

Bachelorprojekt i ergoterapi

# Et tilbud til kræftramte

- Et casestudie -



Forfatternavne:

Dorte Robanke Sørensen  
Pernille Jensen Panikovski  
Maja Bach Rasmussen

Hold: E05A

Udarbejdet: Juni 2008  
Anslag excl. Mellemrum : 83.695

"Denne opgave er udarbejdet af studerende ved ergoterapeutuddannelsen under Center for videregående Sundhedsuddannelser – Fyn, som led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra skolens side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter".

"Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med den/de studerendes tilladelse. Jf. bekendtgørelse af lov om Ophavsret nr. 763 af 30/06/2006 og bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede uddannelser Bek. nr. 766 af 26.06.2007" "Tilladelse til udlån"



**An offer for people struck by  
cancer  
- A case study -**

# RESUMÉ

## Et tilbud til kræftramte – et casestudie

På baggrund af vores litteraturstudie erfarede vi, at stadig flere overlever en kræftsygdom, hermed opstår et større og større behov for rehabilitering. Ifølge *Kræftplan II* anslås det, at 70 % af alle kræftramte har et behov for rehabilitering. Vi har endvidere erfaret, at rehabiliteringen af kræftramte i Danmark halter efter i forhold til de lande vi normalt sammenligner os med.

På baggrund af ovenstående har vi valgt, at undersøge det eneste rehabiliteringscenter af sin slags i Danmark ud fra følgende problemformulering:

*Hvordan varetages rehabilitering i de seks dage på Rehabiliteringscenteret?  
Hvad har kvinderne fået ud af undervisningen og opholdet på Rehabiliteringscenteret?*

Projektet bygger på et beskrivende casestudie med udgangspunkt i en hermeneutisk tilgang. Vi har i de fem første dage af kurset observeret på undervisningen på Rehabiliteringscenteret. Vi har taget udgangspunkt i *Helhedsmodellen – model for didaktisk relationstænkning*, som vi benytter til at belyse, hvordan rehabiliteringen varetages på Rehabiliteringscenteret. Kort efter opholdet foretog vi en interviewundersøgelse af tre kvindelige kursister, for at undersøge hvad de havde fået ud af undervisningen og opholdet på Rehabiliteringscenteret. I bearbejdningen af interviewdata har vi benyttet os af den ergoterapeutiske begrebsmæssigmodel, *Model of Human Occupation*.

Resultatet af undersøgelsen viser, at Rehabiliteringscenteret varetager rehabilitering gennem undervisning i grupper. Underviserne formidler hovedsageligt viden via den monologprægede metode og med efterfølgende dialog og erfaringsudveksling. Ud fra *MAKIS-principperne* har vi erfaret at kursisterne er ansvarlige for egen læring og må være aktive for at få det optimale udbytte af undervisningen. Endvidere viser undersøgelsen at kvinderne har nydt godt af samvær med andre i samme situation, ligeledes har de opnået sparring via erfaringsudveksling samt råd og vejledning. Samtidig har vi erfaret at Rehabiliteringscenteret må favne bredt for at kunne varetage rehabiliteringen bedst muligt.

Afslutningsvis har vi diskuteret om, hvorvidt et rehabiliteringsforløb på seks dage er nok til at gennearbejde de problematikker, som sygdommen medfører. Endvidere har vi diskuteret den bratte overgang, som de kræftramte kan opleve efter endt ophold. Derudover har vi diskuteret om Rehabiliteringscenteret kunne drage nytte af erfaringer fra rehabiliteringscentre i andre lande.

## **PRAKSISFORSKNINGSPROJEKT**

Vi har i forbindelse med udarbejdelsen af vores bachelorprojekt indgået i et praksisforskningsprojekt. Dette er et led i et udviklingsprojekt for Ergoterapeutuddannelsen, hvor vi i forløbet har haft Knud Ramian som sparringspartner.

# Indholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. PROBLEMBAGGRUND</b>                                | <b>1</b>  |
| 1.1. Emne og problemområde                               | 1         |
| 1.2. Ergoterapeutisk relevans                            | 2         |
| 1.3. Samfundsrelevans                                    | 4         |
| 1.4. RehabiliteringsCenteret                             | 5         |
| 1.5. Litteratursøgning                                   | 5         |
| <b>2. PROBLEMFORMULERING</b>                             | <b>7</b>  |
| 2.1. Begrebsafklaring                                    | 7         |
| 2.2. Formål  | 7         |
| <b>3. TEORETISK RUM</b>                                  | <b>8</b>  |
| 3.1. Pædagogisk tilgang                                  | 8         |
| 3.2. Helhedsmodellen                                     | 9         |
| 3.2.1. Mål   | 10        |
| 3.2.2. Indhold   | 10        |
| 3.2.3. Læringsproces                                     | 11        |
| 3.2.4. Læringsforudsætninger, vurdering og rammefaktorer | 12        |
| 3.3. Model of Human Occupation                           | 12        |
| 3.3.1. <i>Viljen</i>                                     | 13        |
| 3.3.2. <i>Vanen</i>                                      | 14        |
| 3.3.3. <i>Udøvelseskapaciteten</i>                       | 14        |
| 3.3.4. <i>Omgivelserne</i>                               | 14        |
| 3.3.4.1 <i>Fysiske</i>                                   | 14        |
| 3.3.4.2. <i>Sociale</i>                                  | 15        |
| 3.3.4.3 <i>Aktivetsmiljøer</i>                           | 15        |
| 3.3.5. <i>Dimensionen i at foretage sig noget</i>        | 15        |
| 3.3.5.1. <i>Aktivetsdeltagelse</i>                       | 15        |
| 3.3.5.2. <i>Aktivetsudøvelse</i>                         | 15        |
| 3.3.5.3. <i>Færdigheder</i>                              | 15        |
| <b>4. DESIGN</b>   | <b>16</b> |
| 4.1. Videnskabsteoretisk position                        | 16        |
| 4.2. Forforståelse                                       | 17        |
| 5. DATAINDSAMLING  | 19        |
| 5.1. Observation   | 19        |
| 5.2. Det kvalitative interview                           | 19        |
| 5.2.1. Interviewguide                                    | 20        |
| 5.2.2. Transskribering                                   | 0         |
| 5.2.3. Selektionskriterier af informanter                | 21        |
| 5.3. Etik  | 22        |
| 5.4. Præsentation af informanterne                       | 22        |
| <b>6. DATABEARBEJDNING</b>                               | <b>24</b> |
| 6.1. Observation: Undervisningen                         | 24        |
| 6.1.1. Indhold   | 25        |
| 6.1.2. <i>Mål</i>  | 26        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 6.1.3.    | Læreprocessen.....                            | 28        |
| 6.1.3.1.  | Læringsteorier.....                           | 28        |
| 6.1.3.2.  | Undervisningsmetoder.....                     | 28        |
| 6.1.3.3.  | Undervisningsprincipper (MAKIS).....          | 30        |
| 6.2.      | Delkonklusion.....                            | 32        |
| 6.3.      | Interview: Model of Human Occupation.....     | 33        |
| 6.3.1.    | Mennesket – <i>Viljen</i> .....               | 33        |
| 6.3.1.1.  | <i>Værdier</i> .....                          | 33        |
| 6.3.1.2.  | <i>Følelse af handleevne</i> .....            | 35        |
| 6.3.1.3.  | <i>Interesser</i> .....                       | 36        |
| 6.3.2.    | Omgivelserne - de sociale.....                | 37        |
| 6.4.      | Delkonklusion.....                            | 40        |
| 6.5.      | Vurdering af anvendte metoder og teorier..... | 40        |
| 6.5.1.    | Metoder.....                                  | 41        |
| 6.5.1.1.  | Observationer.....                            | 41        |
| 6.5.1.2.  | Interview.....                                | 42        |
| 6.5.1.3.  | Øvrige metoder.....                           | 43        |
| 6.5.2.    | Teorier.....                                  | 44        |
| 6.5.2.1.  | Helhedsmodellen.....                          | 44        |
| 6.5.2.2.  | MoHO.....                                     | 45        |
| <b>7.</b> | <b>KONKLUSION.....</b>                        | <b>46</b> |
| <b>8.</b> | <b>DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING.....</b>     | <b>48</b> |
| <b>9.</b> | <b>ANVENDELSESASPEKT OG FORMIDLING.....</b>   | <b>51</b> |

## Litteraturliste

### Bilag:

- Bilag A:** Kriterier for Visitation
- Bilag B:** Rehabiliteringscenterets mål
- Bilag C:** Søgeprofil
- Bilag D:** Observationsguide
- Bilag E:** Interviewguide
- Bilag F:** Samtykkeerklæring
- Bilag G:** Brev til kursister

# 1. PROBLEMBAGGRUND

Indledningsvis har vi valgt at beskrive baggrunden for vores projekt, hvor omdrejningspunktet er kræftrehabilitering på et rehabiliteringscenter.

## 1.1. *Emne og problemområde*

Ifølge en artikel fra 2007, fra Kræftens Bekæmpelse lever der i Danmark 230.000 med en kræftdiagnose og der konstateres 33.000 nye tilfælde om året. Der benyttes et eksempel fra 2001, hvor det beregnes, at der ud af 50.000 borgere er cirka:

- 310 borgere, som får konstateret kræft, heraf vil der være 100 i erhvervsaktiv alder
- 2.130 borgere, som skal leve med kræft, heraf vil der være 690 i erhvervsaktiv alder
- 300 borgere med kræft får behov for rehabiliteringstilbud ([www.cancer.dk](http://www.cancer.dk): 2007; a).

Ifølge *Kræftplan II* er der flere og flere kræfttramte, der overlever deres sygdom. Den femårige overlevelse efter diagnosen er stillet er 45 % for mænd og 56 % for kvinder (Sundhedsstyrelsen: 2005). Man ser at incidensen for kræft stiger selvom man tager højde for, at vi bliver ældre og diagnosemulighederne er blevet bedre ([www.sst.dk](http://www.sst.dk): 2008; a).

I 2004 var der cirka 200.000 kræfttramte i Danmark, der blev erklæret raske. Dette betyder ikke, at de er kommet tilbage til deres almindelige hverdagsliv – de har fortsat behov for fysisk, psykisk og social støtte ([www.cancer.dk](http://www.cancer.dk): b). Ifølge *Hvidbogen* er det væsentlige at en patient opnår et selvstændig og meningsfuldt liv i forhold til sine fysiske, psykiske og sociale begrænsninger. Rehabilitering skal foregå i samarbejde med patient, pårørende og det faglige personale og dette samarbejde skal være målrettet og tidsafgrænset (MarselisborgCenteret: 2004).

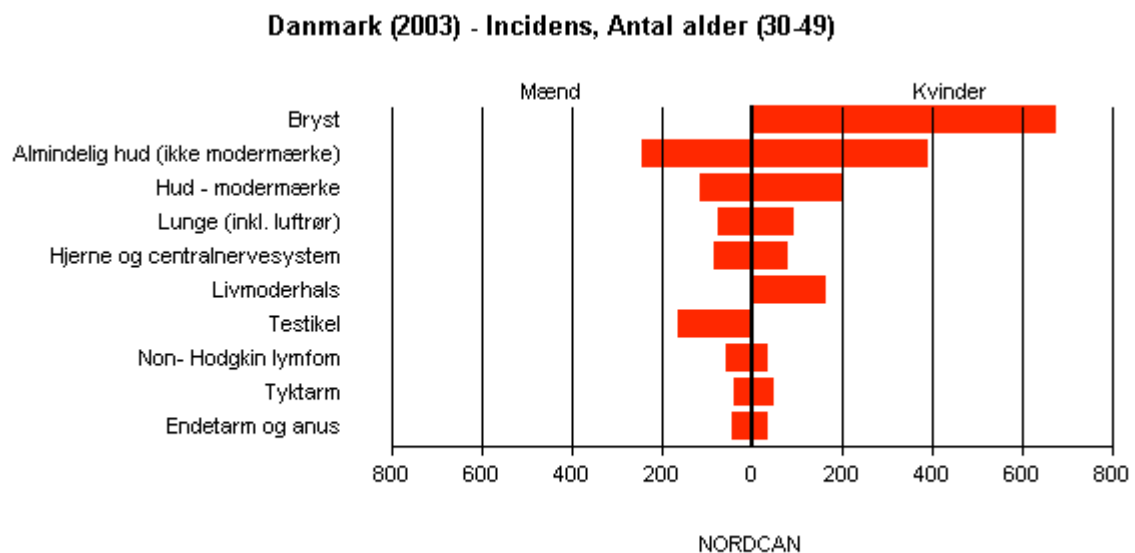
På [senfoelger.dk](http://senfoelger.dk), som er et netværk for kræfttramte, opremses hvilke senfølger, der kan opstå. Eksempelvis nævnes; træthed, angst, depression og eksistentielle problemer såsom manglende anerkendelse fra familien, arbejdsgiver og socialforvaltningen, indre tomhed, skyld og

skam, ensomhed, ked-af-dethed. Senfølger skyldes både fysiske og psykiske årsager og kan variere mellem let, svær, alvorlig og få er livstruende. Disse gener kan opstå tre måneder og helt op til flere år efter endt behandling. Senfølger kan virke invaliderende på ens hverdagsliv i større eller mindre grad og den kræftframte kan derfor have behov for rehabilitering.

Rehabiliteringen kan for eksempel omhandle hjælp til strukturering af hverdagen i forhold til træthed ([www.cancer.dk](http://www.cancer.dk) 2007; c).

Ifølge databasen NORDCAN viser det sig, at der i 2003 er 1255 mænd og 2111 kvinder per 100.000 indbyggere, der fik konstateret kræft. Deraf viser det sig, at kræftincidensen er langt højere for kvinder end for mænd (NORDCAN 2007).

Nedenstående figur giver et billede af incidensen af de ti hyppigste kræftformer fordelt på begge køn.



<http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/graph6.asp>

## 1.2. Ergoterapeutisk relevans

Mennesket ses som et kulturelt, socialt og samfundsmæssigt væsen, som udvikles i et dynamisk samspil med omverdenen og forstås som hele ligeværdige væsner. Hverdagen bygges op og kategoriseres af aktiviteter, som tillægges værdi, betydning og mening. Endvidere ser ergoterapeuter, at aktivitet og deltagelse indvirker på menneskers sundhed og livskvalitet (Borg 2007 b).



Ved rehabilitering inddrages det hele menneske både krop, sind, sjæl samt personens daglige hverdagsaktiviteter og processen gøres klientcentreret. For at klienten kan deltage aktivt i egen rehabiliteringsproces, søger ergoterapeuten at støtte klienten i at opnå større viden og indsigt i sammenhængen mellem sygdom, færdighedsniveau, aktivitet og socialt samvær (Johansen 2007).

Ifølge ergoterapeut Line Hjelmroth fra Storstrømmens Sygehus i Næstved har kræftramte behov for rehabilitering, da mange oplever ADL-problematikker i hverdagen. Problemerne opstår som følge af sygdom, behandling og senfølger. Hun lægger stor vægt på, at man ikke skal opgøre livet i kvantitet, men skal vægte livets kvalitet (Maindahl 2005).

Kræftramte oplever forskellige ADL-problematikker i hverdagen, hvor ergoterapeuter i samarbejde med klienten søger at forbedre funktionsevner samt muliggøre aktivitet og deltagelse ved at afhjælpe eller forebygge problematikkerne (Borg 2007 a).

Efter endt behandling kan den kræftramte få en anden opfattelse af sin krop. En ændret kropsopfattelse kan være rent fysisk, ved for eksempel fjernelse af et bryst. Men ændringen kan også være psykisk ved, at man føler, at kroppen har forrådt én ved at blive syg ([www.cancer.dk](http://www.cancer.dk); d). Denne ændring kan medføre forringet selvtillid og påvirke ens nye hverdag udenfor behandlingen. Det betyder, at det ikke kun er det fysiske ar, der skal hele, men også arrene på sjælen ([www.cancer.dk](http://www.cancer.dk); e).

Konsekvenserne af de kropslige ændringer efter en kræftsygdom har indvirkning på, hvordan man vender tilbage til sit hverdagsliv. Mange kræftramte oplever at se frem til tiden efter behandlingen, men oplever et tomrum og mangel på forståelse fra omgivelserne. Det vil sige, at den kræftramte går fra at være i centrum til at være overladt til sig selv og skal skabe den nye hverdag (Esbensen 2002). Dette stemmer overens med hvad tidligere kræftramte Erik Rasmussen fortæller i sin bog *”Den dag du får kræft”*. Efter raskmelding, fortæller han, at han oplever forventninger fra sig selv og andre om at vende tilbage til det liv, der er ”normalt” (Rasmussen 2003).

Mange kræftramte oplever ændrede roller og vaner, når de vender tilbage til hverdagslivet. Dette sker i kraft af de sociale omgivelseres forventninger om, at man ”bare” kan indtræde i sine gamle roller og at den kræftramte har glemt kræftperioden. Samtidig kan den kræftramte føle sig anderledes indeni og det kan tage lang tid, inden der bliver lavet de justeringer, der skal til i forbindelse med opbygningen af den nye hverdag (Esbensen 2002).

