

Mastergradsoppgave

Anne Mosdøl Haugo

Veien til varig endring

Et kvalitativt forskningsprosjekt
om hvordan å lykkes med en
endring av fysiske aktivitetsvaner



Høgskolen i Telemark

Fakultet for allmennvitenskapelige fag



Høgskolen i Telemark

Veien til varig endring:

**Et kvalitativt forskningsprosjekt om
hvordan å lykkes med en endring av fysiske aktivitetsvaner**



Mastergradsavhandling i idrett- og friluftslivsfag 2012
Anne Mosdøl Haugo



Avdeling for allmennvitenskaplige fag

Høgskolen i Telemark 2012
Høgskolen i Telemark
Avdeling for allmennvitenskapelige fag
Institutt for idrett- og friluftslivssfag
Hallvard Eikas plass
3800 Bø

<http://www.hit.no>

Denne avhandlingen representerer 60 studiepoeng.

© Rettigheter etter lov om åndsverk: Anne Mosdøl Haugo

Trykket ved Høgskolens kopisenter i Bø

Omslagsfoto/-illustrasjon: Anne Mosdøl Haugo (privat)

Sammendrag:

Bakgrunn: Hovedmålet med oppgaven var å få bedre kjennskap til endringsprosesser innenfor fysisk aktivitet, ved å følge fem mindre aktive eller inaktive mennesker som har klart å endre sitt fysiske aktivitetsnivå. Deretter ønsket jeg å se på hvilken innvirkning denne endringen hadde på deres liv.

Metode: For å få et bedre innblikk i, - og større forståelse for hvordan en endringsprosess oppleves for den enkelte, valgte jeg kvalitativt intervju som metode med hermeneutisk- og fenomenologisk vitenskapsteoretisk tilnærming (Thøgersen, 2004, Kvale og Brinkmann, 2009, Tjora, 2010, Malterud, 2011). Som teoretisk forståelsesramme valgte jeg å ta utgangspunkt i den transteoretiske læringsmodell (TTM), som er en mye brukt teori for å forstå atferdsendringer generelt, men også for å forstå endringer innen fysisk aktivitet (Barth et. al., 2006. Biddle og Mutrie, 2008. Prescott og Børtveit, 2011, SHdir, 2011). Min forskning ble gjort på Rehabiliteringssenteret AiR, et senter for arbeidsrettet rehabilitering. I løpet av to måneder (mai-juni 2010) fulgte jeg to team, hvor jeg intervjuet brukerne strukturert, både ved innkomst og ved avreise (28 stk). Cirka fire måneder etter oppholdet foretok jeg et strukturert telefonintervju, hvor jeg kartla hvordan det hadde gått med brukerne, før jeg deretter gjorde et strategisk utvalg av fem brukere som hadde klart å gjøre en positiv endring i forhold til sitt fysiske aktivitetsnivå. Jeg foretok et semistrukturert dybdeintervju av de fem, cirka syv til ti måneder etter endt opphold på AiR.

Resultat: Brukerne beskriver oppholdet på Rehabiliteringssenteret AiR som positivt i forhold til deres endringsprosess. De fremhever at oppholdet har gitt dem gode erfaringer og opplevelser med det å være i fysisk aktivitet, og beskriver at de gjennom aktivitet, samtaler og deltakelse i gruppe sammen med andre har fått styrket sin indre motivasjon og egen mestringsforventning ó troen på å lykkes med en endring.

Etter oppholdet fremhever de viktigheten av å ha et lokalt støtteapparat i form av et helsepersonell, familie og/eller venner som kan støtte dem i endringsprosessen. Da er det

særlig evaluerende -, emosjonell -, og instrumentell støtte vektlagt. Konkrete planer, noe som blant annet ble utarbeidet på AiR, var viktig for deltakerne den første tiden etter endt opphold, da dette hjalp dem å nå deres fastsatte mål. Syv til ti måneder etter endt opphold kunne alle fem beskrive at fysisk aktivitet er blitt en integrert del av livet deres. Det var da effekter som bedre form og økt overskudd som særlig ble trukket frem. Glede, lyst og positive opplevelser ved aktivitet var faktorer som motiverte dem for videre aktivitet etter endt opphold. I tillegg beskrives også mindre opplevd smerte, bedret søvn, vektnedgang, økt sosial omgang med familie og venner, bedret og mer stabilt humør og gjenopptakelse av fritidsaktiviteter som effekter av regelmessig aktivitet. Selv om disse fem brukerne klarte å få til en endring i forhold til sitt fysiske aktivitetsnivå beskriver de prosessen som utfordrende. Fire av fem brukere har blant annet opplevd tilbakefall. Tilbakefallene har likevel ikke ført til at endringen uteble, da alle kan fortelle om gode mestringsstrategier i forhold til tilbakefall. Da i form av høy mestringsforventning, høy grad av indre motivasjon, fokus på de positive effektene og opplevelsene som drivekrefter for å komme i gang igjen.

Konklusjon: Historiene til brukerne viser at en endringsprosess i forhold til fysiske aktivetsvaner både er tidkrevende og kompleks. Det krever både klare målsetninger, mestringsforventning og indre motivasjon for å lykkes med endringsprosessen. For at endringen skal bli varig kan det tyde på at det er viktig at en person har et støtteapparat rundt seg som kan bidra til å holde motivasjonen og mestringsforventningen oppe slik at det nyetablerte aktivitetsnivået blir opprettholdt. Et opphold på AiR kan i forhold til en endring av fysisk aktivitetsnivå virke fasiliterende, da et positivt opplevd opphold både gir en økt mestringsforventning, gode opplevelser og erfaringer i forhold til fysisk aktivitet.

Abstract:

Introduction: My primary goal with this research was to achieve better knowledge about the processes of change in physical activity, by looking at how five less active and inactive people were able to change their level of physical activity. Then I wanted to investigate the effects this change had on the person's life.

Methodology: In order to achieve insight and a better understanding of how each individual experience the change processes, I have chosen a qualitative interview as a method for my thesis, with hermeneutics - and phenomenology as a fundamental science theory (Thøgersen, 2004, Kvale og Brinkmann, 2009, Tjora, 2010, Malterud, 2011). As a theoretical frame for understanding, I have chosen to use the transtheoretical model of change (TTM) as a starting point. TTM is a commonly used theory to understand behavioral changes in general, but also to understand health changes in for instance physical activity (Barth et. al., 2006. Biddle og Mutrie, 2008. Prescott og Børtveit, 2011, SHdir, 2011)

I did my research at the Rehabilitation center AiR, which is a center for occupational rehabilitation. For two months (May-June 2010), I followed two teams, where I structurally interviewed 28 patients both when they arrived and right before they went home. About four months after they left AiR, I made a telephone interview with them, in order to find out to what extent their lives had changed after rehabilitation. I then strategically selected five of the patients, with whom I made long semi-structured interviews about their process of change, seven to ten months after the end of their rehabilitation.

Result: The participants described the four-week stay at the Rehabilitation centre AiR as positive. All of them had experienced the good benefits of being physically active during the stay. Through activity, conversations, planning and group membership at AiR, the five participants described that they have strengthened their inner motivation and self-efficacy ó the belief of succeeding with a change.

After the four-week stay, the participants emphasized the importance of local support, for instance healthcare personnel, family or/and friends as a support in the process of change. They point out evaluating-, emotional- and instrumental support as the most important. Specific and individual plans from AiR were important to the participants the first time after they came home. It helped them to stay motivated and to reach their goals. Seven to ten months after their stay at AiR, all five of the participants had integrated physical activity as part of their lives. It was particularly the physical effects as better physical shape, increased energy level and internal motivation in forms of joy, likes, and positive experiences which motivated them for activity. The participants also experienced other positive changes in their lives as less pain, better sleep patterns, weight loss, more social activity, a better and more stable mood, and two of the participants had also taken up old leisure activities.

Even though these participants have made a positive change in their physical activity level, they all describe the process as challenging. Four out of five participants experienced old habits recurring, but they all had good strategies for coping with the recurrence: High self-efficacy, internal motivation and focus on the positive effects and experiences functioned as forces to get them back in the game.

Conclusion: The participants' stories show that a change in physical activity level is both complex and time-consuming. It demands proper planning, high self-efficacy and internal motivation of the participants. If the goal is permanent change, it is also important for a person to have someone supporting them and thus contribute to keep up both motivation and self-efficacy. This research also shows that a rehabilitation stay at AiR can induce a process of change, because a positively experienced stay gives the participants increased self-efficacy and good experiences of being physically active.

Innholdsfortegnelse:

1:0: Bakgrunn, avgrensning og problemstilling for oppgaven:	4
Oppbygning av oppgaven :	9
2:0: Det vitenskapsteoretiske perspektivet for et kvalitativt forskningsprosjekt:	11
Valg av metode - humanistisk vitenskapelig tilnærming:	11
Fenomenologien – med subjektet som utgangspunkt:	12
Hermeneutikken – Hvordan jeg tolker og forstår.....	14
Den transteoretiske læringsmodell (TTM) som forståelsesramme:	15
Føroverveielsesfasen – ”det er deilig å slappe av”:	16
Overveielsesfasen – ”kanskje jeg burde gjøre noe”:	16
Forberedelsesfasen – ”min plan for fysisk aktivitet”:	17
Handlingsfasen – ”Nå sykler jeg to ganger i uka”:	17
Vedlikeholdsfasen – ”det er herlig å være i aktivitet”:	17
3:0: Praktisk gjennomføring av et kvalitativt forskningsintervju:	20
Metodetriangulering:	20
Planleggingsfasen:	23
Møte med brukerne:	23
Intervjuene på AiR:.....	24
Intervjuguide ved inntak:	24
Intervjuguide ved avreise:.....	24
Telefonintervju:	25
Intervjuguide for telefonintervju:.....	25
Utvalg til dybdeintervju:	26
Intervjuprosessen:	27
Forskerrolle:.....	28
Transkripsjon:	29
Analyse:	31
Foreløpige temaer:	32
Meningsbærende enheter:	32
Validitet og Reliabilitet:.....	35

4:0: AiR – Tiden før og under oppholdet:	40
Rehabiliteringssenteret AiR:	40
Beskrivelse av de fem brukerne:	41
Sondre – ”Nå er jeg klar til å komme i gang”:	41
Sissel – ”Det er så mye jeg har lyst til som jeg ikke klarer”:	41
Inge – ”Alt er tungt. Jeg må opp av sofaen å få et spark i ræva”:	42
Linda – ”Jeg klarer ingenting, alt gjør vondt”:	42
Lene – ”Jeg føler meg helt tom”:	43
Aktivitetsnivå, og forhold til fysisk aktivitet før AiR:	43
Brukerne sett i forhold til den transteoretiske læringsmodell (TTM):	46
Oppholdet på AiR – teamet, aktivitetene, målsetning og gruppa:	48
Teamet og idrettspedagogen:	49
Fysisk aktivitet på AiR:	52
Målsetningsarbeid:	56
Gruppens betydning for oppholdet på AiR:	59
5:0: Tiden etter AiR:	62
Aktivitetsnivå:.....	62
Hvordan trener brukerne – Sammen med andre? Eller alene?	64
Den gode samtalen – forståelse, empati og respekt:	67
Venner og familie – kan være den beste medisin:	72
Motivasjon, lyst og glede:.....	75
Forandring i motivasjon:.....	79
De positive opplevelsene:	82
Utfordringer og tilbakefall:	87
Hvordan ser brukernes liv ut i dag:	94
Sissel – ”Nå er livet mitt herlig. Jeg kan gjøre hva jeg vil, ingenting kan stoppe meg”:	94
Lene – ”Nå ser mannen min forandringer. Den gamle Lena er på vei tilbake!”:	95
Sondre – ”Alt går liksom av seg selv nå”:	95
Inge – ”Alt er så mye lettere nå, og det er jammen godt”:	95
Linda – ”Jeg kjente hvor godt aktivitet var for kroppen min”:	96
6:0: De de viktigste funnene:	97
Den transteoretiske læringsmodell som forståelsesramme:	97
Å lykkes med en endring av fysiske aktivitetsvaner:	99

Et positivt opphold på AiR	99
Klare planer og målsetninger i forhold til fysisk aktivitet.....	101
Lokal oppfølging fra en eller flere helsepersonell på hjemstedet.....	101
Støtte fra familie og/eller venner	102
Gode erfaringer, opplevelser og effekter gir økt motivasjon for fysisk aktivitet:	103
Mestringsforventning:.....	103
Gode strategier for å løse (eventuelle) tilbakefall	104
7:0: Konklusjon:	105

1:0: Bakgrunn, avgrensning og problemstilling for oppgaven:

"Du klarer det Anne!" Stemmen var klar og tydelig, nesten på grensen til streng. *"Du må tørre å stole på beina! Kom igjen!"*. Det var mannen min som ropte på meg. Vi var på vei opp Heftys renne på Store Skagastølstind i Jotunheimen. Klatring var ikke noe nytt for meg, men det å bruke klatring som verktøy for å bestige luftige fjelltopper, det var nytt. Dagen hadde vært lang. Vi hadde stått opp før soloppgang for å sikre oss å være første mann opp i renna. Den var utsatt for steinsprang og det var trangt om plassen, så for oss som var ferske i "gamet" gjaldt det å være først. *"Det er viktig at vi får klatre i eget tempo uten forstyrrelser"* sa Tor Olav. Turen frem til "hjørnet", det vanskeligste og luftigste partiet hadde så langt gått greit.

Det var min tur å klatre, spenningen økte og pulsen var høy. Jeg visste det var trygt, det var jo Tor Olav som sikret meg, og tauet var festet. Jeg hadde jo tross alt klatret mye vanskeligere ruter før, så dette burde ikke være et problem, men... Det var det store MEN'et. Det var frykten jeg følte. Dette var nytt, luftig og annerledes. Ville ferdighetene mine fungere som de normalt sett gjorde, eller ville jeg bli stiv av skrekk midt i det vanskeligste partiet? *"Kom igjen!"* ropte Tor Olav på ny. Stemmen var strengere nå, men samtidig rolig og støttende. *"Dette klarer du, Anne,"* sa jeg til meg selv. *"Ha fokus oppover"*. Jeg tok avgjørelsen og klatret. Jeg flyttet meg raskt og kontrollert, samtidig som jeg beveget meg oppover. Pulsen økte, bein og armer skalv, de var slitne, men så, uten og helt å få det med meg, var jeg nådd toppen.

Jeg så ingenting. Rundt meg var hele verden kledd i hvitt. "Storen" lå inntyllet i tåke, og utsikten lot vente på seg, men for meg gjorde det ingenting, jeg var nådd toppen. Begeistringens spredte seg i hele kroppen. Jeg var sliten, men på en så utrolig deilig måte. Bestigningen av fjellet hadde vært på grensen av hva jeg kunne utrette, både fysisk og psykisk hele veien opp. På toppen kjente jeg glede og stolthet over å ha mestret fjellet. Enda bedre ble det da jeg kjente sola varme gjennom tåka. Etter ti minutter på toppen med sjokolade, kaffe og brødslike kom sola, og Jotunheimen viste seg på sitt vakreste, der majestetiske fjell og krystallklare vann badet i sol.

Denne turen i Jotunheimen var for meg en fantastisk opplevelse hvor fysisk aktivitet, kunnskap og godt utstyr var verktøyet som gjorde turen mulig. Selv om denne turen ga meg følelsen av mestring¹, glede, utfordring, fysisk slit og stolthet, tror jeg ikke en slik tur vil fremkalle de samme følelsene hos alle som den gjorde for meg.

Jeg har selv prøvd mange idretter og aktiviteter for å finne ut at det er fjell og ski som er den formen for fysisk aktivitet som gir meg størst utbytte både fysisk og psykisk. Uansett arena, om det er inne i en gymsal, ute i skibakken eller oppe i den norske fjellheimen, er jeg overbevist om at fysisk aktivitet kan være en kilde for gode opplevelser og økt livskvalitet² for den enkelte, slik det har vært for meg. Utfordringen er at hver enkelt må finne de aktivitetene som gir dem glede, påfyll og motivasjon.

Det er kjent at fysisk aktivitet har en positiv innvirkning både på vår fysiske og psykiske helse og velvære³. På tross av dette, er det likevel mange mennesker som har et inaktivt liv. Vi tilbringer mye mer tid i bil, foran data, playstation og tv. Da Helsedirektoratet i 2008/2009 gjorde en undersøkelse av folks aktivitetsvaner viste tall fra undersøkelsen, at kun 20 % av deltakerne i prosjektet⁴ var innenfor Helsedirektoratets anbefalinger om 30 min moderat⁵ fysisk aktivitet hver dag (ShDir, 2009). Med moderat aktivitet menes da aktivitet som krever tre til seks ganger så mye som energibehovet i hvile (Anderssen og Strømme, 2001).

Jeg finner det underlig at så få mennesker i Norge klarer de nasjonale anbefalingene, når nesten hver bygd og by har stor variasjon i aktivitetstilbudene, både for barn og voksne. Dersom man ikke ønsker å benytte seg av de mer organiserte treningstilbudene, har vi også en unik arena i vår varierte natur, som etter min mening kan gi positive opplevelser av de

¹ For å forstå begrepet mestring bruker jeg Lazarus og Folkman (1984) sin tilnærming som forklarer mestring som opplevelsen av å ha krefter og ressurser til å møte utfordringer, noe som igjen vil gi følelsen av å ha kontroll over eget liv.

² Her finnes mange definisjoner, men en mye brukt definisjon som jeg synes beskriver livskvalitet godt er Næss (2001, s.27, i Lærum, 2009) sin: *"Livskvalitet er hvor godt eller dårlig enkeltpersoner opplever å ha det, en grunnstemning av glede"*

³ Som blant annet bedre lungefunksjon, økt slagvolum, bedre sammentrekningsevne av hjertet, bedre mage-tarm funksjon, styrker skjellettet, mindre risiko for artrose, gir smertelette, styrket immunforsvar, sterkere muskulatur, bedre balanse, bedre søvn, økt arbeidsevne, økt overskudd og mye mer (Bahr et. al, 2008)

⁴ Det var 3464 deltakere som deltok i kartleggingsundersøkelsen Kan1 (Shdir 2009).

⁵ Også definert som aktivitet som øker hjerterefrekvensen til 60-75 prosent av det maksimale (Folkehelseinstituttet, 2012).

sjeldne. Hvordan kan det da ha seg at så mange velger å sette seg ned, og kun oppnår høy puls når de ser noe spennende på tv?

I undersøkelsen *"Fysisk innaktive i Norge"* som ble gjort i 2009, ble det sett på hva som skal til for å få innaktive til å bli aktive. Av respondentene sa 76 % i undersøkelsen at de hadde et ønske om et fysisk aktivt liv, men ikke fikk det til (Ommundsen og Aadland, 2009). Hvis ønsket er så stort, kunne man tro at det bare var å ta på seg joggeskoene å gå seg en tur? I prinsippet burde det være så enkelt, men det viser seg at de som er inaktive ofte mangler mobiliseringskraften, nettverket, motivasjonen og overskuddet til å bli mer fysisk aktive (Ommundsen og Aadland, 2009). Det å ta seg en tur i skogen ser ut til å være lettere i teorien enn i praksis. I mitt virke som fysioterapeut møter jeg daglig mennesker som er inaktive og har de overnevnte problemene. Mange har også fått helseplager grunnet sin sedate livsstil, eller motsatt, fått sedat livsstil grunnet sine plager. Uansett om den inaktive livsstilen er et resultat av plagene eller en årsak til plagene, vet man i dag at fysisk aktivitet kan forebygge, brukes som behandling, og redusere medisinbruk for en rekke sykdommer og tilstander⁶. Derfor er viktigheten av å få folk i aktivitet, betydelig (Bahr et. al, 2008). Siden det ikke er virker å være så lett som *"bare å ta på seg joggeskoene"*, undrer jeg; Hva skal da til for å klare å legge om til en aktiv livsstil?

Staten har også prøvd ulike tiltak for å prøve å få folk i fysisk aktivitet. I St. meld 16, *"Resept for et sunnere Norge"*⁷ i 2002/2003 ble fysisk aktivitet som forebygging og behandling for alvor satt i fokus. I den sammenheng ble grønn resept lansert, som var en takstordning legene kunne løse ut når de brukte veiledning om livsstilsendring i behandling (i forhold til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk). Grønn resept ble et alternativ til medikamenter for diagnosene hypertensjon og Diabetes2 (Båtevik. et. al, 2008). I evalueringen av grønn resept ble det funnet ut at ordningen var snever og vanskelig å gjennomføre. Det ble derfor et behov for å utvikle kvalitetssikrede tilbud innen endring av helseatferd, og resultatet ble lavterskeltilbud som vektla endringer i forhold til fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Helsedirektoratet

⁶ Blant annet diabetes, hypertensjon, overvekt, kroniske smerter, depresjon og en rekke andre livsstilssykdommer (Se innholdsfortegnelse i Aktivitetshåndboka, Bahr. Et. al, 2008).

⁷ Hensikten med *"Resept for et sunnere Norge"* var å rette søkelyset mot folkehelsearbeid, og å se på hvilke faktorer som bidrar til forringet helse, samt hva som motvirker det. I denne sammenheng skulle fysisk aktivitet brukes som et helsefremmende middel både i forebygging og behandling av en rekke livsstilssykdommer (St. meld nr. 16, 2002/2003).

gav tilskudd til fem fylker for utprøving av lavterskeltilbud (ShDir, 2011). Ett av disse fylkene var Nordland, og Alstahaug kommune⁸ ble blant annet plukket ut som pilot kommune. Da jeg kom til Alstahaug, som turnuskandidat innen fysioterapi, hadde fysioterapiavdelingen hatt lavterskeltilbud⁹ i noen år. I min turnustjeneste fikk jeg innblikk i, og erfaring med hvordan fysioterapeutene brukte fysisk aktivitet som intervensjon, for mennesker som trengte en livsstilsendring¹⁰. Kanskje kunne et slikt tilbud være løsningen på den økende inaktiviteten?

Lavtersekeltilbudet i Alstahaug bestod av tilpassede gruppetreninger, to ganger i uken med en times varighet. Målet var å få folk i gang med fysisk aktivitet. Gruppene ble kalt for ”trening på resept”, og gikk kontinuerlig gjennom hele året. I løpet av perioden jeg var i Alstahaug, fikk jeg se flere inaktive deltakere som klarte å legge om livsstilen sin og få fysisk aktivitet som en integrert del av livet sitt. Noen deltakere klarte å gjøre store endringer på to til tre måneder, mens andre brukte flere måneder eller år for å endre livsstilen sin. Noen klarte ikke å gjøre endringer i det hele tatt, og falt av aktivitetsopplegget. Av de som klarte å gjøre endringer, sa de fleste at det å være i aktivitet hadde stor betydning for deres funksjon og deres livskvalitet. Den gang spurte jeg aldri spesifikt hva det var som hadde gjort at de hadde fått til endringen, jeg krysset bare av på et spørreskjema, og lot være å spørre utdypende. Da jeg i 2010 selv skulle etablere en Frisklivsentral¹¹ i Vinje kommune, begynte på nytt spørsmålene om endringer og inaktivitet å kverne. Hvordan fikk disse inaktive menneskene til å bli fysisk aktive over tid? Hva var det de gjorde riktig for å få til en varig endring? Hvilken betydning har det å være fysisk aktiv hatt på deres liv? Hva var det som forandret seg? Dette var etter min mening essensielle spørsmål når målet med Frisklivsentralen i Vinje var å få folk til å komme i gang med aktivitet, og på sikt, forbli aktive. Samtidig med etableringen, begynte jeg også på mastergradstudiet innen idrett i Bø. Målet var å få bredere kunnskap og faglig tyngde innen idrett, fysisk aktivitet og helse, blant annet for at Frisklivsentralen i Vinje kunne tilby tjenester med høy kvalitet

⁸ Hvor jeg bodde høsten 2007 og våren 2008.

⁹ Dette var forløperen til det som i dag omtales som frisklivsentraller.

¹⁰ Kosthold- og røykesluttkurs ble også tilbudt.

¹¹ ”En frisklivsentral (FLS) er et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivsentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen” (s.7, ShDir, 2011).

Da jeg skulle velge tema for masteroppgaven ble det derfor innlysende for meg, at jeg ville skrive om endring av aktivitetsvaner, og hvilke positive innvirkninger dette kan gi på livet. Målet var at oppgaven kanskje kunne gi meg svar på min undring rundt endringsprosesser, samt ha betydning for hvordan jeg møter brukere ved Frisklivscentralen i Vinje Kommune.

I denne sammenheng var det flere områder innenfor fysisk aktivitet og endring som kunne vært spennende å se nærmere på, blant annet fysiologiske og psykologiske effekter ved endring av aktivitetsvaner over tid, endringer av aktivitetsvaner ut i fra ett smerte perspektiv – eksempelvis hvordan fysisk aktivitet virker på en brukers smerteopplevelser, eller ut ifra ett arbeidsperspektiv – eksempelvis sammenhenger mellom fysisk aktivitet og arbeidsevne.

Likevel var det selve endringsprosessen som skapte størst undring, da det er i denne prosessen jeg møter brukerne i det daglige. Jeg ønsket derfor å se på hva disse menneskene selv beskriver som de viktigste faktorene for å lykkes med en endring av fysisk aktivitetsnivå.

På forhånd hadde jeg bestemt meg for at jeg ikke ville gjøre forskning på egen arbeidsplass, da mitt tilbud var nyetablert og opplegget fortsatt ikke var gjennomført over tid. På bakgrunn av dette, kontaktet jeg Rehabiliteringssenteret AiR (AiR) på Rauland, - en institusjon med et etablert tilbud, hvor brukergruppen kan sammenlignes med den gruppen mennesker jeg jobber med til daglig. På AiR brukes fysisk aktivitet som en del av intervensjonen for å få folk tilbake i arbeidslivet, og virket derfor som et egnet sted for å se nærmere på fysisk aktivitet og endring av aktivitetsvaner.

Derfor blir problemstillingen følgende:

”Hva skal til for å oppnå en varig endring i forhold til å være fysisk aktiv etter et endt opphold på Rehabiliteringssenteret AiR?”

På bakgrunn av denne problemstilling kom følgende arbeidsspørsmål opp: Hvilken betydning har Rehabiliteringssenteret AiR hatt i endringsprosessen? Finnes det noen felles faktorer, som har vært viktige for at brukerne har klart og lykkes med endringene? Hva motiverte brukerne

for å fortsette med fysisk aktivitet etter endt opphold? Har det vært utfordringer i prosessen? Og hvilken innvirkning har en endring av fysisk aktivitetsnivå hatt på brukernes liv?

Oppbygning av oppgaven :

I denne masteroppgaven skal jeg ta dere med i møtet med fem personer som har endret sitt fysiske aktivitetsnivå i positiv retning, ved å bli regelmessig fysisk aktive. Gjennom de fem historiene, er målet å belyse og beskrive hvordan en endringsprosess kan se ut for den enkelte og hva som påvirker den, og på den måten klare å komme i dybden bak fenomenet -, endring av fysisk aktivitetsnivå.

Etter innledningskapitlet følger to kapitler hvor dere får innblikk i oppgavens teoretiske forankring og metodevalg og prosess. I det første kapitlet går jeg igjennom min vitenskapsteoretiske tilnærming, og i det andre kapitlet gjennomgår den praktiske gjennomføringen av et kvalitativt forskningsintervju.

Under kapitlet *”Det vitenskapsteoretiske perspektivet for et kvalitativt forskningsprosjekt”* redegjør jeg for mitt valg av humanistiskvitenskapelig tilnærming med vekt på fenomenologiske og hermeneutiske vitenskapsteoretiske perspektiver, og dets betydning for oppgaven. Til slutt presenterer jeg den transteoretiske læringsmodell (TTM) som den teoretiske forståelsesrammen i oppgaven.

Den andre delen *”Praktisk gjennomføring av et kvalitativt forskningsintervju”* gjennomgår jeg den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen fra start til slutt. Å redegjøre for prosessen ser jeg som en nødvendighet for å vise hvordan jeg har kommet frem til mine funn, og for å sikre validitet og reliabilitet i oppgaven.

Påfølgende kommer resultatdelen, som også er delt i to. Første delen *”AiR – Tiden før og under oppholdet”* innleder med en beskrivelse av Rehabiliteringssenteret AiR som institusjon, og av brukerne som har bidratt til å gjøre denne oppgaven mulig. Deretter er kapitlet delt opp i underkapitler, hvor funnene blir presentert og sett i sammenheng med annen forskning

innenfor temaet. Følgende underkapitler er satt opp i den første resultatdelen (kronologisk rekkefølge):

- Rehabiliteringssenteret AiR
- Beskrivelse av de fem brukerne
- Aktivitetsnivå, og forhold til fysisk aktivitet før AiR
- Brukerne sett i forhold til den transteoretiske læringsmodell (TTM)
- Oppholdet på AiR – teamet, aktivitetene, målsetning og gruppa.

Den andre resultatdelen "*Tiden etter AiR*", består innholdsmessig av de 7 – 10 mnd etter oppholdet. Her blir det presentert hvordan det har gått med de fem brukerne etter oppholdet, hva de fremhever som viktig for å lykkes med endringsprosessen etter endt opphold og hvordan regelmessig fysisk aktivitet har påvirket deres liv. Også dette kapitlet er delt opp i underkapitler, og følgende er satt opp (kronologisk rekkefølge):

- Aktivitetsnivå
- Hvordan trener brukerne – Sammen med andre? Eller alene?
- Den gode samtalen – forståelse, empati og respekt
- Venner og familie – kan være den beste medisin
- Motivasjon, lyst og glede
- De positive opplevelsene
- Utfordringer og tilbakefall

I oppsummeringskapitlet vil jeg forsøke å samle trådene fra kapittel fem og seks, redegjør for hvilken innvirkning endring av aktivitetsnivå har hatt for brukerne, for deretter å besvare min problemstilling, om hva som skal til for å lykkes med en endring av fysiske aktivitetsvaner etter et endt opphold på AiR. Tilslutt vurderer jeg den transteoretiske læringsmodell som en egnet teori for å forstå endringsprosesser. Det hele munner ut i en konklusjon som sier noe om oppgavens relevans og nytteverdi.

|

2:0: Det vitenskapsteoretiske perspektivet for et kvalitativt forskningsprosjekt:

I dette kapitlet gjennomgår jeg valg av vitenskapelig tilnærming, samt vitenskapsteoretisk forankring til min undersøkelse. Jeg har vist hvorfor en humanistisk vitenskapelig tilnærming med vekt på fenomenologi og hermeunetikk vil være egnet i min oppgave. Til slutt i kapitlet gjennomgås teorien, den transteoretiske læringsmodell, jeg har brukt som forståelsesramme gjennom hele oppgaven, og hvorfor denne teorien er valgt.

Valg av metode - humanistisk vitenskapelig tilnærming:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel for å løse og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”
(W. Aubert, s.71, Dalland, 2007).

Metoden er vårt verktøy for å samle inn verdifull data om et fenomen. Ved valg av metode, er det viktig å ta utgangspunkt i valgt problemstilling, slik at man klarer å innhente den kunnskap man trenger for å belyse det gitte fenomenet (Dalland, 2007).

I samfunnsvitenskapelig forskningen er det kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode som anvendes for å innhente ny kunnskap De kvalitative metodene har til hensikt å presentere mangfold og nyanser, samtidig som det skal fremheve innsikt og forståelse. De kvantitative metodene bygger på numeriske data, og vektlegger oversikt og forklaring (Tjora, 2010. Malterud, 2011). Derfor kan ulike metoder beskrive en og samme virkelighet forskjellig. På bakgrunn av dette, vil det i følge Malterud (2011) være forskerens posisjon og perspektiv som vil avgjøre hvilken kunnskap som kommer frem.

Mitt mål med oppgaven er å gå i dybden av historiene og erfaringene. Jeg ønsker å belyse og få innsikt i hva som motiverer til aktivitet etter endt opphold på AiR, og hvordan det å være regelmessig fysisk aktiv påvirker en brukers liv For å få et best mulig innblikk i dette er

naturlig å velge kvalitativt intervju som metode, da man i kvalitative intervju går inn i forskningen med en genuin nysgjerrighet på hvordan folks liv formes (Tjora, 2010).

”I den kvalitative undersøkelsen er det ikke tall, men ord og sanseinntrykk som er vår analytiske enhet. Man ønsker å komme bak tallene og forstå og fortolke et fenomen” (s.64, Magnus og Bakketeig, 2000).

Ved å belyse egenskaper hos den enkelte som gjør han/henne unik, er man inne på ord og begreper hvor betydningen for den enkelte vanskelig kan sies å være universell. Man er inne på grunntanken innen humanistisk forskning, hva det vil si å være menneske, hvordan vi reflekterer rundt oss selv og våre relasjoner til verden. Slike fenomener er vanskelig å redusere til tall og statistikk, noe som gjør kvantitativ metode mindre egnet i min forskning (Thornquist, 2006). På bakgrunn av dette ble min vitenskapelige tilnærming til den kvalitative forskningen, kvalitativ -humanistisk, med vekt på fenomenologi og hermeunetik¹².

