



**INSTITUTIONEN FÖR KOST-  
OCH IDROTTSVETENSKAP**

# **Framtidens coachning?:**

**En studie om sambandet mellan teoribaserad coachning och motivation till  
konditionsträning hos fysiskt inaktiva vuxna.**

**Carl Daneli**

Kandidatuppsats 15 hp  
Program Hälsopromotionsprogrammet inr. Idrottsvetenskap  
Vt 2016  
Handledare: Linus Jonsson  
Examinator: Pär Rylander  
Rapportnummer: VT20-28

# Kandidatuppsats 15 hp

Rapportnummer: VT20-28

Titel: Framtidens coachning?: En studie om sambandet mellan teoribaserad coachning och motivation till konditionsträning hos fysiskt inaktiva vuxna.

Författare: Carl Danell

Program: Hälsopromotionsprogrammet inriktning idrottsvetenskap

Nivå: Grundnivå

Handledare: Linus Jonsson

Examinator: Pär Rylander

Antal sidor: 31 (inklusive bilagor)

Termin/år: VT2016

Nyckelord: ASTI-studien, behovstillfredsställelse, beteendeförändring, enkät, kvantitativ analys, randomiserad kontrollstudie, Self-Determination Theory, träningsintervention, motivation, motiverande samtal.

## Sammanfattning

Motivation är en viktig faktor vid förändring av hälsorelaterade beteenden och tidigare forskning har visat att teoribaserade interventioner kan öka individens motivation till träning. Nya metoder för coachning kan leda till högre motivation vilket i sin tur leder till ökad träningsmängd. Studiens syfte är att utvärdera effekterna av en träningsintervention där coachning baserad på motiverande samtal och Self-Determination Theory (SDT) använts för att främja fysisk aktivitet hos vuxna.

Under sex månaders mottog deltagare coachning via personliga möten och telefonsamtal i en randomiserad kontrollerad interventionsstudie utförd vid Institutet för stressmedicin i Göteborg. Kvantitativ data insamlades via enkäter vid fyra tillfällen med varje deltagare. Enkäten bestod av frågor hämtade från frågeformulären GLTEQ, BREQ-2, HCCQ och BPNES. Data analyserades i programvaran SPSS 23.

Studien visar signifikanta samband hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen i form av ökad introjicerad reglering och identifierad reglering. Resultatet kan kopplas till ökad träningsmotivation och såväl högre frekvens av träning som träningsintensitet. Resultatet visar att motiverande samtal baserat på behovstillfredsställelse enligt SDT har effekt på både upplevd kompetens och upplevd tillhörighet. Vidare hittades även signifikanta resultat i form av minskad amotivation och ökad introjicerad samt identifierad reglering, och ökad nivå av fysisk aktivitet efter sex månader. Sammantaget kan resultaten betraktas som stöd för metodens validitet och som en gångbar klinisk metod för yrkesprofessionella inom hälso- och friskvård.

Studieobjekt: Coachning, fysiskt inaktiva vuxna

Arbetsmetod: Kvalitativ analys av enkätdata

Problemområde: Motivation till träning

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b>	
<b>Introduktion</b> .....	1
<b>Syfte</b> .....	1
<b>Frågeställningar</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	2
Teoretiskt ramverk.....	2
Self-determination theory.....	2
Motiverande samtal.....	4
Sambandet mellan SDT och MI .....	6
Tidigare forskning.....	7
<b>Metod</b> .....	9
Design .....	9
Urval .....	10
Datainsamling/dataproduktion .....	11
Databearbetning/analys .....	12
Metodologiska överväganden .....	12
Etiska överväganden .....	12
<b>Resultat</b> .....	12
Skillnader i interventionsgruppen över tid .....	12
Jämförelse mellan interventions- och kontrollgrupp .....	14
<b>Diskussion</b> .....	14
Metoddiskussion .....	14
Resultatdiskussion .....	15
Slutsatser och implikationer .....	17
<b>Referenser</b> .....	19
<b>Bilagor</b> .....	22
Enkät försättsblad.....	22
GLTEQ.....	23
BREQ-2 .....	24
HCCQ.....	26
BPNES.....	28

## Förord

Tack till alla som hjälpt till med denna uppsats. Särskilt Linus Jonsson för utmärkt handledarskap och folket i ASTI-studien vars deltagande ligger till grund för denna uppsats.

# Introduktion

Samhällsförändringar under de senaste 50 åren har förändrat sättet vi lever på i grunden. Automatisering av tidigare arbetsintensiva yrken och skärmbaserad underhållning konkurrerar om våra intressen och nya möjligheter för persontransport bidrar till en inaktiv livsstil för många människor.

Enligt gällande rekommendationer kring fysisk aktivitet för vuxna räcker >150 min per vecka vid måttlig intensitet, eller 75 minuter per vecka vid hög intensitet. Nationella mätningar av fysisk aktivitet visar att 36-38% av befolkningen i Sverige inte når upp i rekommenderade nivåer och att andelen svenskar med en helt fysisk inaktiv livsstil legat runt 12-14% i över ett decennium (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet och Svenska Läkaresällskapet, 2011).

Utvecklingen i landet medför i sin tur ökad förekomst av så kallade icke-överförbara sjukdomar och ökar risken för förtida död (oavsett orsak), metabola sjukdomar (typ-2 diabetes, fetma, metabolt syndrom), vissa cancerformer, osteoporos, hjärt- kärlsjukdom samt psykisk ohälsa såväl som depression (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet och Svenska Läkaresällskapet, 2011). Å andra sidan kan regelbundet motionerande förutom riskminskning av ovan nämnda ohälsa medverka till skapandet av nya sociala relationer och en känsla av deltagande i samhället (Ng, Ntoumanis, Thogersen-Ntoumani, Deci, Ryan, Duda, & Williams, 2012; Warburton, Whitney Nicol & Bredin, 2006; FYSS, 2015; WHO, 2016).

Så hur kan vi få fler i rörelse i Sverige? En del av svaret kan vara motivation.

Det är motivationen som kontrollerar vad, hur mycket och hur gärna vi gör någonting. Följaktligen har motivation som forskningsfält ökat under senare tid (Deci & Ryan, 2000; Josefsson & Lindwall, 2010). I Sverige har Statens beredning för medicinsk utvärdering har slagit fast att teoribaserade beteendebaserade interventioner kan öka fysiska aktivitetsnivån med 10-15% jämfört mot sedvanlig behandling (Josefsson et al; SBU, 2007). *Self-Determination Theory* (SDT) är en sådan teori, och som en följd av motivationens nyckelroll vid beteendeförändring har även forskning på motivation till träning och fysisk aktivitet utifrån SDT-perspektivet vunnit mark under de senaste åren. (Teixeira, Carraça, Markland, Silva & Ryan, 2012).

Den här kandidatuppsatsen avser att utvärdera en intervention som utfördes 2016 på Institutet för stressmedicin i Göteborg. Fysiskt inaktiva deltagare gavs teoribaserad hälsovägledning i syfte att öka motivationen under 6 månader och jämfördes sedan mot kontrollgrupp.

## Syfte

Syftet med denna studie är att utvärdera coachning där förhållningssättet och samtalsmetod från motiverande samtal använts i kombination med det teoretiska ramverket *Self-Determination Theory* (SDT).

## Frågeställningar

Finns det ett samband mellan motivation och självrapporterad träning?

Kan teoribaserad coachning vara ett effektivt sätt att öka motivationen till träning?

Finns några skillnader i motivation och träningsmängd efter teoribaserad coaching hos experimentgrupp jämfört med en kontrollgrupp?

## Bakgrund

I denna bakgrund kommer dels det teoretiska ramverken hos SDT och motiverande samtal att presenteras. Därefter presenteras en genomgång av forskningsläget, där randomiserade kontrollstudier inom SDT kortfattat presenteras och belägg för kombinationen mellan SDT och motiverande samtal framförs. Bakgrunden avslutas med en sammanfattad meta-analys över motiverande samtal där samtalsmetoden belyses.

### Self-Determination Theory

Ett grundläggande antagande inom SDT är att människan har en naturlig tendens och önskan att utöva aktiv kontroll över sina egna liv för att nå sina mål. Denna önskan innefattar önskan om välmående, tillväxt, mognad och att agera i samklang med egna värderingar (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). SDT föreslår ett kontinuum som återspeglar den utsträckning i vilken en person till fullo understödjer och väljer att hänge sig åt en viss uppgift.

Cognitive evaluation theory är en annan underteori inom SDT som förespråkar att människan besitter en inneboende önskan av tillväxt, vilket yttrar sig i beteenden pådrivna av nyfikenhet, upptäckande och optimala utmaningar. Underteorin utvecklades utifrån forskning på den dynamiska växelverkan mellan yttre händelser och människans intresse och nöje inför en uppgift. Yttre betingningar som exempelvis ekonomisk belöning av ett beteende, utövar tryck på individen att tänka eller bete sig på ett visst sätt. En sådan betingning orsakar ett skifte i upplevd kausalitet från inre till yttre, med dämpat intresse och villighet att genomföra beteenden som följd. Beteenden utförda med inre motivation sker både spontant och av fri vilja. Exempel på inre motiverade beteenden kan ses hos barnet som utforskar sin omvärld genom spontant lekande. Följaktligen utförs inre motiverade aktiviteter för sakens egna skull – beteendet har en inneboende tillfredsställelse (Vansteenkiste, Niemec, & Soenens, 2010).

Av särskilt intresse inom SDT är frågan kring hur människor internaliserar och integrerar yttre motivation för att sedan själva reglera beteendet och utföra handlingar med autonomi i det dagliga livet. Autonom reglering av beteende anses vara både mer stabilt och långtidsverkande och ha fler positiva effekter på mänskligt välmående än kontrollerad reglering. I figur 1 (s. x) visas hur distinktionen mellan yttre motivation och inre motivation utvidgas med ytterligare kategorier i en underteori inom SDT, kallad *Organismic Integration Theory* eller OIT (Ryan et al, 2000).