### **1.3. Samfundsrelevans**

*Kræftplan I* henledte opmærksomheden på, at kortere indlæggelsesperioder og kontrolperioder er med til at flytte fokus fra rehabiliteringen af kræftpatienter. Dette gør, at senfølger af behandlingen bliver mindre synlige og kræver, at sundhedspersonalet bliver mere opmærksomme på de kræftramtes rehabiliteringsbehov (Sundhedsstyrelsen: 2000). I *Kræftplan II* angives det, at 70 % af nydiagnosticerede kræftpatienter har behov for rehabilitering. På det internationale plan menes det, at kræftramte har stort behov for rehabilitering. Dermed stilles der store krav til de sundhedsprofessionelles kompetencer, da de kræftramte har forskellige behov for rehabilitering. Det vides at man i Danmark har en lang række rehabiliteringstiltag på flere forskellige niveauer. Der findes ingen systematisk og struktureret måde, hvorpå praksis- og forskningsinstitutioner videreformidler deres viden. Dette gør for eksempel, at der ikke er samlet viden om hvilke interventionsformer, som har effekt på den sociale funktion blandt kræftramte (Sundhedsstyrelsen: 2005).

Ifølge projektkoordinator, Lise Bjerrum Thisted, bør fokuset være på kræftrehabiliteringen nu, hvor kommunalreformen er trådt i kraft og hvor rehabiliteringen er lagt ud til kommunerne (Hauerslev: 2006).

Da rehabilitering er et forholdsvist nyt område indenfor kræftbehandling i Danmark, er der ingen nuværende undersøgelsesresultater af rehabiliteringseffekten. Der findes dog igangværende forskningsprojekter. Heriblandt kan nævnes *Forløbspartner – Koordinering og sammenhæng for borgere med kræft*, som er et projekt, der forløber over to år i Svendborg og Langeland Kommune (Korgaard 2008) samt forskellige *Patient undervisningsprojekter* rundt om i landet. Derudover findes der flere afsluttede projekter som for eksempel *Kræft og Arbejde*, der er lavet af Kræftens Bekæmpelses patientstøtteafdeling og *Nu Er Du Rask Og Kan Leve Som Før*, som er en undersøgelse af kvinders rehabiliteringsforløb efter operation for livmoderhalskræft (Amtsrådsforeningen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003).

Line Hjelmroth fra Storstrømmens Sygehus i Næstved har udarbejdet en Master of Health, som tager udgangspunkt i *Karen la' Cours* Ph.d. studie *Hverdagsliv med kræft* (Maindahl 2007). Desuden er baggrunden for Line Hjelmroths Master of Health at hun mener, at Danmark er "... på stenalderniveau..." i forhold til eksempelvis England, Australien, Sverige (Maindahl 2005 s. 13).

## **1.4. RehabiliteringsCenteret**

I Danmark findes der et rehabiliteringscenter (herefter RHC), som er blevet oprettet til kræftramte, hvor de kan få redskaber i form af handling, viden og styrke til at vende tilbage til hverdagslivet.

For at søge et ophold på RHC skal den kræftramte selv gøre en aktiv indsats samtidig skal den kræftramte leve op til nogle visitationskriterier (bilag A). Centeret er for kræftpatienter, der har afsluttet den primære eller den recidive behandling med kemoterapi eller strålebehandling. Yderligere inklusionskriterier er, at kursisten skal være fysisk selvhjulpne og det skal fagligt vurderes om et ophold vil være til gavn for den kræftramte. Livshorizonten skal være vurderet til over seks måneder. Der findes flere visitationskriterier for hvem der er kvalificeret til et ophold, se bilag A.

RHC blev oprettet i 2001 som et center, der skulle kunne indsamle den fornødne erfaring og dokumentere effekten af kræftrehabilitering (Esbensen 2002). Projektet på RHC var oprindeligt tænkt som et femårigt projekt, men er indtil videre blevet forlænget til udgangen af 2008. Rehabiliteringskoordinatoren fortæller, at grunden til dette er, at der skal afklares et finansieringsspørgsmål mellem kommuner og regioner.

De mål, som RHC ønsker at kursisterne skal opnå er; en højere grad af erkendelse og afklaring af deres situation, større livsglæde, håb og tro på fremtiden samt flere handlemuligheder. Disse søges opnået ved at formidle viden, give støttende, udfordrende og rådgivende samtaler samt at afprøve ting i praksis (bilag B). Dette er der større sandsynlighed for, at kursisterne opnår i og med, at de ikke er i den akutte krisetilstand, som de kan have været i starten af sygdoms- og behandlingsforløbet. De vil hermed være mere modtagelige for information ([www.lydiagarden.se](http://www.lydiagarden.se)).

I den pågældende uge, hvor undersøgelsen foregår, er temaet '*Blandede diagnoser for kræftramte under 50 år*'.

## **1.5. Litteratursøgning**

Gennem systematisk litteraturstudie har vi afsøgt viden om emnet. Vi har benyttet følgende databaser: PubMed, Cinahl, OT-seeker og Defnet, hvor alle artikler er kvalitetssikrede. Vi har således hovedsagelig brugt litteratur af sundhedsfaglige personer. Derudover har vi søgt på [www.google.dk](http://www.google.dk).

Af søgeord har vi benyttet følgende søgeord i forskellige kombinationer:

- Cancer/kræft/neoplasm
- Rehabilitering/rehabilitation
- Rehabiliteringscenter/rehabilitation center
- Kræftens Bekæmpelse
- Hverdag/hverdagsliv/everyday life/daily living
- Ændring/change
- Statistik

(se bilag C)

Vi har gennem søgningen været opmærksomme på ikke at bruge litteratur før år 2000 for at få den nyeste viden. Vi har endvidere været opmærksomme på forfatterens baggrund.

Af obligatorisk faglitteratur har vi blandt andet brugt *Basisbogen i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* og *Model of Human Occupation*.

Desuden har vi benyttet [www.bibliotek.dk](http://www.bibliotek.dk) og UCLillebælts bibliotek for at finde relevante bøger og tidsskrifter. Her kan blandt andet nævnes pædagogisk faglitteratur samt

*Ergoterapeuten*. Den mest benyttede hjemmeside har været *Kræftens Bekæmpelse*, hvor der

findes fagartikler og personlige beretninger. Derudover har vi søgt på forskningsprojekter,

hvor vi blandt andet har været i mailkontakt med *Line Hjelmroth* og fået tilsendt hendes

Master of Health ”*Rehabilitering af brystkræftramte kvinder. Et kvalitativt fænomenologisk studie om deltagelse i daglige aktiviteter*”.

Desuden har vi fundet inspiration i et Psykologisk og Pædagogisk Speciale af *Rikke Liljegren* og *Anne Prip* (”*Kræftramte, hverdagsliv og rehabilitering*”), som tager udgangspunkt i rehabilitering af kræftramte.

Endvidere har vi søgt på rehabiliteringscentre i udlandet og fundet et i Sverige og et i

England. Det har været svært at finde relevant litteratur, som har været sammenligneligt i

forhold til det tilbud, som RHC udbyder. Det har desuden været svært, at finde

ergoterapeutisk viden på området.

Desuden har vi søgt på rehabiliteringscentre i udlandet og fundet et i Sverige og et i

England. Det har været svært at finde relevant litteratur, som har været sammenligneligt i forhold til det tilbud, som RHC udbyder. Det har desuden været svært, at finde ergoterapeutisk viden på området.

Vi har opbygget vores projekt som et casestudie og støttet os op ad *Knud Ramians* bog

*Casestudiet i praksis*.

## 2. PROBLEMFORMULERING

*Hvordan varetages rehabilitering i de seks dage på RHC?*

*Hvad har kvinderne fået ud af undervisningen og opholdet på RHC?*

### 2.1. Begrebsafklaring

*Varetages:* Hvilket *indhold* har undervisningen på RHC og hvordan undervises kursisterne med henblik på *læringsprocesser, -teorier og -mål*.

*Rehabilitering:* "Det at arbejde med at opnå det bedst mulige funktionsniveau fysisk, psykisk, socialt og arbejdsmæssigt efter endt behandling" (bilag B).

*Kvinder:* Kræftramte kvinder mellem 30 og 50årige som har gennemgået et seksdages kursus på RHC. Samboende/gift og med børn.

*Fået ud af:* I forhold til *MoHOs* begreber om følelse af handleevne, værdier og interesser. Endvidere hvilken betydning medkursisterne og underviserne har haft for kursisterne på opholdet ud fra *MoHOs* begreb om sociale omgivelser.

*Seance:* En gruppe, hvor en underviser behandler et emne i et givent tidsrum.

### 2.2. Formål

Formålet med dette projekt er at generere viden om, hvorledes RHC varetager rehabilitering af kræftramte og hvordan kvinder kan bruge dette i deres hverdagsliv efter opholdet. Denne viden kan bruges af andet sundhedspersonale til at øge opmærksomheden på, at rehabiliteringsindsatsen ikke stopper ved endt behandling af patienten. Samtidig vil vi gerne gøre opmærksom på, at der findes et rehabiliteringstilbud til kræftramte, hvor de kan modtage undervisning og udveksle erfaringer. Endvidere håber vi, at det kan blive grundlag for videre forskning på området. Vi ser ligeledes dette som værende et ergoterapeutisk udviklingsområde, da mange kræftramte møder både sociale, fysiske og psykiske gener i hverdagen.





### 3. TEORETISK RUM

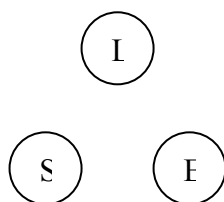
Det teoretiske rum er der, hvor teorier og modeller præsenteres som forskeren bruger til at anskueliggøre det, der undersøges. I bearbejdningen kan der bruges modeller, som kan suppleres med forskellige faglige teorier (Launsø 2005). I projektet benytter vi os af en pædagogisk og en ergoterapeutisk model.

#### 3.1. Pædagogisk tilgang

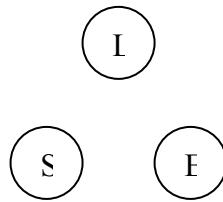
For at kunne observere, hvordan RHC varetager undervisningen af kursisterne, har vi valgt at tage udgangspunkt i *Hiim* og *Hippes* pædagogiske tilgang. I det følgende gennemgår vi de fem forskellige pædagogiske modeller. Ligeledes benytter vi *modellen for didaktisk relationstænkning*, *Helhedsmodellen*.

Der opereres med fem forskellige pædagogiske modeller; formidlings-, vækst-, dialog-, kritisk- og mesterlæremodellen. Herefter beskrives modellerne kort;

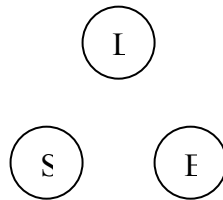
*Formidlingsmodellen:* Her er læreren den styrende og den aktive. Eleverne skal modtage de kundskaber, som læreren formidler. Fordelen ved denne model er, at læreren sikrer sig, at hele lærestoffet bliver formidlet på den afsatte tid. Ulempen kan være, at eleverne kun får ringe mulighed for selv at fremkomme med svar og løsninger.



*Vækstmodellen:* Læreren sørger for, at eleven udvikler sig mest muligt. Her skal eleven være aktiv og opsøgende. Fordelen ved denne model er, at den er særlig nyttig i de praktiske fag, hvor eleven selv skal gøre en indsats for at nå målene. Ulempen er, at dele af fagligheden kan gå tabt.

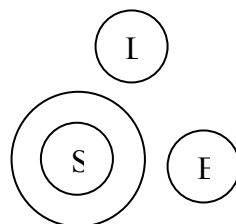


*Dialogmodellen:* Læreren tilrettelægger lærestof og arbejdsopgaver ud fra elevens behov og interesser. Lærer og elev er ligeværdige og begge har ansvaret for undervisningen og deltager begge aktivt. Fordelen er, at læreren tager udgangspunkt i elevernes behov og interesser og der motiveres dermed til aktiv deltagelse. Ulempen er, hvis eleverne ikke er aktive, så skaber undervisningen ikke læring.



*Mesterlæremodellen:* Læreren skal lære eleven et håndværk. Eleven ser efter læreren og gør læreren efter. Det centrale er demonstration, øvelse, afprøvning samt korrektion.

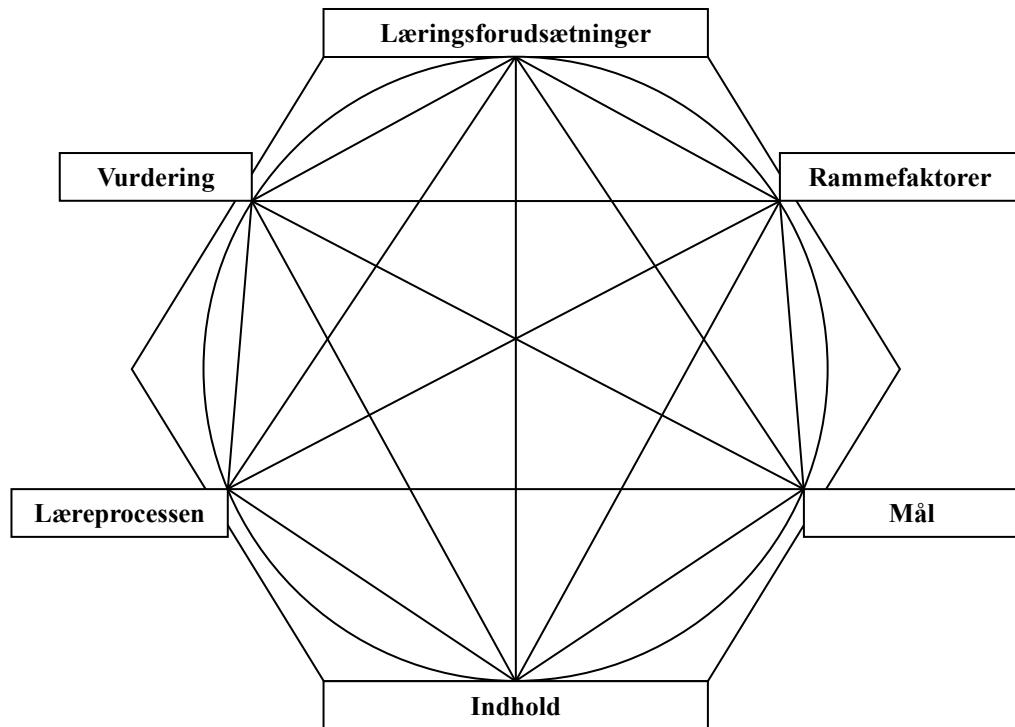
*Den kritiske model:* Modellen minder om dialogmodellen, hvor lærer og elev skal være aktiv. Læreren skal øge elevens samfundsbevidsthed.



### **3.2. Helhedsmodellen**

Vi tager udgangspunkt i *Helhedsmodellen for didaktisk relationstænkning*, hvor alle komponenter indvirker på hinanden i en læringsituation. Modellen giver os mulighed for at

strukturere data i databearbejdningen. Dette har vi valgt, da disse er observerbare og relevante i forhold til vores problemformulering vedrørende, hvorledes RHC varetager rehabiliteringen. Herefter følger en kort præsentation af alle modellens komponenter.



(Hiim 2006: s. 30)

### 3.2.1. Mål

Der tales om tre forskellige målområder; videns-, færdigheds- og holdningsmål.

*Vidensmål* knytter sig til den intellektuelle viden om emnet.

*Færdighedsmål* knytter sig til den praktiske viden om et emne. Praktisk viden og færdigheder kan erhverves gennem aktiv handling.

*Holdningsmål* knytter sig til følelser, holdninger og værdier, som opleves i forhold til et emne.

### 3.2.2. Indhold

Indholdet knytter sig til temaet, som der arbejdes med i undervisningen. Derfor skal der lægges vægt på, hvad der undervises i og hvordan det gøres. Der er tale om enten fagligt eller personligt indhold i undervisningen.

### 3.2.3. Læringsproces

Her indgår forskellige metoder, som underviseren kan vælge at bruge. Det kan være monologpræget forelæsning, diskussionsundervisning, vejledning, projekt-/gruppearbejde, rollespil samt selvinstruerende stof og programmeret undervisning.

*Monologpræget forelæsning:* Fordelen ved dette er, at underviseren kan formidle meget lærestof på kort tid. Ulempen er, at metoden giver ringe mulighed for social kontakt. Metoden egner sig til at give en struktureret viden.

*Diskussionsundervisning:* Fordelen ved dette er, at der skabes lydhørhed og dialog underviser og kursist imellem. Ulempen er, at metoden ikke tilgodeser kursister, som er verbalt tilbageholdende og at undervisningen let kan miste fokus. Denne egner sig specielt til varetagelse af holdningsmål.

*Vejledning:* Fordelen ved dette er, at kursistens læring er udgangspunktet. Denne metode egner sig særligt ved praktiske fag.

*Projekt-/gruppearbejde:* Metoden egner sig til at udvikle kursistens evne til kreativitet og selvstændighed og kan varetage holdningsmål.

*Rollespil:* Fordelen er, at dette kan bidrage til holdningsændringer og bevidstgørelse om et emne. Ulempen er, at metoden kan virke ubehagelig for nogen.

*Selvinstruerende stof og programmeret undervisning:* Fordelen er, at underviseren har bedre tid til at hjælpe og støtte den enkelte. Ulempen kan være, at undervisningen bliver ensidig og derved mindsker motivationen og det sociale aspekt.