Fenomenologien – med subjektet som utgangspunkt:

Kvalitativ forskning tar utgangspunkt i en eller flere vitenskapelige tradisjoner (Tjora, 2010). Som nevnt ovenfor tar jeg utgangspunkt i fenomenologien som vitenskapelig tilnærming, i søken på ny kunnskap om det å gjøre endringer i forhold til fysisk aktivitet. Fenomenologien er en vitenskapsteoretisk tilnærming hvor menneskelig erfaring står i sentrum (Malterud, 2011). Den tyske filosofen Edmund Husserl, (1859 – 1938) fenomenologiens far, mente naturvitenskapen¹³ var på vei til å lede vitenskapen på avveie. Han mente spørsmålet om epistemologi burde gjenopptas til diskusjon: *”Hvordan oppnår man gyldig viten?”*. Å skille mellom det erkjennende subjektet og det som skal erkjennes, ville i følge Husserl gjøre at grunnlaget for vår forståelse ble borte. Fokuset burde være på hvordan noe fremtrer for vår bevissthet, - at vi oppfatter verden gjennom vår bevissthet, og ikke hvordan det ”noe” er som

¹² Teori om fortolkning (s. 26, Malterud, 2011). Inngående forklaring kommer under hermeunetikken som underkapittel.

¹³ Naturvitenskapen var den dominerende tanken på Husserls tid. Da var verdensbilde mer mekanisk, erfaringer dreide seg om det observerbare, konstaterbare og målbare. Alt skulle kunne telles, måles eller veies (Thornquist, 2006).

en ytre, isolert ting (Thøgersen, 2004. Thornquist, 2006. Tjora, 2010). Nettopp det at vi oppfatter gjennom vår bevissthet og at fenomener opptrer ulikt for den enkelte, er det jeg ønsker å fremheve i min forskning.

For å få forståelsen for hvordan vi oppfatter et fenomen, må vi kjenne til begrepet sansing. Jeg velger å bruke begrepet slik den franske filosofen og fenomenologen Merleau-Ponty (1908 – 1961)¹⁴ gjorde. Merleau – Ponty mente at sansning er vår mulighet til å oppleve og å erfare verden. Sansing er ikke passiv mottakelse av et fenomen, men en aktiv handling som har med enkeltmenneskets subjektivitet, opplevelse og mening å gjøre¹⁵ (Thøgersen, 2004). Dette perspektivet var blant annet viktig for meg da jeg skulle prøve å forstå hva brukerne mente når de beskrev fysisk aktivitet. De brukte ord som tungt, slitsomt, mestring, glede, utfordrende og lyst som en del av det å være i fysisk aktivitet. Hva som opplevdes som tungt, eller hva det var som gav mestring ved fysisk aktivitet var ulikt for de fem brukerne jeg intervjuet, noe som viser at opplevelsene og hva som legges i de samme begrepene er forskjellig. Å bruke en fenomenologisk tilnærming, hvor den enkeltes opplevelse og mening blir inkludert i forklaringene av begrepene, gjorde det lettere for meg å forstå og å få bedre innsikt i hva som skaper en endringsprosess innenfor fysiske aktivitetsvaner. Å se fysisk aktivitet som en aktiv handling som oppleves subjektivt, noe som er sentralt i fenomenologien, var derfor en tungtveiende årsak til at denne vitenskapeteoretiske tilnærmingen foretrukket. Hadde jeg på den andre siden valgt en naturvitenskapelig tilnærming ved å bruke McArdle's mye brukte definisjon (1996, i Biddle og Mutrie, 2008): ”*Fysisk aktivitet er alle kroppslige bevegelser som resulterer i økt energiforbruk*” kunne jeg stått i fare for å gå glipp av essensen i hva brukerne la i begrepet fysisk aktivitet og hva som kan påvirke i en endringsprosess. Dette fordi naturvitenskapen reduserer all sansing til fysiologiske prosesser, og ser bort i fra de subjektive opplevelsene og erfaringene (Thøgersen, 2004. Thornquist, 2006). En naturvitenskapelig tilnærming vil derfor være mindre egnet til å svare på min problemstilling da det kan være vanskelig å få svar på hvordan en endringsprosess ser ut for den enkelte.

Innenfor feltet fysisk aktivitet står også tanker om kropp og kroppslighet sentralt, noe som også er viktig i min oppgave. Kroppen har vært under naturvitenskapens domene i lange tider, og blitt forklart som et rent naturfenomen uavhengig av tid, sted og sammenheng.

¹⁴ Mye av Merleau-Pontys arbeid er inspirert av Husserl (Thøgersen, 2004).

¹⁵ Dette blir også omtalt som det som ”med-gis” (Thornquist, 2006)

Fenomenologien tar også et oppgjør med dette, og har en annen tilnærming til begrepet kropp. Merleau-Ponty introduserte begrepet kroppsfenomenologi, hvor han videreutviklet fenomenologiens subjektbegrep og tenkning, til og også gjelde kroppen. Det vil si at kroppen ikke er noe objektivt og eget, den er uløselig knyttet til verden, og er en del av det menneskelige og meningskapende liv (Thøgersen, 2004, Thornquist, 2006).

Å bruke kroppsfenomenologi – at man sanser og erfarer gjennom kroppen, gav meg derfor en bedre forståelse for brukernes endringsprosesser. Brukerne beskriver flere ganger at de har gjort kroppslige erfaringer som har påvirket deres endringsprosess positivt. De trekker frem at de har hatt positive opplevelser ved å bruke kroppen i aktivitet, gir beskrivelser av at den fysiske formen er blitt bedre og de klarer mer uten å bli slitne og at alt går lettere. *Subjektive opplevelser som har bidratt eksempler.*

Hermeneutikken – Hvordan jeg tolker og forstår.

Hermeneutikk handler om hvordan vi kan forstå og fortolke meningsfulle fenomener (Gilje og Grimen, 1993). Dette er den andre vitenskapsteoretiske tilnærmingen jeg bruker i min oppgave, og det blir et viktig redskap for å forstå det jeg ser og hører, samtidig som den hjelper meg å fange det som er relevant for min problemstilling ut fra mine intervjuer. Når man skal forstå og fortolke er fokuset på helhet, og fenomener sett i forhold til kontekst er sentralt.

”Hermeneutiske analyser forutsetter at ingen fenomener kan forstås uavhengig av dens større helhet de inngår i” (s. 374, Grønmo, 2004).

Viktig i forståelsesprosessen er den hermeneutiske sirkel, det vil si at man må forstå *”delene ut fra helheten og helheten ut fra delene”* (s.142, Thornquist, 2006). Når vi forstår nye sider ved et fenomen, er dette med på å forandre vårt helhetsinntrykk, og vi bygger oss dermed en ny forståelse. Den nye forståelsen av fenomenet er igjen med på å belyse enkeltdelene fra et annet perspektiv, noe som på nytt kan påvirke helhetsforståelsen. Det er denne runddans som gir oss begrunnelser og grunnlag for våre fortolkninger. Som Gilje og Grimen (1993) sier, blir det derfor kanskje mer riktig å snakke om den hermeneutiske spiral enn sirkel, noe

som ikke kommer tilbake til et gitt utgangspunkt, men beveger seg mot et mer omfattende forståelsesnivå.

Å bruke den hermeneutiske spiral var nyttig for meg i analyse og fortolkningsprosessen. Blant annet kom det frem at fysisk aktivitet også hadde påvirkning på andre områder i livet i tillegg til en positiv fysisk og psykisk effekt, da en av brukerne snakket om at han hadde blitt mer aktiv innen politikk den siste tiden. I begynnelsen kunne jeg ikke se at dette hadde noen sammenheng med en endring av fysisk aktivitetsnivå, men etter hvert ble det tydelig for meg at den regelmessige fysiske aktiviteten hadde gjort at han nå hadde overskudd til å gjenoppta denne fritidsaktiviteten. Dette gav meg en oppdagelse av at fysisk aktivitet også gav effekter på andre områder i livet utenom de innlysende effektene nevnt i litteraturen (Bahr, et. al, 2009). Bruk av den hermeneutiske spiral for å forstå enkeltdelene i sammenheng med helheten og motsatt, gjorde at jeg fikk en bedre forståelse av sammenhengen og kompleksiteten i en endring av fysisk aktivitetsnivå.

Den transteoretiske læringsmodell (TTM) som forståelsesramme:

Da min oppgave omhandler endring av aktivitetsvaner følte jeg at jeg trengte en teoretisk forståelsesramme for å kunne tolke de beskrivelsene brukerne gav av fenomenet endring. Når man skal belyse endringsprosesser innenfor fysisk aktivitet og endring av fysisk aktivitetsnivå, finnes det en rekke teoretiske tilnærminger. En enkel og utbredt modell innenfor helse og atferdsendring er kunnskapsmodellen (KAP), som tilsier at *”kunnskap påvirker holdning, noe som igjen påvirker atferd”* (s. 105, Mæland, 2010). Denne modellen har fått en del kritikk da vår atferd også kan påvirke våre holdninger (Biddle og Mutrie, 2008. Mæland, 2010). Et eksempel på dette kan være at en innaktiv person kan ha en formening om at fysisk aktivitet er kjedelig uten å ha erfaring med fysisk aktivitet. En annen brukt modell innfor helse og atferdsendringer er modellen for helseoppfatning, som tar utgangspunkt at man oppfatter den atferden man har som truende for helsen, og derfor gjør en endring (Biddle og Mutrie, 2008. Mæland 2010). Ser man i innledningen kunne forskning gjort på inaktivitet, tyde på at frykt for dårlig helse ikke var stor nok motivasjonsfaktor for fysisk aktivitet, da det var mangel på motivasjon og tiltakslust som ble fremhevet (Ommundsen og Aadland, 2009). Dette kan tyde på at heller ikke denne modellen er optimal som forståelsesramme i min

oppgave. En tredje modell for atferdsendring som den senere tiden også er brukt innenfor fysisk aktivitet er den transteoretiske læringsmodell (TTM). Det som skiller den transteoretiske læringsmodell fra andre modeller om endring, er at den forklarer endring gjennom stadier, og forener psykologiske prosesser med hvordan mennesket handler (Biddle og Mutrie, 2008, Wester et. al, 2009. Mæland, 2010). Selv om det finnes andre modeller for atferdsendringer¹⁶, og alle modeller har sine styrker og svakheter anser jeg TTM som en god forståelsesramme, da de individuelle og psykologiske prosessene ved en endring er noe jeg anser som viktige perspektiver i min oppgave. Teorien sier også noe om helsepersonellens rolle i en endringsprosess, noe som er vesentlig da min forskning gjennomføres på en helseinstitusjon (Biddle og Mutrie, 2008. Prescott og Børtveit, 2011).

TTM ble utviklet av Prochaska og DiClemente (1984), og består av fem faser: føroverveielses-, -overveielses-, -forberedelses-, -handlings- og vedlikeholdsfasen (Naidoo og Wills, 2000. McKenna og Riddoch, 2003. Barth et. al, 2006. Biddle og Mutrie, 2008. Wester et. al, 2009. Mæland, 2010. Prescott og Børtveit, 2011).

Føroverveielsesfasen – ”det er deilig å slappe av”:

En person i føroverveielsesfasen vil si at personen ikke opplever et problem i forhold til livsstil og fysisk aktivitet (Biddle og Mutrie, 2008). Den innaktive ser kun godene med det å være innaktiv, som for eksempel at det å slappe av på sofaen er deilig. De negative helsekonsekvensene enses ikke. En person på dette stadiet vil ofte ikke se poenget i en endring.

Overveielsesfasen – ”kanskje jeg burde gjøre noe”:

I overveielsesfasen begynner en person å bli bevisst sine uvaner. Vedkommende innser at det å ligge på sofaen både har positive og negative sider. Mange kan oppleve en konflikt med seg selv, og synes det er vanskelig å finne ut hvilken atferd som motiverer mest. Dette kalles ambivalens (Prescott og Børtveit, 2011). Her er det viktig for helsearbeidere å møte personene

¹⁶ Eksempelvis: teorien om planlagte handlinger, Sosial-kognitiv teori, the health action process approach, Den sosialøkologiske modell (Biddle og Mutrie, 2008. Wester et. al. 2009. Mæland, 2010).

i dialog. Målet er å hjelpe dem å utforske, reflektere over, og å utfordre ambivalensen (Barth et. al, 2006).

Forberedelsesfasen – ”min plan for fysisk aktivitet”:

I forberedelsesfasen er blikket rettet mot endring. Motivasjon for endring går over til å bli en konkret plan for handling. Dette er ofte en kort fase som viser at den innaktive har tatt en beslutning om å begynne med fysisk aktivitet. I denne fasen er målsetningsarbeid og individuelle planer viktig for å få konkretisert ønskene (Prescott og Børtveit, 2011).

Handlingsfasen – ”Nå sykler jeg to ganger i uka”:

I handlingsfasen har en person iverksatt de eller den endringen som skal til for å begynne med fysisk aktivitet. Den transteoretiske læringsmodell sier at handlingsfasen gir rom for ambivalens, da de fysiske aktivitetsvanene ikke er godt nok integrert i deltakerens liv, og det er ikke full automatikk i utførelsen av aktivitetene (Prescott og Børtveit, 2011). Barth et. al (2006) sier at hvis forberedelsesarbeidet ikke er godt nok, vil vedkommende falle tilbake til gamle vaner, og mest sannsynlig ikke klare å gjennomføre endringen. Det understrekes derfor at stadiene før handlingsfasen er jobbet grundig med.

Vedlikeholdsfasen – ”det er herlig å være i aktivitet”:

I vedlikeholdsfasen er det nye atferdsmønsteret, - det å være i fysisk aktivitet, blitt en del av hverdagen. En person er inne i en god utvikling på veien til varig endring. Det positive med å være i aktivitet er i fokus, ikke bare det negative ved å være inaktiv. Prescott og Børtveit (2011) sier at vedlikeholdsfasen er når endringen (å være fysisk aktiv) er opprettholdt i 6 måneder eller mer. I denne fasen er det også mange som opplever tilbakefall til tidligere stadier. Dette skjer særlig ved tre tilfeller: Når man opplever stress, bekymringer, eller negative følelser, når man har konflikter med andre personer, og/eller når man utsettes for sosialt press for å gjenoppta tidligere atferd (Marlatt og Gordon 1985, s.112. Mæland, 2010). Den transteoretiske læringsmodell beskriver at man må igjennom fem faser for å lykkes med en atferdsendring. Den sier noe om hvordan en person opptrer i de ulike fasene, og hva som

skal til for at man skal bevege seg fremover i endringshjulet til vedlikeholdsfasen og varig endring. Også vektlegges det hvordan man som helsepersonell kan møte en person i de ulike fasene for å kunne bidra positivt i en persons endringsprosess (Barth et. al, 2006. Biddle og Mutrie, 2008). For meg er dette et sentralt perspektiv å se hvordan helsepersonell ved Rehabiliteringssenteret AiR har bidratt i forhold til de fem personenes endringsprosess.

Selv om den transteoretiske læringsmodell er en egen teori, finner man også elementer fra Banduras sosial kognitive teori (SET) ¹⁷. Det er særlig begrepet self-efficacy, mestringsforventning, som også blir vektlagt i den transteoretiske læringsmodell (Torp 2005. Barth et. al, 2006. Precott og Børtveit, 2011). Mestringsforventning blir forklart som individets tro på at han/hun vil lykkes med det som skal gjennomføres, eksempelvis troen på å lykkes med fysisk aktivitet etter endt opphold på AiR. I følge SET er det fire faktorer som påvirker vår mestringsforventning; *Tidligere erfaringer* - som er det som påvirker vår tro på å lykkes mest i nye situasjoner. *Fysiologisk affektiv tilstand*- som vil si at en person erverver ny kunnskap om eksempelvis hva som skjer i kroppen under trening, og at de ”negative” responsene som blant annet andpustenhet, muskelsårhet og lignende er helt naturlig og faktisk en positiv respons i forhold til aktivitet. *Modell læring*¹⁸ - vil si at gode rollemodeller rundt en person kan påvirke mestringsforventningen positivt. Den fjerde og siste faktoren *sosial påvirkning* vil si at vår tro også blir påvirket av de menneskene man omgås både positivt og negativt (Bandura, 1997. McAuley og Blissmer, 2002. Biddle og Mutrie, 2008. Wester et. al, 2009. Mæland, 2010. Prescott og Børtveit, 2011). Ser man på mestringsforventning ut i fra den transteoretiske læringsmodell sier teorien at det er vanskelig å få til en endring, uavhengig av fase, uten troen på å lykkes (Barth et. al, 2006).

Da den transteoretiske læringsmodell er en individuell teori som vil si at den tar utgangspunkt i den enkeltes kognitive og psykologiske faktorer for endring. Dette har blant annet sine svakheter ved ikke å inkludere alle aspekter ved en endringsprosess, eksempelvis demografi, sosial påvirkning og miljø (Mæland, 2010). Som forståelsesramme har teorien sine svakheter med at den beskriver en endringsprosess som lineær, at man beveger seg fra fase til fase og at

¹⁷ Dette er også en teori brukt for atferdsendring som sier at endring blir til både gjennom våre erfaringer, men også ut i fra våre kognitive forestillinger. Om vi vil lykkes med en handling, og om denne handlingen gir et ønsket utfall (Bandura, 1997. Mæland, 2010).

¹⁸ Modellering vil si at en person påvirkes av andre gode rollemodeller rundt en som er på cirka samme nivå som en selv (Bandura, 1997. Wester et. al, 2009).

motivasjon og troen på å lykkes økes etter som man kommer nærmere vedlikeholdsfasen. Dette har vist seg å være en for enkel måte å forklare atferdendringer, og at prosessen ikke er så lineær som først antatt. Det er også funnet andre forenklete forklaringsmetoder i forhold til atferdsendring, blant annet når det kommer til fenomenet tilbakefall. Det er funnet ut at forebygging av tilbakefall i handling- og vedlikeholdsfasen ikke bare handler om å unngå risikosituasjoner, men også handler om gode mestringsstrategier i den utfordrende situasjonen (Biddle og Mutrie, 2008, Marcus og Forsyth, 2009. Mæland, 2010). Derfor er det i følge Biddle og Mutrie (2008), og Marcus og Forsyth (2009) viktig å supplere med andre og mer egnede teorier/modeller på områder hvor den transteoretiske læringsmodell vanskelig kan forklare funn. Først da er det mulig å få et bedre forståelsesgrunnlag for kompleksiteten av en endring i forhold til fysisk aktivitet. Dette sier noe om at jeg i min forskning må være åpen for å benytte andre modeller og teorier der den transteoretiske modellen kommer til kort for å forstå og forklare mine funn.

3:0: Praktisk gjennomføring av et kvalitativt forskningsintervju:

I dette kapitlet gjennomgår jeg den praktiske gjennomføringen av mitt kvalitative forskningsprosjekt. Jeg innleder med å gjennomgå hvilken forskningsmetode jeg valgte for å belyse mitt tema, for deretter å gjennomgå prosessen fra start til slutt.

Metodetriangulering:

Ved oppstart av prosjektet hadde jeg i utgangspunktet tenkt å benytte to forskningsmetoder, intervju og observasjon. Målet var å følge to grupper gjennom et fire ukers opphold på Rehabiliteringssenteret AiR¹⁹, først ved observasjon i aktivitet, for således å intervju brukerne om deres erfaringer. Jeg tenkte dette kunne gi meg bredere kunnskap, da observasjonene kunne gi meg utfyllende tilleggsinformasjon i forbindelse med intervjuene. Hospiteringsperioden på AiR gjorde meg tvilende i forhold til bruk av to metoder. Tvilende på bakgrunn av det Dalland (2007) kaller forskningseffekten av observasjonsstudier. Det vil si at en person kan bli påvirket av at en forsker observerer dem. Denne forskningseffekten av observasjonsstudier erfarte jeg i hospiteringsperioden på AiR. Da jeg fikk tilbakemeldinger fra noen brukere som bekreftet påvirkningen i aktivitet:

”Du?! Så du alt jeg gjorde i den timen? Var det ikke bra?”

Selv om forskningseffekten i følge Dalland (2007) ofte er størst i begynnelsen av en observasjon, mener jeg effekten kunne få innvirkning på min forskning, da jeg hadde til hensikt å observere i begynnelsen av inntakene. Å velge bort observasjon har også sine ulemper, da jeg kan gå glipp av skjulte relasjoner som kan være vanskelig å fange opp i et intervju (Dalland, 2007. Malterud, 2011). I mitt tilfelle kunne det eksempelvis være gruppas virkning på hverandre i aktivitet, - Hvordan virket brukerne på hverandre, positivt og negativt, i aktivitet? Etter en nøye vurdering, kom jeg fram til at jeg kun ville gjøre kvalitativt

¹⁹ For mer inngående opplysninger om senteret kan du se det første underkapittel i neste kapittel, 5.

forskningsintervju, da mitt hovedfokus i oppgaven er å få tak i brukernes egne beskrivelser, og gå i dybden av dem.

Selv om det ikke finnes noen standardprosedyrer eller regler for et kvalitativt forskningsintervju, finnes det noen standardtilnærminger (Kvale og Brinkmann, 2009). Som en relativt uerfaren intervjuer, valgte jeg å bruke Kvale sin (s. 118, Kvale og Brinkmann, 2009) tilnærming i min oppgave: Intervjuundersøkelsens syv stadier. Dette var et meget nyttig verktøy, da det hjalp meg å holde en rød tråd og en god struktur gjennom hele oppgaven. Slik så den praktiske gjennomføringen ut for innhenting av data:

Praktisk gjennomføring

```
graph TD; A[Praktisk gjennomføring] --> B[1 mnd hospitering på AiR hvor jeg fulgte et team for å se hvordan de jobbet. Fikk testet ut intervjuguide, gjort noen kort strukturerte intervju og ett dybdeintervju.]; B --> C[Fulgte 2 inntak med 34 brukere i 4 uker. 28 ville være med i forskningen.]; C --> D[Strukturert intervju 10 - 15 min for å kartlegge fysisk aktivitetsnivå ved innkomst og forhold til fysisk aktivitet. Strukturert intervju 10 - 15 min for å kartlegge hvordan oppholdet hadde vært, og fysisk målsetning ved utreise.]; D --> E[4 - 6 mnd etter endt opphold 10 - 15 min telefonintervju om hvordan det gikk ift fysisk aktivitet etter endt opphold på AiR.]; E --> F[20 deltakere deltok i telefonintervjuet]; F --> G[5 dybdeintervjer på 50 - 80 min ble gjennomført 7 - 10 mnd etter endt opphold på AiR];
```

1 mnd hospitering på AiR hvor jeg fulgte et team for å se hvordan de jobbet. Fikk testet ut intervjuguide, gjort noen kort strukturerte intervju og ett dybdeintervju.

Fulgte 2 inntak med 34 brukere i 4 uker. 28 ville være med i forskningen.

Strukturert intervju 10 - 15 min for å kartlegge fysisk aktivitetsnivå ved innkomst og forhold til fysisk aktivitet.
Strukturert intervju 10 - 15 min for å kartlegge hvordan oppholdet hadde vært, og fysisk målsetning ved utreise.

4 - 6 mnd etter endt opphold 10 - 15 min telefonintervju om hvordan det gikk ift fysisk aktivitet etter endt opphold på AiR.

20 deltakere deltok i telefonintervjuet

5 dybdeintervjer på 50 - 80 min ble gjennomført 7 - 10 mnd etter endt opphold på AiR

Planleggingsfasen:

I planleggingsfasen hadde jeg som nevnt en hospiteringsperiode på AiR, der fulgte jeg et inntak gjennom fire uker. Målet var å få et innblikk i hvordan det var å være bruker på AiR, og hvordan teamet²⁰, og da særlig hvordan idrettspedagogene jobbet. Det å være med på de ulike aktivitetene, målsetningsarbeidet og i samtaler, gjorde at jeg hadde en bedre forståelse da deltakerne snakket om de ulike aktivitetene og undervisningen de hadde gjennomgått. Hospiteringen gav meg også erfaring i forhold til å intervju og hvordan jeg kunne forbedre intervjuguiden (se neste side), slik at jeg var sikker på at jeg fikk tak i den informasjonen jeg trengte til min oppgave, da jeg fikk prøve den ut på 5 ansatte og 5 brukere. Dette gav meg trygghet i intervjusituasjoner, samt at det fikk meg til å reflektere over om forskningsmetoden jeg hadde tenkt å bruke, var egnet til å besvare min problemstilling. Det ble også tydelig at det ikke alltid er best å kombinere flest mulig metoder. I etterkant ser jeg at denne prøveperioden har vært veldig verdifull, da den gjorde meg godt forberedt til tiden da forskningsprosjektet skulle gjennomføres.

Møte med brukerne:

Mitt første møte med brukerne var på velkomst-/informasjonsmøtet der hele teamet blir presentert, den andre dagen i oppholdet. Etter at teamet hadde presentert seg og fortalt litt om hva som var i vente de neste ukene, fikk jeg legge frem mitt forskningsprosjekt. Jeg sa at jeg trengte frivillige intervjupersoner til 2 korte intervjuer på 10 – 15 min under oppholdet, ett telefonintervju på 10 – 15 min i etterkant av oppholdet, og eventuelt et langt intervju hvis vedkommende skulle bli valgt ut. Jeg forklarte også at alle brukerne som deltok skulle forbli anonyme i hele prosessen, og hadde mulighet til å trekke seg når som helst. Tredje dagen fikk jeg en skriftlig erklæring av de som ønsket å delta (se vedlegg 1). Dette er også i henhold til Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humanoria (NESH) sine retningslinjer om frivillighet, hvor det står at frivillige kan avbryte uten at dette skal gi noen negative konsekvenser (Tjora, 2010). Av de 34 som ble spurt om å være med var det 28 som takket ja.

²⁰ Nevnt tidligere i oppgaven – består av lege, fysioterapeut, idrettspedagog, arbeidskonsulent og sykepleier.

Intervjuene på AiR:

Intervjuene første og siste uka ble gjennomført på biblioteket for ansatte på AiR. Dette rommet ble valgt fordi det er et sentralt rom i bygget, det er lyst og åpent, og et rom hvor vi kunne sitte uforstyrret, noe alle parter opplevde som positivt. De to første småintervjuene, ved ankomst og avreise, var strukturerte, som vil si at intervjuene hadde en intervjuguide med faste veldefinerte spørsmål (Dalland, 2007. Kvale og Brinkmann, 2009. Tjora, 2010). Vi gjennomgikk også et spørreskjema om aktivitetsvaner (se vedlegg 2). Målet med disse to intervjuene var å kartlegge brukerens aktivitetsvaner, samt se hvilket forhold de har til fysisk aktivitet og hvordan oppholdet hadde vært. Under ser du intervjuguidene jeg brukte:

Intervjuguide ved inntak:

- 1) Demografi
- 2) Hva er ditt forhold til fysisk aktivitet?
- 3) Har du satt deg noen mål i forhold til fysisk aktivitet før oppholdet?
- 4) Hvilke forventninger har du til oppholdet?
- 5) Gjennomgåelse av spørreskjemaet (se vedlegg 2)

Intervjuguide ved avreise:

- 1) Hvordan har oppholdet vært generelt? Svarte det til dine forventninger?
- 2) Hva har vært best med oppholdet? Hva sitter du igjen med?
- 3) Hvordan har oppholdet vært i forhold til fysisk aktivitet? Hvilket utbytte har du fått?
- 4) Hvilke aktiviteter likte du best? Hvorfor?
- 5) (De som hadde satt seg et mål ved inntak) Ble målene du satte deg ved inntak nådd?
- 6) Har du satt deg mål (eventuelt nye mål) i forhold til fysisk aktivitet etter endt opphold?
- 7) Har ditt forhold til fysisk aktivitet forandret seg etter oppholdet på AiR?
- 8) Hvordan tror det blir i forhold til fysisk aktivitet når du kommer hjem? Ser du noen utfordringer?

Ulempen med å bruke et strukturert intervju, hvor spørsmålene er fastlagte, er at de ikke kan tilpasses til den enkelte bruker, noe som kan føre til at del nyttig informasjon kan gå tapt

(Kvale og Brinkmann, 2009). Likevel så jeg strukturerte intervju som et nyttig verktøy i min prosess, da jeg opplevde dette som en god måte for å få et overblikk over brukernes utgangspunkt og erfaringer. Tidsbruken på hver bruker ble også noen lunde lik, da jeg opplevde det som lettere å styre tiden, da spørsmålene var fastlagte på forhånd. Bruken av strukturerte intervjuer gjorde kartleggingen oversiktlig, og på sikt utvelgelsen av intervjupersoner lettere.

Telefonintervju:

Det tredje intervjuet jeg gjennomførte var et telefonintervju. Tidsrammen jeg hadde satt for disse var 4 – 6 mnd etter endt opphold på AiR. Jeg sendte en sms til alle deltakere for å finne et tidspunkt som passet. I tidsperioden fikk jeg tak i 20 brukere. 6 fikk jeg ikke tak i, to hadde antagelig byttet nummer, da det ikke var i bruk²¹. En grunn til at noen ikke tok telefonen kan være grunnet det Tjora (2010) kaller forpliktelse. Med forpliktelse menes det at noen deltakere kan ha følt seg forpliktet til å delta i forskningen mens de var på AiR, selv om de egentlig ikke ønsket. Å forklare dette kan nok for mange føles vanskelig, og derfor kan det tenkes at dette var en medvirkende årsak for at de ikke valgte å ta telefonen. Jeg vurderte derfor å utvide denne perioden, men etter å ha lest gjennom notatene til intervjupersonene fant jeg ut at jeg hadde 6 kandidater velegnet for dybdeintervju. Telefonintervjuene besto også av en intervjuguide med faste spørsmål, samt gjennomgang av spørreskjemaet (se vedlegg 2) vi brukte i første intervju. Tidsrammen på telefonintervjuet var fra 10 – 15 min.

Intervjuguide for telefonintervju:

- 1) Hvordan har det gått etter endt opphold på AiR?
- 2) Hvordan har det gått i forhold til fysisk aktivitet?
- 3) Har du samme målene som ved utreise, eller har de forandret seg?
- 4) Har du møtt noen utfordringer i tiden hjemme?
- 5) Gjennomgang av aktivitetsspørreskjema (se vedlegg 2)

En svakhet med å bruke telefonintervju er i følge Dalland (2007) at all kommunikasjon er basert på stemmen. Man mister kroppsspråket, noe som kan skape usikkerhet når det kommer

²¹ Jeg fant heller ikke noe nytt nummer på opplysningsider som 1881.no og gulesider.no

pauser i samtalen. Til tross for denne svakheten ble telefonintervju valgt da brukerne var spredt over et stort geografisk område²², og jeg anså det som for tidkrevende å treffe alle brukerne personlig. En annen medvirkende årsak, var at telefonintervjuet kun var ett av tre intervju, som igjen skulle danne grunnlaget for valg av endelige intervjupersoner. Kjennskapen til brukerne fra deres tid på AiR følte jeg også bidro til at telefonsamtalen gikk lettere, og det dermed ble få usikre pauser.

Utvalg til dybdeintervju:

Siden min problemstilling er å belyse hva som skal til for å fortsette med fysisk aktivitet etter endt opphold på AiR, valgte jeg å gjøre et strategisk utvalg av de personene jeg hadde intervjuet tre ganger. Det vil si at man velger de personene man tror har noe å fortelle om det fenomenet man er ute etter (Dalland, 2007. Malterud, 2011). Når det kommer til antall intervjupersoner er det i følge Tjora (2010) ingen fasit. Antallet handler ofte om hvor mye tid og ressurser man har, samt formålet med undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2009). En vanlig intervjuundersøkelse kan ligge på ca 15, men en margin på +/- 10²³ (Kvale og Brinkmann, 2009). Selv intervjuet jeg 28 personer to ganger, og 20 personer tre ganger, før jeg kom fram til de jeg ville dybdeintervjue. Da jeg gikk igjennom kartleggingsmaterialet fant jeg seks personer som hadde gjort en stor endring i positiv retning i forhold til sitt fysiske aktivitetsnivå. De seks utvalgte var blitt mer aktive etter oppholdet på AiR, og hadde klart å opprettholde eller øke sitt aktivitetsnivå etter endt opphold. Derfor ble det naturlig ut i fra min problemstilling å dybdeintervjue disse seks.

Da jeg tok kontakt med de seks, som etter min vurdering var gode kandidater for dybdeintervju var det fem av seks som sa ja. Grunnen til at én av intervjupersonene valgte å trekke seg, var at han skulle gjennomgå en stor operasjon og dermed fant det vanskelig å stille til intervju i det tidsrommet jeg hadde avsatt. Dybdeintervjuene ble gjennomført 7 – 10 mnd etter endt opphold på AiR. Jeg hadde på forhånd tenkt at jeg skulle reise og besøke alle intervjupersonene, men dette ble vanskelig da den ene informanten bodde langt nord i landet. Jeg ville både vært avhengig av fly og bil, noe jeg anså ble for tidkrevende, og for dyrt

²² Da AiR er et nasjonalt kompetansesenter og har brukere fra hele landet.

²³ Tjora (2010) foreslår mellom 8 – 15 stk til en masteroppgave.