SDT:s andra ”miniteori”, organismic integration theory, är en vidareutveckling som lade till en gradering av hur yttre motivation upplevs av individen, från autonom (frivillig) till kontrollerad som lade grunden för *internalisering*, en process som involverar egenmäktigt godkännande av yttre motiverat beteende. Formulerat annorlunda skulle ett nytt hälsobeteende (börja träna) vara yttre motiverat och kan enligt OIT accepteras av individen i olika grad, vilket ger upphov till olika känslor och utfall som är av vikt för vidmakthållande av beteendet (fortsätta träna). Ett autonomt beteende upplevs av individen som ett *ägande* av beteendet och har kopplats till varaktigt vidmakthållande av nya beteenden (Vansteenkiste et al, 2010).

Enligt OIT besitter människan en naturlig tendens att omvandla sociala normer och regler till

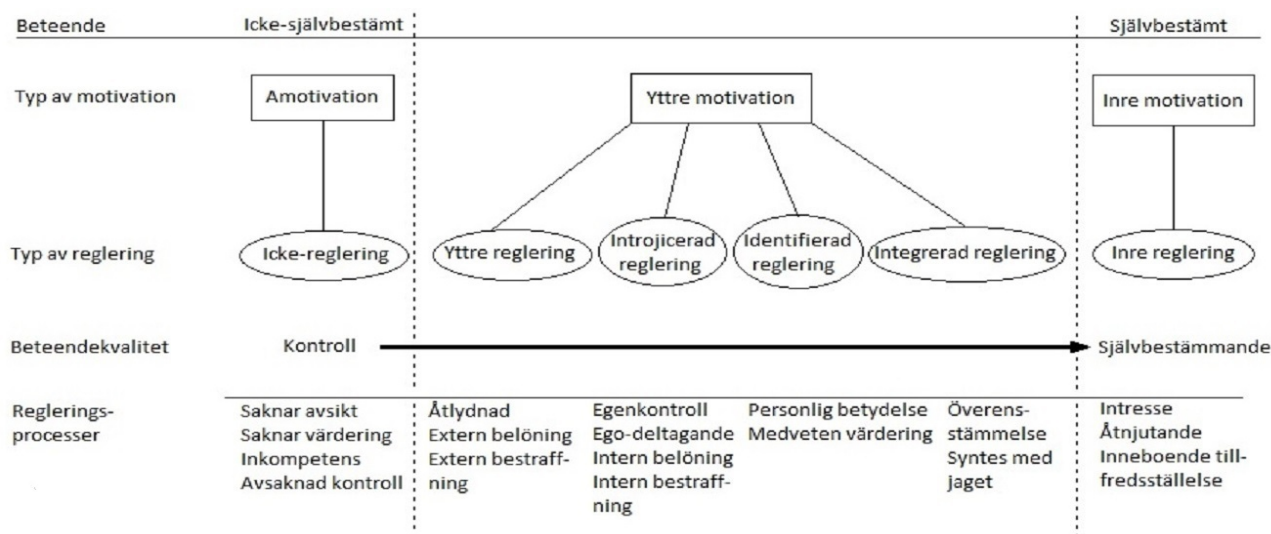
personliga värderingar och självreglerat beteende i syfte att utveckla en mer utstuderad och enad självuppfattning. Tendensen varierar dock betydligt sett till graden av lyckad internaliseringsprocess för individen vilket lett till att fyra former av yttre motivation kunnat urskiljas. Dessa kallas *extern reglering*, *introjicerad reglering*, *identifierad reglering* och *integrerad reglering*. De fyra formerna av yttre motivation kan ses som liggandes utefter ett kontinuum där beteendets autonomi går från lågt till högt (se fig. 1).

Extern reglering är den form av yttre motivation som är minst autonom och kan exemplifieras av beteenden utförda i syfte att erhålla belöning eller undvika bestraffning av olika slag. Beteendet värdesätts inte personligen av individen, utförs enbart för att följa yttre krav, och kommer att upphöra i samma stund som belöning (eller bestraffning) uteblir (Vansteenkiste et al, 2010).

Något mera autonomt är introjicerad reglering (eng. *introjected regulation*), eller då en person inte motiverats av externa kontrollmekanismer utan internaliserade framtida händelser med koppling till självkänslan. Denna motivationsform påtvingar tryck på individen att agera och leder till känslor av nedvärdering och skam vid misslyckande av ett beteende kontra stolthet och godkännande vid lyckat utfall. Introjicerad reglering kan ses som en partiell internalisering av beteendets värde men förblir en ambivalent och instabil form av motivation. En sådan partiell internalisering anses leda till större vidmakthållande av ett beteende än externt reglerade handlingar men åtföljs även av negativt laddade tongångar, anspänning och en inre konflikt mellan de självpåtagna krav att utföra beteendet, vilket leder till att individen misslyckas i att verkligen uppskatta beteendet (Markland, Ryan, Tobin, & Rollnick, 2005).

Integrerad reglering utgör en ännu högre grad utav självbestämd, eller autonom, form av reglering som involverar en medveten acceptans av ett beteende som viktigt för att kunna uppnå personligt värderade utfall, till exempel att börja träna. Det värderade utfallet tillhandahåller ett starkt incitament som kan överlappa svårigheter i att upprätthålla beteendet.

Den mest autonoma formen av yttre motivation kallas identifierad reglering. Den innebär att personen inte bara integrerat regleringen utan även koordinerat beteendet med andra personliga kärnvärderingar och trossatser. Integrerad reglering skapar därmed stabilitet och motståndskraft och utgör en fullt självunderstödd grund för handlande.



Figur 1 – Självbestämmandets kontinuum. Motivationsformer, typer av reglering och dess relaterade processer. Fritt från Ryan & Deci, 2000).

Behovstillfredsställelsen av autonomi, kompetens och tillhörighet kan beskrivas som psykologiska näringsämnen, oundgängliga vid fortlöpande psykologisk tillväxt, integritet och välmående. Autonomi kan beskrivas som känslan av att själv vara ursprunget till ens egna beteenden i motsats till beteenden som utförs utifrån yttre sociala krav, belöningar eller bestraffningar. Kompetens innebär en känsla av effektivitet i ett beteende och social tillhörighet innebär att känna sig förstådd och att andra bryr sig om en .

Till sist hävdar SDT att vissa beteenden är inre motiverade och att dessa beteenden är sådana som upplevs intressanta och spännande i sin egen rätt. Inre motivation och integrerad reglering liknar varandra i det att personen inleder beteendet av egen fri vilja samt utan övertalning och att den därmed till fullo är självbestämd (Ng et al, 2010).

På den högra, heteronoma och externt kontrollerade änden av kontinuumet i figuren ovan, ses beteenden som motiveras av yttre regleringar. Exempel på yttre reglering kan vara då en klient upptar ett beteende därför att denne pressats till det eller på uppmaning av en rådgivare. Extern reglering kan kontrollera ett beteende tillfälligt, men eftersom motivationen beror på yttre kontrollmekanismer kommer personen endast att foga sig så länge kontrollerna gäller. Människor under yttre reglering kommer sannolikt att uppvisa minimal ansträngning och sämre kvalitet i sin prestation eftersom de inte satsat någonting själva eller bryr sig om beteendet i sig.

Skillnader i den relativa autonomin har kunnat förutspå såväl motståndskraftig motivation, kvalitet i beteende och inläring som utfall inom andra områden av välmående så som utbildning, arbete, idrott, träning och miljömässiga beteenden. Vikten av motivationens relativa autonomi har även kunnat kopplas direkt till behandlingsföljsamhet och positiva utfall inom hälsovård och psykoterapi (Markland et al, 2012).

## **Motiverande samtal**

Motiverande samtal (MI, eng. *motivational interviewing*) uppstod på 1980-talet och har sedan dess blivit ett välkänt "varumärke" vid rådgivning. Metoden anses vara direktverkande, lätt att lära in och ha en humanistisk och personcentrerad filosofi vilket kan vara en anledning till dess snabba frammarsch (Lundahl et al, 2010).

Flera definitioner av motiverande samtal existerar och metoden fortsätter att utvecklas. Metodens upphovsmän hävdar dock att motiverande samtal enligt praktisk definition är "en personcentrerad rådgivningsstil för att ta itu med det vanliga problemet med ambivalens till förändring" (Miller & Rollnick, 2013). Denna definition kan dock vidareutvecklas, och enligt den senaste litteraturen ges även en skarpare teknisk definition:

*"Motiverande samtal är en samarbets- och målinriktad kommunikationsstil som riktar särskild uppmärksamhet mot förändringens språk. Den är avsedd för att stärka personlig motivation och åtagande för ett specifikt förändringsmål genom att framkalla och utforska personens egna skäl för förändring inom en accepterande och medkännande atmosfär."*

(Miller & Rollnick, 2013 s. 47)

En förutsättning inom MI är den att klienter som kommer till rådgivningen har motiveringar som står i konflikt med varandra, där personen å ena sidan har goda skäl till förändring av det nuvarande beteendet men är å andra sidan samtidigt medveten om det finns fördelar och kostnader eller uppföringar kopplat till både förändring och att förbli den man är. Denna beslutsmässiga konflikt kan resultera i att klienten fastnar i ett tillstånd där klienten blir oförmögen till förändring trots

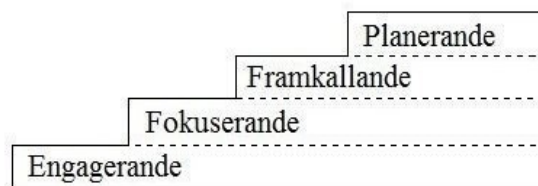


incitament att göra så (ambivalens) eller växla mellan att anamma beteenden. Kort därefter sker ofta återfall i gamla vanor.

Försök till direkt övertalning av en person till förändring anses ineffektivt eftersom detta innebär att rådgivaren då automatiskt väljer sida som åsiktsmotståndare i den konflikt som klienten redan upplever. Detta resulterar i att klienten dras till att välja motsatt sida i frågan och därmed börjar argumentera emot en förändring. Följaktligen ökar motståndet till förändring och sannolikheten till ett förändrat beteende minskar.