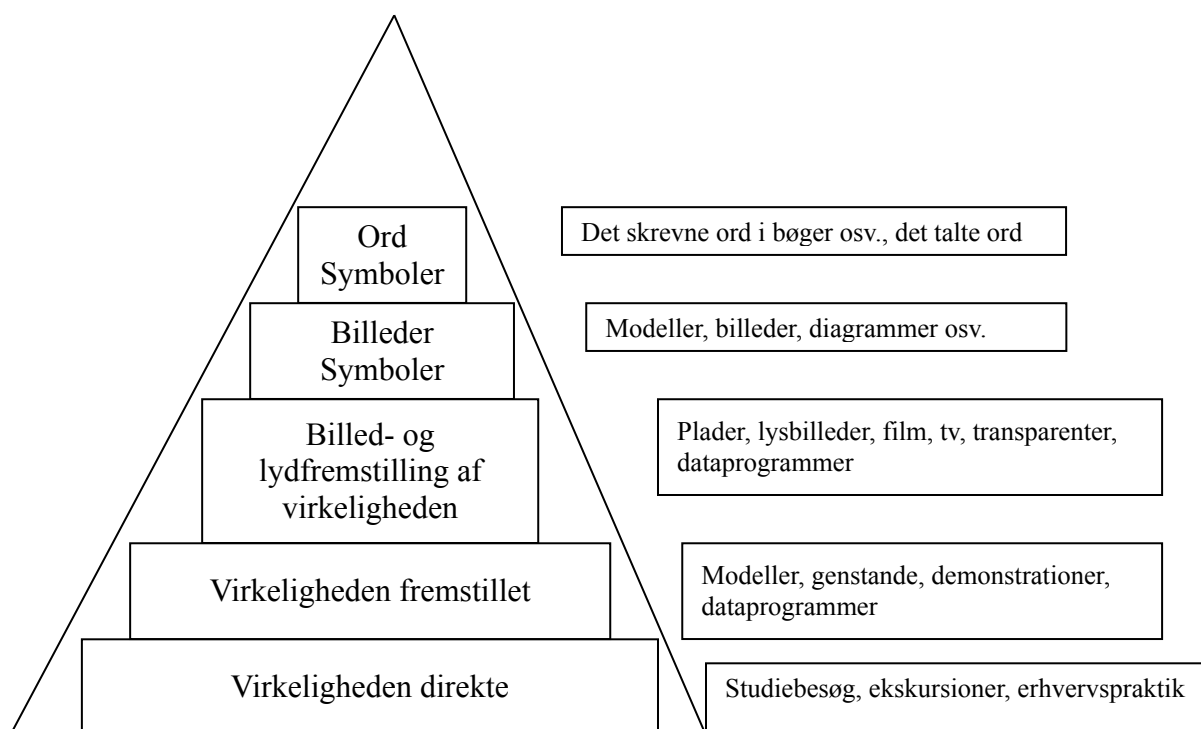
Metoderne kan bære præg af induktiv eller deduktiv læring eller en kombination af begge.

Induktivlæring er læring via praksis og deduktivlæring er læring via teori.

Endvidere inddrages undervisningsprincipperne *MAKIS*, som omhandler motivering, aktivering, konkretisering, individualisering samt samarbejde i undervisningen.

Herunder en model for konkretiseringsniveauer, der findes i undervisningen:





*Model efter Læringspyramide, Hiim 2006 s. 87*

### **3.2.4. Læringsforudsætninger, vurdering og ramme faktorer**

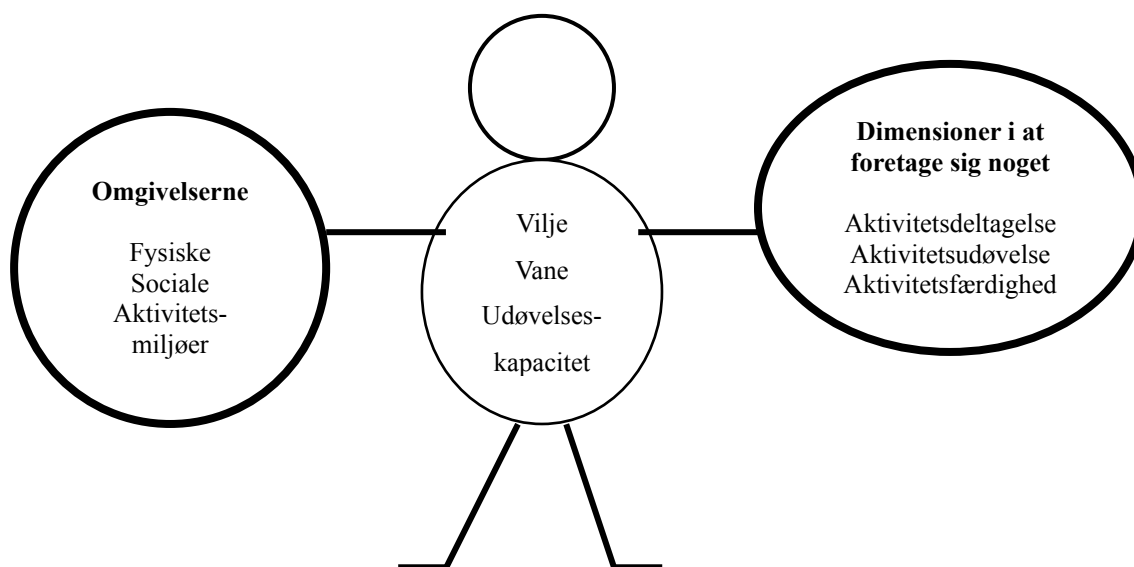
*Læringsforudsætninger* består af psykiske og sociale forhold samt fysiske problemer.

I komponenten *vurdering* er det både undervisningen og kursisternes læring, som vurderes.

*Ramme faktorerne* omhandler den tidsdisposition, som er til rådighed. Derudover medinddrages der også den økonomi, de rum, det udstyr og de undervisningsmidler, der er til rådighed. Endvidere kan der ses på underviserens faglige og pædagogiske kunnen (Hiim 2006).

### **3.3. Model of Human Occupation**

*MoHO* er en ergoterapeutisk begrebsmæssig model, som giver mulighed for at få teoretiske argumenter og redskaber til at belyse et fænomen. Modellen arbejder med tre overordnede elementer; omgivelserne, mennesket og dimensionerne i at foretage sig noget. Alle elementerne ses som lige vigtige i aktivitet.



Mennesket ses som et aktivt væsen bestående af vilje, vane og udøvelseskapacitet. Mennesket kan gennem aktivitet opnå nydelse på forskellige niveauer – dette spænder mellem simpel tilfredsstillelse til intens glæde. Ved aktivitet, hvor intens fordybelse opnås, kan mennesket komme i en tilstand af flow. Flow er en fuldstændig mætning af ens bevidsthed med en positiv oplevelse af at udøve en aktivitet. Dette kan opnås gennem fysiske, intellektuelle og sociale aktiviteter.

### 3.3.1. Viljen

Er et mønster af tanker og følelser af én selv som aktør i sin verden. Det er det, der afgør, hvordan mennesket motiveres for og vælger at gøre de ting, som deres liv er fyldt med. Systemet består af ens egen opfattelse af handleevne, ens værdier og interesser.

*Følelse af handleevne* er ens subjektive følelse af hvad man kan. Denne er opdelt i to dimensioner: En er *følelsen af personlig kapacitet*, som er en selv vurdering af ens fysiske, intellektuelle og sociale evner. Den anden er *oplevelsen af egen virkekraft*, som er de tanker og følelser, man har om sin effektivitet til at handle og bruge sin kapacitet til at påvirke det, som sker i livet.

*Værdier* beskrives, som det man finder vigtigt og meningsfuldt at foretage sig. *Værdier* opstår på baggrund af *personlige overbevisninger* samt det at have en *følelse af forpligtelse*.

*Personlige overbevisninger* stammer fra ens kultur og er det livssyn, som siger noget om, hvad der betydningsfuldt. *Værdier* skaber en *følelse af forpligtelse* til at udføre aktiviteter på de måder, som kulturen opfatter som korrekt.

*Interesser* er det mennesket finder fornøjeligt og tilfredsstillende at gøre. Interesser skabes gennem nydelse og et mønster af handlinger. Nydelse kan opstå gennem fysiske, intellektuelle og sociale aktiviteter. Interesser danner et mønster af aktiviteter, som man finder glæde og tilfredsstillelse ved som er unikt for alle mennesker.

### **3.3.2. Vanen**

Er det, som bestemmer det tilbagevendende handlingsmønster, der skaber hverdagslivet. Det er tillært og automatiseret og består af ens *vaner* og *roller*. *Vaner* er de automatiske og tillærte aktiviteter, som vi i velkendte omgivelser og situationer. *Vaner* er med til at inddele døgnet i aktiviteter.

*Internaliserede roller* er en social og personlig status, som er forbundet med en samling af holdninger og handlinger. Rollerne ændres i forhold til de miljøer, som man færdes i og rollerne giver os et sæt regler for, hvordan vi skal agere.

### **3.3.3. Udøvelseskapaciteten**

Er evnen til at udføre aktiviteter, som afhænger af ens objektive fysiske og mentale kapaciteter samt ens subjektive oplevelse. Det vil sige de fysiologiske og kognitive funktioner og ens opfattelsen af egen udøvelse i forskellige aktiviteter.

### **3.3.4. Omgivelserne**

Omgivelserne ses som værende fysiske og sociale, som indvirker på ens udøvelse af aktiviteter. Kulturen er en altgennemtrængende kraft og lægger til grund for omgivelserne. Omgivelserne er dannet af kulturen, som består af tro, værdier, normer og adfærd, som deles af en gruppe mennesker.

#### **3.3.4.1 Fysiske**

De fysiske omgivelser består af de rum, som vi færdes i og af de objekter, vi benytter i aktivitet. Disse er både menneske- og naturskabte, som skaber ressourcer og begrænsninger i forhold til aktivitetsudøvelsen.

### **3.3.4.2. Sociale**

De sociale omgivelser består af de grupper, som vi tilhører og de aktivitetsformer, som hører gruppen til. *Sociale grupper* er en samling mennesker, der mødes om forskellige formål, hvor man påtager sig en rolle. *Aktivitetsformer* er de aktiviteter, som man udfører indenfor de sociale grupper og er altid rettet mod et mål.

### **3.3.4.3 Aktivetsmiljøer**

Aktivetsmiljø er en sammensætning af de fysiske og sociale omgivelser, som udgør en meningsfuld baggrund for aktivitetsudførelse.

### **3.3.5. Dimensionen i at foretage sig noget**

Fortæller noget om de dimensioner, der findes i det at foretage sig noget og består af; aktivitetsdeltagelse, aktivitetsudøvelse og aktivitetsfærdigheder.

#### **3.3.5.1. Aktivetsdeltagelse**

Er ens engagement i de daglige aktiviteter, som er nødvendige eller ønskelige for ens velvære. For at deltage i aktiviteter er det nødvendigt, at aktiviteterne har en personlig og social betydning. Dette påvirkes af ens unikke motiver, roller, vaner og evner samt begrænsninger.

#### **3.3.5.2. Aktivetsudøvelse**

Er udførelsen af en aktivitetsform. Udøvelse af aktivitet påvirkes af ens roller, vaner samt omgivelser og afspejler den mængde af aktivitet, som vi vælger at involvere os i.

#### **3.3.5.3. Færdigheder**

Er de observerbare, målrettede handlinger, som man anvender under aktivitetsudøvelse. Dette indeholder motoriske-, procesmæssige- samt kommunikations- og interaktionsfærdigheder (Kielhofner 2006).

## **4. DESIGN**

Et forskningsdesign er den måde, som man udformer og tilrettelægger en undersøgelse på (Launsø 2005). Projektet er udformet ud fra et casestudiedesign, hvor vi benytter os af Knud Ramians casestudiestrategi. Casestudiet er en måde at generere data på ved at undersøge en eksisterende problematik. Undersøgelsen foregår i den naturlige kontekst ved, at bruge forskellige kilder til at indsamle og undersøge data (Ramian 2007).

### **4.1. Videnskabsteoretisk position**

I projektet har vi valgt en hermeneutisk tilgang. Hermeneutik er en fortolkningslære, som forbinder de forklarende og de forstående videnskaber (Dalland 2004). Det hermeneutiske formål er at nå frem til en gyldig og almen forståelse af et fænomen via fortolkning. I en hermeneutisk tilgang til et fænomen er det vigtigt, at forskeren er sig sin forforståelse bevidst. Dette er vigtigt for at kunne tage hensyn til forforståelsen i fortolkningen, da forskeren ikke kan undgå at påvirke resultaterne. Tilgangen er med til at belyse vores interviews og observationer samt til at afklare de fortolkninger, som kommer ud af at bearbejde data (Kvale 2000).

For at besvare spørgsmålet om, hvordan RHC varetager rehabiliteringen af kræftramte samt kvindernes udbytte af opholdet, har vi benyttet os af et beskrivende casestudie. Dette har vi valgt, da det seksdages ophold på RHC er det fænomen, som vi ønsker at undersøge (Ramian 2007).

Det fortolkningsvidenskabelige paradigme er med til at skabe forståelse for menneskers aktiviteter og resultaterne af disse. Denne retning tager udgangspunkt i menneskers handlinger, erfaringer, deres opfattelser af sig selv og de aktiviteter, som de finder meningsfulde (Launsø 2005).

Ved hjælp af hermeneutikken kan vi forsøge at forstå, hvad kursisterne har fået ud af opholdet på RHC og hvad det har betydet for dem. Samtidig har vi vores forforståelse for øje, da dette er en ressource for at fortolke og forstå fænomenet (Dalland 2004).

I projektet benytter vi os af casestudie, hvor vi ønsker at undersøge udvalgte dele af fænomenet rehabiliteringsopholdet på RHC i de pågældende dage. I et prospektivt og



retrospektivt perspektiv indsamler vi data ved hjælp af observation af undervisning og efterfølgende interviews af tre kvinder (Launsø 2005).

## **4.2. Forforståelse**

I dette afsnit følger en kort beskrivelse af vores forforståelse i forhold til dette projekt.

*”Vi møder aldrig verden som et ubeskrevet blad, med »tomme hoveder« og »tom stirren« (...), og vi er ikke altid bevidste om, hvad vi bringer med os i vor forståelseshorisont.”* (Thornquist 2006 s. 162)

Ved at være os bevidste om dette, kan vi bestræbe os på ikke at lade os påvirke af vores forforståelse, men være åbne overfor andre forhold og tanker. Hvis vi ikke har vores forforståelse for øje, kan vi risikere at få blinde pletter. Hvis vi for eksempel bliver overvældet af *vær positiveffekten*, kan det være svært at være åben overfor negative vinkler, da man vil se efter alt det positive. Gennem nedfældning af vor forforståelse bliver det lettere ikke at lade os styre. Samtidig bliver det lettere for os at se, hvilken merforståelse vi er kommet frem til gennem vores beskrivelse og fortolkning (Dalland 2000).

Gennem vores litteraturstudie har vi fået en forforståelse af, at der findes få rehabiliteringstilbud til færdigbehandlede kræftramte. RHC er det eneste af sin slags til denne patientgruppe i Danmark.

Det ergoterapeutiske paradigme har et holistisk menneskesyn, som inddrager de fysiske, psykiske og sociale aspekter af mennesket (Kielhofner 2001).

Vi tror, at undervisningen på RHC vil foregå som vidensformidling, som ses på for eksempel kræftskoler. Vi mener, at skemaet som kursisterne får tilsendt lægger op til, at de hver især skal vælge, hvad de har lyst til under opholdet, hvorfor undervisningen bliver individbaseret. På skemaet ser vi, at kursisterne skal udarbejde en handleplan, vi har en forventning om, at denne skal udarbejdes selvstændigt med hjælp fra en fagprofessionel.

Vi har endvidere en forventning om, at kursisterne vil opnå større viden om, hvordan de kan mindske generne af senfølgerne i hverdagen. Ligeledes forventer vi, at kursisterne vil få råd og vejledning om, hvordan de kan lette hverdagen for eksempel ved brug af hjælpemidler.

Efter opholdet forventer vi, at kursisterne vil have fået redskaber med sig til at klare hverdagen.

Efter at have læst en psykologiopgave af *Liljegren og Prip*, har vi en forventning om, at kursisterne ikke bliver forberedt på at kunne opleve en tomhed, når de kommer hjem. Idet vi forestiller os, at i og med at de har været sammen med så mange pludselig er alene igen.

## **5. DATAINDSAMLING**

### **5.1. Observation**

Velvidende at denne metode er tidskrævende og beskæftiger sig med det, der sker i nuet, fandt vi metoden relevant til at observere, hvordan undervisningen varetages på RHC. Observation kan fortælle os noget om, hvad personer gør af handlinger og samhandling, som kan afvige fra, hvad de siger, de gør (Dalland 2004).

Vores fokus for observationen er, hvordan RHC varetager undervisningen ved at se på det, som er synligt og kan registreres og forklare det, der foregår i seancerne. Vi observerer på alle emner udover de frivillige aktiviteter og det individuelle arbejde, såsom værkstedsaktiviteter og udarbejdelse af handleplan. Grunden til dette er, at vi primært har haft den obligatoriske undervisning i fokus, som er ens for alle. Vores fravalg af handleplanen har et etisk aspekt, idet det kan være meget privat for kursisterne.