økonomisk. Grunnen til at jeg ikke valgte å ekskludere denne personen, var at han hadde mye å bidra med i forhold til å svare på min problemstilling, da han hadde vært på AiR to ganger, og hadde to svært ulike erfaringer i forhold til fysisk aktivitet både under og etter oppholdet. Dermed opplevde jeg at han satt med unik informasjon i forhold til min problemstilling, og valgte på bakgrunn av dette å ta ham med i min forskning. De andre fire intervjupersonene bodde også geografisk spredt i Norge, men i kjøreevstand fra mitt bosted Rauland²⁴. Derfor ble det fire personlige møter og et telefonintervju. Grunnen til at jeg valgte å foreta fire personlige besøk, var fordi det i en dybdeintervjusituasjon er viktig å skape en avslappet stemning hvor informanten føler det er greit å snakke åpent om veldig personlige erfaringer (Tjora, 2010).

Deltakerne fikk selv velge tid og sted for intervjuet, slik at de kunne velge et sted hvor de følte seg komfortable. Det var klarlagt med alle på forhånd at båndopptaker skulle brukes, så det eneste kriteriet for samtalen fra min side var at stedet måtte være rolig, da dette styrker kvaliteten på intervjuet (Dalland, 2007). Det ble gjort to intervjuer på rolige kafeer, begge av betydning for intervjupersonene, ett intervju ute i skogen langs en tursti, og det fjerde intervjuet ble gjort ute på en sittegruppe, i en park.

Intervjuprosessen:

Som nevnt ovenfor hadde jeg på forhånd fått muntlig tillatelse av intervjupersonene til å bruke båndopptaker. Dette hjelpemidlet valgte jeg for å kunne konsentrere meg bedre om hva intervjupersonene sa, og dermed lettere komme med relevante oppfølgingsspørsmål hvis jeg ønsket en videre utdyping eller forklaring, ved eventuelle uklarheter. Kvale og Brinkmann (2009) støtter bruken av båndopptaker, da det ofte kan være lettere konsentrere seg om intervjuets emne og dynamikk. Informantenes egne utsagn blir ivarettatt, og når man har intervjuet på bånd er det også lettere å få med seg nyanser i språk og stemmeleie, noe som kan være vesentlig for å få med poengene under transkriberingen. Ved siden av båndopptaker kan det også være en styrke å notere underveis, da en båndopptaker ikke får med seg kroppsspråk (Dalland, 2007). Jeg hadde med en notatblokk i alle intervjuene bortsett fra det ene hvor vi gikk tur i skogen, da dette etter min mening hadde virket som et forstyrrende element. Før intervjuene ba jeg også informantene om å snakke høyt og tydelig slik at lyd kvaliteten skulle

²⁴ Maks 5 timers kjøring i en retning.

bli optimal, da god lyd kvalitet også er et krav som stilles i forhold til transkribering (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg hadde to båndopptakere som begge var testet for adekvat lyd kvalitet på forhånd. Grunnen til at jeg valgte å ha to, var tryggheten av å ha en fungerende opptaker ved eventuelle teknisk feil. Dette fikk jeg blant annet erfare nytteverdien av i intervjusituasjonen utendørs. Da jeg kom tilbake fra intervjuet så jeg at den ene båndopptakeren hadde sluttet å fungere. Dette var mest sannsynlig grunnet kulden, da det var -16 grader ute. Båndopptakerne var kun testet innendørs, så jeg hadde ingen anelse om at opptakeren ikke tålte det kalde været. Heldigvis fungerte den andre opptakeren optimalt slik at opptaket hadde god lyd kvalitet. Ved fremtidige intervjuer skal jeg teste båndopptakerne i de forholdene de skal brukes under.

Rekkefølgen på hvem jeg intervjuet var helt tilfeldig. Avtalene ble satt opp etter hvem som hadde tid først. Den første intervjupersonen var ei veldig åpen og samarbeidsvillig dame. Hun klarte å gi gode beskrivelser av sin livssituasjon, uten at jeg trengte å være overaktiv i samtalen. Dette opplevdes behagelig for meg som intervjuer, og gav meg også en trygghet i situasjonen. Jeg opplevde at det ikke var en selvfølge, og at ikke alle brukerne var like åpne og flinke til å sette ord på sine erfaringer, og sin situasjon. Den nest siste intervjupersonen ga korte svar og hadde vanskeligere for å beskrive egne tanker og opplevelser en den overnevnte kvinnen. Likevel opplevde jeg intervjusituasjonen som positiv, da de foregående intervjuene hadde gitt meg den tryggheten og de erfaringene jeg trengte, slik at jeg klarte å stille oppfølgingsspørsmål som fremmet refleksjon og ettertanke. Så lenge man som intervjuer klarer å få frem tanker og beretninger om personens livssituasjon, kan intervjuene bli kunnskapsrike uansett hvem som intervjues (Kvale og Brinkmann, 2009). Det er som Kvale og Brinkmann (s. 176, 2009) sier: *"den ideelle intervjupersonen finnes ikke"*.

Forskerrolle:

Intervjusituasjonen ved et dybdeintervju er intersubjektiv, det vil si at det er en situasjon hvor to eller flere personer skaper en felles forståelse av virkeligheten (Tjora, 2010). Skal dette oppnås, er det viktig å skape en dialog som åpner for refleksjon. Refleksjonsspørsmål i følge Tjora (2010) er de spørsmålene hvor vi lar brukeren ta oss med inn i historiene. Å stille gode refleksjonsspørsmål var noe jeg fant utfordrende og jeg øvde meg på dette i forkant av intervjuene. Utfordringen kom særlig da spørsmålene skulle utøves i praksis, da alle

intervjupersonene og situasjonene var ulike. Noen forteller levende og beskrivende beretninger uten at man trenger å si noe, mens andre trenger flere oppfølgingsspørsmål. I perioden mellom min hospiteringsperiode på AiR og tidsrommet for selve forskningsprosjektet, fikk jeg anledning til å gå på kurs i motiverende intervju med Peter Prescott²⁵, noe som gjorde meg tryggere som intervjuer. Der ble jeg vurdert og veiledet i det å være veileder, og fikk blant annet tilbakemelding på hvordan jeg stilte spørsmål. Da fikk jeg beskjed om at jeg måtte stille flere refleksjonsspørsmål av underliggende mening²⁶ og følelser²⁷. Dette er en mer krevende måte å stille refleksjonsspørsmål på, da intervjuer underveis tolker det vedkommende har sagt. Får man dette til å fungere vil det ved siden av gjentakelser og synonymer få bruker til å føle seg forstått og lyttet til (Barth et. al, 2006). Selv om jeg ennå har mye å lære, erfarte jeg at bruken av oppfølgingsspørsmål ble bedre etter kurset, noe som trolig bidro til å heve kvaliteten på intervjuene.

Som forsker må man være klar over at informanter ofte prøver å svare ”riktig” på spørsmålene vi stiller (Tjora, 2010). Flere av brukerne jeg intervjuet, prøvde å rose mitt aktivitetsnivå, særlig i det første intervjuet. Det kan ha noe med at jeg jobber som fysioterapeut, og enkelte av brukerne hadde gjort seg opp en formening om hva de tenkte jeg ville høre. Som intervjuer må man skape en relasjon hvor deltakerne forstår at alle svar er legitime, slik at dette ikke oppstår. Klarer man å skape dette tillitsforholdet, kan nettopp min rolle som fysioterapeut eller helsepersonell i følge Malterud (2011) skape en trygghet og åpenhet i situasjonen. Jeg brukte god tid i forkant av intervjuene til å forklare målet med forskningen, nemlig det å se på endringsprosesser i forhold til fysisk aktivitet. Jeg fremhevet også for brukerne i denne sammenheng at det ikke fantes noen riktige eller gale svar, og at alle perspektiver og uttalelser ville være et positivt bidrag til forskningsprosjektet. Denne avklaringen tror jeg bidro til at et tillitsforhold ble skapt, og jeg opplevde på bakgrunn av dette en god relasjon med alle de fem brukerne i dybdeintervjusituasjonene.

Transkripsjon:

²⁵ Er spesialist i klinisk psykologi, og er medforfatter i bøkene: ”*helse og atferdsendring*” og ”*endringsfokusert rådgivning*” – litteratur jeg har anvendt i min oppgave.

²⁶ Man prøver å finne ut hva intervjupersonen egentlig mener. Eks: ”Jeg må begynne å trene ryggen”. Da kan refleksjon av underliggende mening være: ”Du ønsker å bli fortere frisk?” (s. 152, Barth, et. al, 2006).

²⁷ Man spiller her på intervjupersonens følelser. Eks: ”Jeg må begynne å trene ryggen”. Da kan refleksjon av følelser være: ”Du er redd for at ryggen kan bli svak” (s. 152, Barth, et. al, 2006).

Ved transkribering skal man huske at det som kommer ned på papiret bare er et indirekte bilde av virkeligheten. Når man oversetter en muntlig dialog til tekst, vil det alltid innebære at det skjer ulike former for filtrering, da det ikke er en objektiv prosess. Mening kan gå tapt eller bli forvrengt (Kvale og Brinkmann, 2009. Malterud, 2011). Det finnes flere måter å foreta en transkribering, og Tjora (2010) fremhever at man bør skrive dialogen som den er, og få med detaljer som blant annet at en person leter etter ord. Malterud (2011) mener på den andre siden at dette kan gi leseren et annet bilde av samtalen enn slik den var, noe som utgjør en risiko for latterliggjøring av intervjupersonen (når man oversetter ordrett fra muntlig til skriftlig). Jeg valgte likevel å oversette direkte fra muntlig til skriftlig bokmål, men valgte blant annet også å bruke flere punktum etter hverandre der det var tenkepauser, og droppet å ha med støtteord som "hmmmm....." og "øøøøø....." når dette ble brukt. Etter min mening ga dette teksten god flyt, og jeg fulgte Malteruds regel om transkripsjon:

"Teksten skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, særlig slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under feltarbeidet" (s.76, 2011).

Å transkribere selv, er i følge Malterud (2011) da en fordel siden man lettere kan oppklare uklarheter og usammenhengende tale. En svakhet er at man kun er en person til å transkribere, og faren er at man ikke får med seg alt. Denne svakheten kan reduseres hvis man bruker en båndopptaker der man kan høre intervjuene flere ganger (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg hadde en god båndopptaker hvor jeg med letthet kunne spole frem og tilbake i intervjuene, noe som gav meg mulighet til å høre gjennom det som ble sagt flere ganger hvis noe var utydelig eller uklart. Jeg hørte også gjennom intervjuet i etterkant med transkripsjonen foran meg, for å se om jeg hadde fått med meg alt. En annen fordel med å transkribere selv, er at man ved å sette seg grundig inn i materiale lettere kan se intervjuenes sterke og svake sider. Jeg valgte også å gi intervjupersonene pseudonymer som jeg har beholdt gjennom hele oppgaven, for å ivareta deres personvern (Malterud, 2011).

Det å ha en skriftlig tekst opplevde jeg som en fordel når jeg skulle analysere intervjuene, ettersom jeg er en uerfaren forsker. Det hjalp meg å holde oversikt, og gjorde det lettere å kunne gå igjennom tekstene systematisk, noe som også er en forutsetning for en analyse av vitenskapelig standard (Kvale og Brinkmann, 2009. Malterud, 2011).

Analyse:

Analysen har til mål å bygge bro mellom råmaterialet og resultatene. Man må organisere materialet man har, fortolke det, for således sammenfatte det i en veldokumentert tekst (Malterud, 2011).

Analyseprosessen er tidkrevende, og det finnes mange måter å gjøre den på. I oppgaven min har jeg valgt teoristyrte analyse, hvor man går ut i fra en teori²⁸, og prøver å belyse et fenomen på en ny måte, samt utvikle andre beskrivelser enn det som er gjort tidligere (Malterud, 2011). Ved å bruke en slik tilnærming kan man stå i fare for å legge frem ”gammelt” stoff, noe jeg også hadde i tankene når jeg foretok intervjuene. Målet mitt var derfor å komme ennå dypere i fenomenene, og forstå mekanismene bak endring i forhold til fysisk aktivitet bedre, ved eksempelvis å finne ut hva som ligger i sosial støtte som endringsfaktor for fysisk aktivitet. En annen utfordring ved å bruke teoristyrte analyse, er å la teksten tale for seg. For meg som uerfaren forsker ble det viktig å finne en analysemetode som kunne styre meg unna fallgruven om å lete etter funn i intervjuene som passer til teorien²⁹. Som analysemetode har jeg derfor brukt Malteruds (2011) sin systematiske tekstkodensering som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. I følge Giorgi er målet med analysen å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden, der man ikke bruker egne tolkninger av materialet som fasit (s.97, Malterud, 2011). Ved bruk av systematisk tekstkodensering bruker man 4 analysetrinn (s.111, Malterud, 2011).

1. Foreløpige temaer – (fem – åtte?) identifiseres ved første gjennomlesning
2. Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om koder, som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper. Kodene justeres og defineres i kodeprosessen.
3. Hver kodegruppe deles inn i subgrupper (to – tre) som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for kodensering.
4. Kategorisering (tre – fem) utvikles ved sammenfatning av essensen i hver av de kodenserte kodegruppene og danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapitlet.

²⁸ Den transteoretiske læringsmodell for endring (TTM)

²⁹ Ville vært en svakhet i forhold til validitet og reliabilitet.

Dette er analysemetoden jeg brukte da jeg gjennomgikk alle mine fem intervjuer. Først leste jeg igjennom alle fem intervjuene en etter en for å få et helhetsinntrykk. Hva sier brukerne noen om? Er det noe som stikker seg ut ved de ulike intervjuene? For å finne essensen for det som var viktig å analysere og fortolke, tok jeg utgangspunkt i den hermeneutiske spiral. Etter å ha fått et helhetsinntrykk av intervjuene, gjennomgikk jeg enkeltdelene i intervjuene for å se om dette kunne gi nye perspektiver til helhetsforståelsen. Som nevnt under delkapitlet hermeunetikk kom det frem nye sider blant annet ved effekter av fysisk aktivitet som igjen påvirket helhetsinntrykket. Denne runddansen førte til at jeg leste igjennom intervjuene flere ganger før jeg følte jeg kom frem til en liste med de foreløpige hovedtemaene for oppgaven.

Foreløpige temaer:

1. Hvordan var jeg før AiR
2. Oppholdet på AiR
3. Hva har skjedd etter AiR
4. Egenmotivasjon til fysisk aktivitet
5. Hva skal til for å holde seg fysisk aktiv
6. utfordringer etter endt opphold på AiR
7. Veien videre

Deretter gikk jeg inn i teksten en gang til for å markere innholdet med ulike farger der jeg mente det hørte til under de ulike temaene. Etter dette gikk jeg inn i de ulike temaene, og fant koder, -meningsbærende enheter.

Meningsbærende enheter:

1. Brukerne før AiR:
 - Lat, stresset, dårlig humør, nedstemt, sykemeldt, jobbet, arbeidsledig, smerte, ork, gidder ikke, liker fysisk aktivitet, liker ikke fysisk aktivitet
2. Oppholdet på AiR:

- fysioterapeutene, legen, positiv gruppe, idrettspedagogene, bassengtrening, tur, padling, ridning, gymsal aktivitet, klatre, motivasjon, takknemlig, et spark bak, kom i gang
3. Hva har skjedd etter AiR:
 - Hjemme, trening, jobb, tur, venner, familie, sosiale aktiviteter, fisketurer, politikk, bedre søvn, mer overskudd, følger planer, lokal oppfølging.
 4. Egenmotivasjon til fysisk aktivitet:
 - Kjenner effekter, tro på seg selv, mindre smerter, mer overskudd, bedre søvn, glede, lyst, lavere vekt
 5. Hva skal til for å holde seg fysisk aktiv:
 - Glede, lyst, lavere vekt, støtte, kjenne effektene, støtte fra lege, støtte fra fysioterapeut, støtte fra familie, støtte fra venner, støtte fra AiR, støtte fra NAV, tro på seg selv, treningskamerater
 6. Utfordringer etter AiR:
 - Jobb, skade, smerter, ting går opp og ned, ting går ikke som en har tenkt, dårlige dager
 7. Veien videre:
 - Målsetning, lyst, glede, tro på det en gjør, klarer seg ikke uten de positive effektene, ser lyst på fremtiden.

Som man kan se ovenfor er det flere meningsbærende enheter som går igjen under de ulike temaene. I følge Malterud (2011) er det ingenting i veien med dette, men det kan bety at man må gå inn i teksten for å se betydningen av dem, slik at man unngår en upresis tekst ved at man dobbelt – og trippelt koder de samme enhetene. Dette opplevde jeg som vanskelig, da deler av tekstene passet inn under flere tema. Jeg måtte da lese igjennom teksten gjentatte ganger, for å se hvordan jeg skulle strukturere de ulike kodegruppene. For å gjøre det lettere å plassere riktige meningsbærende enheter under ”riktig” kodegruppe kan man danne

subgrupper som får frem ulike nyanser og meningsaspekter ved et fenomen³⁰ (Malterud, 2011). Selv om man skal la teksten så godt det lar seg gjøre tale for seg vil man i følge Malterud (2011) alltid tolke ut i fra vårt faglige perspektiv og ståsted, noe som også vil prege våre valg av kodegrupper og subgrupper. Å bruke tekstkodensering som metode gjorde at jeg blant annet kom det frem at til at kodegruppen egenmotivasjon for fysisk aktivitet og hva som skal til for å holde seg fysisk aktiv hadde en del overlapp og ble forandret til to ulike temaer:

- Motivasjon – glede, lyst og positive opplevelser
- Sosial støtte som en faktor i en endringsprosess

Deretter fant jeg kodegrupper for temaene. Under er eksemplet for temaet motivasjon vist. Jeg fikk følgende kodegrupper:

- Hva driver den enkelte?
- Hva motiverer?
- Positive effekter og opplevelser med det å være fysisk aktiv.

Deretter laget jeg subgrupper som speilet det avsnittet skulle handle om, slik at jeg lettere kunne plassere de meningsbærende enhetene jeg mente hørte til. Det at jeg fikk gjøre disse forandringene, var med på å gi en bedre sortering av de meningsbærende enheter slik at de ikke ble dobbelt kodet under så mange tema.

- Hva driver den enkelte? (kodegruppe)
 - Indre motivasjon, ytre motivasjon eller en mellomting? (subgruppe)
 - Lyst, glede, vektnedgang, en indre følelse, dårlig samvittighet (meningsbærende enheter)
- Hva motiverer?
 - Mestring, mestringsforventning og målsetninger
 - Slå seg selv, lage mål, nå mål, være ute, bli glad, oppleve overskudd, tro på seg selv, mestring

³⁰ Temaet er satt opp først, subgruppene kommer under.

- Positive effekter og opplevelser med det å være fysisk aktiv.
 - Fysiske og psykiske effekter
 - Overskudd, bedre humør, bedre form, mer sosial, venner, familie, fritid, fisketur, politikk, søvn

For meg som er nybegynner, synes jeg denne måten å legge opp analysen på var systematisk og gav meg god struktur i oppgaven. Analysemetoden hjalp meg til å beholde den røde tråden i oppgaven, samt at den hjalp meg å sortere ut hva jeg anså som viktig, og mindre viktig i intervjuene. Det ble også lettere å holde tungen rett i munnen, da jeg skulle rekontekstualisere materialet og presentere materialet. I begynnelsen av analysen hadde jeg som nevnt flere av de samme meningsbærende enhetene under samme tema, og uten Malteruds (2011) systematiske tekstkodensering tror jeg at jeg lett kunne ha gått i fella med å servere en kjede enkeltstående historier og ikke formidle essensen av flere (Malterud, 2011).

Validitet og Reliabilitet:

Reliabilitet og validitet, er å si noe om kvaliteten på forskningshåndverket som er gjort (Kvale og Brinkmann, 2009). All forskning vil ha sine sterke sider og sine svake sider. Og gjennom hele metodekapitlet har jeg vist følgende:

”Som forsker er ikke min oppgave å fastslå at funnene mine er sanne eller gyldige, men å vise at jeg har overveid rekkevidden av deres gyldighet og kan gi en begrunnet anvisning av hva de sier noe om” (s. 188, Malterud, 2011)

Reliabilitet eller pålitelighet, sier noe om i hvilken grad forskningen min ville gitt samme svar, i to uavhengige undersøkelser. Man snakker da om konsistens og troverdighet på materialet (Kvale og Brinkmann, 2009). Noe som kan styrke reliabiliteten i en forskning, er nøye og grundige spørsmål som ikke er ledende, og god transkripsjon. Som nevnt tidligere, kan en svakhet med forskningen være at jeg gjorde transkripsjonene selv, da jeg kan stå i fare for å ikke få med meg alle poengene, men grunnet begrenset tid og økonomi så jeg det likevel som den beste løsningen (Kvale og Brinkmann, 2009). Det viktigste for meg i forhold til reliabilitet, var å lage en god intervjuprosess der jeg var sikker på at spørsmålene jeg stilte

ville være egnet for å kunne få svar på min problemstilling. Vage og ledende spørsmål ble luket ut under prøveintervjuene, og under kurset i motiverende intervju fikk jeg også veiledning og nyttige tilbakemeldinger på min teknikk som veileder, noe som hevet kvaliteten på spørsmålene, og måten de ble stilt.

Under intervjuene hadde jeg ikke fokus på reliabilitet i så måte, men valgte å konsentrere meg om å stille åpne spørsmål, lytte og stille nyttige oppfølgingsspørsmål. I følge Kvale og Brinkmann (2009) gir det rom for variasjon og kreativitet, noe som kan være bra for å få gode beskrivelser av et fenomen, som igjen kan være en styrke i min oppgave. På den andre siden kan egen intervjustil og improvisasjon underveis være vanskelig å etterprøve for andre, da vi som forskere alle har ulik bakgrunn, noe som også preger oss i intervjusituasjonen. Hva vi som forskere biter oss merke i, velger å spørre mer om, og finner interessant kan derfor variere. På bakgrunn av dette mener jeg at intervjuene aldri ville blitt identiske hvis to ulike forskere skulle utføre intervjuene. Likevel mener jeg at hvis man følger intervjuprosessen som beskrevet, kan beskrivelsene av temaene bli noenlunde de samme, selv om ordlyden kan være ulik.

Validitet betyr gyldighet, og vil si om forskningen man har foretatt er sann -, at den undersøker det den er ment å undersøke. For å sikre høy grad av validitet, er det viktig at forsker er klar over, og kan synliggjøre svakhetene i egen forskning (Kvale og Brinkmann, 2009. Malterud, 2011). Dette har jeg vist i dette metodekapitlet, ved å være kritisk til egen forskning. Kvalitativ forskning møter ofte kritikk i forbindelse med informantenes utsagn, og at disse kan være usanne (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette kan selvfølgelig være tilfelle, men som forsker kan man ikke gå ut i fra at informantene i en intervjusituasjon har et ønske om å svare usant for å ødelegge forskningen. Derfor blir spørsmålet om validitet mer på internt og eksternt plan.

Intern validitet skal vise hva undersøkelsen sier noe sant om. Her blir relevans vesentlig, og å se på om spørsmålene og begrepene man bruker, fanger opp fenomenet man ønsker å belyse (Malterud, 2011). Intern validitet skal være gjennomgående hele prosessen, i alle de overnevnte syv stadiene (siden 17 – 18). Dette synes jeg var krevende, da intervjusituasjonene mine til en viss grad var åpne. Temaene vi skulle snakke om var fastlagt på forhånd, men hva som ble sagt om temaet og hva som ble sagt utenom var vanskelig å forutsi. For meg ble det derfor viktig å høre etter på hva som ble sagt, slik at jeg eventuelt kunne snu kursen hvis

deltakeren beveget seg vekk fra temaet vi snakket om. Dette skjedde blant annet da en av intervjupersonene begynte å ta opp i samtalen, om jeg synes han hadde riktig pålegg på maten i forhold til det å være sunn – ved å fortelle hva han spiste på skiva hver dag. Jeg tenkte dette kunne være relevant da endring av kosthold også er en livsstilsendring som kan henge sammen med endring av aktivitetsvaner. Da brukeren ikke relaterte avsporingen til endring av livsstil eller fysisk aktivitet og kun var opptatt av min mening, anså jeg avsporingen om pålegg som lite relevant for min oppgave. For ikke å ødelegge den gode dialogen, snudde jeg derfor på oppfølgingsspørsmålene mine, slik at vi kom tilbake til temaet som da var utgangspunktet: *”effekter av det å være fysisk aktiv”*.

Som forsker kan jeg også øke den interne validiteten i min forskning med måten jeg spør mine spørsmål. Et eksempel kan være spørsmål som begynner med: *”Har jeg forstått deg riktig....”* hvis noe er uklart. Man kan da få en bekreftelse på om den oppfatningen man har som forsker stemmer med informantens (Malterud, 2011). Jeg brukte også oppsummeringer når brukeren hadde snakket lenge om et tema, og jeg undret om jeg hadde fått med meg det vesentlige. Dette var en god måte å nøste opp i eventuelle misforståelser, og å sjekke at vi hadde en felles forståelse om det som ble snakket om. I etterkant av transkriberingen kunne jeg også sendt utkastet av intervjuet til brukeren, for å se om vedkommende var enig i transkriberingen (Malterud, 2011). Jeg anså dette som en for tidkrevende prosess, og valgte som sagt å gjøre transkriberingen selv, noe jeg mener ikke har svekket den interne validiteten, da jeg var bevisst på måten å stille spørsmål og brukte båndopptaker.

I analyse- og formidlingsprosessen av intervjuer, er det også snakk om intern validitet. I analysen snakker vi da om en konsensusvurdering. Det vil si at resultatet må vise det som er kommet frem i intervjusituasjonene. Utfordringen som forsker blir å la intervjuene tale for seg, det vil si at det er beskrivelsene som skal stå i sentrum for hva som ansees som funn i oppgaven. Dette kan være vanskelig da man som forsker kan sitte med en forutinntatthet av hva som bør fremkomme i materialet, siden man har kunnskap om emnet fra før. I tillegg til å være novise i forskning og bruke Malteruds systematiske tekstkodensering som analysemetode, brukte jeg også tekstkodenseringen som et verktøy for å klare å la funnene i intervjuene tale for seg. Ved bruk av denne metoden synes jeg det ble lettere å ha et objektivt syn i forhold til hva som ble formidlet. Noen ganger har jeg opplevd prosessen som vanskelig, da funnene noen ganger var utydelige, og ”gjemt” i intervjuene. Da har det vært til stor hjelp å

ha hatt en dyktig veileder som jeg har kunnet diskutere funn med, og som kunne hjelpe meg å se betydningen av hva som er blitt sagt fra ulike perspektiver.

I analysen er det også viktig med pragmatisk validering, det vil si at handlingene brukerne beskriver er i tråd med deres meninger om et tema, og at kunnskapsutvekslingen kan være med å skape en endring (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette kan tenkes å være en utfordring i forhold til fysisk aktivitet, da mange kan ha uttale seg om at trening er bra og sunt, uten å gjennomføre det i praksis. Brukerne jeg intervjuet beskrev ofte sine meninger ved å bruke eksempler på handlinger de hadde gjort, noe som gjorde det lettere for meg å forstå at det som ble formidlet faktisk var tilfelle. Når det kommer til om dialogen oss i mellom, og om den kunne skape en endring, er jeg usikker på i hvilken grad intervjuprosessen har gjort dette for brukerne. Den eneste som sier noe om dette er Lene:

”Alle disse tankene jeg snakker om nå, har liksom bare ligget der siden jeg var ferdig på den lokale rehabiliteringen. Det er vel derfor jeg snakker så mye nå, det er så mye jeg vil si, for det er først nå en stund etterpå tankene er klare. Og når du stiller spørsmål kommer det ennå flere tanker og refleksjoner, så du er liksom en del av endringsprosessen min du også”.

Med ekstern validitet menes overførbarhet og/eller generaliserbarhet. Det vil si at man som forsker må gjøre en vurdering av om funnene også er gjeldene utenfor den konteksten undersøkelsen ble gjort (Kvale og Brinkmann, 2009. Malterud, 2011). Man må da gå inn i egen problemstilling for å se om fenomenet som belyses er relevant forskning. Kan funnene brukes til noe? Er forskningsspørsmålene besvart før? Kan vi få ny kunnskap og nye beskrivelser ved denne undersøkelsen?

Målet skal i følge Malterud (2011) være at andre forskere, eller i mitt tilfelle også helsearbeidere, skal kunne ta i bruk forskningen min i egen praksis. For at dette skal være mulig, forutsetter det gode beskrivelser av høy kvalitet, både av intervjuprosessen og resultatene (Kvale og Brinkmann, 2009). Som jeg nevnte innledningsvis mener jeg min forskning innenfor fysisk aktivitet er relevant, da beskrivelser av endringsprosesser for den enkelte rundt det å tilegne seg en aktiv livsstil, er noe som etter min mening kan gi oss som helsepersonell en bedre forståelse av hva som skal til for å få en varig endring av fysiske

aktivitetsvaner. Etter beste evne har jeg bestrebet kvalitet gjennom å vise prosessen i detalj, ved å vise hvordan intervjupersonene ble valgt ut, og hvordan intervjuprosessen foregikk, for deretter å ta dere gjennom analysemetoden jeg brukte. Til slutt vurderte jeg min oppgave ut i fra validitet og reliabilitet.

I de neste kapitlene er målsetningen å presentere resultatene på en god, enkel og troverdig måte, slik at leser skal kunne få en forståelse av funnene, tolkningene og til slutt konklusjonene i oppgaven.

4:0: AiR – Tiden før og under oppholdet:

Dette første resultatkapitlet består av en beskrivelse av Rehabiliteringssenteret AiR som institusjon, både hvordan de jobber og hvilken filosofi senteret arbeider etter. Deretter presenteres de fem brukerne jeg dybdeintervjuet, som bidro til å gjøre denne oppgaven mulig. Videre følger brukernes beskrivelser av deres aktivitetsnivå og forhold til fysisk aktivitet før oppholdet på AiR, plassering av brukerne i forhold til den transteoretiske læringsmodell ved inntak, før det til slutt legges frem brukernes beskrivelser av oppholdet på AiR.

Rehabiliteringssenteret AiR:

AiR er en institusjon for arbeidsrettet rehabilitering og har som mål:

”å hjelpe brukarane til å betre sin funksjon slik at dei kan få tilbakars eller ta vare på arbeidsevna” (s. 8, AiR, 2009).

For at dette skal lykkes må det igangsettes prosesser rundt egne muligheter, funksjoner og ressurser. For å nå målet kan man ha ulike tilnærminger. AiR har valgt følgende filosofi: *”Kvart enkelt menneske har ansvar for livet sitt og for eigne val”* (s. 8, AiR, 2009). Dette er et helhetlig perspektiv på mennesket som individ, hvor både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner står i sentrum. Det jobbes ut fra at brukeren skal sitte i ”førersetet” i egen rehabilitering. Filosofien blir presentert allerede første dag i oppholdet. Brukerne får da vite at de må ta ansvar og valg, og dette er noe som jobbes med på alle områder, fra målsetningsarbeid til aktivitet. Det presiseres også at brukerne er frie handlende mennesker, og ikke et offer uten innflytelse på eget liv. På bakgrunn av dette mener AiR at det finnes muligheter for endring til tross for livssituasjonen til brukeren (AiR, 2009). I dag tilbyr AiR fire ukers rehabiliteringsopphold for søkere fra hele landet. Ut fra AiRs årsrapport (2009) kan man lese:

”Oppholdet vert organisert med daglege treningsaktivitetar, undervsining, gruppesamtaler og individuelle samtaler med ulike fagpersonane i teamet” (s. 10, AiR, 2009).

Behandlingsteamene er flerfaglige og består av lege, sykepleier, arbeidskonsulent, idrettspedagog og fysioterapeut (AiR, 2009). Det å ha flere yrkesgrupper som jobber tett sammen med brukerne, er også en del av den helhetlige tilnærmingen. Hovedtyngden av brukere på AiR er personer med muskel/skjellett -plager og/eller psykiske lidelser som angst, depresjon og/eller utbrenthet (AiR, 2009). Øyeflaten (2005) finner i sin hovedfagsoppgave at tretthet, etterfulgt av nakkesmerte og hodepine som er de hyppigst rapporterte subjektive helseplagene ved inntak på AiR. Dette leder meg inn på beskrivelsen av de fem brukerne jeg dybdeintervjuet.

Beskrivelse av de fem brukerne:

Alle brukerne jeg intervjuet har fått andre navn slik at de ikke skal kunne bli gjenkjent. I dette underkapitlet følger en kort beskrivelse av hovedpersonene, de fem brukerne som har gjort denne oppgaven mulig.

Sondre – ”Nå er jeg klar til å komme i gang”:

Sondre er en 56 år gammel mann i fra et lite tettsted i Midt-Norge. Tidligere jobbet han i en lederstilling med mye ansvar i kommunen hvor han bor. Ved siden av jobben har politikk vært Sondres andre lidenskap. Han har vært politisk aktiv så lenge han kan huske. I 2005 gikk han på det han selv kaller ”en psykisk smell”, og han var langt nede. Etter en lang periode med depresjon fikk han konstatert bipolar lidelse. Selv mener han nedstemthet er hans største problem. Etter en lang periode med sykemelding er Sondre i dag 50 % ufør, og 50 % konsulent innenfor sitt yrkesfelt i fylket. Ved inntak er han også sykemeldt fra konsulentjobben. Sondre har vært på AiR en gang før, men da klarte han ikke å gjennomføre planen han hadde satt da han kom hjem. Nå føler han seg psykisk mer stabil, og tror at utbytte denne gangen vil bli mye bedre.