För att kringgå detta oavsiktliga sidoval syftar motiverande samtal till att frammana öppna utlåtanden kring klientens ambivalens. Klienten leds till att själv lyfta fram, belysa nya perspektiv och omvärdera sin ambivalens. Därigenom vägleds klienten mot ett beslutsfattande där tidigare fanns motstridiga motivationer.

I motiverande samtal bildar fyra centrala processer ett ”flöde” som översiktligt visar samtals generella delar: engagerande, fokuserande, framkallande och planerande. I den första processen etablerar båda parter en konstruktiv förbindelse och en fungerande relation vilket senare leder fram till fokus på en särskild agenda där samtalet utvecklas och förändringssamtalet fortsätter i en specifik riktning. Efter att fokus för samtalet etablerats inleds framkallandet vilket innebär att locka fram klientens egen motivation till förändring. Rådgivaren tar tillvara på klientens egna idéer och känslor kring hur varför en förändring ska ske. I den sista processen, *planering*, utvecklas åtagande för förändring och en specifik handlingsplan upprättas.



Figur 2: Processmodell inom motiverande samtal. Fritt från Miller & Rollnick (2013).

Förutom ovan nämnda processer använder rådgivare inom motiverande samtal använder sig i huvudsak av vissa generella principer genom vilka kunskaper och färdigheter inhämtas (Miller et al, 2013). Dessa inkluderar:

(a) ett empatiskt förhållningssätt gentemot klienten, (b) utvecklande och framlyftande av diskrepans, (c) att rulla med motståndet, och (e) understödjande av individens självtilltro till sina förmågor.

Dessa fyra färdigheter tjänar till flera syften under rådgivningsprocessen; genom att uttrycka empati stärks rapporten mellan samtalsparterna och klienten känner sig förstådd. Detta minskar risken för motstånd till förändring och tillåter klienten att fritt utforska sina inre tankar och anledningar till förändring. Utvecklandet av diskrepans innebär i korthet att klienten argumenterar för och emot förändring inför sig själv. Rådgivaren utvecklar diskrepans genom att påvisa glappet mellan klientens egna värderingar och dennes nuvarande beteende. Att rulla med motståndet innebär att rådgivaren respekterar klientens motvillighet till förändring och att denna motvillighet betraktas som en naturlig del av rådgivningen.

Om rådgivaren lägger fram ett alternativ och möts av motargument från klientens håll backar rådgivaren alltså hellre än argumenterar för sin sak. Därmed undviks fällan att använda aggressivare tekniker (exempelvis hävda expertkunskaper, förvarningar kring negativ påföljder eller

skuldbeläggande) vilka anses leda till allt större motvilja och motstånd hos klienten. Slutligen bör rådgivaren understödja klientens självtilltro, vilket innebär att klientens tillit till sin egen förmåga att förändras betraktas som kritisk för lyckade förändringsåtgärder (Lundahl et al, 2010).

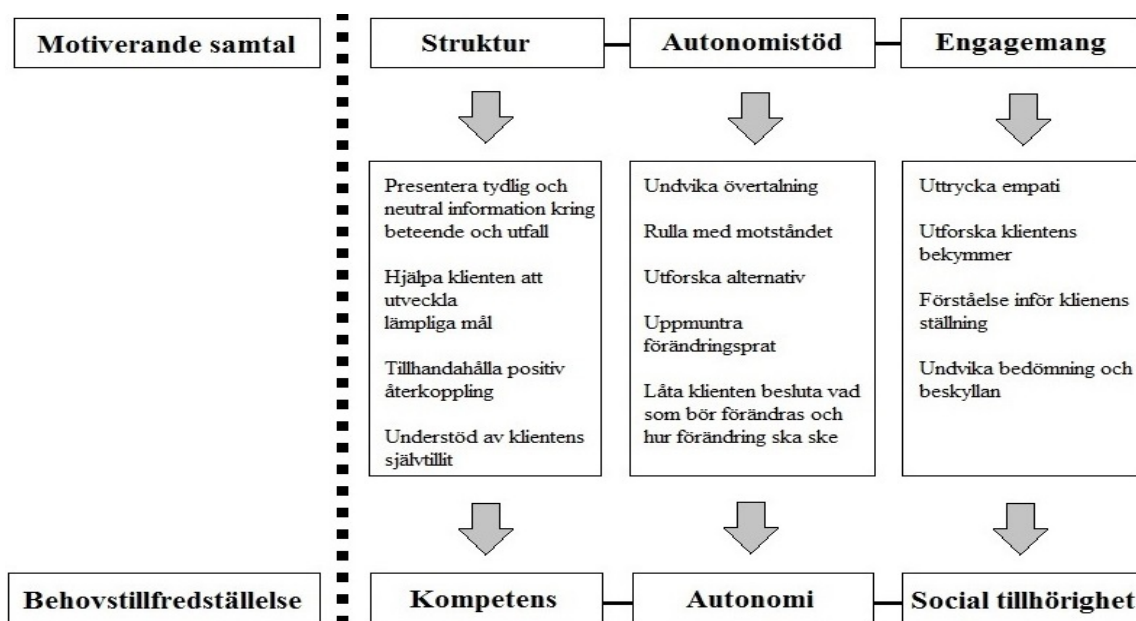
Rådgivarens uppgift är inte att övertala eller påtvinga förändring utan att hjälpa klienten finna och tydliggöra sina egna motiv för förändring genom att tillhandahålla information, sitt stöd och genom att erbjuda alternativa perspektiv på problembeteendet. Ansvar för förändring ligger hela tiden på klienten som själv beslutar huruvida förändring bör ske och hur detta i sådana fall genomförs bäst (Miller et al, 2013).

## Sambandet mellan SDT och MI

SDT:s grundläggande premisser har idag fått ett stort stöd men är samtidigt den teori som utvecklats minst ur ett kliniskt perspektiv. Å andra sidan finns goda belägg för att MI fungerar i en hälsofrämjande kontext, men har kritiserats för avsaknaden av den teoretiska förankring och det raffinering som karaktäriserar SDT (Vansteenkiste & Sheldon, 2006). Det finns ett växande stöd för att MI kan fylla några av dessa kliniska kunskapsluckor som SDT saknar eftersom MI:s tekniker vid rådgivning anses förenliga med SDT:s huvudkoncept - att främja individens autonomi.

Upphovspersonerna bakom MI menar att metoden utvecklats genom ansträngningar för att komma tillrätta med praktiska problem för yrkesverksamma personer och genom den kliniska intuition som de upplevt. Detta motiveras med att de psykologiska behov som även SDT lägger tonvikt vid – autonomi, kompetens och social tillhörighet – alla tillgodoses inom motiverande samtal (se Figur 3).

Ett grundläggande antagande inom MI är respekten för den fria viljan vid inledande av självreglerat beteende. I andra ordalag skall individen obetingat själv välja sitt nya beteende. Upphovsmännen bakom motiverande samtal har medgivit att klinisk forskning kring motiverande samtal har resulterat i förbryllande och blandade resultat samt att SDT kan tydliggöra de villkor som bidrar till det motiverande samtalets effektivitet i praktiken (Miller et al, 2012).



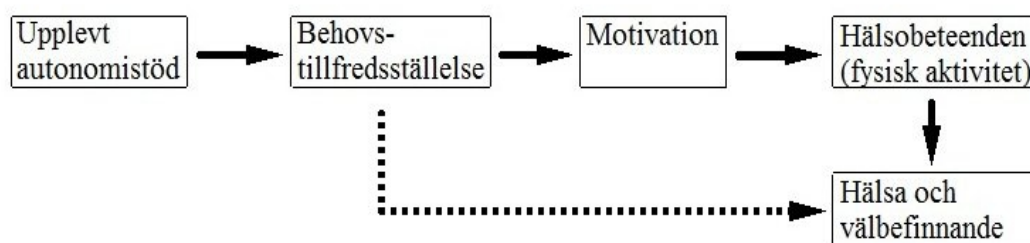
Figur 3a: Gemensamma områden mellan motiverande samtal och behovstillfredsställelse enligt SDT. Fritt från Markland et al, 2005.

## Tidigare forskning

Dagens forskning kring förändring av hälsobeteenden ökat tonvikten på teoribaserade infallsvinklar hos interventioner och användandet teori anses viktigt för såväl utveckling av grundvetenskapen som av interventioner med praktisk tillämpning. En bakomliggande teori är anses vara av stor vikt vid förändring av hälsobeteenden då teorin ofta visar hur interventioner fungerar genom att identifiera underliggande mekanismer. Detta bidrar i sin tur till interventioner med högre effektivitet (Patrick & Williams, 2012). I Sverige har Statens beredning för medicinsk utvärdering i en systematisk litteraturoversikt funnit att interventioner kring med teoretisk förankring kan öka den fysiska aktiviteten med 10-15% i jämförelse med sedvanlig behandling, till en nivå som är jämförbar med strukturerade träningsprogram (SBU, 2007).

I en systematisk översikt undersöktes existerande empirisk litteratur på relationerna mellan SDT:s huvuddelar och utfall i beteenden kring träning och fysisk aktivitet. Författarna av denna översiktsartikel inkluderade 66 studier vilka publicerats fram till 2011, och inkluderade även olika former av forskningsdesign som prospektiv, tvärsnitts- och experimentell design. Resultatet visade ett ihållande stöd för en positiv relation mellan autonomiframjande former av motivation och träning. Resultatet visade även en trend mot identifierad reglering som starkare motivationsform till kortsiktig och inledande anammande av träning, samt inre motivation som prediktiv för ihållande träningsbeteende på längre sikt.

Översiktens inkluderade artiklar visade även att behovstillfredsställelse av kompetens och beteenden grundlagda med inre motivation positivt kunde förutsäga deltagande i träningsaktivitet över flera olika urval och miljöer. Enligt författarna kan litteraturen uppvisa en god evidens för SDT vad gäller att förstå beteenden relaterade till träning och hur denna befärdas. Författarna lyftes särskilt fram vikten av de autonomibekämpande motivationsformerna (identifierad reglering, inre motivation) för att främja fysisk aktivitet (Teixeira et al, 2012)



Figur 3b. Processen av behovstillfredsställelse inom Self-Determination Theory.