Vi vil under seancerne fungere som observerende deltagere uden at gribe ind medmindre vi inddrages. Gennem observationerne har vi valgt at placere os lidt tilbagetrukket i forhold til kursisterne. Dette har vi valgt for ikke at virke forstyrrende på kursisterne under noteskrivning samt at have bedst mulighed for at observere på underviseren. Settingen er åben og naturlig, hvor kursisterne er velvidende om vores formål. Varigheden af observationerne varierer i forhold til det skemalagte. Vi vil benytte os af en observationsguide (bilag D), hvor vi fokuserer på undervisningsmetoderne, som benyttes (Launsø 2005).

Ved at være til stede i undervisningsseancerne får vi en fornemmelse af atmosfæren, stemningen og hvordan det er at sidde og modtage et oplæg fra underviseren. Vores tilstedeværelse på RHC giver os også mulighed for at observere på de uformelle kontekster, som for eksempel i spisesituationer. Disse bliver dog ikke brugt i bearbejdningen af undervisningsmetoder.

### **5.2. Det kvalitative interview**

På baggrund af vores problemformulering ønsker vi ved hjælp af interview, at få klarlagt hvad de kvindelige kursister har fået ud af opholdet på RHC, og hvordan dette forventes at kunne bruges.

Interview giver mulighed for at indsamle viden om menneskers meninger, holdninger, fortællinger for på den måde at forstå deres livsverdener. Ved at vælge få personer, kan vi få en mere dybdegående forståelse for menneskers oplevelser af et bestemt fænomen (Kvale 2000).

Styrken ved det kvalitative interview er, at man kan komme i dybden med et emne. Det er vigtigt, at forskeren skaber tryghed og tillid for at få det optimale ud af interviewet. Ligeledes kan den enkelte kan få mulighed for at få en stemme i forskningsammenhænge. Svagheden er, at interview kan være tidskrævende og resultatet afhænger af forskerens faglige og personlige evner som interviewer.

I interviewene har vi valgt en prospektiv tilgang ved at undersøge, hvad de kvindelige kursister forventer at kunne bruge fra opholdet fremover. Desuden en retrospektiv tilgang for at undersøge, hvad de kvindelige kursister fik ud af opholdet (Launsø 2005).

### **5.2.1. Interviewguide**

Vi har udarbejdet en semistruktureret interviewguide (se bilag E), hvor vi har udformet dynamiske spørgsmål, som lægger op til, at informanten kan fortælle om sine oplevelser og følelser. Som introduktion beder vi informanten om at fortælle kort om sig selv og hvilke senfølger de oplever. Vi har valgt tematisk at lade interviewet omhandle tre emner; forventninger til opholdet, selve opholdet og efter opholdet på RHC. Spørgsmålene indeholder ikke faglige eller teoretiske termer. Vi har søgt, at gøre spørgsmålene korte, enkle og let forståelige.

Gennem vores ophold på RHC har vi opbygget et kendskab til informanterne og de til os. Ved at komme hjem til informanten mener vi, at denne oplever en tryghed, som kan føre til at interviewet bliver mere frit og åbent.

Vi er opmærksomme på den magtasymmetri, der findes i interviewer-informant forholdet. Asymmetrien ligger både i interviewerens faglige viden og mulighed for at styre, hvornår der skiftes mellem spørgsmålene. Interviewguiden bruger vi som retningslinjer for at kunne fastholde fokus på temaerne gennem interviewet (Kvale 2000).

### **5.2.2. Transskribering**

Interviewene er optaget på diktafon således at der foreligger dokumentation for den senere bearbejdning. Transskriberingen vil gøre det muligt at sammenholde udtalelserne og bruge

citater i bearbejdningsafsnittet. Det talte sprog kan virke uklart og usammenhængende på skrift, da det tages ud fra en kontekst og derfor bliver en kunstig konstruktion. Det er derfor nødvendigt at omformulere det talte sprog til skriftsprog. Da der findes tre interviews og tre transskribenter, har vi udarbejdet en guide til transskription for at sikre validitet (Kvale 2000). Tale fra interviewerens markeres med et 'I' og tale fra kursisten markeres med et 'K'. Tænkepause markeres med (...), lange pauser, hvor kursisten for eksempel forlader rummet skrives (lang pause) eller (k forlader rummet). Hvis der opstår forstyrrelser under interviewet skrives (støj). Er det umuligt at høre, hvad der bliver sagt eller høre hvordan sætningen afsluttes på grund af utydelighed/ufuldendt sætning skrives (...?). Følelsesudbrud markeres som (gråd), (latter) eller (suk). Ved længerevarende irrelevante informationer i forhold til den udarbejdede interviewguide sammenskrives disse kort.

### **5.2.3. Selektionskriterier af informanter**

I en udvælgelse er det vigtigt, at man gør sig det bevidst, om man ønsker at afdække variationer, fællestræk eller lignende. Dette kan give forskeren en dybere forståelse for fænomenet (Launsø 2005).

I vores udvælgelse af informanter har vi taget udgangspunkt i den kriteriebestemte udvælgelsesstrategi. Her har vi opstillet kriterier for informanter, som skal opfyldes for at kunne bruges i vores interviewundersøgelse. Ulempen ved denne strategi kan være, at det ikke umiddelbart er muligt at indhente nye informanter, hvis en eller flere af de udvalgte skulle springe fra. Modsat giver det læseren bedre mulighed for, at forholde sig til informanterne. Samtidig er der større sandsynlighed for at disse tre kvinder oplever samme problematikker i hverdagen, blandt andet fordi de alders-, familie- og behandlingsmæssigt minder om hinanden (Lunde 1995).

*Antal*; vi ønsker at interviewe to til tre kvinder.

*Alder*; 30-50årige.

*Civilstand*; samboende eller gift. Et eller flere børn.

*Etnisk baggrund*; dansk, da denne kultur for os er lettere at sammenligne og skrive om.

*Sygdomsstatus*; efter kriterier for visitation (se bilag A), gennemgået kemoterapeutisk behandling.

*Diagnose*; vi ser bort fra diagnose, blot skal kvinden ikke have kognitive udfald.

### **5.3. Etik**

I et casestudie er det vigtigt, at være sig de etiske overvejelser bevidst, da vi kommer til at være tæt på mennesker i deres virkelighed. Forud for observation og interview har vi været os vores forforståelse bevidst. På den måde forsøger vi at se så objektivt på undersøgelserne som muligt. Vi har udeladt hvilken uge undersøgelsen foregår i og de personlige data er anonymiseret. Projektet omhandler personfølsomme data, derfor er projektet meldt til Datatilsynet (Ramian 2007).

Vi har per brev informeret kursisterne om vores tilstedeværelse, formål med ophold og undersøgelse samt deres rolle i vores projekt. Samtidig har vi oplyst, at vi er underlagt tavshedspligt.

Vi har udarbejdet en samtykkeerklæring og gjort kursisterne opmærksomme på, at de til enhver tid i interviewet kan sige fra. Kursisterne er oplyste om, at det er valgfrit at deltage i interviewet. Vi har tilbudt at komme hjem til dem, da der eventuelt kan komme følelsesladede emner op, og at det derfor kan være mest behageligt at være i vante omgivelser. Deltagerne er endvidere gjort opmærksomme på, at der vil blive brugt diktafon og at disse optagelser vil blive slettet efter databearbejdning. I brevet har vi oplyst om, at det ikke vil være muligt for dem at læse interview og opgave igennem for eventuelle rettelser på grund af det tidsmæssige krav til projektet (se bilag F og G).

Vi er opmærksomme på, at personerne i interviewet kan opleve at komme ind på emner de ikke havde forestillet sig, hvilket kan sætte nye tanker i gang. I interviewet vil vi derfor tilstræbe os på ikke at blive terapeutiske, men søge at holde et undersøgende fokus. Samtidig vil vi være opmærksomme på, hvilken sindsstemning vi efterlader informanten i og afrunde interviewet (Kvale 2000).

### **5.4. *Præsentation af informanterne***

Lea: 37årig gift kvinde med to børn på henholdsvis 13 og 9 år. Arbejder som kontorassistent i en administrationsafdeling.

Lea er brystkræftamt og har været igennem operation, kemobehandling samt strålebehandling. Hendes sidste behandling var i december 2007. Dele af behandlingen foregik i Norge. Af gener oplever hun angst, træthed, stramminger på grund af arvæv når armen løftes over hovedet.

Pia: 45årig gift kvinde med tre børn på 10, 12 og 16 år. Arbejder som kontorassistent i en administrationsafdeling.

Pia er ramt af kræft i skjoldbruskkirtlen samt i lymferne og har været igennem operation og kemobehandling. Pia er stadig i kemobehandling. Af gener oplever hun hukommelsesproblemer, manglende overblik, koncentrationsbesvær, træthed og tænderne er blevet ringere.

Lis: 46årig gift kvinde med to børn på 19 og 24 år. Er uddannet kontorassistent, men går ledig dels på grund af kræftsygdommen og dels på grund af stress.

Lis er brystkræft-ramt og er opereret, har fået stråler samt kemobehandling. Sidste kemobehandling fik hun i februar 2008. Af gener oplever hun træthed, muskelfattighed, dårlig balance, svimmelhed, føleforstyrrelser i hænder og fødder, stramninger under armen efter operation, arvæv efter stråler, vægtøgning.

## 6. DATABEARBEJDNING

Med baggrund i den hermeneutiske tilgang vælger vi at tage udgangspunkt i meningsfortolkning i analysen. Ved at bruge denne fortolkningsmetode benytter vi direkte udsagn, men samtidig har vi også mulighed for at tolke udover det direkte sagte for at tolke mere dybdegående (Kvale 2000).

For at strukturere observationer fra opholdet på RHC benytter vi en forenklet ”*Datamatrix*” (Ramian 2007). Her opstiller vi vores observationer ud fra komponenterne i *Helhedsmodellen – model for didaktisk relationstænkning* samt de *pædagogiske modeller*. Dette vil skabe overblik og gøre data mere tilgængelig i bearbejdningen, hvor vi vil se på undervisningen på RHC. Herefter vil vi benytte *Helhedsmodellens* komponenter til fortolkning af, hvordan undervisningen varetages.

Til strukturering af interviewdata har vi valgt at benytte en forenklet ”*Datakilde matrix*” (Ramian 2007). Den er forenklet ved, at vi har valgt, at opstille data i to kolonner med henholdsvis spørgsmål og svar. Vi har valgt, at udelade irrelevante dele af svarene, således at vi i matrixen har informanternes konkrete svar på spørgsmålene. Vi vælger, at lade interviewdata være styrende for, hvilke komponenter i *MoHO* vi vil benytte. Vi vil i bearbejdningen søge at finde ligheder såvel som forskelle i informanternes udtalelser (Launsø 2005).

Vi søger at sikre validiteten ved at bruge de generelle meninger og holdninger samt at medtage forskellighederne i de tre informanternes svar. Gennem forskelle og undtagelser kan vi få et bredere billede af hvad kvinderne oplever på og efter opholdet (Ramian 2007).

### 6.1. **Observation: Undervisningen**

Som førnævnt benytter vi *Helhedsmodellen – en model for didaktisk relationstænkning* af Hiim og Hippe. Ved at tage udgangspunkt i tre ud af seks komponenter vil vi beskrive hvordan RHC varetog rehabiliteringen i den uge vi var til stede. Vi vælger at udelade *læringsforudsætninger*, da vi ikke ser på de enkelte kursisters sociale, fysiske og psykiske forhold. Derudover udelader vi *rammefaktorer* og *vurdering*, da vi har fundet det irrelevant i forhold til problemformuleringen.



*RHCs overordnede mål for et ophold:*

- en højere grad af erkendelse og afklaring af deres situation
- større livsglæde, håb og tro på fremtiden
- flere handlemuligheder

(bilag B)

### **6.1.1. Indhold**

Indholdet i undervisningen er det, som underviseren og kursisterne arbejder med og er tæt knyttet til de mål, der er sat for undervisningen (Hiim 2006). Kursisterne har delvis indflydelse på indholdet i løbet af ugen. Én aften i løbet af opholdet er der mulighed for at oprette grupper spontant efter kursisternes behov.

Undervisningen foregår som oftest i opholdstuen, hvor kursisterne sidder i bløde stole og sofaer.

Kursistantallet i undervisningsseancerne veksler mellem halvt eller helt hold – det hele hold er på 19 kursister. Seancerne er frivillige; alle kursister gennemgår alle seancerne, dog er der enkelte kursister, som fravalgte visse seancer på grund af sygdom og manglende relevans.

Herunder ses ugeskemaet for de seks dage:

| Mandag   | Tirsdag   | Onsdag  | Torsdag  | Fredag  | Lørdag   |
|--|---|---|--|---|--|
| 10.00-10.30<br>Ankomst og registrering                     | 8.30-10.25<br>Motion<br>v. fysioterapeut<br>(halvt hold)                                  | 8.30-10.25<br>Kræft og psykiske reaktioner<br>v. psykolog<br>(halvt hold) | 8.30-10.25<br>Motion<br>v. fysioterapeut<br>(halvt hold)                           | 8.30-10.25<br>Hvem ejer livet<br>Oplæg ved præst<br>(helt hold)   | 9.15-9.45<br>Check ud og afregning                         |
| 10.30<br>Velkommen og præsentation af ugens program        | 10.45-12.30<br>Kræft, behandling og senfølger<br>v. læge og sygeplejerske<br>(halvt hold) | 10.45-12.30<br>Motion og afspænding<br>v. fysioterapeut<br>(halvt hold)   | 10.45-12.30<br>Kost, kræft og sunde vaner<br>v. diætist og økonoma<br>(halvt hold) | 12.00-12.30<br>Handleplan<br>Oplæg ved kursusleder<br>(helt hold) | 9.45-11.45<br>Farvel til RHC<br>Afslutning ved kursusleder |
| 11.45<br>Søen rundt 3 og 3                                 |   |   |  |   |  |
| 12.30 frokost  | 12.30 frokost   | 12.30 frokost   | 12.30 frokost  | 12.30 frokost   | 11.30 frokost  |
| 14.00<br>Fælles præsentation i fysioterapien               | 14.00-16.30<br>Krop og kunst<br>v. kunstterapeut<br>(halvt hold)                          | 14.00-16.30<br>Kræft og seksualitet<br>v. sexolog<br>(helt hold)          | Individuelle aktiviteter   | 13.15-14.15<br>Individuelt arbejde                                | 12.15<br>Afrejse<br>Taxa                                   |
| 15.45<br>Rundvisning på slottet                            |   |   | 14.00-18.00<br>Tilbud om lystfiskeri   | 14.30-16.00<br>Fremlæggelse af handleplan                         |  |
| 18.00 middag   | 18.00 middag  | 18.00 middag  | 18.00 middag   | Festmiddag  |  |
| 19.30<br>Sang og musik m. musiker og sanger<br>(helt hold) | 19.00-21.30<br>Tilbage til arbejde<br>v. socialrådgiver<br>(halvt hold)                   | 19.30<br>Værkstedaktiviteter<br>v. aftenvagter                            |  |   |  |

### 6.1.2. Mål

Al pædagogisk arbejde skal være rettet mod et mål. For at finde ud af, hvilke *læringsmål* der er opstillet på RHC må vi adspørge centeret, underviserne eller kursisterne, hvad de ønsker at opnå (Hiim 2006).

Ifølge Hiim og Hippe skal *læringsmål* være relevante, realistiske, meningsfyldte og tydelige. Det vil sige at læringsmålene i ugeskemaet skal være i overensstemmelse med de overordnede mål, som RHC opstiller. Samtidig skal alle kursisterne have mulighed for at opnå både lærings mål og overordnede mål. Desuden skal kursisterne have en forståelse og accept af de overordnede mål og vide hvad der forventes af dem, for at kunne arbejde frem mod disse (Hiim 2006). På RHC lægges der op til at kursisterne deltager aktivt og er ansvarlige for egen læring og deltagelse.

*Vidensmål:* Dette er den viden og de intellektuelle færdigheder, som kursisterne skal opnå i løbet af opholdet (Hiim 2006).

Det ses som oftest at underviseren holder et oplæg i starten af seancerne og giver forklaringer samt oplysninger om det givne emne. Som eksempel foregår lægens undervisning som et teoretisk oplæg omkring udvikling af kræft: *"Kræft starter med en defekt i en celle – enten går cellen til grunde, repareres eller udvikler sig til kræft"*. Her imens billedliggører lægen teorien på flipover, hvorefter der opremses forskellige risici for udvikling af kræft.

Ved spørgsmål fra kursisterne svarer underviseren ofte med råd og vejledning ud fra faglig viden og tidligere erfaringer fra kursusophold. Eksempelvis giver socialrådgiveren en kursist råd angående problematikker vedrørende sygedagpenge: *"Skriv en mail for at kunne dokumentere, hvis det kommer så vidt"*.

*Færdighedsmål:* Med disse søges det at kursisterne skal lære nogle praktiske og sociale færdigheder (Hiim 2006).

Der er få seancer, der giver kursisterne mulighed for at udvikle nye færdigheder ved at afprøve aktiviteter i praksis, her kan nævnes motion, afspænding samt krop og kunst. For eksempel lader fysioterapeuten kursisterne afprøve gang med stavstænger, mens hun kommer med justeringer og rettelser før kursisterne skal ud og gå en tur med disse.