Sissel – ”Det er så mye jeg har lyst til som jeg ikke klarer”:

Sissel er en 59 år gammel kvinne, som kommer fra en by vest i Norge. Hun jobber som konsulent i en stor bedrift. Der har hun jobbet i omtrentlig tjue år. Da Sissel fikk ny sjef for 3 år siden begynte problemene på arbeidsplassen hennes. Hun opplevde både å bli utnyttet og

trakassert, noe som foregikk i ca 2 år. Saken ble meldt inn, og var oppe i konfliktrådet. Selv om Sissel vant frem, sier hun saken har satt sine spor. Sissel følte seg helt ”på felgen”, og det siste året har hun vært sykemeldt med diffuse smerter i kroppen. I denne perioden har hun hatt god støtte av bedriftshelsetjensten, hvor hun blant annet har gått i samtale hos psykolog. Samtalene sier hun har hjulpet henne mye i forhold til hennes psykiske helse, men smertene i ryggen er fortsatt tilstede, og begrenser henne mye i hverdagen. Hun sier hun tåler og orker mindre enn før.

Inge – ”Alt er tungt. Jeg må opp av sofaen å få et spark i ræva”:

Inge er en 47 år gammel mann, som kommer fra en liten bygd øst i Norge. I 2008 mistet han sin nevø i en ulykke, noe som gikk hardt inn på han. Han ble deprimert, og sier selv han var ”så ille” at han måtte gå på medisiner en periode etter hendelsen. I den perioden la han også på seg 10-15 kilo, og året etter i 2009, fikk han både påvist Diabetes2 og hypertensjon. Inge er i dag arbeidsledig, etter flere år som bussjåfør. Han sa opp jobben sin etter fastlegens råd, da han fikk påvist Diabetes2. I etterkant har Inge selv funnet ut at oppsigelse ikke var nødvendig, da man kan være bussjåfør og ha Diabetes2, men da var jobben hans allerede besatt av en annen. Dette er noe han synes er dumt, da han savner arbeidslivet. I forhold til fysisk aktivitet sier Inge at han aldri har likt fysisk aktivitet og at han sjelden trener. Den eneste formen for aktivitet han bedriver, er den årlige fisketuren han har om sommeren.

Linda – ”Jeg klarer ingenting, alt gjør vondt”:

Linda er 53 år gammel, og kommer fra en by øst i Norge. Hun har vært sykemeldt fra sin jobb som daglig leder av en bokhandel, siden 2008. Dette er en stilling hun har hatt i 20 år. I august 2008, fikk hun kraftige anfall av hodepine og smerter i kroppen på jobben. Hun prøvde å ta ulike smertestillende medikamenter, men ingenting hjalp. Etter hvert ble hun så dårlig at hun ble sengeliggende i 6 mnd, og da helst i et mørkt rom. Gradvis har hun blitt bedre, men er fortsatt plaget av mye hodepine, tretthet og smerter i kroppen. Linda har alltid hatt et godt forhold til aktivitet, og har i voksen alder brukt naturen i nærområdet, og svømmehallen mest. De siste årene har hun ikke gjort noe form for trening, da hun sier hun blir dårlig av alt.

Lene – ”Jeg føler meg helt tom”:

Lene er 34 år gammel, og kommer fra en by sørøst i Norge. Før oppholdet på AiR, jobbet hun i en barnevernbedrift. Siden årsskifte 2009/2010 har Lene vært sykemeldt fordi hun følt seg sliten og har lite energi. Lene har alltid vært aktiv, og har drevet med alle former for ballsport siden hun var liten. Håndball har alltid vært favoritten, og det var som keeper hun trivdes best. Etter at hun fikk barn og familie, la hun det aktive livet på hylla. Da hun for åtte år siden brakk ankelen, ble det helt stopp på fysisk aktivitet. Hun ”kom aldri i gang igjen”. Lene sier det passive livet har ført til en vektøkning, noe hun ikke liker. Vektøkningen har hun på sikt et mål om å gjøre noe med. I dag er den eneste formen for aktivitet hun bedriver noen korte turer med hunden sin, 3 ganger i uka.

Fire av de fem brukerne jeg dybdeintervjuet var ut i fra AiR's (2009) og Øyeflatens (2005) beskrivelser, ”typiske” brukere for senteret. To av brukerne, Sissel og Linda har muskelskjelett plager, med kroppslige smerter og rygg/nakke problematikk. Lena og Sondre er under den andre hovedkategorien lette til moderate psykiske lidelser, da Sondre har bipolar lidelse med størst grad av depresjon, og Lene har fått diagnosen utbrenthet. Inge er den mest ”utypiske” brukeren, da han har overvekt, Diabetes2 og høyt blodtrykk som diagnose. Felles for alle deltakerne er at de er langtidssykemeldt ved inntak. Undersøkelser av brukergruppene ved AiR viser tydelig at årsaksforholdene til langtidssykemelding er komplekse. Mange har et sammensatt sykdomsbilde, og har ofte problemer på flere områder i livet³¹ (AiR, 2009). Selv om de fem brukerne tilhørte ulike diagnosegrupper, var det likevel felles for dem at deres sykdomsbilde var sammensatt.

Aktivitetsnivå, og forhold til fysisk aktivitet før AiR:

Før oppholdet på AiR var det stor forskjell i det fysiske aktivitetsnivået til brukerne. Noen var aktive hver dag, mens andre ikke hadde vært i aktivitet siden de hadde gymnastikk på grunnskolen. Også de fem brukerne jeg dybdeintervjuet hadde ulikt forhold til aktivitet ved inntak.

³¹ Eksempelvis: Arbeid, familie og sykdom.

Av de fem, var det kun Sissel som var regelmessig i fysisk aktivitet. Det vil si at hun holdt seg innenfor Helsedirektoratets anbefalinger om 30 min moderat fysisk aktivitet hver dag (Bahr. et. al, 2008). Sissel svømte en gang i uka, og hadde to til tre faste spaserturer av cirka 30 min varighet. I begynnelsen av sin sykemeldingsperiode, hadde Sissel vært lite i aktivitet grunnet smerter i kroppen, men hun fant fort ut at ”*det å sitte i ro hjemme*” ikke gjorde hennes situasjon bedre. Hun satte da i gang med aktivitet hun mestret ut i fra sine smerter. Da ble svømming og korte turer løsningen. Selv om Sissel var i fysisk aktivitet før oppholdet, følte hun ved inntak at smertene, da særlig i ryggen, begrenset hennes aktivitetsnivå og deltakelse i dagliglivet. Sissel håpet at et opphold på AiR ville gi henne gode verktøy, slik at hun ville føle seg mindre begrenset i hverdagen.

”Jeg kunne tenkt meg å danse og ha det gøy! Men jeg har vondt, og tørr ikke heller”.

Linda hadde vært inaktiv³² en lang periode da hun kom til AiR. Hun sier:

”Før har jeg drevet med svømming, og det var noe jeg fant veldig lystbetont. Og det var liksom her jeg hentet krefter tidligere. Det var allright. Jeg prøvde å svømme her tidligere, men da var jeg helt gåen i flere dager. Lå rett ut”.

Hun forteller videre at alle aktiviteter hun har prøvd etter 2008, forsterker smerter i kroppen hennes. Smertene har ført til at hun de siste to årene har vært helt inaktiv. Lindas mål med oppholdet, er å komme i gang med aktivitet igjen, og finne egne grenser i forhold til hva hun tåler.

³² Er definert som de personene som svarer nei på spørsmålet om de er regelmessig i fysisk aktivitet, mosjon eller trening i fritiden, minst en gang hver 14 dag (FAFO-undersøkelsen, 1987, Ommundsen og Aadland, 2009).

Inge var den andre av de fem intervjupersonene som var inaktiv før oppholdet. Det som skiller han fra de andre brukerne, er at han aldri har drevet med noe form for aktivitet. I det første møtet forteller han at han heller aldri har likt fysisk aktivitet, og derfor aldri bedrevet det. Hans eneste motivasjon for å begynne med fysisk aktivitet nå, er *”for å bli kvitt diabetesen”*. Inge håper et opphold på AiR kan gi han *”et spark bak”* i denne sammenheng, og målet er å gå ned i vekt og komme i bedre form, slik at han kan bli medisinfri, og muligens kvitte seg med diagnosen Diabetes2.

De to siste intervjupersonene, Sondre og Lene var heller ikke i regelmessig fysisk aktivitet³³ før oppholdet, men var likevel per definisjon ikke inaktive. Lene gikk tur med hunden sin 20 - 30 min, 3 ganger i uka, og Sondre hadde tatt frem sykkelen, og syklet noen turer de to siste ukene etter at han fikk vite at et nytt opphold på AiR var innvilget. Sondre beskriver seg selv som en periodetrener, at han aldri har trent regelmessig. Før oppholdet hadde han vært i lite aktivitet, da han slet med å finne initiativ til å komme i gang. Sondre hadde som mål ved inntak, å delta på alle aktivitetene under oppholdet, og å legge en god plan for tiden hjemme etter AiR. Han mente dette ville hjelpe ham til å fortsette med regelmessig fysisk aktivitet etter oppholdet. Lene hadde ikke et så konkret mål, men håpet at oppholdet på AiR ville hjelpe henne til:

”å komme opp av gropa, slik at jeg får mer overskudd i hverdagen”.

Årsakene til at alle de fem brukerne hadde vært i mindre aktivitet de siste årene, er sammensatt. Utenom smerter, er det særlig mangel på initiativ, og tiltakslyst de nevner som fremtredende faktorer. Ser man på undersøkelsen Helsedirektoratet gjorde i 2009, på fysisk inaktive voksne i Norge, ser man at en av de vanligste årsakene til hvorfor folk ikke er i aktivitet, er nettopp mangel på tiltakslyst og motivasjon (Ommundsen og Aadland, 2009). Det ironiske med dette, er at mangel på initiativ og tiltak også kan komme som en følge av det å være inaktiv, mange kan få en opplevelse av at overskuddet i hverdagen forsvinner (Ommundsen og Aadland, 2009). Dette kan etter min mening tyde på at man kan vente lenge på å komme i gang med fysisk aktivitet, hvis man skal vente på initiativ og motivasjon for

³³ Oppfylte ikke Helsedirektoratets anbefalinger om 30 min moderat fysisk aktivitet daglig.

trening. Ser man på faktorene nevnt ovenfor, kan det se ut som at det er psykologiske barrierer som hindrer folk i å være i aktivitet. En endring i aktivitetsadferd kan i følge Ommundesen og Aadland (2009) ofte være en god tilnærming. Dette bringer meg inn på det neste underkapitlet hvor jeg forstår og plasserer brukerne ut i fra min forståelsesramme, den transteoretiske læringsmodell.

Brukerne sett i forhold til den transteoretiske læringsmodell (TTM):

Den transteoretiske læringsmodell består av de fem fasene: føroverveielses-, -overveielses-, -forberedelses-, -handlings- og vedlikeholdsfasen (Naidoo og Wills, 2000. McKenna og Riddoch, 2003. Barth et. al, 2006. Biddle og Mutrie, 2008. Wester et. al, 2009. Mæland, 2010. Prescott og Børtveit, 2011). Da jeg intervjuet brukerne ved inntak var det viktig for meg å plassere dem i forhold til de fem fasene, slik at jeg bedre forstod hvilket utgangspunkt de hadde i forhold til endringsprosessen.

Ved inntak, var det ingen av de fem brukerne jeg intervjuet, som var i føroverveielsesfasen -, fasen hvor brukeren ikke hadde erkjent at han/hun har et problem i forhold til livsstil og fysisk aktivitet (Biddle og Mutrie, 2008). Alle fem, hadde ved inntak sett at de hadde et behov for endring. Dette kan ha en sammenheng med at brukerne allerede hadde vært i en bevisstgjøringsprosess³⁴ hjemme, og var klar over sine utfordringer, og hadde på bakgrunn av dette blitt søkt inn til AiR for hjelp. Slik jeg forstod Inge, hadde nok han tilhørt føroverveielsesfasen tidligere, da han flere ganger i første intervjuet fortalte at han ikke likte å være fysisk aktiv, og heller ikke så poenget med å trene. Samtidig sa han at han måtte begynne å trene, da han visste aktivitet var gunstig for hans sykdommer. Videre fortalte han også at han hadde en del uvaner både i forhold til kosthold og aktivitet han ønsket å forandre på. Prescott og Børtveit (2011) sier at når en person blir bevisst sine uvaner beveger han/hun seg over i overveielsesfasen, hvor man både ser negative og positive konsekvenser med den atferden man har, men ennå ikke har gjort en endring i forhold til vanene. Dette er en beskrivelse som passer Inge godt, og jeg vil si han tilhørte denne fasen ved inntak. Som nevnt

³⁴ Når en person er i dette stadiet anbefaler Prescott og Børtveit (2011) helsepersonell å drive bevisstgjøring av negativ atferd slik at en endringsprosess kan starte. Dette kan være en utfordring da personer i føroverveielsesfasen ofte er lite mottakelige for slik informasjon.

i innledning står opplevelsen av ambivalens³⁵ sterkt i denne fasen, og slik jeg tolket Inge opplevde han ambivalens i forhold til det å komme i gang med fysisk aktivitet:

”Det er ikke det at det er så vanskelig å bevege seg, men jeg liker det ikke. Var for tung i ræva. Jeg var for ego, gjorde bare det jeg likte å gjøre. Men jeg ser jo nå at jeg burde gjøre noe”.

På mange måter kan man også si at de andre fire intervjupersonene også var i overveielsesfasen, dog mindre tydelig enn Inge. Alle fem hadde et ønske ved inntak om å endre sine aktivitetsvaner, men hadde ennå ikke kommet ordentlig i gang. Det var fortsatt mange barrierer som stoppet dem. Blant annet smerter i kroppen og mangel på initiativ, overskudd, motivasjon og tid.

”Veien ut av overveielsesfasen er beslutningstaking og konkret planlegging av endringen(e)” (s.55, Prescott og Børtveit, 2011).

Å ta beslutningen om å si ja til et rehabiliteringsopphold sannsynliggjør påstanden om at brukerne også er på vei ut av overveielsesfasen og inn i planleggingsfasen, eller var i en kombinasjon av begge faser. Noen hadde laget seg et eller flere mål for oppholdet, men ingen av brukerne hadde laget en tydelig og detaljert plan over hvordan målsetningen skulle oppnås. Som nevnt står mål og plan sentralt for å komme fra planleggingsfasen til handlingsfasen i den transteoretiske læringsmodell, og er i følge teorien noe som er viktig for å lykkes med en endring (Prescott og Børtveit, 2011). Da målsetningsarbeid, og utarbeidelse av planer for fysisk aktivitet står sentralt under oppholdet på AiR, ser jeg her at oppholdet kan fungere som en katalysator i forhold til endringsprosessen, da brukerne mest sannsynlig får en kortvarig planleggingsfase og direkte igangsetting med handlingsfasen, nemlig fysisk aktivitet.

Dette leder meg over til brukernes beskrivelser, opplevelser og erfaringer fra oppholdet på AiR.

³⁵ Ambivalens blir av Barth et. al (2006) forklart som en tilstand der man har motstridende forventninger til hva en handling vil føre til. Kan ofte oppleves når eg handling har både positive og negative konsekvenser.

Oppholdet på AiR – teamet, aktivitetene, målsetning og gruppa:

”Jeg er så utrolig takknemlig for de ukene jeg fikk være der. Jeg følte at jeg lærte veldig masse, på mange forskjellige plan. Alt i fra det å sette seg mål å jobbe mot, sette grenser for meg selv, finne ut hva man klarer, og ikke klarer. Hvem skulle vel trodd at jeg kunne klatre opp en klatrevegg. Ja, det var så flott å vinne over seg selv”

Ovenfor ser du Sissels beskrivelse av oppholdet på AiR. I dette underkapitlet skal jeg ta for meg hvordan brukerne beskrev oppholdet på AiR, og hva de fremhevet som betydningsfullt med oppholdet i forhold til egen endringsprosess i forhold til fysisk aktivitet.

De fire andre brukerne var også fornøyd med rehabiliteringsoppholdet. At alle fem var fornøyde med oppholdet kan både ha sammenheng med et høyt kvalitetssikret behandlingsopplegg, samt brukernes egne forventninger til oppholdet. AiR er den første institusjonen i Norge som både innehar ISO – sertifisering og CARF-akkreditering, som er de høyeste akkrediteringene innen rehabiliteringsfeltet. Gjennom ISO-sertifisering sikres kvalitet gjennom kontinuerlig forbedring på systemnivå, og gjennom CARF-akkreditering kvalitetssikres innholdet og gjennomføringen av rehabiliteringsprogramet (Kvalex, 2011). Ved innkomst hadde alle brukerne positive forventninger i forhold til aktivitetene de skulle bedrive, og opplegget generelt. Slik jeg tolker brukerne har forventningene vært av betydning for hvordan brukerne opplevde oppholdet. Har man positive forventninger til en situasjon, vil man i følge Myers (2009) oftere oppleve et positivt utfall. Det kan derfor tenkes at positive forventninger er utgangspunktet for å få en god opplevelse og utbytte av oppholdet på AiR, og at dette igjen kan virke positivt på endringsprosessen.

Selv om positive forventninger kan gi en positiv opplevelse av oppholdet, må det også samsvare med de ønskene brukerne hadde før oppholdet. I intervjuene ved avreise kan brukerne fortelle at oppholdet også samsvarte med flere av ønskene de hadde hatt på forhånd. Sissel kunne fortelle at hun i løpet av de fire ukene hadde jobbet med sine bekymringer og frykt for å være i aktivitet, og kjente at hennes begrensinger i forhold til fysisk aktivitet nå var redusert. Inge sa han hadde fått bedre forståelse for aktivitet og erfart at de gode opplevelsene og effektene ved trening ofte kunne komme i etterkant av økta, noe som har økt hans

motivasjon for fysisk aktivitet. Linda sa hun hadde begynt og utforske egne grenser. Hun hadde kommet i gang med aktivitet uten økte smerter, og hun var glad for å være tilbake i fysisk aktivitet. Lene hadde i løpet av oppholdet funnet egnede verktøy for å komme ut av den situasjonen hun befant seg i, som blant annet bruk av stabiliseringstrening og avspenning. Å lage en god plan for tiden etter oppholdet var det viktigste for Sondre før oppholdet. Han sa ved avreise at de konkrete målene nå var lagt, og det ble viktig å følge disse hvis han skulle klare å fortsette med regelmessig fysisk aktivitet. Ved avreise spurte jeg om deltakerne kunne oppsummere hva som hadde vært best, og hva de satt igjen med etter endt opphold. Da svarte de følgende:

Sissel: *"Det at det ikke er farlig å trene selv om man har vondt".*

Inge: *"Komme i gang, å få det gjort. Så blir alt så mye bedre etterpå"*

Linda: *"At all aktivitet er positiv, og at kroppen har godt av å bevege seg".*

Lene: *"Innsikt, gode fysiske opplevelser og ikke minst bruk av verktøy for å håndtere hverdagen og livet".*

Sondre: *"Det konkrete målet. Det er blitt veldig viktig for meg".*

Disse utsagnene gjenspeiler at de har fått innfridd noen av forventningene de hadde til oppholdet, og at de har fått jobbet med de områdene de beskrev som viktig for dem ved ankomst. Under intervjuene kom det frem at det var flere faktorer som hadde gjort at oppholdet opplevdes som positivt, i den sammenheng var det særlig fire faktorer som ble fremhevet hos samtlige: teamet på AiR, den fysiske aktiviteten, målsetningsarbeidet, og gruppa.

Teamet og idrettspedagogen:

Teamet på AiR er flerfaglig, og består av en lege, fysioterapeut, idrettspedagog, sykepleier og en arbeidskonsulent. Målet er å jobbe sammen mot å få brukeren tilbake i arbeid. De jobber da med endring, både gjennom daglig fysisk aktivitet, undervisning, målsetningsarbeid, gruppesamtaler og individuelle samtaler (AiR, 2009). Flere støttespillere med faglig tyngde-, som kunne støtte brukerne på ulike områder (og etter behov), nevnte de fem intervjupersonene som det mest positive med teamet. Det var særlig støtte gjennom dialog

og/eller i aktivitet som ble trukket frem. Om dialogene sa brukerne at de hadde følelsen av å bli forstått, og kunne snakke med teamet om alt. Linda sier: *”jeg kan si det jeg vil uten at det blir dumt”*. Likevel nevner både Sissel, Linda og Lene at dialogen også besto av kritiske spørsmål i forhold til deres måter å tenke på, og valgene de hadde tatt eller skulle ta. Lene sier:

”Vet du hva, det var bare han som kunne sagt noe sånt til meg. Hadde det vært noen andre hadde jeg gått rett i forsvar. Men jeg følte vi hadde etablert et sånt forhold at det var greit når han sa det..... Jeg slapp ikke så veldig mange inn der oppe, men han klarte å bryte ned forsvaret mitt, og det bekreftet han også..... Men det er rart, ser jeg tilbake nå litt over et halvt år etter jeg var der, er det jo det reisen min har gått ut på, rydde, reflektere, forstå å finne løsninger. Ja uten han kunne det hele vært mye vanskeligere.”

Ovenfor beskriver Lene, det Glanz et. al. (2008) og Marcus og Forsyth (2009) kaller evaluerende støtte. Evaluerende støtte, er tilbakemeldinger som skal stimulere til egenrefleksjon, og evaluering av planer, mål, ståsted, livssituasjon også videre³⁶. Også Sissel og Linda sa at den måten å bli møtt på ikke opplevdes som kritikk, da de følte teamet tok opp spørsmål som tidligere ikke var blitt stilt av andre og hadde behov for å tenkes igjennom. *”De vil jo bare mitt beste, få meg til å tenke litt”*, sa Linda.

Å bli møtt med evaluerende støtte trenger ikke å oppleves som positivt for alle. Mange kan misforstå intensjonen med de kritiske spørsmålene å oppleve det som direkte kritikk mot egen atferd og tenkemåte (Barth. et. al, 2006). For at dette ikke skal bli tilfelle, er det i følge Marcus og Forsyth (2009) viktig at begge parter har en opplevelse av en god relasjon hvor dialogen er preget av respekt, empati og gjensidig forståelse. Slik jeg tolker Lene, er det en slik relasjon hun sikter til når hun sier: *”et sånt forhold”* i forhold til sin lege på AiR. I den transteoretiske læringsmodell står dialog som får frem refleksjon som et problem og/ eller en utfordring sentralt for å komme videre i en endringsprosess, og i følge Barth et. al (2006), er det gjennom dialog et helsepersonell kan bidra i størst grad i forhold til en endringsprosess (Barth. et. al. 2006. Prescott og Børtveit, 2011). Ut i fra brukernes beskrivelser kan det tyde

³⁶ Jeg kommer tilbake til dette i kapitlet om sosial støtte.

på at den gode dialogen og støtten i teamet kan ha hatt positiv innvirkning i forhold til deres endringsprosess med tanke på å få i gang en refleksjonsprosess.

Støtte gjennom aktivitet var den andre faktoren brukerne nevnte som det mest positive med teamet. Den som har ansvaret for å møte brukerne i aktivitet er idrettspedagogen, og gjennom brukernes beretninger fikk jeg forståelse for at han var den viktigste personen i forhold til aktivitet under oppholdet.

”Han var utrolig til å motivere oss. Det tror jeg er noe alle følte. Vi trodde vi gav alt, men når han heiet på oss ”Kom igjen! Litt til!” gav vi enda litt mer. Han så oss, på en veldig positiv måte”.

Sissel sine ord om idrettspedagogen, sier noe om at fysisk aktivitet ikke bare handler om opplegget, men også om å treffe den enkelte deltaker. Selv om intervjupersonene kom fra to ulike team, og dermed hadde to ulike idrettspedagoger, var det likevel flere av de samme egenskapene brukerne opplevde som positive med de to idrettspedagogene. De var flinke til å skape en positiv stemning i gruppa, de hadde evne til å se den enkelte, la tilrette for oppgaver hvor brukerne opplevde mestring, hjalp brukerne å finne muligheter da de selv opplevde begrensninger, og de var gode motivatorer slik at den enkelte bruker strakk seg til sitt ytterste. Brukerne beskriver en person som gir emosjonell støtte, i form av empati, forståelse, oppmuntring og omtanke, for at brukerne skal få positive opplevelser og erfaringer med aktivitet (Biddle og Mutrie, 2008). De overnevnte egenskapene kan tenkes å være det som skiller dyktige instruktører/trenere/idrettspedagoger, fra en instruktør/trener/idrettspedagog som kun formidler en øvelse/aktivitet uten å se personen som budskapet skal formidles til. Etter min mening virker det som idrettspedagogene på AiR, både bruker instruksjon, men også coaching i sitt møte med brukerne. Coaching handler om at man ser brukeren, men også ser kommunikasjon og samspill i en kontekst sammen med det som uttrykkes i handling (Hemmestad, 2003. Jones og Wallace, 2006. Jones, 2007.) Det vil si at helheten står i sentrum. En god coach, eller i dette tilfelle en idrettspedagog, vil derfor ha en plan på hvordan man skal nå alle brukerne i forhold til aktivitet, men har også egenskapene til å se den enkelte, tørre å stå i usikkerheten, og gjøre eventuelle endringer underveis slik at opplegget ”treffer” brukerne (Hemmestad, 2003). Slik jeg forstår brukerne, var det nettopp dette

idrettspedagogene var flinke til, å se den enkelte og justere opplegget slik at alle kun ta ut sitt potensial.

Brukernes uttalelser fikk meg til å oppdage at måten AiR møter brukerne i dialog åpner muligheten for å igangsette tankeprosesser rundt endring, noe som kan tenkes å ha en positiv virkning på endringsprosessen. Idrettspedagogens egenskaper, kan også tenkes å være et bidrag til at brukerne får positive erfaringer med det å være fysisk aktive, og på bakgrunn av dette har større sjanse for å lykkes med regelmessig aktivitet i etterkant av oppholdet på AiR. Positive erfaringer med aktivitet, bringer meg over på neste underkapittel som omhandler de fysiske aktivitetene på AiR, og hvordan disse er lagt opp.

Fysisk aktivitet på AiR:

På AiR er det i hovedsak idrettspedagogene, som er ansvarlige for den fysiske aktiviteten. Fysioterapeutene er ofte en medspiller, særlig på tur, og under stabilitetstrening, da en del brukere trenger individuell veiledning grunnet smerteproblematikk³⁷. Fysioterapeutene er også ansvarlige for bevegelsesgruppene, som tar utgangspunkt i psykomotriske prinsipper som bevegelighet, bevisstgjøring, avspenning og pust. Dette er områder som også er viktige i aktivitet, men siden det er fysisk aktivitet, mer rettet mot trening, som er mitt tema, har jeg valgt å ha fokus på idrettsavdelingen.

Idrettsavdelingens hovedmål, er å bidra til at brukerne skal få en funksjonsforbedring fysisk, psykisk og sosialt. Dette gjøres ved å legge til rette for positive opplevelser i ulike aktiviteter, gi kunnskap, selvinnsikt og innføre et bredt spekter av treningsformer og aktivitetstyper. Målet er også at brukerne i løpet av oppholdet skal få motivasjon for videre trening og aktivitet etter oppholdet (AiR, 2007).

³⁷ Mange trenger alternative øvelser, eller alternative måter å utføre ulike øvelser.

Sondre beskriver aktivitetene slik:

”Det var mye positivitet. Ikke minst alle de allsidige aktivitetene og treningen som var der. Jeg synes det var helt topp, fordi du fikk brukt alle musklene i kroppen. Det var så allsidig. I fra orientering i øs pøsende regnvær midt ute i myra, til klatreveggen, badminton og turer. Jeg synes det var det beste med det å være på Rauland, for å si det sånn”.

I løpet av oppholdet prøver brukerne ut en stor variasjon av treningsformer: bassentrening, spinning, styrke og stabilitetstrening, trening til musikk, klatring, og ulike friluftaktiviteter som stavgang, fjelltur og kanopadling (AiR, 2007). Halvparten av dem som er i en gruppe, får også tilbud om ridning. Det er teamet sammen med brukerne selv som avgjør dette. Har man erfaring med fysisk aktivitet kan mange av aktivitetene som gjøres under oppholdet være kjente. Dette var blant annet tilfelle for Lene, som på forhånd hadde erfaring med mange typer trening, alt fra ballspill til gruppetreninger på helsestudio, og visste at hun likte aktiviteter med mye fart og lek. Likevel vil jeg si at aktivitetene på AiR har så stor spennvidde så alle har mulighet å prøve nye aktiviteter. Ingen av brukerne jeg intervjuet hadde verken prøvd ridning eller klatring før oppholdet, noe de fem beskrev som utfordrende, gøy og spennende. Noen av brukerne gjorde også ny erfaring med kjente treningsformer. Lene sier:

”Styrketrening har jeg alltid synes var kjedelig, men den stabiliseringstreningen, den kjente jeg gjorde noe godt for kroppen. Det var styrke på en annen måte, så det likte jeg. Uventet....”

Erfaringsgrunnlaget for fysisk aktivitet var meget ulikt hos de fem brukerne. Inge var den av brukerne med minst erfaring innenfor fysisk aktivitet, og hadde ikke vært i organisert trening siden grunnskolen. Han sa:

”Jeg visste bare om å gå og sykle. Ante ikke det kunne gjøres så mye forskjellig som det vi gjorde med han fysioterapeuten.”

Selv om Inge ikke gav uttrykk for at han fikk innblikk i for mange aktiviteter, kan det tenkes at en person med begrenset erfaring innenfor fysisk aktivitet kan finne det overveldende å prøve ut så mange ulike aktiviteter, da han/hun kan bli stående med for mange valgmuligheter i forhold til fysisk aktivitet. Generelt sett var de fleste av deltakerne fornøyde med aktivitetsopplegget på AiR. De fleste synes treningsmengden var passe, kun et fåtall skulle ønske det var mer aktivitet. Ingen synes det var for mye aktivitet. Av deltakerne jeg dybdeintervjuet var det særlig den store variasjonen, den positive stemningen rundt fysisk aktivitet, og at aktivitetene var individuelt tilpasset som ble fremhevet som mest positivt.

I følge de fem brukerne, var idrettspedagogen dyktig til å legge til rette for positive opplevelser, lage individuelle tilpasninger, skape motivasjon og entusiasme i gruppa. Etter min mening gir de fem brukerne da en beskrivelse av arbeidsmåten idrettspedagogene bruker i møte med brukerne i fysisk aktivitet. Da den transteoretiske læringsmodell sier lite om læringsmiljø og fysisk aktivitet, og hvordan dette kan skape motivasjon. Innenfor dette området har jeg valgt å ta utgangspunkt i en mye brukt teori innenfor idrett, motivasjon og læringsmiljø, Achievement Goal theory³⁸ (AGT). Senere er teorien også anvendt er i forhold til motivasjon og fysisk aktivitet (Duda og Hall, 2001). I teorien beskrives ulike læringsmiljø i forhold til innlæring av ferdigheter og fremming av prestasjon, og slik jeg tolker brukerne er det et mestringsorientert klima de beskriver, hvor fokuset er på mestring, glede, og læring av oppgaver/ferdigheter. Aktivitetene var etter min mening lagt opp slik at alle hadde mulighet å oppnå mestring da aktivitetene kunne tilpasses brukernes nivå. Eksempelvis i bassenget, der noen fikk innlæring av crawl som svømmeteknikk mens andre drev med oppgaver i forhold til vanntilvenning. Sissel sier blant annet:

”Nå kan jeg endelig svømme bryst med hodet under vann. Jeg er så stolt. Jeg trodde ikke det gikk an å lære”.

Også ute i naturen var det glede, mestring og læring som stod i sentrum, sjelden en fjelltopp eller en turpostkasse. Turene var lagt opp slik at distansen var tilpasset alle i gruppen, men også tilpasset slik at folk som ikke opplevde mestring i forhold til distanse, kunne for

³⁸ Dette er en teori laget av Ames, Dwek, og Nicholls på slutten av 80-, og begynnelsen av 90-tallet (Duda og Hall, 2001)

eksempel bidra til å lage bål og koke kaffe til gruppa, og på den måten ha mulighet til å oppnå glede og mestring (hvis vedkommende var ukjent med å lage bål) med turen. Læringsmiljøet, hvordan aktivitetene legges opp, har i følge Linda også stor innvirkning på utførelse. Hun sier:

”Alt var så balansert og gjennomtenkt. Det vekslet mellom hard aktivitet og avspenning. Så fikk de meg til å tøyne grenser, kjøre på, gi litt ekstra for å finne ut hvordan kroppen reagerte, og hvor langt jeg kunne strekke meg. Og det gikk bedre dag for dag. Det ble gøy. Etter hvert ga migrenen seg også”.