En annan översiktsartikel har sammanställt tre storskaliga randomiserade kontrollstudier baserade på self-determination theory; the Physical Activity Counselling Randomised Controlled Trial (PAC-studien), the Promotion of Health and Exercise in Obesity Trial (PESO-studien) – och The Empower Trial. I PAC-studien som var en randomiserad kontrollstudie som undersökte av Self-Determination Theory och dess inverkan vad gäller att anamma fysisk aktivitet som hälsobeteende. Genom att dela in totalt 120 patienter från primärvården i två grupper; en experimentgrupp som gavs kortfattad autonomiframjande rådgivning kring fysisk aktivitet av sin vårdgivare plus intensiv autonomiframjande rådgivning under tre månader av en specialutbildad rådgivare inom fysisk aktivitet, och en kontrollgrupp som endast gavs kortfattad rådgivning av vårdgivaren. De två gruppernas fysiska aktivitetsnivå, autonoma motivation och självupplevda kompetens kring fysisk aktivitet uppmättes vid baslinjemätning. Autonom motivation och kompetens för fysisk aktivitet mättes på nytt efter 6 veckor, och den fysiska aktivitetsnivån efter 13 veckor (Fortier, Duda, Guerin

& Teixeira, 2012).

Resultatet visade ett gediget stöd för rådgivning baserad på SDT och en positiv inverkan på vidmakthållande av träning som hälsobeteende. Interventionsgruppen återrapporterade högre nivåer av autonomi och högre autonom motivation, vilket i sin tur medförde signifikant högre nivå av fysisk aktivitet vid interventionens avslutande. Hos gruppen som mottog kortfattad autonomifrämjande rådgivning syntes ökad motivation motsvarande medelhög effekt ( $n^2 = 0.066$ ). Gruppen som fick intensiv autonomifrämjande rådgivning hade en signifikant högre effekt. Detta på 1) att graden av motivation inverkade på relationen mellan intervention och nivå av fysisk aktivitet, 2) att det fanns en signifikant växelverkan mellan motivationens kvantitet och kvalitet i att förutsäga nivåer av fysisk aktivitet. En måttlig till hög autonom motivation fanns öka motivationsgraden till fysisk aktivitet. (Fortier et al (2012).

I en artikel har Fortier (Fortier, Sweet, O'Sullivan, & Williams, 2006) påvisat vikten av att professionella inom hälsa utvecklar såväl autonom motivation som upplevd kompetens hos patienter eller klienter under rådgivningen, inte minst under den tidiga fasen av klientens utveckling mot mera fysiskt aktivt liv genom att uttrycka empati, ge uppmuntran, undvika bedömning, involvera klienten i beslutsfattande och lösningsfinnande samt genom att vara till hjälp med en realistisk målsättning. Resultatet antyder att professionella är förmögna att påverka autonom motivation till träning och fysisk aktivitet, samt att träningsrådgivare med utbildning i SDT i kombination med motiverande samtal erbjuder ett värdefullt bidrag vad gäller att främja beteendeförändringar hos människor.

Syftet med ”The Empower trial” var att jämföra effekten hos ett program för främjande av fysisk aktivitet inom ett befintligt Exercise on Referral-ramverk (jmf Fysisk Aktivitet på Recept, FaR i Sverige) där coaching levererades av en hälsorådgivare med utbildning inom SDT:s principer och strategier och motiverande samtal. Som utfallsmått användes en 7-dagars självrapporterad träningsanamnes. Vidare mättes utfall i upplevd fysiologisk hälsa, psykologisk och känslomässig välmående och livskvalitet. Motivationsrelaterade processer undersöktes med enkäterna BREQ-2, BPNES och HCCQ (bilaga X-X). Fynden från denna intervention antyder att såväl autonomifrämjande förhållning från en hälsorådgivare som högre grad av autonom motivation och behovstillfredsställelse är relevanta vid upprätthållande av träningsbeteende hos patienter inom FaR-program efter dess avslutande. Patienter i försöket som uppvisade internalisering av skälen till träning uppvisade även ökad mental hälsa (mätt som minskade depressionsvärden). Ingen skillnad kunde dock påvisas mellan hälsorådgivarens inverkan på autonomi, kompetens och social tillhörighet jämfört med kontrollgruppen som genomgick standardbehandlingen inom ett FaR-program. Exponering för en hälsorådgivare ledde dock till högre självrapporterad fysiologisk och psykologisk funktion.

I PESO-studien, en longitudinell randomiserad kontrollstudier där 239 kraftigt överviktiga kvinnor deltog i en beteendeförändringsintervention under ett år, fick interventionsgruppen delta i 30 gruppträffar varannan vecka. Kontrollgruppen fick en genomföra en generell läroplan baserat på ett flertal kurser med anknytning till hälsa och med motsvarande kontakttid som interventionsgruppen. Mätning av variabler inom SDT genomfördes vid baslinje, 4 månader, samt vid 1, 2 och 3-årsgränsen. Interventionen som baserades på SDT lade en särskild tonvikt på att öka känslan av kompetens och autonom motivation inför fysisk aktivitet och viktkontroll och personalen utbildades genom workshops och träningsträffar med experter inom SDT och motiverande samtal. Under studiens gång adresserades särskilt frågor kring deltagarna som säkerhet och färdigheter, att sätta mål och handskas med dessa, positiv återkoppling, övervakning den fysiska aktiviteten och att överkomma personliga hinder och barriärer. En 10-veckors danskurs var också tillgänglig för

deltagarna i syfte att framkalla nöje och njutning under aktivitet, öka den fysiska självkänslan, och främja en positiv kroppsuppfattning. Överlag var syftet att uppmuntra självinitiering till fysisk aktivitet och självständig problemlösning med individuellt utforskande av skäl till behandling och definiering av egna behandlingsmål. Resultaten från PESO visar att programmet var mycket framgångsrikt. Deltagarna i kontrollgruppen uppvisade en ökning ( $M = +138$  min/vecka,  $\pm 26$  min) av måttlig till kraftfull fysisk aktivitet jämfört med kontrollgruppen. Denna skillnad var fortfarande signifikant vid 2-årsuppföljningen. En analys över medierande faktorer visade stöd för SDT:s motivationsformer.

I en meta-analys undersökte Lundahl et al (2010) effektiviteten hos motiverande samtal och utfall där metoden använts vid ett antal olika hälsorelaterade områden som missbruk (alkohol, tobak, marijuana samt andra former av narkotika), kosthållning, träning och spelmissbruk. Denna omfattande analys sammanfattar de senaste 25 åren av forskning kring motiverande samtal med totalt 119 inkluderade studier i meta-analysen. Rådgivning genom motiverande samtal följer dock inte samma samma metod och av denna anledning kodades de 119 studierna utifrån beroende variabler såsom behov av hjälp hos klienten och typ av metod. Därutöver kodades även materialet utifrån huruvida rådgivaren använde manual eller ej, rådgivningens roll i övergripande behandling, graden av noggrannhet till MI, rådgivarens utbildningsnivå, grupp- eller individnivå, samt slutligen sju kontinuerliga variabler som etnicitet, ålder, kön, m m. Värt att notera är vad resultaten jämförs mot, d v s ifall resultatet jämförts gentemot en annan behandling som till exempel kognitiv beteendeterapi, eller mot kontrollgrupp som ges liten eller obefintlig behandling, exempelvis kontrollgrupp eller väntelista.

Av 119 studier ingick 11 studier vilka specifikt undersökte hälsobeteende, varav sju studier jämförda mot en svag jämförelsegrupp (effektstorlek 0.19, CI = 0.08/0.30,  $p = 0.001$ ) och tre studier mot stark jämförelsegrupp (effektstorlek 0.30, CI = -0.19/0.79,  $p = 1.20/0.229$  n.s). I övrigt visar Lundahl et al (2010) i sin meta-analys att MI har effekter bortom det missbruksperspektiv som metoden ursprungligen utvecklades för, med en effektstorlek motsvarande låg till måttlig. En anmärkningsvärd slutsats som författarna drar är att MI kunde producera jämbördiga resultat med t ex kognitiv beteendeterapi, men med i genomsnitt 100 minuter kortare behandlingstid. Metoden visade även signifikanta resultat kring engagemang till behandling hos klienter och visade sig kunna höja såväl intention till förändring som självförtroende i förmågan till förändring.

## Metod

### Design

Den här studien har en experimentell design där kvantitativ träningsdata (frekvens, tid, intensitet) och motivationsrelaterad data från enkäter insamlats under sex månaders tid. interventionsgruppens deltagare gavs fyra samtalstillfällen med 6-7 veckors mellanrum baserat på SDT och motiverande samtal enligt följande:

- Coaching 1: Samtal 60 min (individuellt möte)
- Coaching 2: Samtal 30 min (telefon)
- Coaching 3: Samtal 30 min (telefon)

- Coaching 4: Samtal 60 min (individuellt möte)