Kursisterne får mulighed for at udvikle sociale kompetencer både gennem undervisningsseancerne, men også i deres "fritid" på RHC, hvor de er meget lyttende og viser omsorg for hinanden.

*Holdningsmål:* Med disse søges det at få kursisterne til at tage stilling på det følelses-, holdnings- og værdimæssige område (Hiim 2006).

Ved seancerne, hvor henholdsvis psykolog, præst og diætist underviser, i *"Kræft og psykiske reaktioner"*, *"Hvem ejer livet?"* samt *"Kræft og kost"*, forsøger RHC at skabe holdnings- og værdiændringer hos kursisterne. Kursisterne stiller spørgsmål og diskuterer med underviseren og får svar. Diætisten udtaler i den forbindelse *"Når I hører enkelt-budskaber skal I ikke gå i panik – det holder ikke!"*.

I præstens oplæg får han kursisterne til at åbne øjnene op for, hvor tæt de har været ved at dø ved at sige; *"I har været henne ved kanten og kigge ud; blevet mindet om at I skal dø. I kunne jo ligeså godt have ligget i en kiste"*. Dette giver kursisterne mulighed for at reflektere over hvilke værdier de vægter højest og om de eventuelt skal omprioriteres.

### 6.1.3. Læreprocessen

Dette indeholder både læringsteori, undervisningsmetoder, undervisningsprincipper.

#### 6.1.3.1. Læringsteorier

Underviseren kan tilrettelægge undervisningen ud fra en induktiv eller en deduktiv læring. Der findes en glidende overgang mellem disse, hvor den induktive læring tager udgangspunkt i praksis og hvor den deduktives udgangspunkt er i teori (Hiim 2006).

Den deduktive læring ses i flere af seancerne. Det ses for eksempel i *"Kræft, behandling og senfølger"* og *"Kræft og psykiske reaktioner"*, hvor underviseren står foran kursisterne og formidler teoretisk viden. Den induktive læring ses i de kreative og fysiske seancer samt i udarbejdelse af handleplan. Som eksempel kan nævnes *"Krop og kunst"* og *"Motion"*, hvor kursisterne får kort introduktion af underviseren, hvorefter de afprøver i praksis. Gennem vores observationer ser vi, at den deduktive læring finder sted i de fleste seancer. Dette gør at undervisningen ofte er præget af teoretisk viden til kursisterne.

#### 6.1.3.2. Undervisningsmetoder

Er den fremgangsmåde, som underviseren vælger at udforme undervisningen efter for at opnå læringsmålene (Hiim 2006).

Der ses stor spredning i hvilke metoder underviserne på RHC vælger at bruge. Den *monologprægede* forelæsning bruges ved formidling af teoretisk viden og er placeret i starten af en seance. Dette minder om *formidlingsmodellen*, hvor underviseren er styrende og aktiv og kursisterne skal modtage den viden læreren formidler. Det vil sige at der er tale om envejskommunikation (Hiim 2006).

Som eksempel ses det, at lægen tegner og fortæller ved hjælp af flipover. Som førnævnt holder lægen et videnspræget oplæg med beskrivelse af hvordan kræft udvikler sig. I psykologens undervisningsseance starter hun med at sige *"Den første del kan godt virke ret firkantet på grund af den pressede tid"*, hvorefter hun fortsætter sit oplæg omkring *"Kræft og psykiske reaktioner"*. Hun lægger dermed indirekte op til at den første del af undervisningen vil foregå som envejskommunikation. I begge tilfælde medinddrages kursisterne ganske lidt i oplæggene.

Den *monologprægede forelæsning* bruger underviserne til at formidle teoretisk viden på kort tid. På den måde styrer underviseren bevidst seancen mod de temaer, som underviseren på forhånd har fundet relevante.

Der følger ofte en *diskussionsundervisning* efter den *monologprægede* undervisning. Her er både underviseren og kursisten er ressourcepersoner, hvor alle har mulighed for at byde ind med viden, erfaring og oplevelser. Dette minder om, hvad man ser i *dialogmodellen*, hvor underviser og kursist begge har ansvaret for, hvad der sker i undervisningen. I denne pædagogiske model er det vigtigt, at udviklingen og læringen primært sker interpersonelt. Det vil sige at den kontakt man har med andre mennesker, er med til at stimulere menneskets udvikling og læring (Hiim 2006).

Som eksempel ses det i sygeplejerskens undervisningsseance, hvor hun spørger kursisterne, hvilke senfølger de har oplevet. Kursisternes svar listes op på flipover, hvorefter hun tager udgangspunkt i emnerne og kursisterne byder ind med erfaringer og stiller spørgsmål. Ved småsnak i gruppen hæver sygeplejersken stemmen for at styre gruppen tilbage til diskussionen: "*Hedetur! Hvor mange har det problem?*". Her ses det at undervisningen er løbet af sporet og underviseren må gribe aktivt ind. En af underviserens opgaver ved denne metode er, at være den styrende for gruppen og sørge for at alle emner nås. En anden ulempe, som vi observerede var at nogle af kursisterne var mere verbalt aktive end andre. Her kan det være underviserens opgave at aktivere kursisterne.

Under *diskussionsundervisningerne* giver underviseren vejledning ud fra deres faglige område, dette sker oftest, når kursisterne stiller et direkte og personligt spørgsmål.

Underviserne på RHC bruger diskussionsundervisningen til at skabe dialog kursisterne imellem og derved fremme udvekslingen af erfaringer og oplevelser.

I de kreative og fysiske seancer benytter underviseren sig af *vækstmodellen*, hvor kursisterne praktisk udfører forskellige aktiviteter. Undervisningen via denne model giver underviserne mulighed for at lære kursisterne nye færdigheder (Hiim 2006).

Her bestemmer underviseren rammerne for undervisningen; miljøerne skal indbyde til aktivitet på den måde, at kursisterne motiveres til selv at være aktive og dermed tage ny læring til sig. Dette ses for eksempel i "*Krop og kunst*", hvor lokalet er dækket til med plastic, der står maling og andre remedier fremme. Dette gjorde at kursisterne fra de trådte ind i rummet fik en fornemmelse for, hvad der skulle foregå og hvad undervisningen indeholdt.

### 6.1.3.3. Undervisningsprincipper (MAKIS)

*MAKIS* er en måde hvorpå man søger at opnå god og varig læring. *MAKIS* står for Motivering, Aktivering, Konkretisering, Individualisering og Samarbejde (Hiim 2006).

*Motivering:* Ifølge Hiim og Hippe tager motiveringsprincippet udgangspunkt i kursisternes interesse, succesoplevelse og det at undervisningen er ajour med dagligdagens virkelighed (Hiim 2006).

Vi antager at kursisterne er motiveret for undervisningen i og med at de selv har tilmeldt sig kurset. Endvidere ses det at flere kursister deltager aktivt i dialoger og stiller underviseren spørgsmål. Underviseren i *"Tilbage til arbejdet?"* tager udgangspunkt i kursisternes interesse, da han lister kursisternes ønsker til undervisning op på flipover. I seancen *"Krop og kunst"* oplyses kursisterne om, at der ikke stilles krav til de faglige eller kunstneriske evner – dette kan gøre kursisterne mere motiverede for at deltage. Socialrådgiveren, som underviser i *"Tilbage til arbejdet"* prøver at inddrage andre kursister ved at sige: *"Jer der ikke har sagt noget, er det fordi I har samme problemer som allerede er nævnt?"*, på den måde motiveres de ikke-verbalt deltagende. Dette giver alle kursister mulighed for at få relevante emner taget op i gruppen.

*Aktivering:* I *Helhedsmodellen* ses aktivering som både en mental og en motorisk aktivitet.

Det vil sige at kursisterne er aktive både når de diskuterer, skriver og lytter (Hiim 2006).

Flere undervisere, for eksempel sexologen og lægen, aktiverer kursisterne ved at spørge ind til hvilke emner, de ønsker berørt samt deres erfaringer. Kursisternes aktivitet ligger indenfor de fastlagte rammer, som underviseren har sat. Som eksempel kan nævnes fysioterapeutens seancer, hvor der undervises i stavgang og kursisterne går en forudbestemt rute. Ligeledes ses det at kursisterne lytter aktivt til undervisere og hinanden.

*Konkretisering:* Her taler Hiim og Hippe om de anvendte pædagogiske hjælpemidler, som både kan være verbale og billedlige med videre. Konkretiseringen går fra højt abstrakt niveau, som er det talte/skrevne ord og til det mindst abstrakte niveau, hvor noget gøres konkret (Hiim 2006).

Oftest bruges et højt abstrakt konkretiseringsniveau, hvor underviseren skriver emner på flipover, taler til kursisterne samt bruger overheads, tegninger og powerpointshow. På et lavere abstraktionsniveau bruger underviserne afprøvning i praksis – for eksempel ved

fysioterapeuten i *"Motion"*. Desuden bruges visualisering, hvor underviseren forklarer Sundhedsstyrelsens anbefalinger om *"Seks om dagen"*, hvor det visualiseres, hvor meget frugt og grønt man bør spise dagligt.

Et højt abstraktionsniveau kræver at kursisterne på forhånd kender til emnet i et eller andet omfang. Det giver underviserne mulighed for at give kursisterne supplerende viden indenfor emner, der berører deres livssituation. Gennem observationerne hørte vi flere af kursister stille spørgsmål til underviserne, hvor de brugte fagtermer, der tangerede underviserens faglige sprog. For eksempel spørger en kursist lægen: *"Jeg vil gerne vide noget om malignitetsgraden af..."*. Dette viste at underviseren havde tilrettelagt undervisningen efter kursisternes vidensniveau, da kursisterne forstod de brugte fagtermer.

Ved et lavt abstraktionsniveau får kursisterne mulighed for at lære gennem afprøvning og konkrete erfaringer med virkeligheden, modsat giver det høje abstraktionsniveau mulighed for at lære visuelt og auditivt.

*Individualisering:* Ved individualisering menes det, at undervisningen tilpasses den enkeltes læringsforudsætninger og at kursisten får rig mulighed for at bruge sine ressourcer og få hjælp i forhold til sine svagheder (Hiim 2006).

Generelt lægger opholdet op til at kursisterne er aktive i det omfang, de selv ønsker. Få gange spørger underviseren ind til, om der er andre der har noget at bidrage med. I undervisningen sker individualiseringen ved at underviseren oplister de emner, som kursisterne ønsker berørt. Spørgsmålene der stilles, besvares ofte generelt frem for individuelt.

Undervisningen på RHC tilrettelægges i den pågældende uge til kræftramte med blandede diagnoser under 50 år. Det vil sige at undervisningen er rettet mod denne gruppe, frem for det enkelte individ. Dog er der i ugeskemaet plads til individuelle samtaler med fagpersoner tilknyttet RHC.

*Samarbejde:* Ifølge Hiim og Hippe er god kommunikation en forudsætning for godt samarbejde. Måden at opnå dette er ved at lytte til hinanden og give udtryk for ens meninger og oplevelser (Hiim 2006).

Samarbejdet mellem kursisterne og underviseren udspiller sig gennem aktiv lytning, udveksling af erfaringer, meninger samt oplevelser. Som eksempel på dette kan nævnes en samtale mellem to kursister, hvor den ene giver råd ud fra egen erfaring: *"Du skal bare huske at give dig tid – jeg gav mig selv et år og fandt ud af at jeg ikke skulle være på den arbejdsplads."*

På RHC spiller det sociale en stor rolle, hvorfor god kommunikation er en vigtig forudsætning for et godt samarbejde, hvor kursisterne kan tale frit og åbent.

Den lægelige underviser varetager dette ved at spørge den øvrige gruppe ”*Er der andre, der er interesseret i at høre om dette?*”, hvor kun én kursist er berørt af denne problematik.

I ugen på RHC er undervisningen tilrettelagt sådan at kursisterne opfordres til at lytte, udveksle erfaringer, meninger og oplevelser. Dette gør det muligt for kursisterne at drage nytte af hinandens erfaringer. Som eksempel herpå opfordres kursisterne til at gå i grupper efter det individuelle arbejde med handleplanen.

## **6.2. Delkonklusion**

Ud fra den pædagogiske *Helhedsmodel – en model for didaktisk relationstænkning* og observation på RHC konkluderer vi, at undervisningen varetages på forskellig vis af forskellige faggrupper. Temaerne i undervisningens *indhold* er fastlagt. Vi kan konkludere, at kursisterne i undervisningsseancerne, i nogen grad, har mulighed for at påvirke *indholdet* af undervisningen.

RHC opstiller nogle overordnede *mål* for rehabilitering på centeret, som er subjektive og består af; højere grad af erkendelse, afklaring af sin situation, større livsglæde, håb og tro på fremtiden samt flere handlemuligheder. På grund af subjektiviteten i *målene for rehabilitering* er målene ikke observerbare.

Selve undervisningens *læringsmål* bærer oftest præg af viden, hvor underviseren begynder seancen med et vidensbaseret oplæg. *Læringsprocessen* består af læringsteorier, undervisningsmetode og -principper. Undervisningen er oftest tilrettelagt efter *deduktivlæring* som bærer præg af viden, hvor den dominerende *metode* er den *monologprægede*. Derudover benyttes blandt andet *dialogbaseret metode*, hvor kursisterne har mulighed for at deltage aktivt med egne problematikker, erfaringer, råd og vejledning.

Vi kan ud fra *MAKIS-principperne* konkludere, at *motivering* primært varetages af kursisterne, da de selv har tilmeldt sig opholdet og selv skal være aktivt deltagende for at få det optimale ud af opholdet. Undervisningen foregår på et højt *konkretiseringsniveau*, hvilket vi konkludere kan lade sig gøre, da kursisterne har et indblik i egen sygdom og livssituation. *Individualiseringen* varetages af RHC ved at tilbyde en individuel samtale med en fagperson – generelt er undervisningen tilrettelagt for en gruppe. Den dialogprægede del af undervisningen gør, at den enkelte kursist får mulighed for at byde ind med spørgsmål, svar



og erfaringer. *Samarbejde* finder sted både blandt kursisterne indbyrdes samt kursist og underviser imellem.

### **6.3. Interview: Model of Human Occupation**

I den efterfølgende bearbejdning vil vi med udgangspunkt i *MoHO* fortolke og analysere ud fra i *mennesket*, hvor vi vælger kun at beskæftige os med *viljen*, og *omgivelserne*, hvor vi fokusere på det *sociale*.

Som førnævnt vælger vi at omformulerer informanternes udtalelser. Dette gør vi da det ordrette transskriberede interview kan virke krænkende for informanterne, da talesproget kan fremstå usammenhængende og forvirrende (Kvale 2000).

Eftersom informanterne er specialister i eget liv og dermed bevidst vælger hvad de tager med sig fra opholdet, vil informanternes svar være lige stærke. Vi vil benytte både sammenlignelige udtalelser, men også de variationerne som findes, da "*undtagelser altid er en rig kilde til erkendelse*" (Ramian 2007, s.100).

#### **6.3.1. Mennesket – Viljen**

Dette system i mennesket består af tre dele; *værdier*, *følelse af handleevne* og *interesser*. Vi vil herefter bearbejde interviewdata ud fra dette.

##### **6.3.1.1. Værdier**

Gennem interviewene giver kvinderne udtryk for at opholdet har givet dem stof til eftertanke om, hvordan de har prioriteret deres hverdag. Særligt præstens oplæg om livet har været medvirkende til at sætte tanker i gang og tingene i perspektiv. Om oplæget siger kvinderne:

Pia: "*Man blev virkelig bare motiveret og man kommer til at tænke over, hvad det egentlig er man gerne vil.*"

Lea: "*Han fik virkelig sat tingene i perspektiv.*"

Lis: "*Han var god til at lægge fokus på vores tanker og følelser – altså hvad har du lyst til og hvordan vil du komme videre?*"

Værdier er det, som man finder meningsfuldt og giver livskvalitet. Gennem ens livssyn og personlige overbevisning definerer man, hvad der er meningsfuldt for én. Når man rammes af kræft vil ens livssyn og personlige overbevisning ændres, da man rammes på sine værdier, som har rod i det grundlæggende behov for at føle sig i sikkerhed og overleve. Dette medfører at *følelse af forpligtelse* overfor ens værdier vil ændre sig. Lea fortæller, at hende og hendes familielivsstil har været præget af præstige, men gennem kræftsygdommen ændrede hendes livssyn sig og hun fandt ud af at ”... *livet har andre værdier end et stort lækkert badeværelse*”. Endvidere var Leas datter før opholdet blevet konfirmeret og hun fortalte om, hvor heldig hun følte sig over, at have oplevet den dag med sin datter. Herved mener vi, at selve festen har været mindre betydningsfuld for Lea og at det i stedet var samværet med hendes datter og familie der har haft betydning (Kielhofner 2006).

Lea fortæller videre at hun på opholdet har lært:

*”At huske at det er fornøjelse før pligter og samtidig at huske at have opmærksomheden på nærvær og fælles oplevelser med familien. Jeg har besluttet at hele min familie skal inddrages i det her.”*

Dette viser, at ens livssyn og personlige overbevisning ofte ændres for den kræftramte efter sygdommen vil værdierne i hverdagen også ændres (Kielhofner 2006).

