet?
5. Hva var gjennomsnittlig antall treningstimer håndball i uken før skaden inntraff?
6. Kan du fortelle litt om hvilke erfaringer du har med skader fra før?
7. Hvilken type skade fikk du? Bare fremre korsbånd eller var det andre tilleggsskader også?
8. Kan du fortelle noe om hendelsen der du skadet kneet ditt? Hva husker du?
9. Har du etter korsbåndsopprasjonen fått en ny korsbåndskade i samme kne eller i motsatt kne?

#### **HVIS JA:**

- ➔ Hvordan opplevde du å ryke korsbåndet andre gang kontra første?
- ➔ Hva var annerledes ved å ryke korsbåndet andre gangen kontra første gangen?
- ➔ Hvordan oppleves det for andre evt tredje gang å være «utenfor» laget?
- ➔ Hvordan var nivået ditt etter du kom tilbake andre gang vs første gang?
- ➔ Hvor lang tid brukte du på å komme tilbake sammenliknet med første gangen du røyk det?

### **Hoveddel**

#### **Tema 1: Mestringstro**

10. Når du kom tilbake til idretten, hvor trygg var du på at du kunne utøve på samme nivå som tidligere?
11. Hva tenker du selv var avgjørende for at du klarte å komme tilbake på høyt nivå etter skaden?
12. Hva motiverte deg på veien tilbake til håndballbanen?
13. Mange av de som gjennomgår en korsbåndsoperasjon forteller at operasjonen og tiden etterpå kan være vanskelig, hvordan var dette for deg?
14. Hva gledet du deg ved å kunne spille kamper som før igjen?

15. Hvilke tanker hadde du rett etter skaden inntraff, og underveis? *Mestringstro*

### **Tema 2: Relasjoner**

16. Hvilke personer har vært viktig for deg rett etter skaden, underveis og tiden etterpå?  
- hvem og på hvilken måte?
17. Hvordan var det å være «utenfor» laget i en så lang periode? *Dvs, ikke med på vanlige treninger, kamp osv?*
18. Har du opplevd at enten trener, lagvenniner, støtteapparat osv har lagt et press på deg til å rekke en kamp?
19. På hvilken måte vil du si at korsbåndsskaden har hatt innvirkning på deg eller deler av ditt liv?

### **Tema 3: Å returnere**

20. Hva var avgjørende for at du kjente at *nå* er jeg klar til å spille kamp igjen?
21. Hvordan opplevde du de første ukene rett etter du ble skadet?
22. Hvordan opplevde du selve rehabiliteringen?
23. Beskriv følelsen av det å være på banen igjen etter skaden? - *før kamp, under og etter- følelser.*
24. En del av de som har vært korsbåndsskadet forteller i etterkant at de var slitne, hadde høy belastning osv. Hvis du tenker på tiden før du røyk korsbåndet, hadde du høy kampbelastning, var sliten, osv?
25. Har du noen gang hatt en tanke eller en opplevelse der du tvilte på om du kunne komme tilbake?
26. Hvor stor har frykten vært for en re-skade? *Hvordan har dette preget deg på å komme tilbake på banen igjen?*
27. Har du gått til noen idrettspsykolog eller lignende under skadeperioden?
28. Måtte du inn til en ny operasjon for å fjerne arvvev osv? *Hvordan påvirket deg dette mentalt?*

### **Avslutning**

29. Hvis du skulle gi et råd til andre som har operert korsbåndet og ønsker å spille igjen hva skulle det vært?
30. Har du noe å legge til eller tanker rundt det vi har snakket om i dag?