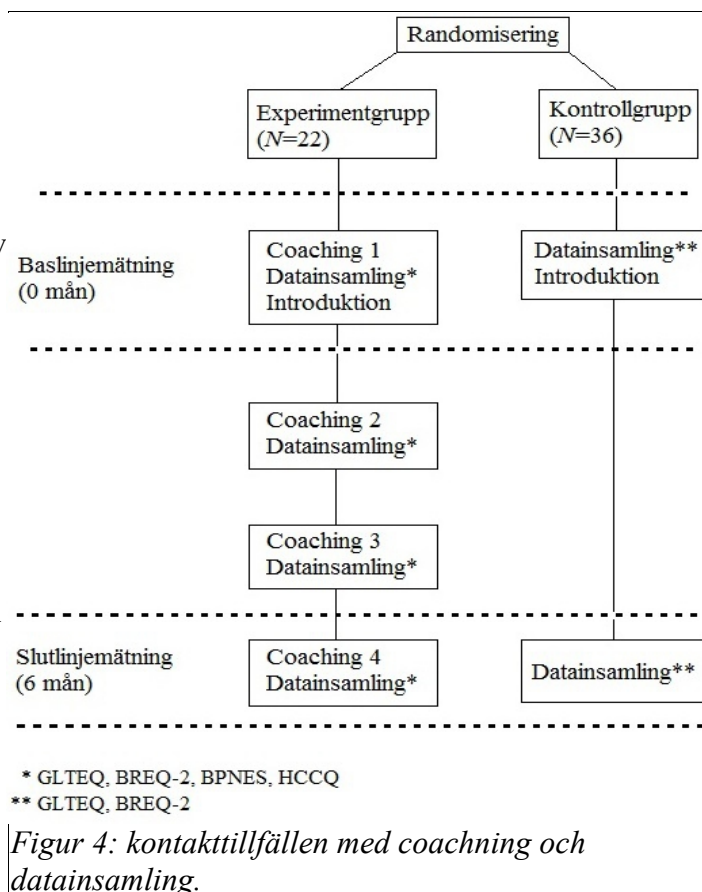
Total tid för coaching per deltagare uppgick till 3 timmar. Interventionsgruppen utförde konditionsträning med en frekvens om 3 gånger per vecka, under en duration av 45-60 minuter vid en intensitetsnivå motsvarande 75% av  $Hr_{max}$ . Den fysiska aktiviteten registrerades med pulsklocka (Garmin 210). Insamlad data laddades upp till en träningsdagbok (Funbeat) på nätet av deltagarna själva.

Från kontrollgruppen insamlades jämförande data om fysisk aktivitetsnivå samt motivation till träning vid start och sex månader senare. I övrigt skulle

kontrollgruppen inte förändra sitt aktivitetsmönster.

I samband med varje samtal ifyllde deltagarna identiska enkäter bestående av frågeformulären Godin-Shephard Leisure-Time Exercise Questionnaire (GLTEQ),

Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire 2 (BREQ-2), The Basic Psychological Needs in Exercise Scale (BPNES) samt Health Care Communication Questionnaire (HCCQ). Antalet kompletta enkätserier från enskilda deltagare uppgick till 22 st.



Arbetet som ligger till grund för denna uppsats ägde rum som en fristående del inom den så kallade ASTI-studien, en randomiserad kontrollerad interventionsstudie som pågick vid Institutet för stressmedicin (ISM) i Göteborg mellan 2013-2016. Samtalsledaren ansvarade för insamling (och tillgång till) ackumulerad träningsdata. Den övergripande studiedesignen är utformad av ISM. En intervjuguide baserad på SDT utformad vid Göteborgs universitet användes som hjälpmedel under samtalen. Frågeställningar, datainsamling och analys är dock utförd av samtalsledaren för denna kandidatuppsats, under handledning av Linus Jonsson, fil. dr.

## Urval

Totalt ingick 90 personer vilka ansökt om deltagande till ASTI-studien. De sökande hade funnit studien antingen via tidningsannonser i Metro, Västra Götalandsregionens intranät eller via tips/förslag från någon närstående. För deltagande i studien som helhet ställdes ett antal kriterier, eftersom deltagande innebar såväl psykologiskt som fysiskt krävande testning.

Inklusionskriterier:

- 1) Självrapporterad träningsdos motsvarande >2 timmar lättare fysisk ansträngning per vecka;
- 2) Sysselsättningsgrad i arbete eller studier omfattande minst 50% av heltid;
- 3) Ålder 20-50 år.

Exklusionskriterier:

- 1) Psykisk sjukdom eller somatiskt sjukdomsbild (inklusive diabetes och hjärt-kärlsjukdom);
- 2) Blodtryck >140/90 mmHg;
- 3) Anemi Hb < 120 för kvinnor och < 130 för män;
- 4) BMI < 18,5;
- 5) Medicinering med eventuell inverkan på utfallsmått (betablockerare, psykofarmaka, astmamedicin).
- 6) Graviditet.

Under urvalsprocessen randomiserades hälften av ASTI-deltagarna till antingen experimentgrupp eller kontrollgrupp genom utlottning. Nya deltagare lottades till de två grupperna kontinuerligt under studiens gång. Konditionsnivå hos deltagarna i båda grupperna fastställdes genom ett maximalt syreupptagningstest med cykelergometer (Monark 828E) samt via detaljerad rapport av den fysiska aktivitetsnivån före interventionen. Medelåldern hos respondenterna var 36 år ( $SD = 7,16$ ) och genomsnittlig ålder för kvinnor var 35,9 år respektive 37,1 år bland männen. Könsfördelningen var 63,6% kvinnor ( $n = 14$ ) och 36,4% män ( $n = 8$ ). Den genomsnittliga utbildningsnivån var hög, motsvarande eftergymnasial utbildning.

## Datainsamling/dataproduktion

Datainsamling har skett kontinuerligt med jämna intervaller i relation till startpunkt för varje deltagare. Inför varje samtalstillfälle har deltagarna antingen fått enkäten tilldelade av samtalsledaren på plats eller hemskickad via post. Totalt svarade 22 deltagare på samtliga fyra enkäter. Samtalen genomfördes med en intervjuguide baserad på motiverande samtal och SDT.

Genom frågeinstrumentet GLTEQ (bilaga 1) insamlades data om deltagarens fysiska aktivitetsnivå vid tre nivåer – lätt träning eller motion, måttligt ansträngande eller ansträngande motion. Verktuget ger beskrivande exempel för varje intensitetsnivå. Respondenten uppmanas ange antal gånger som ägnas åt olika typer av motions- eller träningsaktiviteter som varar längre än 15 minuter under en genomsnittlig 7-dagars period varefter frekvensen beräknas genom multiplikation med motsvarande MET-värde (Metabolic Equivalent of Task) för varje nivå: 3, 5 och 9 för lätt, måttlig och ansträngande träning. GLTEQ har validerats för studier med målsättning att identifiera fysisk aktivitet på fritiden (Amireault & Godin, 2015).

BREQ-2-formuläret (bilaga 3) är en vidareutveckling av föregångaren BREQ där en bedömning av respondentens motivation utförs enligt SDT; extern, identifierad, introjicerad samt inre motivation. Vidareutvecklingen utgörs av tillägget *amotivation* och anses tillåta en mer komplett uppskattning av motivation vid undersökningar kring förutsättningar och konsekvenser av amotivation ur ett SDT-perspektiv. Enkäten består av 19 frågor där varje fråga har en skattningsskala från 1 (stämmer inte alls) till 5 (stämmer helt). Förutsatt att samma respondent svarat på samma formulär flera gånger över en tidsperiod kan ett medelvärde beräknas fram. Detta instrument har validerats av Markland & Tobin (2004). För att uppskatta respondentens upplevelse av samtalet mellan rådgivare och deltagare användes HCCQ (bilaga 4). Formuläret, som består av 15 påståenden kring rådgivarens hantering och bemötande av deltagaren bedöms med Likert-skala från 1 (instämmer inte alls med påståendet) till 5 (instämmer helt med påståendet). HCCQ anses vara ett gott psykometriskt instrument som har validerats i tidigare studier (Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg (2008).

Slutligen användes BPNES (bilaga 5) som instrument för att bedöma respondentens behovstillfredsställelse inom autonomi, kompetens och tillhörighet vid träningsaktivitet. Stöd för BPNES har undersökts och hittats av Vlachopoulos & Michailidou (2006).



## Databearbetning och analys

Deltagarnas enkätsvar matades in i IBM SPSS Statistics 23. Undersökta variabler antas vara oberoende och normalfördelade. För att undersöka skillnader i motivation användes Student's t-test för beroende variabler vid jämförelser.

## Metodologiska överväganden

Majoriteten av de enkäter som användes i denna intervention var korrekt ifyllda och består av välbeprövade och validerade instrument för insamling av relevant data (Amireault et al, 2015; Gremigni et al, 2008; Vlachopoulos et al, 2006;). Valet av kvantitativ metod var fördelaktigt eftersom detta möjliggör större dataunderlag och anses vara en tidseffektivt sätt vid datainsamling (Bryman, 2011).

## Etiska överväganden

Deltagande i studien är relativt krävande för deltagarna som förväntas att förändra sina beteenden gällande levnadsvanor. Samtliga deltagare givit sitt samtycke i såväl till deltagande i studien efter att ha informerats både skriftligen och muntligen i samband med urvalsprocessen vid tiden för interventionens inledande. Därtill lämnades samtycke på försättsbladet till varje ifyllt enkätformulär (se bilaga 1). Inför varje coachning informerades deltagaren om tystnadsplikt. Utöver enkätsvaren dokumenterades inget annat material från deltagarna.

ASTI-studien har ansökt och erhållit godkännande från Göteborgs regionala etikprövningsnämnd. Som en del av ASTI-studien har även denna interventionsstudie givits godkännande (diarienummer #917-12).

## Resultat

### Skillnader i interventionsgruppen över tid.

Tabell 1.1. Medelvärde och standardavvikelse i motivationsreglering vid start och sex månader senare.

	<i>N</i>	<i>M</i>	Std. Deviation
Amotivation, baslinje	29	0,48	0,63
Amotivation, slutlinje	29	0,30	0,54
Extern reglering, baslinje	29	0,72	0,84
Extern reglering, slutlinje	29	0,70	0,73
Introjerad reglering, baslinje	29	1,66	1,18
Introjerad reglering, slutlinje	29	2,05	1,06
Identifierad reglering, baslinje	29	1,84	0,86
Identifierad reglering, slutlinje	29	2,79	0,70
Inre motivation, baslinje	29	1,90	1,19
Inre motivation, slutlinje	29	2,76	0,89



Interventionsgruppens amotivation minskade från första mättillfället jämfört med mätning sex månader senare. Extern reglering minskade också från första mättillfället till sista mättillfället. De autonoma formerna av motivationsreglering (introjicerad reglering, identifierad reglering och inre motivation) ökade.