Igennem undervisningsseancen om arbejdslivet og den erfaringsudveksling, der har fundet sted på RHC, har kursisterne ligeså fået ændret nogle værdier. Mange kræftramte bliver nødt til at prioritere sin tid og aktiviteter efter sygdommen, da de ikke længere har den fornødne energi.

*Pia: ”Det der har været sværest ved at være på nedsat tid har været at jeg gerne vil nå det samme som på fuld tid. Jeg skal dæmpe mine forventninger til mit arbejdstempo og jeg skal huske at holde nogle små pauser.”*

Hvis ens værdier ikke stemmer overens med ens kapacitet, altså det man er i stand til, vil dette kunne føre til en selv-devaluering. Denne problematik kan kræftramte opleve, ligesom Pia, ved ikke at kunne leve op til sine forpligtelser overfor sine værdier. Det kan derfor være nødvendigt for de kræftramte at tage deres personlige værdier og grundlæggende livssyn op til overvejelse. At udvide ens værdier kan være med til at indarbejde et nyt adfærdsmønster som gør, at man kan magte sin situation. Eftersom ens værdier næsten altid vil blive ramt på en eller anden måde, ved kræftsygdom, kan man være nødt til, at tilpasse sig sin situation ved at søge efter nye måder at se livet på (Kielhofner 2006).

### 6.3.1.2. **Følelse af handleevne**

Kursisterne kommer til opholdet på RHC med forskellige forudsætninger, som alle skal indpasses i centerets tilbud. Kursister vil opleve undervisningsniveauet enten for lavt, højt eller passende. Om dette udtrykker Lea og Lis enighed i forhold til motion på RHC:

Lea: *"Motionsmæssigt synes jeg måske ikke det var som jeg havde forventet. Jeg kunne godt have tænkt mig, at der havde været noget mere fysisk hårdt."*

Lis: *"... der havde jeg måske forventninger til, at vi skulle være mere aktive eller at der bare skulle være mere af det."*

Her ser vi, at kvinderne vurderer, at deres egen fysiske kapacitet ligger over det niveau, som der undervises på. Kvinderne møder ikke tilpas udfordringer, hvorfor deres motivation for deltagelse kan svækkes, da de kan opfatte seancen som værende kedelig (Kielhofner 2006). Pia og Lea udtrykker begge lignende forventninger om opholdet og hvad de håber at kunne bringe med ind i deres hverdagsliv efterfølgende.

Pia: *"... at få nogle redskaber til, hvordan man kommer videre i livet og hvordan man tackler det at vende tilbage til arbejdsmarkedet."*

Lea: *"... at de kunne klæde mig på til at håndtere den her situation, som jeg nu er havnet i (...) og at have en masse med i bagagen, når jeg tog derfra."*

Her kan vi se at kvinderne håber på en ændring i deres følelse af handleevne i forhold til livet efter opholdet på RHC. Det vil sige at de forventer, at opholdet kan give dem en ændret oplevelse af, hvad de selv mener at være i stand til. Kræftramte kan få en følelse af at mangle kapacitet til at udføre de aktiviteter, som de finder betydningsfulde i deres liv. Mange kræftramte oplever senfølger i form af træthed og smerter, som kan tvinge dem til at udføre aktiviteter på en anden måde eller i mindre grad end tidligere (Kielhofner 2006).

RHC lægger op til, at kursisterne skal være aktivt deltagende for, på den måde, at kunne bidrage med egne erfaringer og oplevelser og samtidig drage nytte af andres erfaringer. Blandt andet lægges der i undervisningen op til, at kursisterne udarbejder en handleplan, som fremlægges for de andre kursister. Lis beretter om, hvor svært det kan være at være lige aktiv om alle emner, da nogle emner kan være meget personlige:

*"Jeg var jo nok ikke modig nok til at nedfælde det med sex på papir og fremlægge det for gruppen."*

Gennem dette citat fortæller Lis, om hvor svært det har været at skulle åbne op og deltage aktivt, når emnet har været af så privat karakter. Modsat Lis' erfaring med at udarbejde en

handleplan, har Pia og Lea fået noget andet ud af dette. Kvinderne får i udarbejdelsen mulighed for at arbejde med egen kapacitet, hvilket de udtrykker således:

Pia: *”Den der proces med at tænke tankerne og så få det ned på papir... Det at have et konkrete stykke papir, så man kan holde fast i målene. Det har været godt.”*

Lea: *”Jeg kunne godt finde på, her om tre måneder igen, tage handleplanen frem og se, hvad det er jeg vil satse på de næste tre måneder.”*

Gennem en kræftsygdom kan den kræftramte føle en manglende kapacitet og have svært ved at udføre det, som de finder betydningsfuldt. Ved at udarbejde en handleplan opnår kvinderne en oplevelse af *egen virkekraft*. De får på den måde mulighed for at sætte fokus på og arbejde med egen kapacitet, som kan påvirke det der sker i livet. De personlige evner sætter dem i stand til at opnå de mål, som de finder relevante for deres fremtid. Gennem handleplanen får de mulighed for at skrive deres mål ned, hvilket gør målene konkrete og kan måske give dem en bedret *følelse af handleevne*. Ved at ændre *følelse af handleevne* i en positiv retning, vil de kunne opleve en øget effektivitet i hverdagen og dermed opnå en øget *følelse af selv-kontrol* (Kielhofner 2006).

### **6.3.1.3. Interesser**

Kursisterne har forskellige interesser, som kan være påvirkede af sygdommen og senfølgerne. Sygdommen kan være medvirkende til at kursisterne ikke længere kan varetage deres interesser. På opholdet bliver kursisterne præsenteret for forskellige kreative og fysiske aktiviteter. Om dette udtaler kvinderne:

Lis: *”Der kunne man holde fokus - det var i hvert fald noget af det jeg kunne gøre herhjemme bare for at få fokus tilbage.”*

Pia: *”Det er simpelthen så fedt med sådan nogle oplevelser i værkstedet – noget nyt som man ikke har kendt til tidligere.”*

Ifølge *MoHO* er *interesser* det, som mennesket finder fornøjeligt eller tilfredsstillende. Noget af det en kræftramte vil kunne opleve er, at sygdommen sætter grænser for udøvelsen af *interesser*. Udøvelsen kan blandt andet hæmmes gennem fysiske og kognitive kapaciteter. Dette kan påvirke ens oplevelse af glæde og tilfredsstillelse i livet og kan dermed mindske ens energi og gode humør. Det er dette, der gør, at man vil føle, at fremtiden kan virke tung og trist. Gennem opholdets tilbud ser vi, at kvinderne oplever at få nye *interesser* og handlemuligheder for at få fokus væk fra sygdommen og dens følger. Kursisterne kan

genfinde en glæde og tilfredsstillelse ved at udføre aktiviteter, som kan føre til den ultimative nydelse, som *MoHO* betegner som *flow*. Det er denne oplevelse af *flow*, som vi mener, at Lis giver udtryk for, når hun fortæller om at hun kunne holde fokus gennem denne aktivitet. RHC har dermed været med til at give kvinderne et redskab, som de kan tage med hjem og bruge til at skabe afstand til de problematikker og tanker som de har i forbindelse med sygdommen. Det vil altså sige at kursisterne gennem den positive følelsesoplevelse vil opleve, at de bliver ansporet til at handle og får noget at se frem til gennem de kreative aktiviteter (Kielhofner 2006).

RHC tilbyder også information i form af viden om forskellige emner om kræftsygdommen, som kan tilfredsstille kursisters interesse.

Lis: *"Jeg synes at tiden fløj af sted. Jeg havde det sådan lidt at de der pauser nogle gange kunne være forstyrrende i stedet for tiltrængte."*

RHC varetager kursisters *interesser* ved at formidle viden, som har relevans for deres situation. Dette kan skabe en fordybelse og en tilfredsstillelse for kursisterne således at de, som Lis, kan føle at "tiden flyver af sted". Omvendt kan kursisterne også, som Pia, opleve at et emne i en seance ikke fanger ens interesse:

*"Jeg kunne godt have tænkt mig, at vi havde snakket mere senfølger, men det endte faktisk med at vi, i den gruppe jeg var med i, sad og snakkede om rygestop."*

Ved irrelevante emner, hvor kursisterne ikke har et interessemønster, kan de miste motivationen for undervisningen. Pias eksempel understreger dette, hvor hun forventede at høre om senfølger, men at undervisningen i stedet kom til at handle om rygestop. Her ses et eksempel på, hvor bredt RHC skal kunne favne, da alle kursisters interessemønstre er unikke og er det, som giver livet mening og værdi (Kielhofner 2006).

### **6.3.2. Omgivelserne - de sociale**

Vi har her valgt, at fokusere på de *socialle omgivelser*, da vi gennem interviewet har erfaret, at det betyder meget for kursisters ophold. Kursisterne vil kunne bruge hinanden og de professionelle som ressourcer under opholdet.

Pia: *"Bare det at være omgivet af professionelle mennesker, der ved hvad de har med at gøre. Man føler de var der 100 procent for én."*

Lea: *"Man fik ligesom lagt alle sine tanker og bekymringer lidt væk, fordi man bare var omgivet af professionelle mennesker hele tiden."*

De professionelle mennesker, som er ansat på RHC, giver kursisterne mulighed for at opnå ressourcer i form af råd, vejledning og viden, som kan lette kursisters aktivtetsudøvelse. Da mennesket udvikler sig i stabile omgivelser, som vi mener at de professionelles tilstedeværelse giver kursisterne, skabes der trygge rammer, hvor kursisterne får mulighed for at udvikle sig. Kursisterne føler sig trygge og sat i centrum og får derved mulighed for, at fokusere på og arbejder med *egen kapacitet* (Kielhofner 2006).

Kursisterne kommer hermed, gennem de professionelles kompetencer, til at føle at deres behov for viden og støtte tilgodeses samtidig føler de, at der bliver taget vare om dem.

Kursisterne får dermed mulighed for at lægge de daglige bekymringer bort og fokusere på dem selv og hvad ugen kan tilbyde dem. Dette underbygger Lis med følgende citat:

*”Man kunne måske få nogle gode input og møde nogle i samme situation og få et pusterum i hverdagen.”*

De tre kvinderne giver udtryk for, hvordan RHC giver dem mulighed for at få et pusterum og slippe tanker og bekymringer fra hverdagen. Vi mener, at ved at kursisterne flyttes fra et *aktivitetsmiljø* til et andet vil de få andre input i form af ressourcer og muligheder, som dette miljø skaber (Kielhofner 2006).

RHC lægger op til at kursisterne indgår i en åben relation med hinanden, hvor de vil få mulighed for at udveksle erfaringer og på anden måde bruge hinanden, i forhold til de problematikker de har med sig. Dette gør at kursisterne knytter sig hurtigt til hinanden og der opstår et åbent og trygt miljø.

Pia: *”... at være sammen med en gruppe mennesker, der har det ligesom én selv, det har simpelthen været det største af det hele og at man har været så åben overfor hinanden.”*

Lis: *”Vi lærte noget nyt om hinanden og os selv og kunne supplere hinanden. Ja, vi spejlede os lidt i hinanden, så man ikke følte sig så anderledes; for det havde andre også oplevet.”*

Opholdet udgør en social gruppe, hvor kursisterne må være aktive for at indgå i en social relation med de øvrige kursister. Ved at indgå i en social gruppe får kursisterne mulighed for, at udvikle sig ved hjælp af den tillid og støtte de viser hinanden. Det er med til at de anstrenger sig yderligere for at nå deres mål for fremtiden (Kielhofner 2006).

Under opholdet oplever kursisterne gennem erfaringsudvekslinger, at de ikke står alene med deres problematikker, men at også andre oplever lignende problemer. I forhold til seancen med sexologen og den manglende lyst til seksuelt samvær, siger Lis at:

*”Det kunne jeg høre var meget almindeligt, men nok noget af det, som er svært at åbne op for.”*

I Lis' udtalelse ser vi hvordan et tabubelagt og personligt emne bliver åbnet og diskuteret i et åbent forum. Gennem erfaringsudveksling mellem kursister og viden fra underviseren, oplever Lis, at de tanker og problemer hun har haft efter kræftbehandling, ikke er så unormale. Ligesom Lis oplever Pia, gennem erfaringsudveksling, at opnå bekræftelse:

*”Jeg blev bekræftet i, at det jeg gør, er fint og at jeg skal være glad for, at jeg har det så godt som jeg har det.”*

I Pias udtalelse ser vi hvordan det at befinde sig i en social gruppe, giver én mulighed for at spejle sig i andres livssituation. Dette være kan medvirke til, at kursisterne kan støtte hinanden emotionelt blandt andet ved erfaringsudveksling, som viser dem, at flere oplever samme problematikker (Kielhofner 2006). Dette uddybes yderligere i nedenstående citat.

*Lea: ”Det er bare nemmere at snakke med én som også sidder i samme situation og som har præcis de samme tanker som én selv.”*

Her fortæller Lea, hvordan hun har kunnet udnytte den åbenhed og støtte, som den sociale gruppe har bidraget med. For en kræftramt kan ens sociale omgivelser forandres og de kan have svært ved at forstå hvad den kræftramte gennemgår. Ved at alle kursisterne har gennemgået et kræftforløb, har de lettere ved at forstå hinandens følelser og oplevelser, der vedrører den ændrede livssituation. Dette gør at de på RHC oplever at kunne støtte hinanden. Lea fortæller videre om dette:

*”Ens nære kan sagtens have en forestilling om det at have kræft, men jeg tror ikke at man i sin vildeste fantasi kan forestille sig, hvordan det er at være i det og hvilke tanker, som man går og tumler med.”*

Vi mener, at Lea har fået et stort udbytte af at deltage i denne sociale gruppe, hvor hun selv har bidraget med og brugt andres råd og erfaringer gennem samtalerne. Modsat Leas oplevelse udtaler Pia:

*”Jeg vil meget gerne høre, hvad andre har været igennem. Så jeg fik hørt meget, men var nok ikke selv god til at komme på banen og fortælle hvad jeg selv har været igennem. Jeg skulle nok blive bedre til at komme af med alle mine ting.”*

Gennem Pias citat, kan vi se at hun ikke mener at være kommet nok på banen. Hun får dermed ikke direkte råd og vejledning om hendes egne problematikker. Ud fra hendes udtalelse, mener vi dog, at hun har fået noget ud af at lytte til, hvad andre har været igennem, hvilket også kan ses som en ressource, når man indgår i en social gruppe (Kielhofner 2006).

#### **6.4. Delkonklusion**

Ved hjælp af interviewene og den ergoterapeutiske *Model of Human Occupation* kan vi konkludere, at kræftsygdommen rammer hele mennesket blandt andet viljen og omgivelser. I bearbejdningen arbejdede vi med de tre dele af viljen; *værdier, følelse af handleevne* og *interesse* samt de *sociale omgivelser*. Det er forskelligt, hvordan og hvor meget man bliver påvirket som kræftramt.

Gennem interviewene kan vi konkludere, at kvinderne oplever at undervisningen på RHC har sat tanker i gang om deres livssyn. Undervisningen har påvirket de tanker, som kvinderne i forvejen havde om deres eksisterende værdier. Det har givet dem mulighed for at tage deres værdier op til revision, da de ændres på grund af kræftsygdommen.

Kvinderne kan opleve at deres *følelse af handleevne* er ændret og på den måde føler kvinderne ikke, at de har kontrol over eget liv. På RHC udarbejder kvinderne en handleplan, som kan give et redskab til at ændre deres oplevelse af kontrol og *følelse af handleevne*.

Handleplanen giver kvinderne mulighed for at fokusere på mål og ønsker for fremtiden.

Ud fra *MoHO* ved vi at *interesser* kan påvirkes, hvis kvinderne mangler kapacitet til at udføre de aktiviteter, som *interesserne* repræsenterer – dette fører til glædesløshed og manglende tilfredsstillelse i livet. I interviewene udtrykker kvinderne glæde ved de kreative og fysiske aktiviteter på RHC, som hjælper dem med at få tankerne fra sygdommen og på den måde kan de opleve glæde og tilfredsstillelse.

Vi kan konkludere at kvinderne gennem opholdet får udbytte af at være sammen med andre kursister. På RHC har kvinderne mulighed for at møde andre i samme situation, med hvem de kan udveksle erfaringer. Den sociale gruppe på RHC, som kvinderne indgår i skaber et tillidsfuldt forum, som giver kvinderne mulighed for at udvikle sig.

#### **6.5. Vurdering af anvendte metoder og teorier**

Efterfølgende følger en kritisk vurdering om de teorier og metoder, som vi har benyttet i løbet af projektet. Vi vil her diskutere de muligheder og begrænsninger, som de anvendte teorier og metoder giver i forhold til kvalitetskriterierne for undersøgelsesresultaterne, disse består af *ekstern validitet, intern validitet* og *reliabilitet*.

*Ekstern validitet* omhandler datas kvalitet; om man får repræsentative data om det undersøgte fænomen og om man undersøger det tilsigtede. *Intern validitet* handler om kvaliteten af vores



resultater i forhold til anvendte metoder og teorier. *Reliabilitet* vil sige, at andre kan komme med samme resultater ved at benytte vores valgte metoder og teorier (Ramian 2007).