Det Linda beskriver her, tolker jeg som en balanse mellom ferdigheter og utfordringer, der oppgavene virker oppnåelige hvis man må stekke seg litt ekstra og yte sitt beste. I følge Csikszentmihalyis sin flyt-sone modell fungerer mennesker best i en slik harmoni (Wormnes og Manger, 2005. Hagger og Chatzisarantis, 2007. Wall og Cote, 2007). Å oppleve en slik balanse kan igjen gi motivasjon til å fortsette med aktiviteten, noe Linda også bekrefter ved å si: *”Det ble gøy”*. Et eksempel på en aktivitet som trigget frem en slik balanse hos flere av brukerne var klatring. Verken Inge eller Sissel hadde trodd at de i løpet av oppholdet skulle klare å klatre opp veggen, men med litt trening og gradvis progresjon kom de begge til topps, noe de begge fremhevet som en oppgave de var stolte over å ha klart. Sondre hadde slik jeg tolker det en liknende opplevelse, men da under en annen aktivitet - orientering i myra:

”Jeg fikk et litt vanskeligere kart, da jeg kan en del om kart og kartlesing fra før. Det var kjempe moro å få utfordre seg litt. Jeg var usikker på om jeg skulle klare det, men det gikk over all forventning. Kanskje var det kartleser jeg skulle blitt?”

Når man skal strekke seg litt ekstra i forhold til aktivitet slik brukerne beskriver ovenfor, kan dette for mange gi opphav til stress³⁹ og angst⁴⁰. Som regel er det kognitiv angst, tvil til egne

³⁹ Stress blir definert av Pensgaard og Hollingen (s.67, 2006): *”som en subjektiv opplevelse hvor kravene i en situasjon oppleves som større enn ferdighetene en har, og hvor konsekvensene ved å mislykkes oppleves som alvorlige.”*

ferdigheter og evner, som står sterkest knyttet til en måloppnåelse. Blir denne angsten for stor, kan det for mange også gi opphav til økt stressnivå, noe som igjen kan hemme prestasjonen (Pensgaard og Hollingen, 2006). Hvordan dette kan kontrolleres ble blant annet undersøkt av Jones et. al (1994, Gould et. al, 2002) og Jones & Swain (1995, Gould et. al, 2002). De fant i sin forskning at gode idrettsutøvere, som hadde gode fysiske ferdigheter, brukte sin angst fasiliterende, det vil si prestasjonsfremmende. Dette fordi en person med gode fysiske ferdigheter, ofte har positive forventninger til det satte målet, noe som igjen gir følelsen av kontroll, og økt tro på egne evner. Da reduseres den kognitive angsten, noe som kan gjøre en prestasjon bedre (Gould, et. al, 2002). Selv om dette er forskning gjort på idrettsutøvere, er det sannsynlig at denne forskningen også er overførbar til fysisk aktivitet, da begge deler handler om innlæring av ferdigheter, og etablering av gode erfaringer.

Brukernes beretninger fremhever viktigheten av et mestringsorientert klima, hvor lystbetonte og allsidige aktiviteter, der utfordring, progresjon og mestring⁴¹ står i sentrum. Slik jeg ser det åpner dermed AiR muligheten for å etablere nye og gode erfaringer innenfor fysisk aktivitet, noe som kan tenkes å være viktig for en varig endring av fysisk aktivitetsnivå.

Målsetningsarbeid:

Ved siden av den fysiske aktiviteten, den gode dialogen med-, og støtten og forståelsen fra teamet, var det særlig målsetningsarbeidet som ble fremhevet som positivt ved oppholdet. Fire av brukerne mente det var et nyttig verktøy for å legge en konkret plan for de endringene brukerne ønsket å gjennomføre. Planer, refleksjon og målsetning arbeides med under hele oppholdet på AiR, både i målsetningsarbeid, i samtaler og i aktivitet, og brukerne lager individuelle planer i forhold til aktivitet, men også jobb og/eller livet generelt. I følge AiR (2009) skal målene og planene hjelpe brukerne til å holde blikket rettet fremover og se egne ressurser og muligheter, slik at motivasjon for endring kan bli en konkret plan for handling. Den eneste av brukerne som ikke følte målsetningsarbeidet gav særlig utbytte var Inge. Han sa det gav ham lite, da han allerede før målsetningsarbeidet hadde satt seg et konkret mål om å

⁴⁰ Det finnes to former for angst, kognitiv-, og somatisk angst, hvor kognitiv angst kan være tvil til egne ferdigheter, negative tanker og lignende, og somatisk angst kan eksempelvis være følelsen av sommerfugler i magen og hjertebank. Begge deler inneholder et økt spenningsnivå (Pensgaard og Hollingen, 2006). I følge Larzarus og Folkman (1984) sees angst ofte i sammenheng med stress.

⁴¹ Som nevnt ovenfor

gå en fast runde i nærområdet hver dag etter endt opphold. Sondre mente på sin side at målsetningsarbeidet var helt vesentlig, for at han klarte å holde seg til egen plan da han kom hjem:

”Uten en konkret plan tror jeg alt hadde falt i fisk slik som sist. Denne gangen visste jeg hva jeg skulle gjøre ut i fra planen. Ja, nesten dag for dag.... Men det var nødvendig”.

Under målsetningsarbeidet så jeg at AiR blant annet bruker modellen med akronymet SMART. Denne modellen er også anbefalt i forhold til atferdsendring, da en slik måte å lage mål på ofte styrker troen på egen mestring (Prescott og Børtveit, 2011). Det vil si at målene må være spesifikke og tydelige (S). De må være målbare, slik at personen ser at målet blir nådd (M), Målene må være akseptable og attraktive for personen (A), det vil si at vedkommende skal sette mål ut i fra egne premisser. Videre bør målene være realistiske (R), slik at vedkommende, ved å strekke seg, har mulighet til å nå sine mål. Tidsramme (T) er viktig for å danne et startpunkt for handling, og et konkret sluttunkt, der vedkommende ser at han/hun har nådd målet.

Denne arbeidsmetoden blir også fremhevet i den transteoretiske læringsmodell, og er også en metode man kan bruke for å komme fra forberedelsesfasen over i handlingsfasen. Fordelen med at målsetningsarbeid vektlegges under oppholdet på AiR, er at planleggingsfasen blir kort og konkret, slik at handlingsfasen kan fortsette når man kommer hjem. I følge Prescott og Børtveit (2011) er dette vesentlig da ambivalens og motstand for endring fort kan ta overhånd hvis planleggingsfasen drøyer ut, noe som igjen kan føre til at endringen uteblir.

Selv om ikke alle brukerne hadde tydelige mål og planer for aktivitet da de kom til AiR, hadde alle brukerne ved avreise satt seg konkrete mål i forhold til fysisk aktivitet:

Inge: *”Jeg føler meg som en sprettball i forhold til før. Jeg skal gå en tur hver dag slik jeg hadde tenkt, men gjerne med staver og kompiser for å få mer piff. Jeg vil også ta frem sykkelene når sommeren kommer”*

Lene: ”Jeg skal gå på vann-aerobic to ganger i uka. Dette for å få litt action å gjøre noe som er gøy. Tre kvelder i uka skal jeg gå minst 45 min med hunden min. Jeg liker å gå i mørket for da får jeg fred og ro”.

Linda: ”Nå har jeg jo begynt å løpe annen hver lyktestolpe her i lysløypa. Så jeg har satt meg som mål å svømme en dag i uka, løpe en dag og gå en tur med en venninne eller mannen en gang i uka. Det tror jeg er viktig. Bygge videre på det som er variert og gøy.”

Sissel: ”Fortsette med det jeg gjorde før. Men nå vil jeg gå en tur hver dag, gjerne med litt ulik intensitet for å få trent skikkelig. Også skal jeg bli bedre å ta mikropauser på jobb og gjøre øvelsene jeg fikk av fysioterapeuten”.

Sondre: ”Nå har jeg meldt meg inn i det lokale treningsstudioet slik at det er klart når jeg kommer hjem. Her skal jeg spinne 1 – 2 ganger i uka. Så bør jeg og kona gå tur minst en gang i uka. Hun er heller ikke særlig aktiv, så det blir viktig å gjøre noe for fellesskapet”.

Disse målsetningene viste at alle brukerne reiste fra AiR med en plan for aktivitet. Ut i fra den transteoretiske læringsmodell vil det å ha en klar plan for aktivitet gjøre en person bedre rustet for å gjennomføre endringen, noe som kan tenkes også å være gjeldene for de fem brukerne (Prescott og Børtveit, 2011)

Ved avreise spurte jeg også om det var noe de skulle ønske hadde vært annerledes. Da svarte både Inge, Lene og Linda at oppholdet kunne ha vart litt lengre, og at de hadde fått muligheten til å komme tilbake etter å ha vært hjemme ei stund, et halvt år ble blant annet foreslått. Dette sier etter min mening noe om viktigheten av oppfølging, noe jeg kommer tilbake til i neste kapittel: ”Tiden etter AiR” under ” den gode samtalen – empati, forståelse og respekt”

Gruppens betydning for oppholdet på AiR:

Den fjerde faktoren som ble fremhevet som mest positivt med oppholdet var gruppa. Alle fem trakk frem at de var veldig fornøyd med gruppa. Det som ble fremhevet som positivt, var den gode stemningen, positiviteten og samholdet. Sissel sier:

”Vi hadde en så utrolig kjekk gruppe. Alle var så positive, og flinke til å motivere hverandre”.

Inge samtykker:

”Det var mye hyggelige folk der oppe. Man møter ikke slike flere ganger. Eller klart man møter hyggelige folk, men ikke samtidig, sånn som det der. Også var det samholdet da. Det var veldig bra samhold. Vi hadde en veldig positiv mann på gruppa, Sondre. Han var flink og dra oss opp. Han hadde jo vært der før, og visste en del om opplegget. Ja, det var godt å ha en å snakke med”.

Spørsmålet om gruppa ble også stilt til Sondre, og han vektla også samholdet som noe av det mest betydningsfulle. Han sa gruppa var til god hjelp under oppholdet. Han forklarer at med hjelp, mener han at brukerne i gruppa støttet hverandre både i aktivitet og samtaler. *”Alle ville hverandres beste”.*

Linda og Lene var også fornøyd med gruppa, men fremhevet møte med andre i samme situasjon som det viktigste. Lene følte alle var likestilt og hadde god forståelse for hverandres situasjon. Linda sier:

”Det var sånne som meg der, jeg vet ikke om jeg hadde ventet det, men det var godt”.

Brukernes beskrivelser gir uttrykk for at gruppesammensetningen var viktig for oppholdet på AiR. De beskriver blant annet gruppen som positiv og støttende. Da vi som mennesker påvirker hverandre, kan god stemning og godt humør i en gruppe, ofte smitte (Myers, 2009). Inge forteller i sitt intervju at de hadde en mann i gruppa si, Sondre⁴², som var med på å drive stemningen i gruppa frem. Å ha en positiv rollemodell som en person kan identifisere seg med er noe som også blir vektlagt som viktig i den transteoretiske læringsmodell, da det å ha noen å se opp til som en ser på som likeverdig styrker en persons mestringsforventninger i en endringsprosess (Wester et. al, 2009. Precott og Børtveit, 2011). I Inges tilfelle kan det tenkes at det å være i en gruppe med positive rollemodeller kan ha en innvirkning på Inges tro på å lykkes med endring i forhold til fysisk aktivitet.

Alle de fem brukerne fortalte at de hadde et positivt læringsutbytte av de andre brukerne i gruppen, og hadde et stort utbytte av å treffe andre mennesker i samme situasjon som seg selv, da de kunne dele tanker og erfaringer med hverandre. Å treffe andre mennesker i samme situasjon som en selv, er noe Myers (2009) også fremhever som en styrke i en positivt opplevd gruppe, da gode verdier og tanker kan diskuteres og spres. På den andre siden, kan en ”dårlig” sammensatt gruppe, preget av negativ stemning, ulike og motstridene meninger føre til en polarisering (Myers, 2009). Polarisering vil si at verdiene, meningene og standpunktene man hadde i utgangspunktet blir forsterket, og gruppa vil gli lengre fra hverandre (Myers, 2009). Derfor kan det tenkes at det å skape grupper som kan drive hverandre frem i positiv retning, kan være viktig i forhold til en endring av fysisk aktivitetsnivå.

Å ha et sterkt fellesskap blir ovenfor beskrevet som noe utelukkende positivt. Dette var ikke gjeldene for alle brukerne jeg intervjuet. Sissel hadde følelsen av å bli ”revet med” da hun var på fjelltur sammen med gruppa⁴³. Hun kjente at hun ikke hadde dagen til å nå fjelltoppen, men kjente samtidig hun hadde problemer med å si nei til presset hun følte fra gruppa:

”Jeg hadde jo lyst å gå videre, men ikke kroppen min. Jeg klarte til slutt å si nei, sette meg ned og heller nyte utsikten fra der jeg satt. Og den balansen der, å si nei, og heller bruke litt krefter hver dag, har jeg funnet ut er viktig for meg”.

⁴² En av de fem brukerne jeg dybdeintervjuet.

⁴³ En helgetur hvor de bare var brukere fra AiR.

Det Sissel beskriver her, kan være en negativ side ved god stemning og et sterkt fellesskap. Man kan glemme seg selv da gruppa kan ta fokuset, og egne behov kan bli satt til side da man gjerne vil passe inn, og være en del av gruppa (Myers, 2009). Likevel valgte Sissel og si nei til toppforsøket, da hun hadde fått i oppgave av legen sin på AiR å sette grenser og å lytte til signaler fra egen kropp. Historiene sier noe om at en gruppeprosess kan være positivt for mange, og kan virke som en pådriver for fysisk aktivitet, men på den andre siden sier de også noe om at det nødvendigvis ikke trenger å virke positivt for alle, da Sissels beretning sier noe om utfordringen for personer som har problemer med grensesetting.

Både Lene, Sondre og Inge har hatt kontakt med andre brukere fra gruppa etter oppholdet. Hvordan kontakten har vært har variert fra telefonsamtaler, møter eller meldinger på det sosiale mediet Facebook. Hvilken betydning det har hatt for brukerne, kommer jeg tilbake til i det neste kapitlet: *”Tiden etter AiR” under ”venner og familie – den beste medisin”*

I dette første resultatkapitlet har jeg vist at brukerne ved inntak hadde forskjellig aktivitetsnivå. Kun Sissel oppfylte Helsedirektoratets krav om 30 min moderat fysisk aktivitet hver dag, Inge og Linda var ved inntak i kategorien innaktive, og Sondre og Lene var et sted midt i mellom. I forhold til den transteoretiske læringsmodell og endring var alle brukerne i overveielsesfasen, som vil si at de var klar over at de hadde sider ved sin atferd de ville endre. Samtidig var det flere som hadde laget noen løse planer om endringene de hadde tenkt å gjennomføre, noe som kan tyde på at de nærmet seg eller allerede befant seg i planleggingsfasen. De fem brukerne var fornøy med oppholdet på AiR. Det var særlig, teamet, aktivitetene, målsetningsarbeidet og gruppa som ble fremhevet som positivt i forhold til deres endringsprosess. At alle fem brukerne trekker frem oppholdet på AiR som en viktig del av deres endringsprosess åpner for muligheten at et opphold på AiR kan virke som en katalysator i forhold til en endringsprosess.

I neste resultatkapittel legges det frem hvordan det har gått for brukerne etter tiden på AiR, da med tanke på å vise hva som har vært viktig for at brukerne har kunnet fortsette sin endringsprosess etter endt opphold.

5:0: Tiden etter AiR:

I denne andre resultatdelen skal jeg presentere hvordan det har gått med brukerne etter endt opphold på AiR. I begynnelsen av kapitlet tar jeg for meg hvordan deres aktivitetsnivå er syv til ti måneder etter oppholdet samt hvordan de trener og hvilken betydning det har for dem. Deretter tar jeg for meg viktigheten av funnene lokalt støtteapparat, og/eller venner og familie i en endringsprosess. Til slutt i kapitlet presenterer jeg funn i forhold til motivasjon, utfordringer og tilbakefall, hvor jeg blant annet belyser hva som har motivert brukerne til å fortsette med fysisk aktivitet, beskrevet hvordan motivasjonen for aktivitet har forandret seg samt gitt et innblikk i fenomenet tilbakefall som en naturlig del av endringsprosessen.

Aktivitetsnivå:

”Alt er så mye lettere nå. Og det er jammen godt”.

Dette var det første Inge sa, da jeg spurte om han hadde merket noen endringer, etter han hadde begynt å være regelmessig i fysisk aktivitet. Alle brukerne nevner i samtalene flere positive effekter og erfaringer de har hatt med det å være regelmessig i aktivitet over tid. Forbedring av fysisk form, og økt overskudd blir i den sammenheng fremhevet av samtlige. Samtalene, viste også at det å bli i bedre form og få mer overskudd, har gitt positive ringvirkninger på andre områder i livet, som eksempelvis søvn, mental helse, sosial omgang med venner og familie, og fritidsaktiviteter.

Da jeg ringte brukerne cirka fire måneder etter oppholdet på AiR, kunne alle fem brukerne fortelle at målsetningen om å være regelmessig i fysisk aktivitet, var oppnådd⁴⁴. Sissel, var den av brukerne som hadde hatt minst økning i treningsmengde, da hun var i aktivitet før oppholdet ved å svømme en gang, og gikk to til tre turer på cirka 30 min i uken. Da jeg ringte henne fortalte at hun nå svømte fast to ganger i uken, samt har fortsatt med to til tre faste

⁴⁴ Dette var også en av inklusjonskriteriene for at de fikk være med i undersøkelsen.

gåturer i uka. Forskjellen på gåturene før og nå, var at hun hadde økt tempoet og tidsintervallet, og turene hadde nå en varighet på ca en time. I tillegg hadde hun også gått flere lengre turer i naturen, sammen med sin mann, og/eller venner. Sissel sier at de lange dagsturene har betydd mye for henne og gitt henne stor glede, da dette hadde vært et stort savn i perioden hun hadde store smerter i kroppen. Mikropausene⁴⁵ er også blitt en integrert del av arbeidsdagen, noe som gjør at hun er mindre plaget med smerter i rygg og nakke på jobb og i hverdagen ellers.

Inge var den av brukerne som hadde forandret sitt aktivitetsnivå mest etter oppholdet på AiR. Han hadde gått fra ikke å trene i det hele tatt, til å være fysisk aktiv hver dag. I løpet av høsten 2010 har han gått en fast rute på cirka 40 min hver dag, og når snøen forsvant (våren 2011) hadde han begynt å ta i bruk sykkel. Ved intervju situasjonen sykler han fire ganger i uka, i minimum 30 min, og de resterende tre dagene går han den faste turruta si. Han sier han er veldig fornøyd med at han har klart å opprettholde målene sine.

Sondre som før var en periodetrener, har etter oppholdet fått bedre struktur på treningen sin. I dag trener han spinning to ganger i uka, og styrketrening en gang. Turene med kona som i følge han selv *”går litt i rykk og napp”*, ser han mer som en bonusaktivitet når det skjer.

Lene hadde som mål etter oppholdet på AiR, å ha en time daglig avsatt egentid hver dag. Dette er noe hun har fått til, og timen bruker hun til å gå en kveldstur med hunden sin, samt gjøre 30 min avspenning⁴⁶ på ettermiddagen. Dette sier hun hjelper henne å slappe av og sortere egne tanker i en hektisk hverdag. I tillegg går hun på styrketrening to ganger i uka, og på zumba en gang. Hun har forandret på planen sin, og begynt med styrke- i stedet for bassentrening. Dette fordi styrke og zumba har vært en del av tilbudet ved det lokale rehabiliteringssenteret, hvor Lene var bruker (høsten 2010) etter endt opphold.

⁴⁵ Øvelser for rygg og nakke hun fikk av fysioterapeuten på AiR som hun skulle gjøre 10 min, fire ganger, i løpet av dagen.

⁴⁶ Hun sier hun bruker pusteteknikker for å få pusten godt ned i magen. Siden mange øvelser på AiR bygger på psykomotoriske prinsipper, tolker jeg at teknikken er hentet her i fra. Fokuset er da på ekspirasjonsfasen, og på øvelser som trekker inspirasjonen basalt. Et praktisk eksempel kan være å ligge i krokryggliggende stilling med hendene på nedre del av magen. Fingrene spriker og peker mot hverandre. Når man da innånder vil magen heves, og fingrene går fra hverandre, og ved utpust går fingrene og magen tilbake til utgangsstillingen. Man skal rette oppmerksomheten mot at spenningen forlater kroppen (Bunkan, 1996).

Linda har etter oppholdet vært i fysisk aktivitet annenhver dag. Hun fortalte at hun særlig skogen i nærområdet som treningsarena, og vekslet som regel mellom korte intervaller eller lengre turer med staver. Øktene avsluttet hun med strikk-øvelser for å styrke overkroppen. Linda har også forandret planene sine i forhold til målsetning ved utreise, og driver ikke på med svømming. Hun har erfarte at det var for mye støy i den lokale svømmehallen, noe som kun gav henne vondt i hodet, og dermed begrenset utbytte. Ved intervju situasjonen (vinter 2011) synes hun ikke dette gjør noe, da hun føler hun har funnet en treningsform som passer henne godt, og som hun sier: *"Kanskje ennå bedre"*

Etter telefonsamtalene med brukerne kunne jeg se at Sissel, Inge og Sondre, fulgte målsetningene de hadde satt seg på AiR. Sondre, hadde til og med økt treningsmengden i forhold til målsetningen. Han trente nå spinning to ganger i uka, og styrketrening en. Linda og Lene hadde også økt aktivitetsnivået, men hadde forandret på planene som ble lagt på AiR, noe som viser at det kan være nødvendig å evaluere egne planer og mål, slik at hovedmålet, regelmessig fysisk aktivitet fortsatt er gjeldene. En annen viktig grunn for å evaluere og å reflektere rundt sine planer, er at man kan komme på feil kurs i endringsprosessen hvis man ikke klarer å fullføre de tenkte planene. Da kan lysten og motivasjonen for aktivitet fort dale, og endringen kan utebli (Marcus og Forsyth, 2009). Selv om brukerne ikke nevnte direkte at de hadde brukt evaluering som et eget punkt i planene sine, viste deres handlinger at evaluering og refleksjon rundt egne planer, og gjennomføring av eventuelle endringer ble gjort hos noen av deltakerne. Da jeg var med på introduksjonsundervisningen i målsetning ble også evaluering nevnt som et viktig punkt under målsetningsarbeidet på AiR, noe som kan tenkes å ha åpnet for å se viktigheten av evaluering.

Hvordan trener brukerne – Sammen med andre? Eller alene?

På AiR, er aktivitetene lagt opp til gruppeaktiviteter, noe alle de fem brukerne fremhevet som positivt. Derfor ble ett av mine spørsmål, På hvilken måte trente brukerne etter endt opphold? Sammen med andre? Eller alene? Hva de fremhevet varierte, noen ønsket å trene alene og andre ønsket å trene sammen andre. Det som kom frem var at behovet for samvær med andre i trening varierte etter hvilken aktivitet de skulle bedrive og etter hvilket utbytte de var ute etter i forhold til trening.

Fire av de fem brukerne trente både alene og sammen med andre. Den eneste som kun trente alene, var Linda. Hun sa dette var fordi hun trengte ro rundt seg for å unngå å bli sliten, og dette følte hun at hun oppnådde best alene. Når hun var alene hadde hun full oppmerksomhet på seg selv, noe hun kjente gjorde det lettere blant annet å regulere intensitetsnivået sitt etter dagsformen. En annen som også brukte "alene-trening" til full oppmerksomhet på seg selv, var Lene. Hun går ved intervju situasjonen (vinter 2011) en kveldstur hver dag med hunden sin. Turen alene, sier hun gir henne ro i kroppen før hun skal legge seg og at dette gjør at søvnen blir bedre. Til forskjell fra Linda, sa Lene at hun likte godt å trene sammen med andre også. Hun beskrev seg som en "ja-takk-begge-deler" person. Både når Lene var på kondisjon- og styrketreninger, gjør hun dette gjerne i selskap sammen med andre: "*Det er mer sosialt, mer action og jeg gir mer*". Dette utsagnet viser godt, at man kan trene på ulike måter, sammen eller alene, alt etter hvilke behov man har.

Det med å "*gi mer*" og "*gi det lille ekstra*", trekker også Sondre frem som en positiv side med å trene i gruppe. Han fremhever også at trening sammen med andre, er mer forpliktende da han føler at han har en "avtale" han må møte opp til. Sondre mener selv at han ikke har nok selvdisciplin til å gjennomføre treningsplanen sin, helt på egenhånd.

McAuley et. al (1994, McAuley og Blissmer, 2002) viste i sine studier, at personer som drev fysisk aktivitet i grupper, også var mer fysisk aktive enn de som drev med aktivitet på egen hånd, noe som kan være en annen positiv faktor med det å trene i gruppe. En mulig årsak til dette, kunne være at personene i forsøket følte mer fellesskap og ansvar når de var flere som trente sammen. Opplevelsen av en positiv sosial påvirkning, er noe som også styrker en persons mestringsforventning, noe som er vektlagt i en endringsprosess (McAuley og Blissmer, 2002. Prescott og Børtveit, 2011). På den andre siden, som nevnt tidligere i oppgaven⁴⁷, kan sosial påvirkning også ha motsatt effekt, og da særlig for personer som har problemer med grensesetting. Så det å finne en universell løsning som er gjeldene for alle kan derfor synes å være vanskelig.

Å trene på egenhånd bekymret Inge ved avreise, da han under oppholdet likte å trene i gruppe. Han gruet seg til å komme hjem til bydga, da han visste der ikke er noe form for organisert trening i nærheten. Da Inge kom hjem, avtalte han tre faste turer, med ett par kompiser i

⁴⁷ Sissels opplevelse av sosialt press på AiR

bygda. Inge sier avtalene var nyttige i begynnelsen for å komme seg ut, samtidig som det var veldig koselig, da turene ofte avsluttet med en kopp kaffe. I løpet av høsten har Inge blitt i bedre fysisk form, noe han selv sier har gjort ham mer selvstendig i forhold til trening, og han har mindre behov for ”drahjelp” fra andre. I dag går han kun tur med kompisene en gang i uka, de øvrige dagene trener han alene. Sammen med kompisene får han både sosialt påfyll og trening, alene kjenner han derimot et bedre treningsutbytte da han er i bedre fysisk form enn sine kamerater. Inges beretninger kan tyde på at treningseffekten blir mer vesentlig etter hvert som fysisk aktivitet er blitt en integrert del av hverdagen.

Sissel trener også alene når hun ønsker høy puls, og bedre treningseffekt. Hun kjenner som Linda at hun er mer fokusert når hun er alene og klarer dermed å holde et høyere intensitetsnivå. Da går hun med et høyere tempo, og legger inn stigninger i løpet av turløypa. De dagene hun trener sammen med andre, svømmer hun med ei venninne eller går en fjelltur med sin mann. Dette er noe hun også verdsetter høyt da hun da kjenner at treningen gir mer enn bare et fysisk treningsutbytte:

”Det går bra å trene alene. Men det er ennå bedre når man kan kombinere trening med det å være sammen. Det gir påfyll til livet det”.

Akkurat det Sissel nevner, å kombinere fysisk aktivitet med sosial omgang, er noe alle de fem brukerne fremhever som viktig, selv om Linda sier at hun ikke har overskudd til dette ved intervjusituasjonen. Kombinasjonen av fysisk aktivitet og sosial omgang ser også ut å være viktig for flere. I studiet gjort av Helsedirektoratet på inaktive i Norge⁴⁸ (2009) spør Ommundsen og Aadland hva som skal til for at inaktive skal bli mer aktive etter å ha kartlagt mulige årsaker for inaktivitet. Så mange som 20% av kvinnene, og 30% av mennene i undersøkelsen vektla viktigheten av det sosiale ved trening, blant annet det å bli trukket med på trening av andre, eller å trene sammen med andre. Dette kan tyde på at det å ha et sosialt nettverk og støtte rundt seg, har betydning for det å være i fysisk aktivitet, og da særlig i startfasen. Ut fra beskrivelsene brukerne har gitt, ser dette ut til og også være gjeldene for

⁴⁸ Nevnt tidligere i oppgaven blant annet under første kapitell: ”Bakgrunn, avgrensning og problemstilling”

dem. Å ha et sosialt nettverk og/eller støtte rundt seg bringer meg over på neste underkapittel hvor betydningen av helsepersonell som støttespillere i en endringsprosess blir presentert.

Den gode samtalen – forståelse, empati og respekt:

”Jeg ble fanget opp, og tatt vare på. Det har noe med følelsen av å bli trodd. Og det har mye å si det, forståelsen fra fagpersoner, og de rundt meg, at de skjønner det ikke er tull. Uten Rauland, og det lokale tilbudet, kan jeg helt sikkert si at jeg ikke hadde vært hvor jeg er i dag”.

Dette var det første Lene sa da jeg spurte henne om hun kunne si noe i forhold til støttespillere i endringsprosessen. Tidligere i oppgaven, nevnes det hvordan teamet og gruppa på AiR fungerte som støttespillere under oppholdet, men et like viktig spørsmål for meg å belyse, var betydningen av støttespillere etter AiR. Alle brukerne var tydelige på at det å ha støttespillere rundt seg når man kom hjem, var viktig for å kunne fortsette det videre arbeidet mot varig fysisk aktivitet.

I intervjuene fant jeg ingen fasit på hvem som fungerte som de beste støttespillerne i en endringsprosess. Brukerne nevnte flere, og ulike, støttespillere som hadde vært viktige for dem: ektefeller, venner, familie, fastleger, NAV, fysioterapeuter, psykologer og sykepleiere. Når det kommer til sosial støtte⁴⁹ i forhold til endring av fysisk aktivitetsvaner sier Biddle og Mutrie (2008) at det er tre former for støtte som er spesielt viktige. Instrumentell støtte, i form av praktisk hjelp, som eksempelvis kjøring til og fra trening eller å delta i aktivitet sammen med brukeren. Informativ støtte, som vil si å gi informasjon om fysisk aktivitet, eksempelvis hvor og når man kan drive på med ulike aktiviteter. Den tredje formen for sosial støtte er emosjonell støtte, noe som vil si at man viser empati, forståelse, og omtanke til den som prøver å holde seg fysisk aktiv. Glanz et. al. (2008) og Marcus og Forsyth (2009) har også med en fjerde form for sosial støtte, evaluerende støtte, hvor tilbakemeldinger og oppmuntring står sentralt. Denne formen for støtte fremheves som viktig ved en

⁴⁹ Sosial støtte er definert som: *”de ressurser som blir gitt til oss gjennom interaksjon med andre mennesker”* (Sheridan and Radmacher s. 156, 1992, i Biddle og Mutrie, s.145, 2008.)

atferdsendring, da den stimulerer til egnevaluering og egenrefleksjon (Marcus og Forsyth, 2009).

Selv om forskning på sosial støtte og helse er noe uklar, viser det seg, at det å ha en nær relasjon til noen, er en viktig predikator for god helse (Lazarus og Folkman, 1984. Micahel et. al., 1999. Glanz et. al., 2008. Lærum, 2009. Mæland, 2010).

Burkman og Glass (2000, i Glanz et. al, 2008) gjorde en studie, hvor de blant annet så på sosial støtte og dødelighet blant pasienter med alvorlige kardiovaskulære sykdommer. De fant en økt overlevelsesrate blant de pasientene som hadde sterke personlige bånd, og emosjonell støtte fra en eller flere andre. Selv om denne studien viser at sosial støtte kan være viktig ved sykdom, er forskningen mindre tydelig i forhold til om nære relasjoner kan ha en buffereffekt mot sykdom (Glanz et. al., 2008. Mæland, 2010). Å finne hvorfor sosial støtte er viktig for helsen er vanskelig, men det viser seg at det å ha noen som bryr seg, noen som man kan dele sine gleder, sorger og bekymringer med, noen som kan gi trøst og oppmuntring, er avgjørende for den evnen en person har til å takle stress, motgang og tap (Lazarus og Folkman, 1984. Glanz et. al., 2008, Mæland, 2010). Kanskje er det denne effekten av sosial støtte som virker som en buffer? Siden støttespillere, var noe brukerne mente hadde vært uvurderlig i tiden etter AiR, ble det viktig for meg å se nærmere på hvordan brukerne beskriver en god støttespiller, og hva den/eller de har bidratt med i endringsprosessen for den enkelte.

To av de fem brukerne, Sissel og Sondre, nevnte fastlegen⁵⁰ som en betydelig støttespiller. Begge var fornøyd med måten han/hun hadde fulgt dem opp på, både før og etter oppholdet på AiR. Sissel har hatt sin fastlege i mange år. Før var hun sjelden til legen, men ved henvendelse rundt ryggplager og sykdom, hadde hun alltid følelsen av å bli tatt seriøst. Da hun ble sykemeldt, opplevde hun fastlegen som en god støttespiller. Sissel mener at det ikke kan finnes mange fastleger like dyktige som han. Hun beskriver ham som empatisk og oppmuntrende -, en god samtalepartner, og fremhever at han alltid hadde hennes behov i fokus. Fastlegen, var for henne en person som hjalp henne til å løfte blikket i en vanskelig situasjon, slik at hun lettere kunne se veien videre selv, og ikke gi opp. Slik jeg ser det, beskriver Sissel her en lege som gir henne god emosjonell og evaluerende støtte (Biddle og

⁵⁰ Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen. Formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til (handboka.no, 2000).