*Tabell 1.2. Skillnader i motivationsreglering över tid hos interventionsgruppen.*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Amotivation, baslinje & slutlinje	-0,18	0,66	1,48	28	0,15
Extern reglering, baslinje & slutlinje	-0,03	0,81	0,17	28	0,86
Introjicerad reglering, baslinje & slutlinje	0,39	0,99	-2,12	28	0,04
Identifierad reglering, baslinje & slutlinje	0,96	0,8	-6,45	28	0,00
Inre motivation, baslinje & slutlinje	0,86	0,96	-8,34	28	0,00

Medelvärden för amotivation (tabell 1.2) minskade och skillnaden är en statistiskt signifikant skillnad. Medelvärdet för extern reglering minskade något men denna skillnad var dock inte signifikant. Interventionsgruppens medelvärde för introjicerad reglering ökade något, men denna ökning var inte heller signifikant. Störst skillnader över tid hos interventionsgruppen fanns mellan identifierad reglering och inre motivation. Ökningen i identifierad reglering och inre motivation var starkt signifikant.

*Tabell 1.3. Förändring i självrapporterad träning över tid hos interventionsgruppen.*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Std. Deviation</i>
TLAS, 0 mån	22	20,81	22,68
TLAS, 6 mån	22	37,59	19,87

*Tabell 1.4. Skillnad i självrapporterad träning över tid hos interventionsgruppen*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>95% CI</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
TLAS, 0 mån & 6 mån	14,34	22,17	3,42	27	-5,74 – 22,94	0,002

Den självrapporterade träningen, här angiven som sammanslaget totalmätt av lätt, måttlig och intensiv fysisk aktivitet ökade med kraftigt (tabell 1.4). Statistisk analys visar att ökningen är statistiskt signifikant.

*Tabell 2.1. Interventionsgruppens genomsnittliga behovstillfredsställelse (n=22).*

	Autonomi		Kompetens		Tillhörighet	
	0 mån	6 mån	0 mån	6 mån	0 mån	6 mån
<i>M</i>	3,25	3,43	2,48	3,56	2,45	3,22
<i>Std. Deviation</i>	0,95	0,85	0,97	0,79	1,05	1,11

Tabell 2.2. Interventionsgruppens behovstillfredsställelse över tid.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	95% CI	Sig. (2-tailed)
Autonomi	-,18	,92	-,93	21	-,59-,23	,364
Kompetens	-1,08	,98	-5,13	21	-1,51--,.64	,000
Tillhörighet	-,76	1,01	-3,54	21	-1,21--,.31	,002

Känslan av kompetens och tillhörighet hos deltagarna i interventionsgruppen fanns ha ökat signifikant efter 6 månader.

## Jämförelser mellan interventions- och kontrollgrupp.

Tabell 3.1. Skillnader i motivationsregleringar över tid mellan interventions- och kontrollgrupp.

	<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2-tailed)	95% CI
Amotivation, baslinje	-,366	88	,716	-,19 - ,28
Extern reglering, baslinje	1,364	88	,176	-,10 - ,55
Introjicerad reglering, baslinje	-,192	88	,848	-,47 - ,39
Identifierad reglering, baslinje	-1,158	88	,250	-,51 - ,13
Inre motivation, baslinje	-,469	88	,640	-,57 - ,35
Amotivation, slutlinje	,495	56	,448	-,41 - ,18
Extern regering, slutlinje	,155	56	,247	-,15 - ,56
Introjicerad reglering, slutlinje	,693	56	,000	,62 - 1,66
Identifierad reglering, slutlinje	,713	56	,001	,27 - 1,06
Inre motivation, slutlinje	,078	56	,058	-,01 - 1,10

Störst skillnad fanns i medelvärden mellan interventions- och kontrollgrupp gällande introjicerad reglering och identifierad reglering efter sex månader (tabell 3.2). Tabellen visar på en statistiskt signifikant ökning i introjicerad reglering, identifierad reglering mellan interventions- och kontrollgruppen vid slutlinjemätning.

Multivariat analys (RMANOVA) visar att interventionsgruppens autonoma motivationsregleringar vid baslinjemätning och sex månader senare ökat i jämförelse med kontrollgrupp. Ökningen i fysisk aktivitet var även statistiskt signifikant vid jämförelse mellan grupperna ( $t(56)=,236, p=<,001$ ).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Under tiden som ASTI-studien pågått har olika samtalsledare varit delaktiga i arbetet med deltagarna i studien. Trots att varje samtalsledare gavs samma verktyg (enkätformulär, instruktioner) går det inte att bortse ifrån det faktum att inverkan faktorer kan haft inverkan, som till exempel personkemin mellan coachen och deltagaren.

Vidare medförde hanteringen av enkäterna viss problematik, då utskick av enkätformulären gjordes av tredje part. Detta medförde en längre beslutskedja och innebar högre krav på effektiv

kommunikation mellan coachen och projektansvariga för ASTI-studien, än ifall coachen ansvarat för utskick, kodning och insamling vilket medförde ökad risk för missförstånd, olika kodningssystem, minskad tidseffektivitet och ökad arbetsbörda för båda parter. I enstaka fall rapporterades att de utskickade enkäterna (som var identiska) feltolkats av deltagaren som påminnelser och därför lagts undan och därefter glömts bort. Ett förtydligande som förklarar varje enskild enkät som lika viktig och det bakomliggande syftet med att identiska enkäter skickats ut flera gånger hade eventuellt kunnat avhjälpa detta. Likaså kunde viktig information kring enkätens ifyllande tillhandahållits av samtalsledaren.

Ur metodologisk synpunkt bör det samtidigt lyftas fram att antalet kompletta enkätserier ( $N = 22$ ) var litet med tanke på antalet deltagare som randomiserats till interventionsgruppen ( $N = 50$ ). En del av förklaringen är naturligt bortfall, men det låga antalet har sin huvudsakliga förklaring i att ASTI-studien fortfarande pågick vid kandidatuppsatsens skrivande och en betydande andel deltagare ( $N = 21$ , 42%) ännu inte fullföljt studien. Bortfallet uppgår således till  $N = 7$  (14%). Ett fåtal deltagare ( $N = 3$ ) hade även, föreskrifter till trots, underlåtit att ange numeriska svarsalternativ på vissa enkätsvar vilket kan tolkas på olika sätt; 1) att föreskriften blivit läst slarvigt/inte alls, eller 2) att deltagaren tolkat blankt svar som lika med "0". Som alltid med skattningsskalor kring hälsa och träning, finns en risk för över- och underskattning av de egna förmågorna, antingen det beror på underutvecklad självinsikt eller social desirabilitet.

Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) kan vara särskilt utsatt för skev svarsfördelning till följd av social desirabilitet eftersom den mäter deltagarens kontakt i möten med studiens kontaktpersoner, och i synnerhet samtalsledaren (coachen) vars kontakttid uppgick till totalt 180 minuter. Vid coaching per telefon innebär detta troligtvis inget problem men varje deltagare genomgick även två coachingsamtal via personligt möte, varpå enkäten ifylldes efter genomfört coachingsamtal. Ytterligare en brist kring enkätformulären som bör lyftas fram är att BREQ-2 inte mäter motivationsformen integrerad reglering (se Figur 1) där beteendet bildat syntes och överensstämmelse med jaget. Att denna motivationsform saknas, vilken utgör den högsta graden av autonom motivation, medför har en direkt negativ effekt på denna studies kvalitet eftersom det inte går att uttala sig kring vilka (om några) deltagare som uppnått just integrerad reglering. Som en följd av detta utgör kvarvarande variabler för motivation utgör en mindre exakt måttstock.

Urvalet i denna studie har både styrkor och svagheter. Till styrkorna här att deltagarna blivit både randomiserade och jämförts mot kontrollgrupp. Dock kvarstår faktum att urvalets genomsnittliga utbildningsnivå, var hög vilket medför att resultaten endast kan generaliseras till denna samhällsgrupp.

## Resultatdiskussion

Enligt SDT bör coaching genom tillfredsställelse av de grundläggande psykologiska behoven autonomi, kompetens och tillhörighet medföra ökad motivation för fysisk aktivitet. Samtidigt bör leveransmetoden från MI också bidra till minskad amotivation (Ryan & Deci, 2000b). Upplevd amotivation hos interventionsminkade och resultatet är statistiskt signifikant. Extern reglering minskade också från vid första mättillfället till sista mättillfället men denna förändring var inte signifikant.

De autonoma formerna av motivation (introjicerad reglering, identifierad reglering, och inre motivation) ökade, och störst skillnader över tid hos interventionsgruppen fanns mellan identifierad reglering och inre motivation. Ökningen i identifierad reglering och inre motivation var starkt signifikant.

Interventionsgruppens ökning av inre motivation från bas- och slutlinjemätning jämfördes också mot kontrollgruppen genom  $F$ -test där ett andra dataset användes och ett högre antal deltagare ingick (experimentgrupp  $N = 29$ , kontrollgrupp  $N = 29$ ). Denna jämförelse visade på en signifikant ökning av inre motivation.

Ingen signifikant skillnad kunde dock hittas i upplevd autonomi vid baslinjemätning jämfört med slutlinjemätning hos interventionsgruppen. En möjlig förklaring till kan ligga i de begränsande riktlinjer (endast konditionsträning tillåten) kring fysisk aktivitet som interventionsgruppen åtagit sig att följa.

Trots att denna begränsning ändå tillåter valfrihet kan den betraktas av deltagaren som att valets gjorts åt dem på förhand. Enligt SDT bör en sådan uppfattning lett till att valet av träningsform då fallit under kategorin extern reglering med minskat utfall i form av upplevd autonomi som följd. En annan möjlig förklaring till utebliven känsla av autonomi kan förstås ha sitt ursprung i samtalsledarens arbete, exempelvis om deltagaren upplever att valet fattas åt hen och valet inte ligger helt i linje med egna intressen. Att utfallet beror på det senare är anses dock mindre sannolikt eftersom samtliga samtalsledare hade liknande bakgrundskunskaper och följde samma manual under handledningen.

Inom det två andra aspekterna av behovstillfredsställelse fanns en signifikant ökning i tillfredsställelse av både kompetens och tillhörighet vid slutlinjemätningen.