### **6.5.1. Metoder**

Vi valgte i vores design af projektet, at benytte os af observation til at belyse, hvorledes RHC varetager undervisningen. Derudover valgte vi, at interviewe tre kvindelige kursister for at belyse, hvad de oplever at have fået ud af opholdet på RHC.

#### **6.5.1.1. Observationer**

Metoden har vi fundet relevant til at supplere *Helhedsmodellen* for at indsamle data om, hvordan RHC varetager undervisningen. Observation giver os mulighed for at se undervisningen i den kontekst, som den er beregnet på. Vi får dermed mulighed for at indsamle data, hvor vi er observerende deltagere uden indgriben i undervisningen. Ved at være en del af konteksten får vi et billede af, hvordan kursisterne deltager i dialogerne. En ulempe ved denne metode er, at vi ikke har mulighed for at stille opklarende spørgsmål til undervisningen undervejs.

Ved hjælp af vores observationsguide er vi af den overbevisning, at andre vil kunne fremkomme med lignende observationsresultater, hvilket sikrer *reliabilitetskriteriet*. For at fremkomme med lignende resultater, skal andre forskere deltage under samme præmisser som os. Man kan stille sig kritisk overfor valget af, at vi alle tre var til stede i samme seancer, da vi i nogle seancer derfor kun oplevede underviseren med én gruppe kursister. Som eksempel kan nævnes psykologens undervisning, hvor halvdelen af kursisterne var til stede. Her valgte vi at observere på én gruppe og kunne måske have fået andre resultater ved at observere på begge. Fordelen ved at vi alle tre var til stede og benyttede samme observationsguide var, at vi alle havde samme fokus og derved fik flere aspekter af samme undervisningsseancer. Ulempen ved denne del af undersøgelsen var at det ikke var muligt, at notere under observationer i de kreative og fysiske seancer, hvor vi var deltagende, hvorfor vi måske ikke har de præcise data fra disse seancer.

Den *eksterne validitet* kan ikke sikres i observationerne, da vi kun har været til stede i én uge og derfor ikke har et sammenligningsgrundlag i forhold til andre uger. På baggrund af dette kan vi ikke generalisere, hvordan undervisningen varetages i de øvrige uger. Vi mener dog, at kurserne forløber efter et standardprogram med fasttilknyttede undervisere. Vores beskrivelse

af undervisningen vil derfor kunne vise karakteristiske træk, som vil være gennemgående for et kursusophold.

Ved brug af observationsguiden får vi mulighed for at undersøge præcis det, som vi ønsker at undersøge i forhold til, hvordan undervisningen varetages på RHC. Dette sikrer den *interne validitet* (Ramian 2007).

### **6.5.1.2. Interview**

For at undersøge, hvordan kvinderne oplevede et ophold på RHC, fandt vi interviewmetoden relevant. Gennem det semistrukturerede interview fik vi mulighed for at få uddybende beskrivelser af kvindernes oplevelser. Interviewguiden blev udarbejdet ud fra tre temaer; forventninger før opholdet, opholdet og efter opholdet. Dette gjorde at data var svære at strukturere i forhold til den valgte model i bearbejdningen (Ramian 2007).

Ved hjælp af interviewguiden vil andre have mulighed for at stille samme spørgsmål som vores, dog med det for øje at forskellige forskere kan fremkalde forskellige svar. Samtidig er vi bevidste om, at der er forskel på hvor ”gode” forskellige informanter er i forhold til at fremkomme med relevant information. Det vil sige at *reliabiliteten* kan være svær at opnå i et semistruktureret interview (Kvale 2000).

Da vi på forhånd ikke lagde os fast på, hvilke komponenter i *MoHO* vi ville benytte, valgte vi at lade interviewdata være styrende. Det vil sige at interviewdata har inspireret til, at bearbejde data ud fra visse komponenter i *MoHO*. Ved ikke at have opbygget *interviewguiden* efter *MoHOs* komponenter vil den *interne validitet* være tvivlsom og *reliabiliteten* vil ikke kunne opnås, da andre ikke vil kunne fremkomme med samme data. Vi mener dermed ikke, at *MoHO* er specifik i forhold til bearbejdning af interviewdata.

Interviewguiden har gjort det muligt at undersøge ’*hvad kvinderne fik ud af undervisningen og opholdet*’, da guiden var udformet på baggrund af tre temaer som kunne belyse spørgsmålene i problemformuleringen. Da interviewet omfattede tre kvinder har vi kun deres oplevelser, hvorfor data ikke er repræsentative og dermed er det ikke muligt at generalisere i forhold til andre kursisters oplevelser. Dette gør at den *eksterne validitet* i forhold til interviewet er svær at opnå (Ramian 2007).

Et godt interview kræver erfaring og ekspertise, hvorfor vi har overvejelser om, hvorvidt vi som studerende har den fornødne erfaring og kompetence til at udføre et vellykket og grundigt interview. Dette kan betyde, at vi ikke har fået uddybet svarene tilstrækkeligt og dermed ikke har fået de nødvendige data til undersøgelsen. Vi havde i vores etiske

overvejelser før interviewene fundet det hensigtsmæssigt, at vi kun var én interviewer til stede. Under interviewene blev vi klar over, at nogle af informanter blev berørte, vi mener derfor, at det ville have virket overvældende, hvis der havde været flere tilstede (Kvale 2000).

### **6.5.1.3. Øvrige metoder**

I projektet har vi valgt en hermeneutisk tilgang, dette har vi valgt, da vi søger at beskrive undervisningen på RHC og kvindernes oplevelse af opholdet. Den hermeneutiske tilgang har gjort det muligt at søge at forstå kvindernes udsagn om, hvad de har fået ud af opholdet ved at fortolke udsagnene. Vi havde før undersøgelsen en forforståelse om, at undervisningen på RHC ville være præget af vidensformidling. Dette stemte overens med vores observationer på stedet, dog fandt vi ud af at megen af undervisningen føres over i dialog, hvor kursisterne er medbestemmende for undervisningen (Kvale 2000 og Dalland 2004).

Gennem casestudiet har vi kunnet undersøge et fænomen og beskrive dette ud fra to undersøgelsesmetoder. Vi har både haft mulighed for at undersøge selve undervisningen på RHC samt efterfølgende kursisters oplevelse af opholdet. Et casestudie kan være umuligt at gentage, da undersøgelsen omhandler et fænomen i en kontekst bestemt af tid og sted. Dette betyder at *reliabiliteten* af et casestudie kan være umulig at opnå. Det beskrivende casestudie har vist sig relevant til beskrivelsen af fænomenet, '*hvordan RHC varetager undervisningen og hvad kvinderne har fået ud af opholdet*'. Dette mener vi, da det giver mulighed for at undersøge et afgrænset fænomen i tid og sted (Ramian 2007). Da vi har været til stede på RHC sammen med informanterne, mener vi, at der på forhånd er blevet etableret en vis trykthed mellem informanten og os som interviewere.

Ved at udforme selektionskriterier for informanterne, sikrer vi en vis *reliabilitet*, således at andre har mulighed for at udvælge lignende informanter. Det er svært at reproducere et semistruktureret interview, da interaktionen mellem interviewer og informant har stor betydning for interviewets resultater (Kvale 2000).

Vi mener, at transskriptionernes *reliabilitet* er god, da vi på forhånd havde udformet retningslinjer om i hvilket omfang interviewene skulle nedskrives. På den måde undgik individuelle tolkninger af interviewdata, hvilket gjorde det muligt for os, at udføre transskriptionerne ens (Kvale 2000).

Da der ikke findes nogle generelle retningslinjer for transformation fra mundtlig til skriftlig form, har vi selv udarbejdet retningslinjer for dette. Vi mener derfor, at den *interne validitet* af

transskriptionerne er sikret. At benytte diktafon under interviewene har vist sig gavnligt, da vi derved har kunnet være mere fokuseret på samtalen. Efterfølgende gav det os mulighed for, at fremkomme med de præcise udtalelser i transskriberingen. Endvidere mener vi, at transskriptionsformen har været passende til undersøgelsen, da vi mener, at kursisterne vil kunne genkende sig selv i citaterne, som vi har valgt at bruge i bearbejdningen. Hertil skal det nævnes, at kursisterne ikke har fået mulighed for at læse og selv *validere* transskriptionerne (Kvale 2000 og Ramian 2007).

Vi har haft en beskrivende tilgang i projektet og har derfor lagt vægt på informanternes beskrivelser og forklaringer om deres ophold på RHC. For at sikre den *eksterne validitet* har vi gennem bearbejdningen af interviewene forsøgt at se på forskelle og ligheder. Dette giver os mulighed for at få repræsentative data frem. Dog viser det sig at lighederne er stærkest repræsenteret, da kvinderne i højere grad har været enige om, hvad de har fået ud af opholdet i forhold til de komponenter vi tolker ud fra (Ramian 2007).

Hvis vi i projektet, havde ønsket at sikre generaliserbarheden, kunne vi have benyttet en kvantitativ metode til at indsamle oplysninger fra mange kursister. Dette kunne gøres ved at udlevere spørgeskemaer til samtlige kursister om, hvordan de oplevede opholdet. I stedet for observationer kunne vi have valgt enten at interviewe underviserne om deres brug af undervisningsmetoder eller udformet spørgeskemaer om dette. Ved brug af den kvalitative metode, som vi har benyttet, har vi ønsket at udforske kursisternes perspektiv og har på den måde fået afdækket kursisternes virkelighed, som de opfatter den. På baggrund af dette, har vi fundet denne metode mest relevant i forhold til, hvad vi ønskede at undersøge (Launsø 2005).

## **6.5.2. Teorier**

I projektet har vi benyttet os af den pædagogiske *Helhedsmodel* og den ergoterapeutiske *Model of Human Occupation*, som vi vil beskrive særskilt i forhold til kvalitetskriterierne. Vi har fundet disse modeller relevante, da de underbygger nogle af de elementer, som undersøgelsesmetoderne og -resultater lagde op til.

### **6.5.2.1. Helhedsmodellen**

I projektet undersøger vi undervisningen på RHC ud fra udvalgte komponenter i denne model. Vi finder modellen relevant i vores undersøgelse, da den giver os mulighed for at undersøge flere aspekter af undervisningen samt at strukturere vore data i bearbejdningsprocessen. Vi har

til dataindsamlingen udarbejdet en observationsguide på baggrund af de udvalgte komponenter i *Helhedsmodellen*, hvilket har givet struktur til dataindsamlingen.

*Reliabiliteten* sikres i denne model ved at fastlægge rammer for undersøgelsen. Dette er med til at andre vil kunne fremkomme med lignende resultater ved bearbejdning ud fra denne model. Modellen giver mulighed for at belyse den del af problemformuleringen, der omhandler hvordan rehabiliteringen varetages.

Kvaliteten af data fra observation, er sikret ved anvendelse af observationsguiden, som bygger på modellens komponenter. Dog er data ikke repræsentativt for andre ophold, da vi kun har undersøgt på denne ene uge. Det vil sige at den *eksterne validitet* er opfyldt i den pågældende uge, dog er det svært at generalisere på øvrige uger. Ved at benytte den bagvedliggende teori for modellen sikrer vi den *interne validitet* i bearbejdningen af observationsdata (Ramian 2007).

#### **6.5.2.2. MoHO**

I projektet benytter vi denne model til at strukturere data i bearbejdningen for at undersøge, hvad kvinderne har fået ud af opholdet. Modellen har været relevant at benytte til at bearbejde data i forhold til *værdier, følelse af handleevne og interesser samt sociale omgivelser*. Vi mener, at disse komponenter gør det muligt at belyse problemformuleringen omhandlende kvindernes oplevelser. De udvalgte komponenter i modellen har givet nogle begrænsninger, i forhold til de udtalelser vi har fået fra kursisterne. Det vil sige at ikke alle udtalelser var mulige at tolke på ud fra de valgte komponenter.

*Reliabiliteten* mener vi er tvivlsom, da data ikke er indsamlet med henblik på brug af valgte komponenter. Dog er det muligt at foretage en bearbejdning ud fra samme komponenter i modellen. Som førnævnt kan casestudier være umulige at gentage, hvorfor *reliabiliteten* er svær opnåelig.

Den *eksterne validitet* er tvivlsom, da bearbejdningen har fundet sted ud fra citater fra tre kvinder. Da data er indsamlet på baggrund af de tre kvinders udtalelse, er data ikke mættet. Derved er data ikke repræsentativt for andre kursisters oplevelse af undervisningen og opholdet på RHC. Ved at benytte de udvalgte komponenter og de begreber som modellen arbejder med, har vi forsøgt at lægge databearbejdningen tæt op ad teorien bag MoHO og derved sikrer vi den *interne validitet* (Ramian 2007).

## 7. KONKLUSION

I projektet har vi søgt at undersøge '*hvordan RHC varetager rehabiliteringen*' og '*hvad kvinderne har fået ud af undervisningen og opholdet på RHC*'. Projektet er udarbejdet som et casestudie, hvor undersøgelsen bygger på observation af undervisningen og interview af tre kvinders oplevelse efter opholdet. Vi valgte, at benytte den didaktisk relations model, *Helhedsmodellen*, til at bearbejde observationsdata og en ergoterapeutisk begrebsmodel, *MoHO*, til bearbejdning af interviewdata.

Ud fra *Helhedsmodellen* kan vi konkludere, at RHC varetager undervisningen ved at tilrettelægge denne ud fra deduktivlæring. De benytter hovedsageligt formidling af viden via den monologprægede metode med efterfølgende dialog. Temaerne for undervisningen er fastlagt på forhånd, dog har kursisterne mulighed for, i nogen grad, at påvirke indholdet. De mål som er sat for rehabilitering på RHC kan vi ikke konkludere på, da de er præget af kursisternes subjektive oplevelse af udbyttet fra kurset. På baggrund af *MAKIS-principperne* kan vi konkludere at kursisterne er ansvarlige for egen læring, blandt andet ses dette ved at kursisterne selv skal være aktive, for at få det optimale udbytte af opholdet.

Vi kan ud fra interviewundersøgelsen og bearbejdningen ved hjælp af *MoHO* konkludere, at kvinderne har fået sat tanker i gang om deres livssyn og *værdier* gennem undervisningen. Desuden har de i undervisningen på RHC oplevet at få ændret deres *følelse af handleevne* og muligvis fundet nye aktiviteter eller *interesser*, som kan bringe glæde og tilfredsstillelse for dem i livet. Gennem disse aktiviteter har de fået nogle redskaber til at skabe fokus. Endvidere kan vi konkludere, at kvinderne gennem opholdet har nydt godt af det *sociale* samvær med kursister i samme situation. Den gruppe, som kvinderne har tilhørt i den pågældende uge, har bidraget til at de har opnået sparring via erfaringsudveksling samt råd og vejledning.

Vi har erfaret at der findes flere forskellige tilbud for færdigbehandlede kræftramte, men kun ét af RHCs slags i Danmark. For at centeret skal kunne varetage flest mulige kursisters behov, er det nødvendigt, at RHC kan favne bredt, da kursisterne kommer med forskellige forudsætninger og problematikker.

Vi konkluderer, ud fra interviewene, at kvinderne blandt andet har fået følgende ud af opholdet: Samvær med andre i samme situation, redskaber i form af at kunne udarbejde en handleplan, fået sat tanker i gang om egen livssituation samt relevant viden i forhold til deres sygdom og det, der følger med.

## 8. DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING

Vi har gennem vores undersøgelse fået ændret dele af vores forforståelse. Blandt andet mente vi at undervisningen ville foregå som vidensformidling. Under opholdet så vi, at undervisningen var opbygget som vidensformidling med efterfølgende dialog. Kursisterne fik før opholdet tilsendt et skema, hvilket vi mente var opbygget, således at kursisterne havde mulighed for, at vælge mellem to seancer om dagen. Dette viste sig ikke at være korrekt, da RHC som udgangspunkt forventede at alle deltog i det skemalagte. Vi havde en forforståelse om, at kursisterne skulle udarbejde en handleplan med hjælp fra en fagprofessionel, hvilket ikke var tilfældet. Efter interview med kvinderne fandt vi ud af, at de mener, at have fået redskaber i form af råd og vejledning, erfaringsudveksling samt handleplan med sig fra opholdet.

I interviewene blev vi opmærksomme på, at kursister kan føle det som en brat overgang fra endt ophold tilbage til dagligdagen, jævnfør vores forforståelse.

*Pia: ”Det var frygtelig svært at komme hjem – jeg havde bare sådan en uro i kroppen; jeg var rastløs fordi den sidste uge havde været så skemalagt – jeg vidste ikke, hvad jeg skulle gøre af mig selv.”*

I Specialet *Kræfttramte, hverdagsliv og rehabilitering* fortæller forfatterne *Liljegren* og *Prip* blandt andet om, hvordan kræfttramte oplever det at komme hjem efter et ophold på RHC. Via interview af kursister erfarede forfatterne, at kursisterne ikke bliver forberedt på hjemkomst og det tomrum, der kan følge efter opholdet (*Liljegren 2006*). Dette har fået os til at tænke på om der kunne være en anden måde at ”slippe” kursisterne på. RHC er i øjeblikket i gang med et forsøg, omkring et opfølgingsophold, men har endnu ikke erfaringer med dette. Gennem en artikel om *Forløbspartnere* i Svendborg og Langeland kommuner har vi læst at den kræfttramte og dennes familie får tilbudt støtte af en forløbspartner, som kommer i hjemmet og hjælper med den ændrede livssituation (*Korgaard 2008*). Endvidere mener *Liljegren* og *Prip*, at rehabiliteringstilbudet kan være et supplement til kræftrehabilitering. Dog påpeger de det ”slip”, som kræfttramte, kan opleve efter endt ophold på RHC (*Liljegren 2006*). Dette får os til at reflektere over, om det kunne være gavnligt for kursisterne med en lignende ordning med tilbud om opfølgende besøg.