Mutrie, 2008. Glanz et. al., 2008. Marcus og Forsyth, 2009). Sondre, ble innkalt til sin fastlege med en gang han kom hjem fra AiR. De ble enige om at utfallet av dette oppholdet, måtte bli bedre enn sist. Sondre ble tilbudt lokal oppfølging i form av samtaler med psykiatrisk sykepleier, og videre oppfølging hos fastlegen. Oppfølgingen har fungert bra, og det har bidratt til at han har klart å gjennomføre målsetningene sine, om å komme tilbake i arbeid, og ikke minst fortsette med fysisk aktivitet. Den siste tiden har besøkene hos helsetjenesten blitt sjeldnere, etter Sondres eget ønske. Han sier behovet for støtte i dag, er mindre: *"Alt går liksom av seg selv nå!"* Til forskjell fra Sissel, beskriver Sondre sin fastlege som en støttespiller som gir evaluerende- og informativ støtte, da han også henviser Sondre til samarbeidende helsepersonell, for bedre oppfølging (Biddle og Mutrie, 2008. Glanz et. al., 2008. Marcus og Forsyth, 2009).

Inge var den eneste av brukerne som følte at fastlegen hans, hadde motarbeidet han. Dette fordi det var fastlegen som hadde anbefalt ham å si opp jobben da han fikk Diabetes2. Inge fulgte legens råd og sa opp, og har vært arbeidsledig siden. Da han senere fant ut fra en spesialist på Diabetes2, at han ikke hadde trengt å levere oppsigelse, følte han seg lur av egen lege. Fastlegen hadde heller ikke vært til hjelp da hans nevø døde. Inge hadde etterspurt oppfølging, men fikk til svar at det var lite ressurser, men han kunne få resept på piller, Inge sier: *"Jeg kunne da ikke snakke med ei pille"*. Da han er fra en liten plass var det vanskelig å bytte fastlege. I dag (våren 2011) har han byttet, og håper den nye legen kan være en bedre støttespiller videre i endringsprosessen. Selv om Inge ikke hadde noe form for støtte i sin fastlege, hadde han en god relasjon til en lokal NAV – konsulent. Han følte konsulenten forsto situasjonen hans, og gjorde det hun kunne for å møte Inges ønske om å komme tilbake i arbeid. Inge kan fortelle at han følte seg ivaretatt, og sier han kunne spørre om alt. Han fikk følelsen av å bli tatt på alvor. I tillegg til den emosjonelle støtten NAV konsulenten gav ham, bidro hun også med mye informativ støtte, ved å finne ut hvem som kunne tilby de beste tjenestene Inge hadde behov for. Det var også hun som foreslo et opphold på AiR, etterfulgt av et arbeidstreningsprogram. To måneder etter AiR, sluttet NAV konsulenten, noe Inge synes var leit. Han sier:

"Hun var der i hvert fall når jeg trengte det mest. I dag må jeg gjøre alt selv, men det går greit! Kanskje han nye fastlegen er grei han også, og kan hjelpe om det trengs".

Her forteller Inge at han har tro på at han skal klare å fortsette endringsprosessen alene, uten hjelp fra helsetjenesten. Samtidig forteller Inge indirekte om et ønske om oppfølging fra et helsepersonell, da han håper den nye fastlegen er ”*grei*” og ”*kan hjelpe*”.

I forhold til NAV som støttespillere, var det delte meninger blant de intervjuede. Sondre sier blant annet at før AiR oppholdet, møtte han liten forståelse og støtte hos NAV. Han følte de ikke tok han på alvor, særlig i forhold til arbeidssituasjonen hans. Etter oppholdet på AiR, ble relasjonen forandret. Da NAV hadde lest epikrisen fra AiR, ble Sondre møtt med forståelse, og følte plutselig at han ble tatt på alvor. Etter dette, ble det satt inn riktige tiltak for at han skulle klare å komme tilbake i jobb, noe han også klarte. Sondre er glad for at situasjonen med NAV endret seg, men synes samtidig at det er trist at han trengte en rapport fra AiR for å bli tatt på alvor.

Alle som har hatt ett opphold på AiR får med seg en epikrise hjem. I enkelte tilfeller, ved behov, gis det også ambulerende oppfølging. Teamet vurderer hvem de mener trenger ekstra støtte for å klare sin hjemmesituasjon, og disse brukerne kan få tilbud om å bli fulgt opp av en ambulerende arbeidskonsulent. Lene var den eneste av de fem brukerne jeg intervjuet som fikk tilbud om dette. Hun takket ja, og det har som nevnt i det første sitatet, i dette kapitlet, hatt stor betydning for henne. Lene fikk på denne måten en instrumentell støtte fra en arbeidskonsulent fra AiR, som gav henne praktisk hjelp i form av å tale hennes sak, i blant annet møter med NAV og fastlege. Fordelen med en slik oppfølging, var at Lene følte hun fikk muligheten til å fokusere på egen helse, og glemme byråkratiet. Arbeidskonsulenten fra AiR, fikk NAV til å søke om et dagtilbud ved et lokalt rehabiliteringssenter, der Lene kunne jobbe videre med sine utfordringer. Selv sier Lene, at det å komme inn i et tilbud som kunne videreføre arbeidet hun allerede hadde startet på AiR, har vært avgjørende for at hun i dag er kommet langt i endringsprosessen. På det lokale rehabiliteringssenteret, var det særlig psykologen og fysioterapeuten, hun fikk best relasjon med. I dag (vinter 2011) er hun ferdig med oppholdet, men har mulighet å ta kontakt med senteret om hun har spørsmål i forhold til trening, endringer, utfordringer eller dialog med NAV. Lene har ennå ikke benyttet seg av dette tilbudet, men opplever det som en trygghet, da hun vet at hun ikke er alene. Lene sier at selv om hennes vei har vært lang, har hun vært heldig som hele tiden har hatt alle instanser på sin side.

Også Linda har en nær relasjon og støttespiller i helsevesenet, hennes fysioterapeut. Her går hun både til samtale og psykomotorisk behandling. Dette har hun gjort siden hun ble sykemeldt, og fortsatt med behandlingen etter oppholdet på AiR. Linda beskriver her en emosjonell støtte som hun sier er meget viktig for henne. Hos fysioterapeuten kan hun slappe av, si det hun vil, og være seg selv.

Ved siden av sin fastlege, har Sissel hatt mye hjelp av bedriftshelsetjenesten (BHT) i sin sykemeldingsperiode. I denne sammenheng, var det særlig en samtalegruppe med BHT-psykologen hun opplevde som hjelpsom. I denne gruppa, var det flere fra andre bedrifter som hadde blitt trakassert, og/eller hadde hatt andre former for arbeidskonflikter. Sissel sier at psykologen klarte å skape en trygghet, hjalp dem med å se egne ressurser, og reflektere rundt egne utfordringer. Hun beskriver her en evaluerende støtte. Etter at samtalegruppene var ferdige, har hun også hatt mulighet til å kontakte psykologen hvis det skulle være noe. Hun sier:

”Selv om jeg aldri har benyttet meg av den telefonen, er det godt å vite at det bare er å løfte av røret så vet du at han som sitter på andre siden både forstår deg, og vil ditt aller beste”.

Helsepersonell, blir av alle fem brukerne nevnt som viktige støttespillere etter oppholdet på AiR⁵¹. Sosial støtte fra helsepersonell kan som beskrevet ovenfor gis på mange måter, og av flere personer, men for å fremme atferdsendring, er det særlig det å styrke mestlingsforventningen, troen på å lykkes, gjennom dialog, som har best effekt, noe også brukerne trekker frem (ShDir, 2009. Prescott og Børtveit, 2011).

Det å ha en utenforstående person, eksempelvis et helsepersonell, som støttespiller kan for mange være godt, da de ikke er følelsesmessig involvert i brukeren på samme måte som eksempelvis en ektefelle. Er båndet for tett og sterke følelser involvert, kan det være vanskelig i en samtale mellom to nære parter å ha brukerens behov i fokus, og den gode dialogen kan stå i fare for å forsvinne (Barth et. al., 2006. Marcus og Forsyth, 2009). En annen fordel med å bruke en fagperson som støttespiller i en endringsprosess, er at mange helsepersonell har trening i endringsfokusert rådgivning. Dialogen er da preget av respekt,

⁵¹ De er også nevnt som støttespillere under oppholdet, men den siden av saken er nevnt tidligere i oppgaven.

optimisme og forståelse, og det skal gis rom for refleksjon. Målet er at samtalene skal forsterke mestringsforventning og motivasjon, slik at brukeren selv tror forandring er mulig (Barth et. al., 2006). Hos brukerne jeg intervjuet, var det særlig forståelse og de gode samtalene som ble fremhevet som det mest betydningsfulle for brukerne.

Venner og familie – kan være den beste medisin:

Det blir sagt om familien, at den er *”helsens viktigste fundament”* (s. 206, Lærum, 2009). Familien hadde også stor betydning som støttespiller i brukerens endringsprosess, ofte i form av emosjonell støtte ved å gi empati, forståelse, omtanke og/eller oppmuntring.

”Han maste aldri. Hvis jeg følte at i dag var det best å gå en tur, eller lese en bok, så støttet han det. Han maste aldri om skitne vinduer, eller hybelkaniner. Alt som kunne hjelpe meg, var han for”.

Sissel og mannen har vært sammen i over 30 år. De har alltid vært et aktivt par, som har funnet på mye sammen, både i forhold til friluftsliv og kultur arrangementer. Da Sissel ble sykemeldt, og var langt nede både fysisk og psykisk, var dette en uvant situasjon for mannen hennes. Plutselig klarte hun ikke det hun klarte før, og hun avlyste sosiale begivenheter grunnet smerte og mangel på overskudd. Selv om det var en vanskelig tid, for både henne og mannen, følte Sissel at mannen hennes forstod henne, og gjorde det han kunne for å bedre hennes situasjon.

Lene hadde en annen erfaring. Hun følte at mann og barn bidro med å avlaste henne for husoppgaver, men at de hadde liten forståelse for hennes situasjon. Da Lene kom tilbake fra AiR, og fikk oppfølging av et lokalt rehabiliteringssenter, ble hun og mannen tilbudt en samtale med psykolog, slik at familie-, og samlivet kunne styrkes. Lene fikk vite i samtalene at mannen hennes ikke følte seg inkludert i prosessen, og at han derfor ikke forsto det som skjedde. Kommunikasjon, og inkludering, er noe de har jobbet mye med i etterkant, noe Lene sier har vært positivt for hele familien.

”Nå ser mannen min forandringer. Den gamle Lena er på vei tilbake!”

Linda hadde også en opplevelse av å ikke bli forstått av nærmeste familie. Hun opplevde at de ikke forstod omfanget av sykdommen hennes. I oktober 2010, ble både Lindas mor og tante syk. Da forventet de at Linda skulle komme på besøk daglig, helst i flere timer, siden hun ”bare” var sykemeldt. Selv sier Linda at hun ikke hadde overskudd til å forklare situasjonen på ny hver gang, og hun dro derfor på besøk. Etter at tanten døde ble forholdene bedre, men moren forventer fortsatt at hun skal komme daglig på besøk. Krav om daglige besøk, har også fått negative konsekvenser for Lindas helse. Den siste tiden (2 mnd før jeg var på besøk), har hun vært mer trøtt, initiativet til å trene har vært dalende, og sosial omgang med venner er blitt redusert. Hun sier at støtte og forståelse fra mann og familie, ville gjort det lettere å fortsette den fine fremgangen hun startet på AiR.

Sondre sier at det er viktig for ham å ha en person rundt seg, som blant annet kan sette grenser for ham, når han er i de maniske fasene hvor han *”kan ta litt av”*. Da tenker han særlig på igangsetting av ulike politiske prosjekter. Samtidig trenger han noen som støtter, og motiverer, når han er deprimert. For Sondre har personen han beskriver, alltid vært kona. Han vet hans lidelse har vært vanskelig for kona, da hun selv har fysiske plager på grunn av sykdom. Sondres lange sykdomsperiode (fra 2005), sier han har gjort noe med ekteskapet, og er tvilende på om de klarer å forbli gift. Kona har nedprioritert seg selv, og Sondres behov har vært i fokus.

”Jeg kan ikke si hva som vil skje i fremtiden, men en ting er jeg sikker på..... Hun vil alltid være min støttespiller, uansett hva som skjer”.

Ut i fra det brukerne forteller, ser man at det er viktig å ha sosial støtte når man skal gjøre en endring i forhold til aktivitetsnivå. For å lykkes med en atferdsendring, er det derfor viktig at familie, venner eller andre signifikante støtter opp i hele endringsprosessen, og ikke bare på de andre praktiske arenaene i livet, som eksempelvis husvask, kjøring av barn og lignende (Prescott og Børtveit, 2011. Marcus og Forsyth, 2009). Fire av de fem brukerne jeg intervjuet

hadde en eller flere betydningsfulle personer i nær familie. Det var ofte ektefellen som sto nærmest, og det var særlig emosjonell og/eller instrumentell støtte de bidro med.

For de nevnte brukerne ser det ut som at ektefellen har vært den nærmeste støttespilleren i endringsprosessen, men ikke alle brukerne hadde en ektefelle. Inge er ikke gift. Ifølge Levekårsundersøkelsen fra 2002 bor cirka 900.000 voksne i Norge over 16 år alene uten barn eller andre voksne (SSB - Andersen, 2002). Likevel hadde Inge en støttespiller i nærmeste familie, sin søster. Inge sier at hun har vært viktig for han i endringsprosessen. Han sier hun har full forståelse for de prosessene han har vært i gjennom, da hun selv har vært på AiR. De bor i kort avstand til hverandre, og hun ser hvor viktig fysisk aktivitet er blitt for Inge, og Inge sier at hun er flink til å spørre om målsettinger og gjennomførte planer, og ikke minst gi ham oppmuntringer når han trenger det. I mai 2010 hadde Inge gjennomført 10 måneder med regelmessig aktivitet etter AiR, og fikk da en ny fin-dress av søsteren som belønning for god innsats. Inge sier:

”Jeg trengte ikke den dressen for å trene altså, men det var jo litt stas”.

Det er et gammelt ordtak som sier: *”Venner er den familien vi velger selv”*. For Lene, Sissel og Inge har venner vært viktige brikker i endringsprosessen. For Inge og Sissel har vennene fungert som gode treningskamerater, og begge to sier at det beste ved treningskamerater, er avtalen. Dette synes de gjør det lettere å være jevnlig i aktivitet. Lene bruker sine venninner som samtalepartnere. Hun sier at det å være sammen med noen som kjenner henne godt, som får henne til å le, gir påfyll i hverdagen og motivasjon til aktivitet. Lene har også god kontakt med tre damer fra gruppen sin på AiR. De har vært på turer sammen hvor hovedmålet er å mimre, lytte til hverandre og gi hverandre råd om mulig. Lene sier:

”Det blir nesten som en sånn selvhjelpstur (Lene ler), der vi sammen ser hvor vi er, utfordringer og litt av veien videre”

Gruppen på AiR, blir også nevnt av flere i sammenheng til sosial støtte. Både Inge og Sondre har jevnlig kontakt med hverandre, og ett par andre i gruppa. Det er særlig gjennom det sosiale mediet Facebook, de har kontakt. Gleden av å kunne snakke med noen som har vært i samme situasjon som en selv, blir fremhevet. Dette sier de at gir dem motivasjon til å fortsette og til å opprettholde aktivitetsnivået.

Som nevnt ovenfor fremhever brukerne at sosial støtte har vært viktig for dem i endringsprosessen. Hvilke former for støtte de har hatt på veien i sin endringsprosess, har variert. Noe som går igjen hos alle fem brukerne, er at de har hatt minst en person, som har vist dem emosjonell støtte, i form av empati, forståelse, omtanke og/eller oppmuntring. Tre av de fem brukerne har også hatt en eller flere personer som har fungert som en sparringspartner, og gitt dem evaluerende støtte som har gitt rom for egenrefleksjon. Den instrumentelle og informative støtten har vært varierende for brukerne, og ingen av dem vektlegger dette som viktig for dem. For disse fem brukerne, kan det se ut som emosjonell og evaluerende støtte er de viktigste formene for sosial støtte, i endringsprosessen mot å bli mer fysisk aktive. Ut i Lindas historie som opplevde manglende støtte av sin familie, og kun trekker frem sin fysioterapeut som støtteperson i sin endringsprosess, kan det virke som om at det å ha flere støttespillere i en endringsprosess kan være gunstig, da brukerne beskriver overlappende og varierende støtte fra flere som noe positivt.

Støttespillere, og sosial støtte ble fremhevet som viktig for brukerne i en endringsprosess. Slik jeg tolker det handler det om å bli sett, og få forståelse for det sykdomsbilde man har. Likevel, var det flere av beretningene i intervjuene hvor de beskrev betydningen av egenmotivasjon i en endringsprosess. Blant annet snakket de om drivkrefter for å trene, at de trente for sin egen del og fordi de hadde lyst. Disse beskrivelsene bringer meg inn på det neste underkapitlet, motivasjon.

Motivasjon, lyst og glede:

I undersøkelsen om inaktivitet nevnt tidligere i oppgaven, sier Ommundsen og Aadland (2009), at mangel på motivasjon, og tiltakslyst er den største barrieren for at folk ikke trener, eller er fysisk aktive. Dette var også faktorer brukerne nevnte som grunner for at de var inaktive før oppholdet. Da brukerne begynte å snakke om lyst og glede i forhold til trening i

sine intervjuer, skjønnte jeg at det også måtte ha skjedd en endring i forhold til deres motivasjon for fysisk aktivitet. Motivasjon som en indre tilstand som driver våre handlinger og atferder mot et mål, ble derfor en viktig del i oppgaven (Hagger og Chatzisarantis, 2007). I dette underkapitlet skal jeg gå nærmere inn på hvordan brukerne beskriver motivasjon for fysisk aktivitet etter endt opphold, blant annet ved å se på hva motiverer og motiverte dem for å fortsette med fysisk aktivitet etter AiR, og om det har skjedd endring i forhold deres motivasjon for aktivitet?

Alle fem trekker frem at lyst, glede og positive opplevelser som viktige faktorer for dem i aktivitet, og også en grunn for at de trener. Lene sier:

”Det å trene gir meg positive opplevelser. Og det igjen gir meg mer initiativ og lyst til å trene. Ja, det er viktig for meg at trening er lystbetont. Jeg liker ikke sporter hvor jeg møter meg selv og min dårlige form i døra hver gang. Det må være gøy, som for eksempel zumba. Da merker jeg ikke at jeg blir sliten en gang. Og alt, både kropp og psyke er jo blitt så mye bedre av dette. Det er kanskje den viktigste driven”.

Sondre beskriver også lyst som en av hoveddrivkreftene for aktivitet. Han kan fortelle at da han kom hjem fra AiR, fikk han *”bare lyst å sykle”*. Han sier han ikke vet om det var syklingen på AiR som førte til denne lysten, men den var til stede da han kom hjem, og da tenkte han det var lurt å fortsette med en form for fysisk aktivitet han hadde lyst til. Han beskriver de faste spinningtreningene han går på som *”beinhardt, men artig”*. Videre sier han også: *”Lyst er viktig for at man skal drive på med noe over tid.... Det tror jeg”*.

Linda snakker om at hun alltid har likt, og drevet med aktiviteter som *”gir noe tilbake”*. Da hun skal forklare dette, beskriver hun aktiviteter hun finner lystbetonte, som gjør godt for kroppen, og som gir henne glede. Etter at hun ble syk i 2008, var også Lindas hverdag preget av en lang periode med inaktivitet. Ved inntak på AiR var dette noe hun ønsket å komme bort fra, og på AiR fant hun igjen gleden med det å være i aktivitet, og sier: *”Jeg kjente hvor godt aktivitet var for kroppen min, ja hele meg!”*, og hun sier det er disse følelsene som også har drevet henne i etterkant av oppholdet.

Sissel kan fortelle meg at det er flere faktorer enn bare ren glede og lyst som driver henne i forhold til fysisk aktivitet:

”Det er SÅ godt å være ute. Jeg MÅ bare ut. Da blir jeg fornøyd med meg selv, det letter på samvittigheten, og jeg får ut masse spenninger. Det synes jeg er kjempe viktig”.

Slik jeg tolker Sissels utsagn er hun også drevet både av lyst, men også tilfredsstillelse av dårlig samvittighet. Selv om Sondre ovenfor sier at lyst er den viktigste drivkraften for ham, kommer det frem lengre ut i samtalen at også han har det samme behovet for tilfredsstillelse av samvittighet som Sissel:

”Når jeg gjennomfører det jeg har tenkt, som eksempelvis trening, blir jeg veldig fornøyd med meg selv, også slipper jeg å ha dårlig samvittighet”.

I tillegg til sin tilfredsstillelse av dårlig samvittighet beskriver Sondre at han er stolt av seg selv når han har gjennomført en trening. Å være stolt, er en faktor Inge også trekker fram i forhold til motivasjon og fysisk aktivitet:

”Jeg er jo fornøyd med hva jeg har gjort etterpå. Her om dagen sykla jeg en lang runde på 27 min. Da var jeg ganske stolt. Får jo litt lyst å sykle mer da”.

Brukernes beskrivelser gir et bilde på, at hva som driver den enkelte i forhold til fysisk aktivitet er sammensatt. Lyst og glede er de to faktorene brukerne vektlegger som viktigst for å fortsette med fysisk aktivitet da jeg spurte dem direkte. Dette er faktorer som ofte er forbundet med indre motivasjon, da indre motivasjon handler om å gjøre en aktivitet for sin egen del, og målet på suksess er deltakelsesprosessen i seg selv (Ryan og Deci, 2000, Biddle og Mutrie, 2008). I kontrast finner vi ytre motivasjon, som er når en person blir drevet mot målet grunnet belønning, penger, press fra andre og/eller andre ytre faktorer (Ryan og Deci,

2000. Biddle og Mutrie, 2008). Slik jeg forstår brukerne var det ingen av dem som var i denne enden av skalaen, dog Inges mål vektreduksjon, ofte blir forbundet med ytre motivasjon. I den sammenheng er det vektreduksjon for utseendes del som blir omtalt (Hagger og Chatzisarantis, 2007). Ut i fra Inges beretninger er det ikke for utseendes del han ønsker å gå ned i vekt, men for å få bedre helse og bli kvitt sin sykdomstilstand Diabetes2. Etter min mening må dette være en annen form for ytre motivasjon enn en belønning i form av et vakkert utseende. Noe annet som etter min mening gjør det vanskelig og bare å skille mellom indre og ytre motivasjon, er Sissel og Sondre sine utsagn om dårlig samvittighet. Slik jeg ser det vil også det å gjøre fysisk aktivitet for tilfredsstillelse av samvittighet, havne en plass i mellom ytre og indre motivasjon.

For å få en bedre forståelse for de bakenforliggende drivkreftene for fysisk aktivitet brukerne beskrev, måtte jeg se etter forklaringsmodeller i litteraturen. Jeg begynte å se på den transteoretiske læringsmodell, men fant ikke noe tilfredsstillende forklaringer på fenomenet. I forhold til motivasjon og fysisk aktivitet finnes det flere teorier. Jeg valgte å ta utgangspunkt i selvbestemmelsesteorien (SDT⁵²), da dette er regnet som en solid og etterprøvd teori for å forklare hva som påvirker motivasjon og motivasjonstyper (Ryan og Deci, 2000). I senere tid er teorien også blitt brukt som forklaringsmodell innefor fysisk aktivitet, noe som kan bidra til å sannsynliggjøre bruken av denne (Biddle og Mutrie, 2008).

Motivasjon blir i denne teorien definert som de psykologiske kreftene som kontinuerlig driver en person mot et mål, uavhengig av (umiddelbar) suksess på innsatsen (Sheldon et. al., 2003). Slik jeg tolker brukerne, er det disse psykologiske kreftene de prøver å formidle og beskrive i samtalene med meg. I selvbestemmelsesteorien skilles det også i hovedsak mellom de to typene indre- og ytre motivasjon, men til forskjell fra en del andre teorier presenterer Deci og Ryan i sin teori nyanser i den ytre motivasjonen, og sier derfor at skille mellom ytre og indre motivasjon er mindre markant (Ryan og Deci, 2000. Hagger og Chazisarantis, 2007. Biddle og Mutrie, 2008).

I selvbestemmelsesteorien deles ytre motivasjon inn i fire undergrupper: *External* - som er den minst selvbestemmende formen for motivasjon, hvor man handler for å få belønning eller å unngå straff. *Introjected* – som vil si at man handler for å unngå selvpålagt skyldfølelse eller

⁵² Self determination theory. Teorien ble lansert i 1985 Deci og Ryan (Ryan og Deci, 2000).

engstelse. *Identified* – som vil si at drivkraften bak handlingen er at aktiviteten er viktig for en selv, men også viktig for andre rundt. Til sist den formen for ytre motivasjon som er mest selvbestemt og har flest likhetstrekk med indre motivasjon: *Integrated* motivasjon, hvor aktiviteten gjøres av glede og lyst men ikke for aktivitetens del, men for å tjene noe på det, som for eksempel å nå sine mål (Ryan og Deci, 2000, Hagger og Chazisarantis, 2007. Biddle og Mutrie, 2008).

Bruken av selvbestemmelsesteorien som forklaringsmodell synes jeg gir meg en bedre forståelse av de drivkreftene brukerne beskriver i forhold til aktivitet. Sissel og Sondre, som blant annet beskriver tilfredsstillelse av dårlig samvittighet som motivasjon for å trene beskriver slik jeg tolker det at de er introjert regulert, det vil si at de har et stort eget press i forhold til aktivitet, og trener for å unngå skyldfølelse (Biddle og Mutrie, 2008). Inge ble også motivert av vektreduksjon for helsa sin del. Dette er forbundet med identifisert regulering da det etter min tolkning handler om å trene for å få et utfall som blir verdsatt høyt, i dette tilfellet bedre helse (Biddle og Mutrie, 2008). Når det kommer til å forstå de to høyest vektlagte faktorene lyst å glede, synes jeg det er vanskelig å se om dette er ren indre motivasjon eller om det er integrert motivasjon som driver deltakerne. Slik jeg forstår selvbestemmelsesteorien er indre motivasjon når man gjør aktiviteten for ren glede og lyst til aktiviteten. Ser jeg på brukernes uttalelser har alle sammen en målsetning med aktiviteten, dvs at det er glede og lyst som driver dem til aktivitet kunne oppnå målet om å være regelmessig i fysisk aktivitet. På bakgrunn av dette vil jeg si at ingen av brukerne ble drevet av ren indre motivasjon for aktivitet ved tidspunktet jeg intervjuet dem.

Forandring i motivasjon:

Etter å ha snakket med brukerne ble det interessant for meg å se på om motivasjonen for fysisk aktivitet hadde forandret seg etter oppholdet på AiR. Ut i fra brukernes beretninger kan det se ut som det har skjedd en positiv forandring i forhold til motivasjon. Blant annet ser det ut til at glede og lyst for aktivitet er blitt styrket etter å ha drevet med regelmessig fysisk aktivitet over tid.

Inge var den av de fem brukerne som hadde forandret sin motivasjon for aktivitet mest siden oppholdet på AiR. Før oppholdet på AiR hadde Inge verken lyst, glede eller positive opplevelser med det å være i fysisk aktivitet. Han ville kun trene for å bli kvitt sine

helseplager. I slutten av oppholdet begynte han å endre mening om det å være i fysisk aktivitet. Han sa blant annet at det å trene sammen med andre hadde vært moro, og at en del aktiviteter hadde vært greie. Ved avreise synes han likevel ikke aktivitet generelt sett, var gøy: *”Gøy og gøy. Det må liksom bare gjøres”*. Den samme holdningen hadde han da jeg møtte ham i langintervjuet. Han beskriver det å trene som en jobb, noe han må gjøre hver dag. Til å begynne med kunne jeg derfor ikke se noe endring i motivasjonen hans, men utover i samtalen kom det frem at han synes en del av de aktivitetene han nå driver på med er lystbetonte:

”Jeg setter meg mål at slik og slik skal jeg gjøre, eller så og så mange kilo skal jeg gå ned. Det er motiverende, og ikke minst gøy når jeg klarer det”.

Om sykkel sier han blant annet:

”Det er allright. Det å kjenne den friske luften ned i lungene før en skal legge seg. Ja det er bra det”.

Her sier beskrivelsene hans noe om at han beveger seg fra å si at trening er greit nok, til å beskrive at effekten av trening, og oppnåelse av satte mål føles bra og er moro å få til. Det kan virke som at Inge ikke lenger kun er drevet av vekttap, bedre helse og reduksjon i medisiner, nå er alle de andre positive effektene aktivitet gir, også viktig. Ut i fra selvbestemmelsesteorien beveger Inge seg nå fra å være identifisert regulert til være mer integrert regulert, det vil si at glede og lyst for og nå ens målsetning også er viktig.

Når det kommer til trening og motivasjon sier Hagger og Chatzisarantis (2007) at det er vanlig at motivasjonen forandrer seg i endringsprosess, og at disse forandringene også kan sees i forhold til de ulike fasene i den transteoretiske læringsmodell. I føroverveielses-, og overveielsesfasen er de fleste drevet av ytre motivasjon som blant annet, å se bedre ut, og/eller gå ned i vekt. I planleggingsfasen går man ofte inn på verdier, hvorfor er det viktig å trene, og mange oppdager da en økt indre motivasjon for fysisk aktivitet. I handlingsfasen er det ofte

den ytre motivasjonen som igjen styrer, da man ikke alltid synes det er lett å ha fokus på de indre drivkreftene. Mange synes det å komme i gang med aktivitet kan være tungt, og vondt, og bruker da vekttap, utseende og god samvittighet som motivasjon for å holde ut med den fysiske aktiviteten. I vedlikeholdsfasen, når trening er opprettholdt over tid styrkes den indre motivasjonen og preger en persons forhold til fysisk aktivitet (Marcus og Forsyth, 2009). Da jeg møter brukerne er de alle fem i vedlikeholdsfasen siden de har vært regelmessig fysisk aktive i over seks måneder, og slik jeg forstår dem er de nå mer indre motivert for fysisk aktivitet enn tidligere.

Det å kunne bevege seg på motivasjonsstigen slik brukerne har gjort blir ut i fra selvbestemmelsesteorien kalt internalisering (Biddle og Mutrie, 2008). Internalisering vil si, at en person kan bevege seg på motivasjonsstigen, fra ytre motivasjon, mot det ønskelige endepunkt, indre motivasjon (Sheldon et. al., 2003). Det at de fem brukerne har fått til en slik internalisering har i følge Sheldon et. al. (2003) med tilfredsstillende av tre psykologiske behov å gjøre. Disse behovene er *kompetanse*⁵³ *autonomi*⁵⁴ og *tilhørighet*⁵⁵.

Viktigheten av tilfredsstillende av disse tre behovene ble derfor viktig å se på også i min oppgave, da dette er noe som er viktig for å forstå bruken av selvbestemmelsesteorien som forklaringsmodell. Jeg gikk inn i materialet på ny for å se om brukerne sier noe om de tre behovene. Jeg har tidligere i oppgaven beskrevet hvordan aktivitetene på AiR var lagt opp, og slik jeg ser det sier dette noe om styrking av kompetanse. Brukerne beskrev et miljø hvor idrettspedagogene vektla et mestringsorientert klima⁵⁶, og ser man på forskning finnes det også korrelasjoner mellom Achievement Goal Theory og selvbestemmelsesteorien som kan forklare hvordan et mestringsorientert klima kan fremme følelsen av kompetanse (Duda og Hall, 2001). Duda og Hall (2001) fant i sin undersøkelse, at det er særlig læring gjennom oppgaver som gir mestring, og positive erfaringer som vil øke en persons følelse av kompetanse. Også etter AiR har brukerne beskrevet at de utøver aktiviteter som gir mestring, glede, lyst og positive erfaringer. Dette styrker igjen den indre motivasjonen, og kan ha bidratt til at brukerne har beveget seg mot indre motivasjon på motivasjonsstigen.

⁵³ competence – følelsen av å kunne utføre en atferd, og nå et satt mål (Sheldon et. al., 2003)

⁵⁴ autonomy – føle at valgene man tar er ens egen frie vilje, slik man føler seg ansvarlig for atferden (Sheldon et. al., 2003)

⁵⁵ relatedness – følelsen av å bli forstått og satt pris på av andre signifikante (Sheldon et. al., 2003)

⁵⁶ Hentet fra AGT – Achievement Goal Theory (Duda og Hall, 2001)

I forhold til tilhørighet var både teamet og gruppa under oppholdet på AiR viktige brikker for å få behovet tilfredstilt. Støtte og forståelse, fra familie, venner, lokalt helseapparat mener jeg også har medvirket til å opprettholde tilfredstillende av tilhørighet i etterkant av oppholdet, noe som igjen kan ha bidratt med å vedlikeholde og styrke den indre motivasjonen.

Autonomi kan også styrkes gjennom fysisk aktivitet, da mestring av motorikk, teknikk og samhandling med andre også kan gi en følelse av autonomi over eget liv og handlinger (Ommundsen, 2008). Slik jeg tolker Ommundsen (2008) vil det si at en person gjennom fysisk aktivitet har mulighet å plukke ut de aktivitetene og/eller treningsformene som han/hun ønsker, mestrer og anser som betydningsfulle. Dette kan tenkes å gi en følelse av å være ansvarlig for en handling, og styrke autonomien. Etter min mening kan dette også være en av grunnene for å vektlegge fysisk aktivitet, da det å være ansvarlig for egne handlinger kan oppleves som en utfordring for mange på andre arenaer, eksempelvis i en arbeids- eller familiesituasjon.