Behovet av upplevd kompetens reflekterar den utsträckning i vilken deltagaren uppfattar sig som kapabel att genomföra den förändring som denne åtagit sig och konditionsträning kan anses som en relativt lätt form av fysisk aktivitet som inte kräver särskilda förkunskaper.

Behovet av tillhörighet återspeglas i känslan av att känna sig förstådd och att andra bryr sig om en (Ng et al, 2012). Under samtalet understöds denna aspekt i hög grad av de grundläggande principer för motiverande samtal, vilka uppmuntrar rådgivaren till aktivt lyssnande, en bekräftande och erkännande attityd, samt täta sammanfattningar av det som deltagaren tidigare sagt. I den så kallade "MI-andan" skall det motiverande samtalet präglas av acceptans, partnerskap, medkänsla och empati vilka alla relaterar till det psykologiska behovet av tillhörighet (Miller & Rollnick, 2013; Rosengren, 2012).

Skillnaderna mellan interventions- och kontrollgruppens motivation var statistiskt signifikant under introjicerad reglering och identifierad reglering. Den självrapporterade träningen i interventionsgruppen ökade kraftigt och denna ökning mellan första och sista mätning är statistiskt signifikanta.

RMANOVA visar på en signifikant ökning mellan interventions- och kontrollgrupp samt träningsmängd. Detta resultat tyder på att coachningen haft avsedd effekt både vad gäller effekt på form av motivation, men även på ökad träningsaktivitet som direkt följd av samtalen.

Samtidigt minskade upplevd amotivation hos interventionsgruppen signifikant. Extern reglering minskade också från första mättillfället till sista mättillfället men denna förändring var inte signifikant.

De autonoma formerna av motivation (introjicerad reglering, identifierad reglering, och inre motivation) ökade, och störst skillnader över tid hos interventionsgruppen fanns mellan identifierad reglering och inre motivation. Ökningen i identifierad reglering och inre motivation var starkt

signifikant.

Ingen signifikant skillnad kunde hittas i upplevd autonomi vid baslinjemätning jämfört med slutlinjemätning hos interventionsgruppen. Detta kan ha sin förklaring i de riktlinjer (endast konditionsträning tillåten) kring fysisk aktivitet som interventionsgruppen åtagit sig att följa. Trots att denna begränsning i valfrihet ändå tillåter valfrihet och autonomi, kan begränsningen ha betraktats av deltagaren som att valet gjorts åt dem på förhand. Enligt SDT bör en sådan uppfattning lett till att valet av träningsform då fallit under kategorin extern reglering och ett minskat utfall i form av motivation. Interventionsgruppens ökning av inre motivation från jämfördes också mot kontrollgruppen genom *F*-test där ett högre antal deltagare ingick (experimentgrupp  $N = 29$ , kontrollgrupp  $N = 29$ ). Denna jämförelse visade på en signifikant ökning av inre motivation.

Inom det två andra aspekterna av behovstillfredsställelse fanns en signifikant ökning i tillfredsställelse av både kompetens och tillhörighet vid slutlinjemätningen.

Behovet av kompetens reflekterar den utsträckning i vilken deltagaren uppfattar sig som kapabel att genomföra den förändring som denne åtagit sig och konditionsträning kan anses som en relativt lätt form av fysisk aktivitet som inte kräver särskilda förkunskaper. Därtill ställer många konditionsidrotter inte särskilt höga krav varken vad gäller utrustning eller lokaler för utövande, och kan anses som relativt kostnadseffektiva motionsformer. Den höga tillgängligheten utökades dessutom träningskort på valfritt gym i en gymkedja med lokaler i de flesta av Göteborgs stadsdelar.

Skillnaderna mellan interventions- och kontrollgruppens motivation var statistiskt signifikant under introjerad reglering och identifierad reglering. Enligt Markland et al (2005) utgör dessa former av motivation som utgör ett tveeggat svärd; känslor av nedvärdering och skam vid misslyckande. Mera hoppfullt är interventionsgruppens ökning av den högre motivationsformen som identifierad reglering utgör. Ökningen i den motivationsformen torde innebära att interventionsgruppens deltagare både tagit till sig att träning medför de av klienten åtrådda effekterna, men också införlivat det nya träningsbeteendet med egna kärnvärderingar och trossatser. Fysisk aktivitet har blivit en del av det nya "jaget".

Den självrapporterade träningen i interventionsgruppen ökade kraftigt och denna ökning mellan första och sista mätning är statistiskt signifikanta. Detta resultat är ett tecken på att motivation medför ökad träningsaktivitet.

## Slutsatser och implikationer

De slutsatser som dras från resultatet i hänseende till frågeställningarna är följande; statistiskt signifikanta skillnader hittades i motivationsreglering mellan kontroll- och interventionsgruppen efter sex månaders intervention. Specifikt hittades statistiskt signifikant skillnad i form av minskad amotivation samt öknings i motivationsformerna introjerad reglering och identifierad reglering. Detta resultat antyder att teoribaserad coachning kan öka motivation till fysisk aktivitet hos vuxna.

Vidare hittades belägg för att denna skiftning i motivation åtföljdes av en ökning i självrapporterad träning hos interventionsgruppen. Resultatet antyder även att kombinationen SDT och MI är relevant och användbar som klinisk metod vid coachning i frågor som kretsar kring fysisk aktivitet i likhet med den antydning som lagts fram av Fortier et al (2006).

Deltagarna som mottog coachning under sex månader upplevde ingen signifikant skillnad i upplevd autonomi, men väl i kompetens och tillhörighet, vilket vidare stödjer motiverande samtal baserad på behovstillfredsställelse i enlighet med SDT.

Framtida forskningssatsningar på området bör inledningsvis uppdatera frågeformuläret BREQ-2 så att även integrerad reglering tas med i beräkningen. Utöver detta kunde det vara intressant att jämföra metodens effektivitet i jämförelse med andra former av rådgivning, t ex klassisk coachning, och i randomiserade kontrollstudier med fler deltagare. En sådan studie hade kunnat bidra till en mer komplett bild över coachningen som område och påvisat vilken metod som är bäst att tillämpa beroende på situation.

Det kunde vara intressant att duplicera denna undersökning med ett urval som bättre reflekterar det svenska samhällets olika sociala strata eftersom behovet av fysisk aktivitet tenderar att öka i takt med inkomstklyftorna enligt den så kallade sociala gradienten (WHO, 2016). Kan samma effekter som uppnått i denna undersökning uppnås med deltagare som har en lägre nivå av inkomst eller utbildning?

# Referenser

- 4) Amireault, S., & Gaston Godin. (2015). The Godin-Shephard Leisure-Time Activity Questionnaire: Validity evidence supporting its use for classifying healthy adults into active and insufficiently active categories. *Perceptual & Motor Skills: Physical Development & Measurement*, 120, 2, 604-622
- 5) Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- 6) Fortier, M. S., Duda, J. L., Guerin, E., & Teixeira, P. J. (2012). Promoting physical activity: development and testing of self-determination theory-based interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9(20). doi: 10.1186/1479-5868-9-20
- 7) Fortier, M. S., Hogg, W., O'Sullivan, T. L., Blanchard, C., Reid, R. D., Sigal, R. J., ... Beaulac, J. (2007). The physical activity counselling (PAC) randomized controlled trial: rationale, methods, and interventions. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 32(6). 1170-1185. doi: 10.1139/H07-075
- 8) Fortier, M. S., Sweet, S. N., O'Sullivan, T. L., & Williams, G. C. (2006). A self-determination process of physical activity adoption in the context of a randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise* 8, 741-757. doi: 10.1016/j.psychsport.2006.10.006
- 9) Gremigni, P., Sommaruga, M., & Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling*. 71. 57-64.
- 10) FYSS 2015. (2015). *Fysisk aktivitet som prevention*. Hämtad 2016-03-29 från [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_FA-som-prevention.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA-som-prevention.pdf)
- 11) Josefsson, K., & Lindwall, M. (2010). I Hallberg, L. (Red) *Hälsa & Livsstil – forskning och praktiska tillämpningar* (s. 207-225). Lund: Studentlitteratur.
- 12) Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice* 20(2). 137-160. doi: 10-1177/104973150947850
- 13) Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24(6). 811-831.
- 14) Markland, D., & Tobin, V., (2004). A Modification to the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to Include an Assessment of Amotivation. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 26. 191-196.
- 15) Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: Att hjälpa folk till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur
- 16) Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Meeting in the middle: motivation interviewing and self-determination theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical*

Activity 9(25). doi: 10.1186/1479-5868-9-25

- 17) Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science* 7(4). 325-340. doi: 10.1177/1745691612447309
- 18) Patrick, H., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9(19). doi: 10.1186/1479-5868-9-19
- 19) Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* 25. 54-67. doi: 0361-476X/00
- 20) Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.68
- 21) Silva, M. N., Markland, D., Minderico, C. S., Vieira, P. N., Castro, M. M., Coutinho, S. R., Santos, T. C ... Teixeira, P. J. (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health* 8:234. doi: 10.1186/1471-2458-8-234
- 22) Silva, M. N., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sadinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2009). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *J Behav Med*, 33, 110-122. doi: 10.1007/s10865-009-9239-y
- 23) Statens Folkhälsoinstitut. (2012). *Stillasittande och ohälsa - en litteratursammanställning*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut
- 24) Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturöversikt*. Mölnlycke: Elanders.
- 25) Staveborg Kerkelä, E., Jonsson, L., Lindwall, M. & Strand, J. (2015). Individual experiences following a 6-month exercise intervention: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being*. 10. 263-276. doi: 10.3402/qhw.v10.26376
- 26) Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N. & Ryan, R.M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9(78). doi: 10.1186/1479-5868-9-78
- 27) The role of self-determination theory and motivational interviewing in behavioral nutrition, physical activity, and health: an introduction to the IJBNPA special series Pedro J Teixeira<sup>1\*</sup>, António L Palmeira<sup>1,2</sup> and Maarten Vansteenkiste<sup>3</sup>
- 28) Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology* 45. 63-82. doi: 10.1348/014466505X34192



- 29) Vansteenkiste, M., Niemec, C. P., & Soenens, B. (2010). The development of the five mini-theories of self-determination theory: An historical overview, emerging trends, and future directions. *Advances in Motivation and Achievement 16A*, 105-165. doi: 10.1108/S0749-7423(2010)000016A007
- 30) Vansteenkiste, M., Williams, G. C., & Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between Self-Determination Theory and Motivational Interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: Autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 9*(23). doi: 10.1186/1479-5868-9-23
- 31) Vlachopoulos, S. P., & Michailidou, S. (2006). Development and Initial Validation of a Measure of Autonomy, Competence, and Relatedness in Exercise: The Basic Psychological Needs in Exercise Scale. *Measurement in Physical Education and Exercise Science, 10*(3), 179–201
- 32) Warburton, D., Whitney Nicol, C., & Bredin, S. (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal 174*(6), 801-809. doi: 10.1503/cmaj.051351
- 33) World Health Organization. (2016). *Physical activity*. Hämtad 2016-03-29 från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/physical-activity>
- 34) World Health Organization. (2016). *Social Determinants of Health, Key Concepts*. Hämtad 2016-05-26 från [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/)
- 35) World Health Organization. (2006). *Physical activity and health in Europe: Evidence for action*. Copenhagen: WHO Europe.