I interviewene fremkom kvinderne med tanker om, hvad der kunne have været anderledes i forbindelse med opholdet. Det var tanker vi ikke selv havde haft før opholdet.



Lis: ”Egentlig kunne jeg godt have tænkt mig, at have været der en 14dages periode eller en måned fordi jeg ikke fik gennemarbejdet de ting, jeg startede på... Jeg kunne godt have brugt en hel dag med hvert emne i stedet for to emner på én dag.”

Dette har ført til tanker om, hvorvidt et ophold på seks dage er nok for, at kunne nå at gennemarbejde sine problematikker. Det kunne derfor være interessant at undersøge om dette er en generel holdning hos flertallet af kursisterne.

I litteratursøgningen fandt vi et rehabiliteringscenter i Sverige, der har eksisteret i ti år, som er sammenlignelig med RHC. Det kunne være spændende at foretage en undersøgelse, hvor man fokuserer på ligheder og forskelle på de to rehabiliteringstilbud. På baggrund af erfaringerne fra centeret i Sverige, kunne det være interessant at undersøge, hvorvidt RHC kunne drage nytte af disse. Dermed kunne RHC ved hjælp af disse erfaringer effektivere rehabiliteringstilbudet til kræftramte.

Vi er endvidere blevet bekendt med et rehabiliteringstilbud i England, som har eksisteret i 24år, hvor tilbudet er præget af alternative metoder (Ebdrup 2004). Da metoderne er videnskabeligt dokumenteret kan man overveje, om dette kunne være godt at integrere på RHC. Vi ved ud fra *Erik Rasmussens* bog at nogle kræftramte oplever en følelse af en psykisk genopbyggelse gennem alternative behandlingsmetoder (Rasmussen 2003). Det engelske center har erfaringer med at kursister oplever bedre at kunne handle og deltage i egen helbredelsesproces via de alternative metoder.

Lis: ”Opholdet har ikke en direkte betydning for generne.”

Dette har sat vores tanker i gang i forhold til om alternativ behandling på RHC vil kunne være gavnligt, da vi gennem litteraturstudie ved, at mange kræftramte finder metoderne gavnlige i forhold til senfølgerne (Forskningsenheden 2006).

Vi havde en forforståelse om at RHC kunne afhjælpe kursisternes gener fra senfølgerne, men fandt ud af, at kursisterne ikke direkte blev undervist i, hvorledes man kan afhjælpe senfølgerne desuden fik kursisterne ikke råd og vejledning om eventuelle hjælpemidler. Her kan det diskuteres om, hvorvidt en ergoterapeut, som gæsteunderviser, vil kunne bidrage med råd og vejledning i forbindelse med brug af hjælpemidler.

Vi ser rehabilitering af kræftramte som et ergoterapeutisk udviklingsområde. Som ergoterapeut tager man udgangspunkt i det enkelte menneske og dennes ressourcer frem for begrænsninger. Da kræftsygdommen rammer hele mennesket, vil mere end bare *viljen* og de *sociale omgivelser* blive påvirket. Derfor er det vigtigt, at den kræftramte modtager støtte på

flere områder. Vi mener, at ergoterapeuter kan yde støtte til at prioritere og strukturere hverdagen, hvor både praktiske gøremål og interesser varetages.

Skulle projektet have omhandlet andre aspekter end *viljen* og de *sociale omgivelser* ud fra *MoHO*, kunne det have været interessant at undersøge, hvordan kursisters *vaner* og *roller* påvirkes efter et ophold på RHC. For at undersøge dette skal kursisterne have været hjemme i en vis periode så *roller* og *vaner* er blevet integreret.

## 9. ANVENDELSESASPEKT OG FORMIDLING

Jævnfør formålet med denne opgave, ønsker vi, at øge opmærksomheden på RHC og deres tilbud til kræftramte. Endvidere ønsker vi, at gøre sundhedspersonale opmærksom på kræftramtes behov for rehabilitering og vigtigheden af at være sammen med andre i lignende situation, hvor erfaringsudveksling er mulig. Denne opgave kan yderligere være med til, at tydeliggøre hvordan en del af et rehabiliteringsforløb kan udformes. Endvidere håber vi med projektet at kunne inspirere til yderligere forskning på området.

*Ergoterapeutforeningen og Kræftens Bekæmpelse* har vist interesse for projektet, hvorfor vi har aftalt at sende opgaven til dem. På den måde har de mulighed for at lægge den ud på Internettet således at den bliver offentlig tilgængelig og derved måske kan inspirere til yderligere forskning. Derudover har vi aftalt med RHC at give dem en kopi af opgaven. Herudfra kan de få et billede af, hvordan vi opfatter deres varetagelse af undervisning samt hvordan kvinderne har oplevet netop det ophold vi har undersøgt.

## Litteraturliste

Borg, Tove (2007)

a) Kap. 1: *Introduktion til ergoterapi*. Ss. 18-25

b) Kap. 3: *Begreber om hverdagsliv*. Ss. 66-91

I: Borg, Tove et al. (2007) *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*.

Munksgaard. København

Dalland, Olav (2001)

*Metode og opgaveskrivning for studenter*

Gyldendal Akademisk. Oslo

Kap. 6, 7, 9, 10, 11

Esbensen, Bente Appel (2002)

*Mennesker med kræft – sygepleje i et tværfagligt perspektiv*

Munksgaard. København

Hiim, Hilde og Else Hippe (2006)

*Undervisnings planlægning for faglærere*

Gyldendals lærerbibliotek. København

Kap. 1, 2, 4, 5, 6, 7

Johansen, Kim et al (2007)

Kap. 16: *At muliggøre aktivitet og deltagelse hos voksne – hospitals- og socialpsykiatri*. Ss. 478-512

I: Borg, Tove et al. (2007) *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*.

Munksgaard. København

Kielhofner, Gary (2001)

*Ergoterapi - det begrebsmæssige grundlag*

FADL. København

Kap. 4

Kielhofner, Gary (2006)

*MoHO – Modellen for menneskelig aktivitet*

FADL. København

Kap. 1, 4, 5, 6, 7, 8

Kvale, Steinar (2000)

*Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*.

Hans Reitzel.

Kap. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11

Launsø, Laila og Olaf Rieper (2005)

*Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*.

Arnold Busck. Århus.

Kap. 2, 3, 4, 5, 6

Lunde, Inga Marie og Pia Ramhøj (1995)

*Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab*  
Akademisk forlag. København  
Kap. 8

MarselisborgCenteret (2004)

*Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*  
MarselisborgCenteret. Århus.

Ramian, Knud (2007)

*Casestudiet i praksis.*  
Academica. Århus.  
Kap. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12

Rasmussen, Erik (2003)

*Den dag du får kræft*  
Aschehoug Dansk Forlag. Viborg.

Rienecker, Lotte et al. (2005)

*Den gode opgave. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser.*  
Samfundslitteratur. Frederiksberg.

Thornquist, Eline (2006)

*Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene*  
Gads Forlag. København.

### **Internettet**

[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

a. Engholm, Gerda og Karin Mejding 15-03-2007

[http://www.cancer.dk/kommuner/nogleletal\\_om\\_kraeft/](http://www.cancer.dk/kommuner/nogleletal_om_kraeft/)

b. Hansen, Mai 23-02-2005

<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/raadgivning/dallund/virker+rehabilitering+eller+ej.htm>

c. Hansen, Niels Ebbe 25-09-2007

<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/raadgivning/senfoelger/hvadersenfoelger.htm>

d. Holst, Birgitte 09-12-2004

<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/hvis+du+har+kraeft/ny+hverdag+efter+kraeft/>

e. Winkel, Caroline et al 22-03-2006

<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/kraeftsygdomme/bryst/Ny+hverdag.htm>

Lydiagården 2008

[www.lydiagarden.se](http://www.lydiagarden.se)

NORDCAN (2007) Engholm, Gerda et al

<http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

a. 2008 12/2

[http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Planer\\_Indsatser/Kraeft.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Planer_Indsatser/Kraeft.aspx?lang=da)  
Sundhedsstyrelsen

### **Tidsskrifter**

Ebdrup, Kirsten og Annie Rasmussen (2004)

*Der findes et holistisk kræftcenter*  
Kræftforeningen Tidslerne. August 2004.

Hauerslev, Hanne (2006)

*Patienten skal have en aktiv rolle*  
Dallund RehabiliteringsCenter. Nr. 3, 4. årgang.

Korgaard, Torben (2008)

*Forløbspartner: Kræfttramte familier får ryddet op i kaos*  
Tæt på kræft. Nr. 1, 6. årgang.

Maindahl, Lisbeth (2005)

*Livet skal leves til det sidste*  
Ergoterapeuten. 11.05

Maindahl, Lisbeth (2007)

*Mangel på tilbud om aktivitet til kræftpatienter – forskning på vej*  
Ergoterapeuten. 08.07

### **Øvrig litteratur**

Amtsrådsforeningen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003)

*Rehabilitering af kræftpatienter. Rapport fra arbejdsgruppe om rehabilitering af kræftpatienter*  
Amtsrådsforeningen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003)

Forskningsenheden (2006)

*Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for – resultater, vurderinger og forslag.*  
Kræftens Bekæmpelse. Bispebjerg Hospital.

Liljegren, Rikke og Anne Prip (2006)

*Kræfttramte, hverdagsliv og rehabilitering.*  
Integreret speciale i Pædagogik og Psykologi.  
Roskilde. Roskilde Universitetscenter.

Sundhedsstyrelsen (2000)

*Kræftplan I: Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet.*  
Sundhedsstyrelsen. København.

Sundhedsstyrelsen (2005)

*Kræftplan II: Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet.*  
Sundhedsstyrelsen. København.

**Bilag A: Kriterier for visitation**

**Kriterier for visitation**

## Bilag C: Eksempel på søgeprofil

|   |          |                         |
|---|----------|-------------------------|
| <a href="#">#23</a> Search ((#12) ) AND (#2) Limits: <b>published in the last 5 years, Humans</b> | 05:34:52 | <a href="#">8</a>       |
| <a href="#">#22</a> Search #17 Limits: <b>published in the last 5 years, Humans</b>               | 05:32:41 | <a href="#">2</a>       |
| <a href="#">#21</a> Search #17  | 05:30:33 | <a href="#">11</a>      |
| <a href="#">#19</a> <b>Related Articles</b> for PubMed (Select 11372256)                          | 05:28:01 | <a href="#">186</a>     |
| <a href="#">#17</a> Search #12 AND germany Limits: <b>English, Cancer</b>                         | 05:23:12 | <a href="#">11</a>      |
| <a href="#">#16</a> Search #12 Limits: <b>English, Cancer</b>                                     | 05:22:53 | <a href="#">253</a>     |
| <a href="#">#13</a> Search (#12) AND (#2) Limits: <b>English, Cancer</b>                          | 05:17:31 | <a href="#">40</a>      |
| <a href="#">#12</a> Search " <b>Rehabilitation Centers</b> "[Mesh] Limits: <b>English, Cancer</b> | 05:16:26 | <a href="#">253</a>     |
| <a href="#">#10</a> Search ((#7) AND (#5)) AND (#2) Limits: <b>English, Cancer</b>                | 05:10:32 | <a href="#">43</a>      |
| <a href="#">#8</a> Search ((#7) AND (#5)) AND (#2)  | 05:07:33 | <a href="#">52</a>      |
| <a href="#">#7</a> Search " <b>Occupational Therapy</b> "[Mesh]                                   | 05:06:43 | <a href="#">7841</a>    |
| <a href="#">#5</a> Search " <b>Rehabilitation</b> "[Mesh]   | 05:05:24 | <a href="#">104045</a>  |
| <a href="#">#2</a> Search " <b>Neoplasms</b> "[Mesh]  | 05:03:13 | <a href="#">1918010</a> |
| <a href="#">#0</a> <b>pubmed clipboard</b>  | 05:13:52 | <a href="#">1</a>       |



## Bilag D: Observationsguide

### OBSERVATIONSGUIDE

Emne: \_\_\_\_\_

#### Underviser

Hvordan indledes der?

- hvordan opbygges seancen?

Med hvilket tema i oplægget?

Læringsteorier?

- adfærdsteori (læring ved betingning)
- begrebslæringsteori (læring ved indsigt)
- Induktiv (udgangspunkt i praksis)
- Deduktiv (udgangspunkt i teori)

Hvilke mål søges opnået?

- Viden (reproducer, forstå, vurder)
- Færdighed (opfatte, handle- vanemæssigt/imitation, have udviklende færdigheder)
- Holdning (modtage/reagere på, værdsætte, værdiforandret grundholdning)

Metoder:

- monolog præget undervisning
- diskussions undervisning: Hvordan inddrages kursister? Alle med?
- Vejledning
- Projekt- og gruppearbejde
- Rollespil
- Selvinstruerende stof og programmeret undervisning
- Dialogmetode: Dialog – kursist-kursist/underviser-kursist
- formidlingmetode
- vækstmetode (pbl-gr.arbejde)

Undervisningsprincipper:

- motivering
- aktivering
- konkretisering
- individualisering
- samarbejde

Hvordan afsluttes gruppen?

## **Bilag E: Interviewguide**

### **Personlige data**

Alder, civilstand, børn, job

Kort om:

Hvilke gener oplever du nu (senfølger)?

### **Opholdet på RHC**

#### **1. Forventninger:**

Hvorfor søgte du et ophold på RHC?

Hvad forventede du at få ud af opholdet?

#### **2. Opholdet:**

Hvad har du fået ud af opholdet?

Levede det op til dine forventninger?

Hvad fik du mest ud af? ...Hvorfor?

Hvad fik du mindst ud af? ...Hvorfor?

Hvordan brugte I kursister hinanden?

Hvordan oplevede du undervisningen på RHC?

## **Bilag E: Kriterier for Visitation**

#### **3. Efter opholdet på RHC:**

Hvad forestiller du dig at opholdet på RHC kan få af betydning i din hverdag?

Hvordan var det at lave en handleplan?

Hvordan vil du komme til at arbejde med din handleplan?

Hvad har RHC betydet for de gener du oplever i hverdagen?

**Er der noget udover det vi har været inde på, som du gerne vil fortælle?**

**Hvis vi i løbet af bearbejdningen oplever tvivlsspørgsmål – vil det så være muligt at kontakte dig?**

**Bilag F:****Samtykkeerklæring**

Dato d. X/X-08

Odense

**Samtykkeerklæring**

På baggrund af de givne vilkår i introduktionsbrevet, indvilliger jeg i at deltage i interviewet. De studerende har mit samtykke til at bruge uddrag eller citater fra interviewet i anonymiseret form.

---

Dato

Navn

## **Bilag G: Brev til kursister**

Kære kursist

Vi er tre ergoterapeutstuderende fra University College Lillebælt. Vi er i gang med at skrive vores afsluttende bachelorprojekt, som omhandler ”*Rehabilitering af kræftramte*”. I forbindelse med dette projekt har vi fået lov til at deltage som observanter på ... i uge X. Vores projekt forløber til og med den 12. juni 2008.

### **Formål med projektet**

Vores formål med projektet er at sætte fokus på behovet for rehabilitering efter endt behandling. Gennem vores undersøgelse håber vi at andet sundhedspersonale kan benytte den viden vi kommer frem til. Endvidere ønsker vi at resultatet af vores undersøgelse på ... kan inspirere til videre forskning indenfor området.

### **Din rolle i vores projekt**

I tiden på ... vil vi være til stede og observere, hvad der foregår af aktiviteter og hvordan denne uges tilbud er tilrettelagt.

Efter opholdet på ... ønsker vi at interviewe 2-3 personer af ca. én times varighed. Det vil være individuelle interviews omkring din oplevelse af opholdet på .... Vi vil gerne komme to personer og interviewe dig i starten af uge X og vil naturligvis komme til dig. Interviewet vil blive optaget på minidisc så ingen oplysninger går tabt – efter databearbejdning vil dette blive slettet fra minidiscen. Du vil desværre ikke få mulighed for at læse opgave igennem før aflevering pga. det tidsmæssige krav.

Vi vil gerne gøre opmærksom på at deltagelse i interviewet er valgfrit, uanset hvornår i forløbet har du mulighed for at sige fra. Opgaven vil blive offentlig tilgængelig. Alle data vil blive anonymiseret således at personlige oplysninger ikke fremgår. Derudover skal du vide at vi alle er underlagt tavshedspligt.

Under hele forløbet vil vi blive vejledt af en uddannet ergoterapeut.

Har du spørgsmål i forhold til undersøgelsen er du velkommen til at kontakte Dorte på:

Tlf.: XX XX XX XX      Mail: XXX

Vi håber du lyst og mulighed for at hjælpe os i dette projekt.

Med venlig hilsen

Dorte Robanke Sørensen Maja Bach Rasmussen Pernille Panikovski