De positive opplevelsene:

Ved siden av glede og lyst som drivkrefter for å fortsette med fysisk aktivitet etter endt opphold ble også faktoren – *positive opplevelser* med fysisk aktivitet trukket frem. Da jeg gikk inn på hva brukerne mente med positive opplevelser var det variasjon i uttalelsene. Likevel var det særlig de to faktorene som bedre fysisk form og økt overskudd som hadde gitt dem flest positive opplevelser, da i form av å orke mer, sove bedre, få bedre psykisk helse, gjenoppta gamle fritidsinteresser og økt initiativ og tiltak i forhold til å være sosiale.

”Det kom liksom bare..... Bare for ett år siden var det helt uaktuelt å gå ut å spise sånn som dette her. Da var det et ork. Nå er det gøy”.

Overskudd var den effekten/opplevelsen som, sammen med økt fysisk form, ble nevnt hyppigst av brukerne. Det å ha mer overskudd i hverdagen, har også gitt brukerne positive ringvirkninger på andre områder i livet. Både Linda og Sissel, fremhever at overskuddet de har fått med trening har gjort dem mer sosiale i forhold til venner, enn tidligere. Linda sier at

hennes følelse av ”å være en zombie, som ikke har noe å bidra med”, ble borte. Hun kjente overskuddet begynte å komme etter cirka tre måneders regelmessig aktivitet, og da klarte hun å gjennomføre de månedlige venninnetreffene uten å bli sliten. Høsten 2010, gav henne mye sosialt påfyll, noe hun sier var betydningsfullt, da hun følte tilstanden hennes hadde satt henne på sidelinjen sosialt i flere år. Sissel opplevde også positive forandringer i forhold til økt sosial omgang med venner:

”Jeg klarer mye mer i forhold til venner. Det synes jeg er kjempe viktig. Nå går jeg ikke lengre og bare tenker på dem, jeg tar initiativ til å gjøre noe sammen med dem..... Blant annet orket jeg å gå en hel dag rundt i London, når vi var der på besøk i høst (2010)..... også gjør jeg og mannen min mye kjekke ting sammen. Før orket jeg ikke, men nå har jeg energi på alle plan. Jeg er kjempe heldig”.

En annen positiv effekt ved regelmessig trening som ble nevnt av flere (Inge, Sissel og Sondre), var at søvnen var blitt bedre. Inge sier blant annet:

”Formen er blitt bedre, også sover jeg jo mye bedre. Og det er jo alfa omega.”

Søvn i forhold til fysisk aktivitet er et området hvor det er utført lite forskning. Studiene som er gjort, gir ofte uklare data og resultater, da de fleste studier har inneholdt selvrappportert data. Selvrappportering kan også gi en del feilkilder, da folk har en tendens til å overrapportere sitt eget aktivitetsnivå, noe som er en svakhet med metoden (Loprinzi og Cardinal, 2011). I 2011 gjorde Loprinzi og Cardinal en studie på fysisk aktivitet og søvn på 3081 voksne mellom 18-85 år. Deltakerne skulle være fysisk aktive, moderat eller høy intensitet, i minst 150 min per uke. Da de senere ble spurt om søvn og søvnvaner, hadde 65 % av deltakerne økt sin søvnkvalitet, og følte seg mindre søvnige på dagtid. Det at alle brukerne nevner de har fått økt overskudd, kan tenkes også å ha noe med bedret søvnkvalitet å gjøre. Sissel setter det hele i sammenheng og sier:

”Det mest merkbare er at jeg sover mindre, men bedre, og ikke minst får jeg mer overskudd”.

Overskudd, mer energi og bedre søvnkvalitet blir alle nevnt som positive psykologiske effekter med regelmessig fysisk aktivitet. I tillegg til disse faktorene kan regelmessig fysisk aktivitet også gi økt livsutfoldelse og glede, økt velvære etter aktivitet, mindre stresssymptomer, økt optimisme, økt initiativ og bedre selvfølelse og forhold til egen kropp (Bahr et. al, 2009, ShDir, 2010). Økt livsutfoldelse og glede ble nevnt som en positiv effekt av Linda. Hun sier hun hadde en flott høst (2010) i forhold til aktivitet, og kjenner at fysisk aktivitet, særlig utendørs, påvirker henne emosjonelt: *”Da fyller jeg hele meg. Jeg kjenner glede”*. Sondre opplevde også positive effekter på psyken, han sier:

”Jeg har jo en slik angst og uro i kroppen min, fra tid til annen. Men når jeg trener, skjer det noe. Når jeg kommer tilbake, og setter meg i stolen min etter å ha dusjet, er jeg helt rolig i kroppen. Effekten er der i mange timer etter trening, men særlig i de to-tre første timene. Jeg er SÅ rolig, og det er SÅ deilig..... Og det virker sånn på meg, at til mer jeg gir, til mer sliten jeg blir, jo lengre varer effekten”.

Beskrivelsen gir her et bilde på reduksjon av stresssymptomer og velvære etter trening som er to av de andre overnevnte positive effektene ved aktivitet. Sondre som har bipolar lidelse, kjenner at regelmessig fysisk aktivitet over tid også har gitt ham positive virkninger i forhold til egenmestring av lidelsen, og mestring av egen jobb. Han sier roen i kroppen gjør at han får bedre konsentrasjon og oversikt, noe som gjør arbeidsdagen lettere. I forhold til lidelsen, er han i bedre humør, er mer positiv, og opplever nå, færre dårlige dager enn tidligere.

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og mental helse er godt dokumentert. Åtte uker med fysisk aktivitet i form av spaserturer eller jogging, reduserte symptomer ved lidelser som depresjon og angst (Börjesson et. al., 2009). Dette kan blant annet gi en forklaring på hvorfor Sondre har færre dårlige dager, og er mindre preget av sin lidelse. Av alle fem brukerne, er Sondre også den eneste som sier noe spesifikt om intensiteten på treningen, og hva det har betydd for han. Forskning viser at høyintensiv kondisjonstrening, ved 75 – 80 % av VO2Max,

frigjør mer endorfiner⁵⁷ enn lavintensiv trening⁵⁸ (under 65% av VO2MAX), noe som er gunstig da endorfiner både har en smertelindrende effekt, og gir en opplevelse av velvære og lykke (Börjesson et. al., 2009). Frigjøringen av hormoner etter trening, kan blant annet bidra til den roen og velværen Sondre kjenner etter en treningsøkt.

Som tidligere nevnt, hadde overskuddet til Linda og Sissel gjort dem mer sosiale i forhold til venninner, noe som absolutt kan karakteriseres som en fritidsaktivitet. To av de andre brukerne, Inge og Sondre hadde også hatt betydelig endring i forhold til sine fritidsaktiviteter, etter at de ble regelmessig fysisk aktive. For ett par år siden var Inge kun på en fisketur i fjellet i året. Han sier at han var *”for tung i ræva”* til å komme seg ut, og opp på fjellet. Han beskriver at det ofte var et ork og slit, og derfor ble turen som regel med tanken, og sjelden gjennomført. Etter at formen er blitt bedre, og vekta redusert, sier han fjellturene er blitt lettere. Etter oppholdet på AiR, har han vært på fisketur flere ganger, og ofte lengre inn på fjellet enn han pleide. *” Dette er supert. Særlig med litt fuglesang og kaffe på kjøpet”*. Sondre har også tatt opp en gammel fritidsinteresse, politikk. Han har vært politisk aktiv fra han var ungdom, frem til han ble syk. Da trakk han seg fra alt, men nå er han tilbake, og sier:

”Det å ha overskudd til å drive med noe jeg virkelig brenner for, gir også påfyll i hverdagen”.

Som nevnt i dette kapitlet er det ikke bare den fysiske formen som blir bedre av regelmessig aktivitet. Brukerne nevnte blant annet overskudd, glede, bedre psykisk helse, søvn og økt sosial omgang og deltakelse i fristidaktiviteter. De beskriver både positive effekter, og positive opplevelser, og gir inntrykk av at disse kan påvirke hverandre. Synergieffekten, er i følge brukerne med på å gjøre hverdagen lettere og livet deres bedre. Flere av effektene/opplevelsene brukerne nevner, står også beskrevet som virkninger i handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005 – 2009, og er vist på figuren ovenfor. Videre står det skrevet i handlingsplanen:

⁵⁷ Et av kroppens sterkeste endogene opiod.

⁵⁸ Men også kondisjonstrening lavere intensitet øker smertetoleransen (Börjesson et. al., 2009).

”Fysisk aktivitet forebygger en rekke sykdommer, og er en kilde til glede, livsutfoldelse og positive mestringsopplevelser” (s. 1, Regjeringen, 2009).

Dette utsagnet kan se ut for å passe med beskrivelsene til brukerne jeg intervjuet⁵⁹. På bakgrunn av de fem historiene mener jeg at regelmessig fysisk aktivitet også kan gi økt livskvalitet⁶⁰, da det å være fysisk aktiv har mange positive ringvirkninger på andre områder i livet. Faktorene brukerne fremhever som har endret seg positivt⁶¹, er også nevnt som viktige faktorer blant nordmenn i forhold til livskvalitet.

De fem øverste faktorene/verdiene nordmenn rangerer høyest i forhold til livskvalitet er (s.30, Lærum, 2009):

1. Helse – 88%
2. Familie – 87%
3. Kjærlighet og nærhet – 80%
4. Natur⁶² – 64%
5. Fritid – 62%

Rett etterfulgt av disse faktorene kommer arbeid, inntekt og yrkeskarriere. Ut i fra dette kan det tenkes at det å være regelmessig fysisk aktiv, også har gitt brukerne en økt livskvalitet. Dette kan være enda en viktig grunn for at både AiR og samfunnet generelt burde vektlegge fysisk aktivitet. For å oppsummere hva økt livskvalitet kan gjøre med et menneske synes jeg Sissel beskriver det fint:

”Nå er livet mitt herlig. Jeg kan gjøre hva jeg vil, ingenting kan stoppe meg. Det er ingenting som er så deilig som å vinne over seg selv, å se fremgang. Både i forhold til trening, men også i forhold til livet”.

⁵⁹ Likevel er nok ikke utsagnet passende for alle.

⁶⁰ Her finnes mange definisjoner, men en mye brukt definisjon som jeg synes beskriver livskvalitet godt er Næss (2001, s.27, Lærum, 2009) sin: *”Livskvalitet er hvor godt eller dårlig enkeltpersoner opplever å ha det, en grunnstemning av glede”.*

⁶¹ Bedre fysisk form, mer overskudd, bedre søvn, bedre og mer sosial omgang, økt deltakelse i fritidsaktiviteter.

⁶² De fleste av verdiene går igjen i flere land, men natur kommer særlig høyt i Norge (Lærum, 2009)

Utfordringer og tilbakefall:

I de tidligere underkapitlene om motivasjon er det særlig de fysiske og emosjonelle effektene ved fysisk aktivitet som blir fremhevet i forhold til å styrke motivasjon. Samtidig sier to av brukerne, Sissel og Linda, at de var nødt til å endre måten de tenkte på, både i forhold til sykdom og aktivitet for å klare å holde motivasjonen oppe. De sier også at det å jobbe med tankegang har hjulpet dem å takle uforutsette situasjoner som medførte at motivasjonen dalte. Under Sissel sitt intervju, kommer vi inn på tiden da hun var sykemeldt. Hun forteller meg, at hun holdt på å bli ”*passiv til livet generelt*”, og kjente da at hun stod i et veiskille. Hun understreker at hun tok et bevisst valg, og valgte at hun måtte gjøre noe i forhold til sin situasjon. Da jeg spør henne om hva ”noe” er, sier hun: ”*Alt som var godt for meg*”, og sier videre:

”Det kunne være alt fra å lese bøker til å gå tur. Men jeg fant ut aktivitet gjorde godt så derfor fortsatte jeg med det”.

Sissel sier hun måtte jobbe med tankegangen sin, for å komme til denne erkjennelsen. Det vanskeligste var å la være å fokusere på det hun ikke kunne, velge å se mulighetene og jobbe ut i fra hennes nåværende utgangspunkt. Å jobbe med egne tanker, og å bli bevisst på hva som gav henne påfyll i hverdagen, mener Sissel var viktig for at hun skulle komme ut av den passive tilværelsen. Linda hadde også erfaring med at det å gjøre endringer krevde at man også jobbet med tankegangen. Hun hadde tidligere gjort livstilsendringer i forhold til kosthold, og hadde funnet ut at:

”Det er viktig å være bestemt og ta små skritt om gangen. Når jeg først har bestemt meg, går det meste greit... Også er det viktig å snu den negative spiralen til noe positivt, ha tro på at du klarer det. Det var viktig for meg med trening også”.

Linda beskriver i sitt utsagn slik jeg ser det - mental trening. Mental trening er prosedyrer og/eller øvelser som er ment for å øke en persons evne til å bli mer effektiv og bedre forberet

mentalt når mål skal nås (Pensgaard og Hollingen, 2006). Begrepet er hentet i fra idretten, men Sissels og Lindas beretninger mener jeg kan sannsynliggjøre bruken av begrepet innenfor fysisk aktivitet, endring av fysisk aktivitetsnivå og endringer generelt. Mental trening er øvelser som har til hensikt å gi følelsen av kontroll og reduksjon av angst/stress. Dette kan eksempelvis være, avspenning, indre samtaler og/eller innlæring av nye ferdigheter. Målet er å bruke mental trening som et verktøy, for å få maksimalt utbytte av egne ressurser og potensial, i eksempelvis fysisk aktivitet (Pensgaard og Hollingen, 2006).

Slik jeg tolker Sissel og Linda bruker de mental trening særlig i form av den indre samtalen, ved å snu negative- til positive tanker. De trekker frem at man må ha fokus på det positive og det man klarer, se mulighetene og ikke begrensningene og ha positiv tro på at endringen er noe man kan klare. Slik jeg ser det betyr ikke bruk av indre dialog at de negative tankene forsvinner, men at man finner strategier for hvordan å møte slik tanker kan de overvinnes. Likevel sier Pensgaard og Hollingen (2006) at en endring av tankerekke kun er mulig hvis den positive vrien har rot i virkeligheten. Det kan tenkes at Sissel og Linda har valgt å akseptere at det fra tid til annen kommer negative tanker, eksempelvis dårlig samvittighet for ikke å trene, eller lav tiltro til seg selv. Likevel virker det som om begge er bevisst det å ha et fokus på det positive (kan tenkes å være positive opplevelser og effekter med fysisk aktivitet, noe de begge har opplevd) og på tiden fremover. Det positive fokuset kan tenkes og også å ha bidratt til at de begge har fortsatt med fysisk aktivitet.

Ovenfor blir også avspenning nevnt som en mental øvelse/teknikk som kan gi følelsen av kontroll og reduksjon av angst/stress. Tidligere i dette kapitlet under underkapitlet: *”Aktivitetsnivå”* fortalte Lene at hun brukte avspenning hver dag for å kunne slappe av og sortere sine tanker. Selv om Lene ikke direkte sier at teknikken har hjulpet henne i forhold til endringsprosessen sier hun:

”Den timen for meg selv gjør at jeg klarer alt stresset og maset uten å bli stressa”.

Slik jeg tolker Lene kan det tenkes at denne timen med egentid hvor hun får tid til å jobbe med seg selv og egne tanker har vært viktig for endringsprosessen, da det har gjort henne mindre stresset, og man vet at stress er en kilde som kan trigge et tilbakefall i

endringsprosessen (Mæland, 2010). Avspennings øvelser/teknikker kan ha åpnet for muligheten for Lene til å klare å holde fokus på det positive med det å være i fysisk aktivitet og dermed holde motivasjonen for trening oppe.

Selv om man jobber med tankegangen sin i forhold til endring ser det likevel ikke ut som at dette eliminerer sjansen for utfordringer i en endringsprosess. Alle brukerne bortsett fra Inge kunne fortelle om utfordringer under endringsprosessen, noe som førte til at motivasjonen svingte og aktivitetsnivået hadde vært varierende. Sissel sier blant annet:

”Det går ikke alltid som man har tenkt. Da jeg var på ferie i Hellas, slo ryggen seg helt vrang. Da måtte jeg bare ligge på ei seng eller ligge i vannet å duppe. Det ble ikke noe trening da akkurat”.

Sissel beskriver det som i den transteoretiske læringsmodell kalles et tilbakefall. Det vil si at man møter utfordringer, som gjør at man får en glipp, og vender tilbake til gammelt atferdsmønster (Prescott og Børtveit, 2011). Marcus og Simkin (1994, Biddle og Mutrie 2008), hevder at så mange som 15 % av alle som gjennomfører en atferdsendring, vil oppleve et eller flere tilbakefall, enten til overveielses-, eller føroverveielsesfasen. Som nevnt ovenfor kunne alle brukerne utenom Inge, fortelle om ett eller flere tilbakefall i løpet av perioden etter AiR. For meg ble det viktig å gå dypere inn i temaet, se på omstendigheten rundt tilbakefallene. Fantes det noen fellesnevnerer i forhold til tilbakefall? Hvordan beskriver brukerne at de kom ut av den negative spiralen, og tilbake i aktivitet? Jeg lette i materialet for å se om det kunne finnes en eller flere fellesnevnerer for tilbakefallene. Alle brukerne nevnte at det hadde skjedd en eller flere uforutsette ting, som skapte utfordringer for gjennomføring av planene. Hva den utløsende faktoren var, varierte. Lene opplevde en skade i ankelen, i forbindelse med et overtråkk, noe som førte til at hun var ute av aktivitet i seks uker:

”To dager etterpå (sist telefonsamtale) falt jeg i trappen, og fikk et skikkelig overtråkk i ankelen, noe som gjorde meg passiv i seks uker. Det ble en brå slutt på den gode aktiviteten jeg hadde begynt med. Dette gav meg en del bekymringstanker. Hva vil dette si? Hva vil skje

nå? Kommer jeg ikke til å klare å begynne å være aktiv? Har jeg ramlet helt ut? Men de tankene var der bare litt. De preget meg egentlig ikke, jeg klarte å kjempe imot”.

Slik jeg tolker Lene i intervjuet hadde hun en del bekymringstanker etter at hun tråkket over. Samtidig sier hun at hun klarte å kjempe imot. Slik hun beskriver for meg har hun hatt en indre dialog, og brukt mental trening⁶³ og teknikken tankestopp for å komme seg ut av denne tankegangen. Slik jeg tolker utsagnet er ikke dette en snuoperasjon av negative tanker, men en tankestopp, som er en teknikk hvor man ”tar en pause” og reflektere over situasjonen, man sier ”stopp” til tanken. Målet er at refleksjonen kan gjøre slik at man angriper den utfordrende situasjonen på en ny måte, og dermed har mulighet til å oppfatte og oppleve den annerledes (Pensgaard og Hollingen, 2006). Selv om denne teknikken kan høres relativt enkel ut, krever det sin trening. Pensgaard og Hollingen (2006) fremhever at en god plass å øve på tankestopp er under avspenning. Dette for å kunne beherske teknikken i avspenningstilstand, før man prøver det ut i mer krevende situasjoner, som for eksempel i aktivitet. Lene driver med avspenning til daglig, noe som åpner muligheten for at hun kombinerer avspenning med indre dialog for å holde motivasjonen oppe og jobbe seg ut av tilbakefallsituasjonen. Litt senere i intervjuet sier hun:

”Jeg trodde jo hele tiden at det skulle gå greit. Dette fikser jeg, tenkte jeg. Det var jo slik ”gamle” Lene tenkte”.

Sitatet sier noe om at Lene også hadde stor tro på egen evne til å mestre situasjonen, noe som også er en buffer i forhold til tilbakefall (Biddle og Mutrie, 2008). Å ha tro på å klare en endring i forhold til trening hadde også Linda. Likevel møtte utfordringer som ledet til et tilbakefall da hun skulle begynne å jobbe igjen. Hun hadde fått tilbud om en annen stilling, i firmaet hun hadde arbeidet i tidligere. Der skulle hun jobbe 5 timer 3 ganger i uka.

⁶³ Se forrige kapittel side 37 - 39

”Det fungerte ikke. Så fikk jeg det ned til 2 dager, men i praksis har jeg jobbet en dag i uka og de andre dagene satt jeg som en zombie, eller lå fordi jeg hadde så innmari vondt i hodet. Det kan jo hende jeg begynte for tidlig, før jeg var klar”

Smertene resulterte i at det å være i fysisk aktivitet ble utelatt, selv om Linda hadde erfart at det gjorde godt i forbindelse med plagene hennes. Da Linda skulle utdype hva som hadde vært vanskelig i jobben, kom det frem at hun hadde fått arbeidsoppgaver hun følte seg overkvalifisert for: *”en leder skal vel ikke gå hele dagen og arkivere og koke kaffe”*. Senere i intervjuet kom det også frem at det hadde vært alvorlig sykdom i nær familie (de siste fire månedene). Linda opplevde også dette som tøft, siden det ble forventet at hun skulle stille opp for familien på dagtid, da hun var den eneste i familien som ikke var i jobb.

”Jeg har ikke tatt vare på meg selv. Jeg har jo ikke hatt noe liv. Det har blitt for mye rett og slett”.

Den totale belastningen ble tilsynelatende for stor for Linda, og overskuddet til å komme seg ut å være fysisk aktiv, var borte grunnet smertene. Slik jeg tolker Linda opplever hun situasjonen som stressende, da hun kan føle at hun ikke strekker til, og ikke takler hverdagens krav og utfordringer. For mange kan slike situasjoner resultere i følelsen av håpløshet og hjelpeløshet, og er ofte en medvirkende årsak til at smertetilstander kan bli forverret (Bahr, et al., 2008). Da man vet at stress, bekymringer, og/eller negative følelser, når man enten har konflikter med andre personer, og/eller når man utsettes for sosialt press er dette medvirkende for å gjenoppta tidligere atferd (Mæland, 2010). På bakgrunn av dette kan det tenkes at alle de opplevde belastningene/utfordringene Linda har opplevd kan være en medvirkende årsak for hennes tilbakefall.

Da jeg intervjuet Linda, vinteren 2011 var hun ennå i tilbakefallsfasen. Hun hadde vært syv uker uten fysisk aktivitet. Likevel var hun selv overbevist om at hun skulle få til endringen med å bli regelmessig fysisk aktiv, da hun hadde sett hvor godt aktivitet gjorde for kroppen hennes. Da jeg intervjuet henne var hun igjen sykemeldt fra arbeidet, men følte dette gjorde henne mindre tappet for energi, og at dette kunne gi henne overskudd til å starte opp igjen

med trening. Hun skulle blant annet begynne på yoga to dager etter intervjuet. Dette kan tyde på at Lindas høye mestringsforventning, samt evne til å snu en negativ spiral til en positiv spiral gjør at hun nå er på vei ut av tilbakefallsfasen.

Sondre, hadde ikke tilbakefall etter oppholdet denne gangen, men som den eneste brukeren som hadde vært på AiR to ganger, hadde han mye erfaring med tilbakefall. Forrige gang, hadde han et kraftig tilbakefall, som ble vedvarende etter endt opphold. Han klarte ikke å gjennomføre planene han hadde lagt, og falt tilbake til livet som inaktiv.

”Jeg tror at første gangen var jeg sykere, for å si det sånn da. Jeg var lengre nede da, enn det jeg var nå. Alt var mørkt. Jeg hadde ingen lyspunkter i hverdagen”.

Sondre forteller også at mangel på initiativ, gjorde at han ikke klarte å gjennomføre planene han hadde tenkt, noe som er en vanlig atferd ved depresjon. Atferden ved depresjon er ofte preget av passivitet, tilbaketrukkethet og isolasjon, noe som kan gjøre aktivitet vanskelig (ShDir, 2010). Sondre sier han ikke vet hvorfor han fikk et tilbakefall forrige gang, men sier: *”Alt klaffet bedre denne gang. Med gruppa, teamet og ikke minst med meg selv”.* Han tror også tilbakefallet da han kom hjem sist, kan ha sammenheng med planene hans var for vage, noe som gjorde at motivasjonen dalte fort, og treningen ble utsatt. I hvert fall er han overbevist om at hans konkrete planer for mål og gjennomføring har vært vesentlig for å fortsette med fysisk aktivitet etter endt opphold på AiR.

”I begynnelsen måtte jeg sette meg mål uke for uke, ja nesten dag for dag.... For meg er det viktig med konkrete mål.... Nå trenger jeg ikke å sette mål så ofte da treningen går av seg selv. Men nå har jeg satt meg større mål som at jeg i sommer skal en tre dagers marsj på fjellet. Nå er det det konkrete målet, noe som har blitt en drivkraft, og veldig viktig for meg”.

Som man kan se er tilbakefall svært vanlig, og årsakene for tilbakefallene er sammensatt. Sammensatte årsaker, kan være noe av grunnen til at endringer er vanskelig for mange, og at de fleste ofte trenger flere forsøk for å lykkes med en endring (Barth. Et. al, 2006. Biddle og

Mutrie, 2008, Mæland, 2010). Selv om årsakene rundt tilbakefall er sammensatt, finnes det noen faktorer som har sterkere korrelasjon med tilbakefall enn andre (s.134, Biddle og Mutrie, 2008) Sterkest korrelasjon er det mellom determinanten lav mestringsforventning, personlighet/selv-motivasjon, mental helse, selvregulering⁶⁴, biologi, attribusjon⁶⁵ og tilbakefall. Disse faktorene kan man også se er gjeldene for brukerne jeg intervjuet. Sissel nevner ryggsmertene som årsaken for hennes tilbakefall. Lene opplevde en skade som satt henne tilbake. Sondre opplevde tilbakefall etter sist runde på AiR, grunnet dårlig mental helse og lav motivasjon. Den siste deltakeren Linda, kunne fortelle om en krevende jobb, og økte familieforventninger som årsaker for hennes tilbakefall. Årsakene til tilbakefallene for brukerne er svært forskjellig, men felles for alle tilbakefallene er at alle deltakerne forteller om negative tanker, både i forhold endringsprosessen, egenskaper ved seg selv, og situasjonen, noe som kan tyde på at determinanten lav mestringsforventning er gjeldene for alle de fire brukerne. For mange kan det med tilbakefall oppleves som negativt, da mange kan få følelsen av mislykkethet, oppgitthet og hjelpeløshet (Barth. Et. al, 2006).

”Jeg er jo skuffet over meg selv da, at jeg ikke klarte mer. Jeg burde jo klart mer, fortsatt med aktiviteten. Men det ble for mye, og kroppen ville ikke mer”.

I sitatet over er det Linda som beskriver sine følelser da hun måtte slutte med fysisk aktivitet grunnet hodepine og smerter i kroppen. Selv om det for mange kan oppleves negativt å ha et tilbakefall, trenger det nødvendigvis ikke å være det, hvis man unngår et evigvarende tilbakefall. Det er sjeldent for sent å prøve å gjennomføre endringen en gang til, og da er det positive med tilbakefall at man aldri kommer tilbake til utgangspunktet hvor man startet (Barth. Et. al, 2006. Prescottt og Børtveit, 2011). I endringsprosessen, uansett tilbakefall eller ikke, har man tilegnet seg kunnskap og erfaringer, om hvorfor det gikk som det gikk. Kunnskapen og erfaringen kan gjøre at man er bedre rustet neste gang man skal komme i

⁶⁴ Selvregulering kan defineres som et forsøk på å endre sine egne tanker, følelser, ønsker/begjær, handlinger og prestasjoner for å opprettholde en balanse eller normal fungering (wikipedia, 2012)

⁶⁵ Attribusjon er et sosialpsykologisk begrep som betegner det å årsaksforklare hendelser. Vi tillegger gjerne det vi opplever og blir utsatt for, en (bakenforliggende) mening. Brukes særlig om de måter vi forklarer andre menneskers atferd (wikipedia, 2012).

gang med en atferdsendring. Å ha fokus på det man har lært og faktisk fått til, vil for mange motvirke oppgittetheten samt gjøre det lettere å finne motivasjonen til å prøve å gjennomgå en endring på ny (Barth. Et. al, 2006. Prescott og Børtveit, 2011).

Selv om fire av brukerne har opplevd tilbakefall, har de ikke blitt evigvarende⁶⁶. Det kan virke som at det å jobbe med måten man tenker rundt endring kan ha vært av betydning for å komme seg ut av tilbakefallsituasjonen. Både Sissel og Linda nevner at det er viktig å ha fokus på det positive og se egne muligheter, Linda og Lene nevner at det å ha troen på en endring er viktig og Sondre fremhever det med klare planer, det å få tankene ned på papiret er viktig for å lykkes med å forhindre tilbakefall. Å kjenne igjen egne mønstre og gjennomskue sine dårlige avgjørelser, og finne måter å mestre eventuelle utfordringer og risikosituasjoner og ikke minst holde motet oppe om man glipper i blant er det Barth. Et. al (2006) trekker frem som det viktigste for å kunne forhindre tilbakefall, noe som også er i tråd med brukernes beskrivelser.

Hvordan ser brukernes liv ut i dag:

For å lettere kunne se endringene har jeg valgt til slutt å gi en beskrivelse av hvordan brukernes liv ser ut i dag etter at de har klart å øke sitt fysiske aktivitetsnivå og å integrere fysisk aktivitet som en del av sin hverdag.

Sissel – ”Nå er livet mitt herlig. Jeg kan gjøre hva jeg vil, ingenting kan stoppe meg”:

Sissel kjenner fortsatt at hun fra tid til annen har nakke og ryggsmarter, men forskjellen i dag er at hun vet bedre hvordan hun skal takle smertene. Fysisk aktivitet blir i denne sammenheng brukt som ”medisin”, da hun kjenner svømming og turen i naturen holder smertene i sjakk. At hun har økt aktivitetsnivået sitt gjør at hun har mer overskudd og sover bedre. Dette har gitt positive ringvirkninger i livet ellers, da hun i dag er mer sosial med venner og familie. Hun sier hun orker mer. Aktivitet har også gjort at arbeidshverdagen går lettere. Hun bruker daglige mikropausaer på jobb, hvor hun gjør øvelser for nakke og rygg som er utarbeidet av

⁶⁶ Jeg regner her også med Linda siden hun skulle begynne med yoga to dager etter dybdeintervjuet.

fysioterapeuten på AiR. Øvelsene holder smertene borte, noe som gjør at hun fungerer bedre på jobb, og er mindre sliten når hun kommer hjem.

Lene – ”Nå ser mannen min forandringer. Den gamle Lena er på vei tilbake!”:

Lene sier den regelmessige aktiviteten har gjort at ryggsmertene hun hadde ved inntak er borte. Særlig føler hun det er styrketrening som har hjulpet for plagene. Regelmessig fysisk aktivitet har gitt henne mer energi og overskudd i hverdagen, og Lene kjenner at humøret generelt også er bedre. Det å ha lært seg verktøy som avspenning for å roe ned og komme i kontakt med egen kropp, har også bidratt til at hun er mindre sliten. Lene sier at overskuddet hun får ved å være i aktivitet gjør at hun i dag takler uforutsette utfordringer bedre. Hun synes det er gøy å være med i sosiale tilstelninger igjen, og hun føler aktivitet sammen med samtaler har bygget henne opp i forhold til å komme tilbake til arbeid.

Sondre – ”Alt går liksom av seg selv nå”:

Sondre kjenner at den regelmessige fysiske aktiviteten gjør at han klarer å holde sykdommen sin bedre i sjakk. Han har færre dårlige dager, mindre uro i kroppen, og humøret er bedre. Han sier dette gjør at han er mer konsentrert på jobb, noe som gjør at han føler seg mindre sliten. Regelmessig fysisk aktivitet har også bidratt med tiltakslyst og motivasjon for andre områder i livet. Sondre har gjenopptatt politikken, en hobby han har drevet aktivt med frem til han ble syk. Å komme tilbake til politikken har i følge Sondre bedret hans livskvalitet da det gir han stor glede og påfyll i hverdagen.

Inge – ”Alt er så mye lettere nå, og det er jammen godt”:

Inge sier at det å ha kommet i regelmessig fysisk aktivitet har forandret livet hans. Han kjenner aktiviteten gir ham mer overskudd. Han sier også at han sover bedre de dagene han har trent. I tillegg har han hatt en vektreduksjon som er positivt i forhold til hans Diabetes2 og hans generelle helsetilstand. Inge sier han føler seg lettere i kroppen, og daglige gjøremål som måking og vedhogst er ikke lengre et problem. Det forbedrede funksjonsnivået har også gjort at Inge bruker mer tid på sin fritidsinteresse, fiske, da han nå synes det er ok å ut på tur. Det

eneste som kunne ha bedret hans situasjon og livskvalitet ytterligere var å komme tilbake i arbeid, da dette var et sterkt ønske.