### Motivation till motion/träning

Hej!

Du håller framför Dig ett **frågeformulär** bestående av olika frågor som bland annat kommer ta upp, hur Du ser på din motivation till motion/träning och Dina möten med personer involverade i denna studie.

**Syftet** med denna studie är att undersöka hur personer uppfattar sin motivation till motion/träning.

**Resultaten** kommer att redovisas på gruppnivå, vilket innebär att ingen kommer att se hur just Du har svarat. På så sätt är studien konfidentiell. Var vänlig svara därför så ärligt, uppriktigt och så spontant som möjligt. Studien är frivillig och Du kan när som helst, utan att ange orsak avbryta Din medverkan.

Studiens resultat kommer att redovisas i form av en rapport. Önskar Du ta del av denna rapport, eller om Du har några andra frågor om studien eller Din medverkan – kontakta ansvarig för studien.

Lämna Ditt samtycke till att delta i studien genom att kryssa i rutan bredvid.

Vänligen **skicka in ditt svar i bifogat svarskuvert** när Du är färdig.

**Huvudansvarig**  
*Magnus Lindwall* 031- 786 42 74  
[magnus.lindwall@psy.gu.se](mailto:magnus.lindwall@psy.gu.se)

Bilaga 2: Godin-Shephard Leisure-Time Physical Activity Questionnaire

Kön  Man  Kvinna

Ålder \_\_\_\_\_

---

Under en genomsnittlig **7-dagars period** (en vecka), hur många gånger under din fritid ägnar Du dig åt följande typer av motions- eller träningsaktiviteter som varar **längre än 15 minuter varje gång?** (var vänlig och skriv antal tillfällen per vecka för respektive typ av aktivitet på strecken nedan)

**Antal gånger per vecka**

**a) Ansträngande/intensiv motion/träning  
(hjärtat slår snabbt)**

.....

Exempel: löpning, jogging, lagidrotter, racketidrotter som tennis/ badminton/ squash, längd skidåkning, ansträngande simning eller cykling, friskis o svettis pass/ spinning eller motsvarande på medel/intensiv nivå

**b) Måttligt ansträngande motion/träning  
(ej uttröttande)**

.....

Exempel: rask promenad/stavgång, cykling eller simning med lättare ansträngning, dans, skidåkning utför, friskis o svettis pass eller motsvarande med låg intensitet

**c) Lätt motion/träning  
(mycket lätt ansträngning)**

.....

Exempel: fiske, bowling, boule, lätta promenader, stavgång med lätt ansträngning, golf mm

---

Bilaga 3: Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire 2 (BREQ-2)

**Vi är intresserade av de anledningar som ligger bakom människors beslut att träna/motionera eller att inte träna/motionera. Var vänlig markera hur väl du tycker att påståendena nedan stämmer överens på dig. Observera att det inte finns några rätta eller felaktiga svar, det är endast din egen uppfattning och hur du känner gällande motion/träning som vi är intresserade av.**

		Stämmer inte alls	1	Stämmer ibland	2	3	Stämmer helt	4
1	Jag motionerar/tränar för att andra säger att jag borde	0	1	2	3	4		
2	Jag får dåligt samvete när jag inte motionerar/tränar	0	1	2	3	4		
3	Jag värdesätter fördelarna med motionen/träningen	0	1	2	3	4		
4	Jag motionerar/tränar för att det är kul	0	1	2	3	4		
5	Jag ser ingen anledning till varför jag måste motionera/träna	0	1	2	3	4		
6	Jag motionerar/tränar för att vänner/familj/partner säger att jag borde	0	1	2	3	4		
7	Jag skäms när jag missar ett motions/träningspass	0	1	2	3	4		
8	Det är viktigt för mig att motionera/träna regelbundet	0	1	2	3	4		
9	Jag ser inga skäl till varför jag skulle bry mig om att motionera/träna	0	1	2	3	4		
10	Jag njuter av mina motions/träningspass	0	1	2	3	4		
11	Jag motionerar/tränar för att andra skulle bli missnöjda om jag inte gör det	0	1	2	3	4		

*(fortsätt på nästa sida)*

Bilaga 3: Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire 2 (BREQ-2) forts.

	<b>Stämmer inte alls</b>		<b>Stämmer ibland</b>		<b>Stämmer helt</b>
	0	1	2	3	4
12 Jag ser inte poängen med att motionera/ träna	0	1	2	3	4
13 Jag känner mig misslyckad när jag inte motionerat/tränat på länge	0	1	2	3	4
14 Jag tycker det är viktigt att anstränga sig för att motionera/träna regelbundet	0	1	2	3	4
15 Jag tycker att motion/träning är en skön aktivitet	0	1	2	3	4
16 Jag känner press från vänner/familj att motionera/träna	0	1	2	3	4
17 Jag blir rastlös om jag inte motionerar/ tränar regelbundet	0	1	2	3	4
18 Jag känner glädje och tillfredsställelse av att motionera/träna	0	1	2	3	4
19 Jag tycker motion/träning är bortkastad tid	0	1	2	3	4

---

## Bilaga 4: Health Care Climate Questionnaire (HCCQ)

Frågorna i detta formulär handlar om Dina möten med Din kontaktperson i projektet/studien. Kontaktpersoner har olika sätt att hantera och bemöta deltagare, och vi skulle vilja veta hur Du har upplevt mötena med Din kontaktperson gällande fysisk aktivitet och motion. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Vi ber Dig att svara så ärligt och öppet som möjligt.

1. Jag känner att min kontaktperson ger mig valmöjligheter och alternativ

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

2. Jag känner att min kontaktperson förstår mig

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

3. Jag kan vara öppen i mötet med min kontaktperson

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

4. Min kontaktperson ger mig tilltro till min förmåga att förändras

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

5. Jag känner att min kontaktperson accepterar mig

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

6. Min kontaktperson ser till att jag verkligen förstår mitt hälsotillstånd och vad jag behöver göra

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

7. Min kontaktperson uppmuntrar mig att ställa frågor

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

*(fortsätt på nästa sida)*

## Bilaga 4: Health Care Climate Questionnaire (HCCQ)

8. Jag har stort förtroende för min kontaktperson

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

9. Min kontaktperson besvarar mina frågor på ett noggrant sätt

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

10. Min kontaktperson lyssnar på hur jag vill göra saker och ting.

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

11. Min kontaktperson är mycket bra på att hantera människors känslor

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

12. Jag känner att min kontaktperson bryr sig om mig som person

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r helt			neutral			Instämmer inte alls

13. Jag är inte riktigt bekväm med hur min kontaktperson tilltalar mig

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

14. Min kontaktperson försöker förstå hur jag tänker innan han/hon föreslår nya sätt att göra saker och ting

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

15. Jag känner att jag kan tala om mina känslor med min kontaktperson

1	2	3	4	5	6	7
Instämme r inte alls			neutral			Instämmer helt

## Bilaga 5: The Basic Psychological Needs in Exercise Scale (BPNES)

Var vänlig markera med en siffra hur väl du tycker att påståendena nedan stämmer överens på Dig. Observera att det inte finns några rätta eller felaktiga svar, det är endast Din egen uppfattning och hur Du känner gällande Ditt motionerande som vi är intresserade av. Välj det alternativ som känns bäst/ligger närmast.

1= stämmer inte alls

2= stämmer något

3= stämmer ganska bra

4= stämmer väl

5= stämmer helt och hållet

1: Mitt motionsupplägg stämmer helt överens med mina intressen och val \_\_\_\_\_

2. Jag känner att jag gjort stora framsteg gällande att nå mina motions/träningsmål \_\_\_\_\_

3. Jag känner mig väldigt bekväm tillsammans med andra när jag motionerar \_\_\_\_\_

4: Jag känner att mitt motionsupplägg stämmer helt överens med hur jag föredrar att motionera \_\_\_\_\_

5. Jag känner att jag motionerar på ett mycket effektivt sätt \_\_\_\_\_

6. Jag känner att jag kan umgås med andra motionärer på ett mycket trevligt sätt \_\_\_\_\_

7. Jag känner att mitt motionerande definitivt uttrycker vem jag är \_\_\_\_\_

8. Jag känner att jag är mycket bra på att motionera \_\_\_\_\_

9. Jag känner att de finns en öppen atmosfär i kommunikationen med andra motionärer \_\_\_\_\_

10. Jag känner mycket starkt att jag har möjligheten att välja motionsupplägg \_\_\_\_\_

11. Jag känner att jag kan klara av de krav som mitt motionsupplägg ställer på mig \_\_\_\_\_

12. Jag känner mig avslappnad med andra motionärer \_\_\_\_\_

Vänligen kontrollera att alla frågor är ifyllda. Tack för Din medverkan!