Linda – ”Jeg kjente hvor godt aktivitet var for kroppen min”:

Linda sier den regelmessige fysiske aktiviteten har gjort at smertene i kroppen er mindre fremtredende, og at hun har mindre migrene. Hun sier at etter å ha vært i regelmessig aktivitet i tre måneder etter oppholdet begynte hun også å få mer overskudd og blir mindre sliten. Dette hadde positive ringvirkninger på Lindas sosiale liv, da hun igjen kjente hun hadde overskudd til å delta på de månedlige venninnetreffene. Dette var av stor betydning for Linda. Linda har hatt et annet utfall enn de andre brukerne i forhold til arbeid. Overskuddet Linda hadde bygget opp gjennom fysisk aktivitet ble borte da hun kom tilbake til arbeid. Hun fikk oppgaver hun ikke likte og ga inntrykk av at hun ikke trivdes, og at hun kanskje ikke var klar for å begynne å jobbe enda. Samtidig, var det to tilfeller av alvorlig sykdom i nær familie, noe Linda opplevde som tøft. De samlede belastningene gjorde at smertene ble tilbakevendende og tiltak og motivasjon for aktivitet ble borte. Likevel sier hun at fysisk aktivitet har gjort noe med hennes livskvalitet. Hun vet om de gode effektene av aktivitet og har kjent de positive virkningene aktivitet gir, og på bakgrunn av dette er hun helt sikker på at hun skal tilbake i regelmessig fysisk aktivitet.

Historiene til brukerne viser hvordan regelmessig fysisk aktivitet over tid kan bedre det fysiske funksjonsnivået i forhold til plager/sykdommer/utfordringer. Samtidig sier beretningene noe om at effektene som regelmessig fysisk aktivitet gir, også gir brukerne positive ringvirkninger på andre områder i livet.

6:0: De de viktigste funnene:

I dette kapitlet kommer jeg til å ta for meg bruk av den transteoretiske læringsmodell som forståelsesramme for endringer av fysisk aktivitetsnivå, blant annet ved å se på hvordan teorien har egnet seg, og hvilke utfordringer det har gitt. Deretter vil jeg komme inn på oppgavens essens, problemstillingen og besvare denne i korte trekk.

Den transteoretiske læringsmodell som forståelsesramme:

Ett av mine arbeidsspørsmål i denne oppgaven har vært å se på om den transteoretiske læringsmodell er en god forklaringsmodell for å forstå endringsprosesser i forhold til fysisk aktivitet. Etter min mening er dette en god og lettfattelig teori for å forstå en persons atferd og vilje til endring, og få en ramme rundt hva som skjer i en endringsprosess. Den transteoretiske læringsmodell har også hjulpet meg å forstå helsepersonellens rolle i en endringsprosess, og hvordan man skal møte en bruker, særlig i dialog for å påvirke til positiv endring.

Likevel har teorien anvendt i praksis bydd på utfordringer, blant annet ved at den transteoretiske læringsmodell kategoriserer mennesker i ulike stadier, og sier at endringsprosessen er lineær. Å plassere en person i en fase, og tanken om at man kun kan være i en fase om gangen er også noe av kritikken mot modellen (Naidoo og Wills, 2000, Biddle og Mutrie, 2008). Blant annet stilles spørsmålene; Bli det for enkelt å kategorisere et individ og dets atferd til en fase? Eller kan det tenkes at det er mulig å være i flere faser samtidig? Finnes det glidende overganger?

De fem brukerne jeg intervjuet vil jeg si var i flere faser samtidig, eller i overganger mellom ulike faser. Ved innkommst var de fleste i overveielsesfasen og planleggingsfasen samtidig. Sissel og Sondre hadde i tillegg begynt med utprøving av aktiviteter, og befant seg således også i begynnerstadiet av handlingsfasen. Goreley og Bruce (2000, Biddle og Mutrie 2008) støtter det overnevnte, og har i tillegg funnet forskjeller innad i de ulike stadiene, eksempelvis i overveielsesfasen, hvor de fant såkalte ”undergrupper” som tidlig overveielse, midt

overveielse og før forberedelse for fysisk aktivitet⁶⁷. Dette viser kanskje noe av kompleksiteten i prosessene for atferdsendring, og viser at en endringsprosess vanskelig lar seg forklare og forstås ved kun å bruke stadiene i den transteoretiske læringsmodell slavisk.

I tillegg til utfordringen med glidende overganger, opplevde jeg i analyseprosessen at den transteoretiske læringsmodell som teori ble en for snever forklaringsmodell for å kunne forklare og forstå hele endringsprosessen til brukerne. Det ble tydelig at historiene brukerne formidlet, ikke kunne forstås ut i fra den transteoretiske læringsmodell alene, og jeg måtte derfor ta i bruk flere teorier for å belyse og forstå alle perspektivene med det å gjøre en endring i forhold til fysisk aktivitet. Å bruke andre teorier som et supplement der den transteoretiske læringsmodell gir vage forklaringer på et fenomen blir fremhevet av Biddle og Mutrie (2008) og Marcus og Forsyth (2009) som vesentlig for å belyse det sammensatte bildet og omfanget av endringsprosessen. Jeg brukte Achievement Goal Theory for å forstå hvordan positive erfaringer og innlæring av ferdigheter hadde blitt implementert under oppholdet på AiR og hvilken betydning dette hadde hatt for brukernes endringsprosess.

Selvbestemmelsesteorien brukte jeg for å forstå motivasjonsbilde for fysisk aktivitet hos den enkelte bruker. Hvilke teorier⁶⁸ man anvender som supplement for å forstå fenomenet bedre avhenger av hvilket perspektiv man har som forsker, og hva man vektlegge i sin undersøkelse (Mæland, 2010). At det var Achievement Goal Theory og Selvbestemmelsesteorien som ble valgt som supplerende teorier hadde med innholdet i brukernes historier å gjøre, og var teorier jeg kunne anvende for bedre å svare på min problemstilling. Å gjøre en teoretisk triangulering anser jeg som en styrke, da jeg opplevde at teoriene ikke ekskluderte hverandre, men heller bidro til å gjøre forståelsesrammen min mer komplett. Å bruke flere teorier gjorde det også lettere for meg å forstå brukernes historier og det som ble formidlet, samtidig hjalp de ulike teoriene å få frem de ulike perspektivene brukerne anså som viktig i forhold til en endring av fysisk aktivitetsnivå.

⁶⁷ For interesse for nærmere utdyping av disse undergruppene se s. 126 i Biddle og Mutrie, 2008.

⁶⁸ Det også andre teoretiske tilnærminger for å belyse atferdsendring: Kunnskapsmodellen, teorien om planlagte handlinger, Sosial-kognitiv teori, the health action process approach, Modell for helseoppfatning, og den sosialøkologiske modell (Biddle og Mutrie, 2008. Wester et. al., 2009).

Å lykkes med en endring av fysiske aktivitetsvaner:

I denne oppgaven har jeg belyst følgende problemstilling:

”Hva skal til for å oppnå en varig endring i forhold til å være fysisk aktiv etter endt opphold på rehabiliteringssenteret AiR?”

Gjennom samtaler med de fem brukerne fant jeg syv faktorer brukerne fremhevet som viktige for at de har lyktes med å beholde sitt økte aktivitetsnivå etter endt opphold på AiR.

- 1) Et positivt opphold på AiR
- 2) Klare planer og målsetninger i forhold til fysisk aktivitet etter oppholdet
- 3) Lokal oppfølging fra en eller flere helsepersonell på hjemstedet
- 4) Støtte fra familie og/eller venner
- 5) Gode erfaringer, opplevelser og effekter gir økt motivasjon for fysisk aktivitet
- 6) Mestringsforventning
- 7) Gode strategier for å løse (eventuelle) tilbakefall

Et positivt opphold på AiR

Alle de fem brukerne opplevde oppholdet på AiR som positivt. Det var særlig gruppa, miljøet, teamet, opplegget og ikke minst aktivitetene som ble trukket frem. Fra brukernes ståsted fremheves det at oppholdet har hatt en positiv effekt grunnet;

- Møte med et eller flere helsepersonell som gav dem opplevelsen av empati, og forståelse for deres situasjon. Samtidig opplevde brukerne at personellet ga dem rom for refleksjon over egen situasjon slik at tankene om veien videre kunne igangsettes.
- En idrettspedagog som bidro til kunnskap om, og glede og entusiasme for fysisk aktivitet, noe som økte motivasjonen for aktivitet under oppholdet.

- Aktivitetene under oppholdet ble tilpasset i forhold til brukernes utfordringer, som blant annet var smerter generelt, ryggproblematikk, overvekt. Brukerne opplevde at tilretteleggingene hjalp dem til å se muligheter, i stedet for begrensninger ved det å være i aktivitet. Tilpassede aktiviteter etablerte også nye og gode erfaringer i forhold til fysisk aktivitet.
- En positiv gruppe som løftet hverandre frem, og hadde forståelse for hverandres situasjon.
- Et positivt læringsmiljø der mestring, utfordring og utprøving av nye ting var i fokus.

De fem overnevnte punktene viser at AiR jobber ved å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser for å styrke helsen. Slik jeg ser det jobber AiR etter et salutogenetisk prinsipp. Det vil si å jobbe med brukernes ressurser og muligheter, noe som igjen skal bidra til å skape motstandskraft for å takle negative påkjenninger i livet (Lærum, 2009). Dette prinsippet samsvarer med AiRs filosofi og deres tanker om helhetlig tilnærming, et bio-psyko-sosialt perspektiv, hvor både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner står i sentrum (Waddell, 2004. Mæland, 2010):

”Kvart enkelt menneske har ansvar for livet sitt og for egne val” (s. 8. AiR, 2009).

På bakgrunn av disse funnene, fremstår AiRs helhetlige tilnærming til brukerne som fasiliterende, og har dermed hatt en positiv innvirkning på brukernes endringsprosess.

I og med at jeg kun fulgte to team der alle brukerne beskrev gruppa, teamet og miljøet som positivt, er det vanskelig for meg å si noe om betydningen av et negativt opplevd opphold på AiR, eksempelvis at oppholdet ikke svarte til forventningene. Sondre var den eneste av brukerne som kunne gi meg et innblikk i betydningen av et mindre vellykket opphold, da han hadde erfaring med dette fra første opphold på AiR. Han kunne ikke si hva som var dårligere med det første oppholdet, men følte at kjemien ikke stemte. Samtidig sier han at han var lengre nede psykisk den gang, noe som kan tenkes å være en medvirkende årsak til hans opplevelse. Dette forklarer hvordan samme innfallsvinkel, kan gi to ulike utfall, da våre opplevelser blir påvirket av våre emosjoner og forventninger (Myers, 2009) Derfor mener jeg det er viktig å være klar over brukers utgangspunkt og forventninger til oppholdet, og vite at

det kan ha betydning for hvordan oppholdet oppleves. Myers (2009) sier at en person som har positive forventninger til en situasjon, vil oftere oppleve positive utfall av situasjonen. Dette var tilfelle hos de fem brukerne, og viser viktigheten av å ha positive forventninger til en endring innen fysisk aktivitet dersom man skal lykkes.

Klare planer og målsetninger i forhold til fysisk aktivitet

Tydelige mål og planer ble også trukket frem som en viktig del av endringsprosessen, da brukerne sa det var lettere å jobbe mot konkrete mål ut i fra en detaljert plan. Som nevnt tidligere i oppgaven, jobbes det med målsetningsarbeid under oppholdet, og på bakgrunn av brukernes beskrivelser kan det se ut som at dette planarbeid letter endringsarbeidet, da prosessen gir rom for diskusjon og refleksjon sammen med andre. Det kan tenkes at fruktbare tanker frembringes, slik at veien videre blir tydeligere. Ved utreise hadde alle brukerne etablert klare målsetninger for fysisk aktivitet, og alle brukerne sa at planene hadde vært viktige for dem etter oppholdet. Det kom også frem at klare mål og planer var viktigere for brukerne i "*handlingsfasen*", enn i "*vedlikeholdsfasen*". Sondre var den eneste som brukte målsetningsarbeid aktivt, 6 – 10 måneder etter oppholdet. De resterende fire, hadde kun brukt detaljerte planer aktivt i begynnelsen da fysisk aktivitet ikke var en integrert del av livet, for siden å gå over til løse planer i forhold til hovedmålet, varig fysisk aktivitet.

Brukerne trekker også frem nytteverdien av det å ha et bevisst forhold til det å evaluere egne mål og planer som viktig for å lykkes med endringer. Møter man utfordringer må man i følge brukerne evaluere delmålene for deretter å iverksette eventuelle endringer, slik at hovedmålet, varig fysisk aktivitet, fortsatt er det gjeldende hovedmålet. Disse beretningene bekrefter viktigheten av målsetningsarbeid i en endringsprosess, noe som også fremheves i TTM (Prescott og Børtveit, 2011). Uansett om man er på et rehabiliteringsopphold eller ikke, er dette en arbeidsmetode jeg mener bør vektlegges og implementeres i brukerens hverdag.

Lokal oppfølging fra en eller flere helsepersonell på hjemstedet

Å ha støtte lokalt i form av oppfølging fra ett eller flere helsepersonell, og/eller støtte fra familie og venner var den viktigste faktoren ved siden av egenmotivasjon brukerne beskriver for å fortsette med aktivitet etter endt opphold.

Brukerne fremhever at gode dialoger og forståelse for situasjonen fra en faglig kompetent person er den viktigste formen for støtte ett helsepersonell kan gi, både under og etter oppholdet. Brukerne beskriver da sosial støtte i form av evaluerende og emosjonell støtte⁶⁹. Dette er i samsvar med den transteoretiske læringsmodell som sier at det er i en god dialog preget av respekt, empati og forståelse helsepersonell kan bidra i størst grad i forhold til atferdsendring (Prescott og Børtveit, 2011). Siden lokal oppfølging er noe alle brukerne vektlegger som viktig for at endringsprosessen skal fortsette, kan det være gunstig at kartlegging av det lokale støtteapparatet rundt hver enkelt bruker blir foretatt under oppholdet, gjerne i samarbeid med brukeren, for i større grad å sikre at oppfølgingen blir ivaretatt når brukeren kommer hjem. Et annet viktig punkt etter mitt syn er at helsepersonell i førstelinjetjensten er klar over betydningen de har i form av å være støttespillere for en person i en endringsprosess i forhold til fysisk aktivitet.

Støtte fra familie og/eller venner

Venner og familie var også av stor betydning for brukerne i endringsprosessen, helst i form av emosjonell støtte. Det var faktorer som støtte i aktivitet, forståelse og oppmuntring, brukerne fremhevet som det viktigste bidraget for at de skulle klare å opprettholde det økte aktivitetsnivået etter endt opphold. I denne sammenheng var det særlig ektefelle eller nær familie som ble trukket frem.

En annen viktig faktor som ble trukket frem var bruk av venner og familie som instrumentell støtte, i form av å være treningskamerater. Å ha faste avtaler med noen, og kombinasjonen av sosialt påfyll og trening, ble fremhevet som betydningsfullt særlig i den første tiden etter oppholdet. Linda var den eneste av de fem brukerne som ikke opplevde emosjonell støtte fra familie og venner, og sier at mangel på støtte både opplevdes utfordrende og ga en følelse av å stå i endringsprosessen alene. Disse funnene kan også tyde på at det er viktig at en bruker ved utreise har støttespillere rundt seg, utover personell i helsetjenesten.

⁶⁹ Se side 25 – 26.

Gode erfaringer, opplevelser og effekter gir økt motivasjon for fysisk aktivitet:

Gode opplevelser, lyst og glede samt positive effekter, som bedret fysisk form og økt overskudd, ble nevnt som de viktigste drivkreftene for å opprettholde et økt fysisk aktivitetsnivå etter oppholdet.

Beskrivelsen av lyst, glede og positive opplevelser med fysisk aktivitet er faktorer som alle er assosiert med indre motivasjon, hvor man gjør en aktivitet for glede og deltakelsens skyld (Ryan og Deci, 2000). Selv om brukerne fremhever at det er den indre motivasjonen som veier tyngst i forhold til opprettholdelse av aktivitet, viser beretningene at brukerne i prosessen også er ytre motivert i forhold til fysisk aktivitet, da de beskriver vektreduksjon, tilfredsstillende av dårlig samvittighet og glede og lyst knyttet opp mot et mål som like viktige drivkrefter for aktivitet.

Slik jeg tolker brukerne har den indre motivasjonen økt etter hvert som den regelmessige aktiviteten har blitt en etablert rutine. I følge den transteoretiske læringsmodell tar det minimum seks måneder før en ny endring er etablert, og i følge Prescott og Børtveit (2011) kan det for mange ta lengre tid. Da et rehabiliteringsopphold på AiR kun varer i fire uker, sier dette noe om viktigheten av å ha en plan i forhold til fysisk aktivitet etter endt opphold. Dersom dette ikke finner sted, mener jeg det er lite sannsynlig at endringen blir varig. Igjen er man inne på at lokal oppfølging er viktig for at en bruker skal kunne lykkes med en varig endring i forhold til fysisk aktivitet.

Mestringsforventning:

Ser man på de fem overnevnte faktorene, er det en fellesfaktor som går igjen og gjennomsyrrer alle beskrivelsene og funnene i oppgaven. I utgangspunktet var jeg usikker på betydningen av denne faktoren i forhold til min oppgave, men ved nærmere gjennomgang av materialet i analyseprosessen ser jeg at self-efficacy, på norsk mestringsforventning, er den fellesfaktoren som etter min mening peker seg ut som den aller viktigste for å opprettholde økt aktivitetsnivå etter et endt opphold på AIR. Mestringsforventning⁷⁰ er i følge Torp (2005), individets tro på

⁷⁰ Også forklart tidligere i oppgaven.

at han/hun vil lykkes med det som skal gjennomføres, eksempelvis troen på å lykkes med fysisk aktivitet etter endt opphold på AiR.

Faktorene som har hatt størst innvirkning på brukernes mestringsforventning, slik jeg tolker det er: oppholdet på AiR, støtteapparatet på hjemplassen, de gode opplevelsene og erfaringene⁷¹ med det å være fysisk aktiv, samt erfaring av de positive fysiske og psykiske effektene fysisk aktivitet kan gi.

Gode strategier for å løse (eventuelle) tilbakefall

Under det sjette punktet, ”*gode strategier for å løse (eventuelle) tilbakefall*”, beskriver brukerne hvordan de har anvendt mestringsforventning i praksis. Brukerne forteller hvordan de bevisst har måttet jobbe for å opprettholde troen på å lykkes med fysisk aktivitet. Det beskrives blant annet at det å jobbe med tankegang var nødvendig, for å klare å snu de negative tankene som fra tid til annen dukket opp. Det var særlig fokus på det positive med det å være i aktivitet, se muligheter i stedet for begrensninger samt ha tro på egen evne til mestring som ble trukket frem. Dette viser at økt tro på egen mestring i forhold til fysisk aktivitet, er med på å forebygge tilbakefall, noe som viser viktigheten av å styrke en persons mestringsforventning når målet er regelmessig aktivitet over tid.

Funnene i denne oppgaven viser etter min mening viktigheten av å vektlegge aktiviteter, læringsmiljø og kommunikasjon som fremmer en persons mestringsforventning både i førstelinjetjenesten som lokalt støtteapparat, og for spesialisthelsetjenesten⁷² som var med å igangsatte endringstiltakene.

⁷¹ De gode opplevelsene og erfaringene blir i følge brukerne etablert gjennom sosial støtte og gode dialoger hvor egevaluering og refleksjon har stått i sentrum, samt gjennom innlæring av ferdigheter i et mestringsorientert klima.

⁷² AiR er en del av spesialisthelsetjenesten.

7:0: Konklusjon:

På bakgrunn av funnene i oppgaven håper jeg min forskning kan bidra til å få en bedre forståelse for en persons mulighet for å lykkes med en endring av sitt fysiske aktivitetsnivå. Gjennom oppgaven har jeg vist at et ønske om endring, motivasjon for endring, samt konkrete planer og målsetninger for de fysiske endringene er viktig på veien til varig fysisk aktivitet. Og det er syv faktorer som fremheves som viktig for å lykkes med en endring av fysisk aktivitetsnivå etter et endt opphold på Rehabiliteringssenteret AiR:

- 1) Et positivt opphold på AiR
- 2) Klare planer og målsetninger i forhold til fysisk aktivitet etter oppholdet
- 3) Lokal oppfølging fra en eller flere helsepersonell på hjemstedet
- 4) Støtte fra familie og/eller venner
- 5) Gode erfaringer, opplevelser og effekter gir økt motivasjon for fysisk aktivitet
- 6) Mestringsforventning
- 7) Gode strategier for å løse (eventuelle) tilbakefall

Rehabiliteringssenteret AiR kan bidra positivt i forhold til endringsprosessen ved å møte brukerne i dialog, gi dem kunnskap om hvordan å lage en konkret plan for fysisk aktivitet og la dem prøve ut aktiviteter i et mestringsorientert klima. Dette kan gi brukerne økt mestringsforventning, gode opplevelser og mestring med fysisk aktivitet, og kan bidra til at de opprettholder aktivitetsnivået i etterkant av oppholdet.

Slik jeg tolker brukernes beretninger kan man da gjennom fysisk aktivitet også øke sin livskvalitet, opplevelsen av hvordan man har det. Denne overføringsverdien kan være viktig for brukeren selv, men også for oss som helsearbeidere i møte med brukeren, da funnene viser at regelmessig fysisk aktivitet gir flere, og kanskje mer betydningsfulle effekter i livet, enn bedret fysisk form.

Selv om AiR har tilbakeføring til arbeid som hovedmål, viser brukernes erfaringer at vektlegging av fysisk aktivitet i et rehabiliteringsopphold kan være viktig uavhengig om han/hun kommer tilbake i arbeid, da fysisk aktivitet både bedrer det fysiske funksjonsnivået og brukernes liv generelt. Slik jeg ser det åpner dermed mestring av ulike fysiske aktiviteter

muligheten for en økt følelse av autonomi i eget liv. Dette perspektivet blir også støttet av Ommundsen (2008). På sikt kan det tenkes at en slik mestring i livet også kan føre til at flere vender tilbake til arbeid.

Brukerne har også beskrevet endringsprosessen som tidkrevende, og vist gjennom sine historier at en endring tar lengre tid enn fire uker, som er det tilbudet som Rehabiliteringssenteret AiR tilbyr. I denne sammenheng beskrev brukerne viktigheten av et lokalt støtteapparat, både i form av helsetjenester og/eller familie og venner. Det er særlig evaluerende og emosjonell støtte som blir trukket frem. Historiene sier noe om hvordan et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten kan legges opp, og at AiR har et tilbud som kan bidra fasiliterende i endringsprosessen. På den andre siden beskriver brukerne at førstelinjetjenesten også har en viktig oppgave i forhold til lokal oppfølging av pasienter som har vært på et rehabiliteringsopphold der fysisk aktivitet er en del av intervensjonen, slik at de kan klare å opprettholde de igangsatte endringene.

Jeg anser min oppgave å være relevant for de som jobber direkte med endring i forhold til fysisk aktivitetsnivå, som Frisklivsentraler, fysioterapeuter, helsestudio og lignende da brukerne gir en tydelig beskrivelse av hvordan fysiske aktiviteter bør legges opp for å kunne bidra til en varig endring. Samtidig mener jeg også oppgaven gir et bilde på hvordan en person som jobber indirekte med endring i forhold til fysisk aktivitet, eksempelvis en fastlege eller en rådgiver på NAV kan støtte opp om en person i endringsprosess, for at endringen skal bli varig.

Selv om oppgaven fremhever viktigheten av et godt støtteapparat i en endringsprosess, er det etter min mening vel så viktig å formidle til brukerne at endring innfor fysisk aktivitet både er en tidkrevende prosess og en prosess som også krever egeninnsats fra deres side. Personene som skal gjennomgå en endring må blant annet finne ut av essensielle spørsmål som: Hvorfor er fysisk aktivitet viktig for meg? Og hva driver meg i så måte?

Jeg synes forsidebildet illustrerer hvordan brukerne i min oppgave har beskrevet sin endringsprosess i forhold til å lykkes med å endre sitt fysiske aktivitetsnivå. I beretningene kommer det frem at det finnes flere veier til å nå målet om varig endring, men et eget ønske om å nå målet, kunnskap, gode innlærte fysiske ferdigheter, positive opplevelser med aktivitet og det viktigste av alt – troen på å lykkes, er en nødvendighet.

Litteraturliste:

- AiR. (2007) *Metodedokument ó en beskrivelse av idrettsavdelingens mål og metoder* ó ta kontakt med AiR (350 62 800) for tilgang på dokumentet.
- AiR. (2009) *Årsmelding 2009 ó Klinikk, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering* - ta kontakt med AiR (350 62 800) for å få tilsendt årsrapporten.
- Anderssen, S.A., og Strømme, S. B. (2001) *Fysisk aktivitet og helse - anbefalinger* Tidsskr Nor Lægeforen [Internett] Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/3627222> [Nedlastet 12. 04. 2011]
- Bahr, R. (2009) *Aktivitetshåndboken ó Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Barth, T. Børtveit, T. og Prescott, P. (2006) *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Biddle, S. J. H. & Mutrie, N. (2008) *Psychology of physical activity ó determinants, well-being and interventions*. 2nd edition. New York: Routledge.
- Børjesson, M. Mannerkorpi, K. Knardahl, S. Karlsson, J og Mannheimer, C. (2009) *Smertes - aktivitetshåndboken ó fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
- Bunkan, B.H. (1996) *Kropp respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Båtevik, F. O. Tønnesen, A. Barstad, J. Bergem, R. og Aarflot, U. (2008) Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald. Kortversjonen. [Internett] Tilgjengelig fra:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00096/Evalueringsrapport_96279a.pdf [Nedlastet 13. 03. 2010]
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Duda, J. L. & Hall, H. (2001) *Achievement Goal Theroy in Sport ó recent Extensions and future directions*. In Singer, R. N. Hausenblas, H. A. and Janelle, C. M. (red): Handbook of sport psychology. New York: John Wiley & Sons.
- Folkehelseinstituttet (2012) *Fysisk aktivitet ó faktaark og statistikk* [Internett] Tilgjengelig fra:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:56857::1:5647:13:::0:0
[Nedlastet 01.08.2012].
- Fugelli, P. og Ingstad, B. (2001): *Helse ó slik folk ser det* Tidsskr Nor Lægeforen [Internett] Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/463825> [Nedlastet 13.03.2011]
- Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. (2008) *Health behavior and health education ó theory, research and practice*. 4th Edition. San Francisco : Wiley Imprint: HB printing
- Gilje, N. og Grimen, H. (1993) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gould, D., Dieffenbach, K., & Moffett, A. (2002). *Psychological characteristics and their development in Olympic champions*. Journal of Applied Sport Psychology, vol, 14. No 1: 172-204.
- Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen, Fagbokforlaget
- Hagger, M. S. and Chatzisarantis, N. L. D. (2007) *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign: Human Kinetics.
- Helsedepartementet (2002-2003) *St. meld. Nr 16: øResept for et sunnere Norgeö*. Godkjent 10. Januar 2003.
- Helsedirektoratet ó ShDir. (2009) *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge - Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00264/Fysisk_aktivitet_bl_264_899a.pdf [Nedlastet 13. 03. 2011]
- Helsedirektoratet ó ShDir. (2010) *FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf> [Nedlastet 02. 03. 2012]
- Helsedirektoratet ó ShDir. (2011) *Veileder for kommunale Frisklivssentraler ó etablering og organisering*. [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00324/Veileder_for_kommun_324379a.pdf [Nedlastet 13.03.2011]

- Hemmestad, L. (2003) *En kontekstuell tilnærming til coaching*. I Moving bodies. Vol. 1, No. 2, 113-131.
- Jones, R. (2007) *Coaching redefined: an everyday pedagogical endeavour*. Sport, Education and Society. Vol. 12, No. 3, 337-349.
- Jones, R. & Wallace, M. (2006) *The coach as orchestrator: more realistically managing the complex coaching context*. In Jones, R (red): The Sports coach as educator. Re-conceptualising sports coaching. London: Routledge.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo: Gyldendal.
- Kvalex - den offisielle ISO-guiden over sertifisering i Norge (2011). *Først i Norge med både ISO-sertifisering og CARF-akkreditering*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.kvalex.no/produktnyheter/2358/F%C3%B8rst%20i%20Norge%20med%20b%C3%A5de%20ISO-sertifisering%20og%20CARF-akkreditering/> [Nedlastet 03. 05. 12]
- Larzarus, R. S. and Folkmann, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company
- Loprinzi, P. D., and Cardinal, B. J. (2011) **Association between objectively-measured physical activity and sleep, NHANES 2005-2006**. Mental Health and Physical Activity. Vol. 4. No. 2. 65-69.
- Lærum, E. (2009) *Frisk, syk eller bare plaget? Innføring i medisinsk nøkkeltkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Magnus, P. og Bakketeig, L. S. (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring*. 3. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marcus, B. H. and Forsyth, L. (2009) *Motivating People to Be Physically Active*. 2nd Edition. Champaign: Human Kinetics
- McAuley, E. & Blissmer, B. (2002) *Self-efficacy and attributional processes in physical Activity*. I Horn, T. S. (red): *Advances in sport psychology*. 2nd edition. Champaign: Human Kinetics.
- McKenna, J. & Riddoch, C. (2003) *Perspectives on health and exercise*. New York: Palgrave, Macmillian.
- Myers, D. G. (2009). *Exploring Social Psychology*. 5th edition. New York: McGraw-Hill.
- Mæland, J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid ó folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000) *Health Promotion ó foundations for practice ó second edition*. Baillière Tindall: Royal College og Nursing
- Ommundsen, Y. (2008) *Oppvekst ó om barn og unges utvikling og oppvekstmiljø*. I Kvello, Ø. (red): *Fysisk aktivitet og psykososial helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Ommundsen, Y. Aadland, A.A. (2009) - *Fysisk inaktive voksne i Norge (kortversjon)*. Publisert av Helsedirektoratet 2010. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-inaktive-voksne-i-norge-kortversjon/Sider/default.aspx> [Nedlastet 03. 03. 2011]
- Pensgaard, A. M. og Hollingen, E. (2006) *Idrettens mentale treningslære*. 2.Utg. Oslo: Olympiatoppen.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2011) *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000) *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. American Psychologist January 2000, vol. 55, No. 1, 68-78.
- Sheldon, K. M., Williams, G. C., & Joiner, T. (2003). **Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health**. New Haven, CT: Yale University Press.
- Statistisk Sentralbyrå ó Levekårsundersøkelsen 2002. Andersen, A. S. **Aleneboendes demografi** [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/00/02/sa81/kap1.pdf> [Nedlastet 07. 08. 12]
- Thornquist, E. (2006) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget. 2.opplag.
- Thøgersen, U. (2004) *Krop og fænomenologi: en introduksjon til Maurice Merleau-Pontys filosofi*. Århus: Naraayana Press.

- Tjora, A.H. (2010): *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torp, S. (2005) *Atferdsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel-skjelettplager*. [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/mx/filer/0405_Fagartikkel.pdf [Nedlastet 03. 02. 2011]
- Wall, M. and Cote, J. (2007) *Developmental activities that lead to dropout and investment in sport*. Physical Education and Sport Pedagogy, vol 12. No 1 : 77-87.
- Waddell, G. (2004) *The back pain revolution*. Second edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Wester, A. Wahlgren, L. Wedman, I & Ommundsen, Y. (2009) *6. Å bli fysisk aktiv ó aktivitetshåndboken ó fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
- Wikipedia (2012) **Attribusjon**. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/Attribusjon> [Nedlastet 10. 12. 12]
- Wikipedia (2012) **Selvregulering**. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/Selvregulering> [Nedlastet 10. 12. 12]
- Wormnes, B. & Manger, T. (2005) *Motivasjon og mestring - veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Øyeflaten, I. (2005) *Kjennetegn ved langtidssykemeldte personer som kommer tilbake i yrkesaktivitet etter arbeidsrettet rehabilitering*. Universitetet i Oslo:

Hovedfagsoppgave ved det medisinske fakultet ó ta kontakt med AiR (350 62 800) for tilgang på oppgaven.

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERGRADSPROSJEKT:

I forbindelse med min mastergradstudie i idrett ved Høgskolen i Telemark, ønsker jeg å se på fysisk aktivitet blant brukere som har gjennomført et fire ukers rehabiliteringsopphold på Rehabiliteringssenteret AiR våren 2010. Jeg håper dine synspunkter og erfaringer kan bidra til å få en bedre forståelse for mulighetene og begrensingene for fysisk aktivitet etter endt opphold på AiR.

Deltakelse i prosjektet innebærer:

Under oppholdet:

- 10 ó 15 min samtale første uka om aktivitetsvaner
- 10 ó 15 min samtale siste uka om hvordan oppholdet har vært

Etter oppholdet:

- Ca. 4 mnd i etterkant, 10 ó 15 min telefonintervju om hvordan tiden etter AiR har vært.
- Ca. 5 ó 10 mnd i etterkant, et ansikt ó til ó ansikt intervju med 6 ó 8 deltakere. Her kan dere selv bestemme hvor dette skal foregå.

Dersom du ønsker å delta, vær oppmerksom på følgende: All deltakelse er frivillig, og du har anledning til å trekke deg fra prosjektet uten å måtte oppgi grunn, og uten at det vil ha noen konsekvenser for din relasjon til AiR. Alle opplysninger om deg vil bli behandlet strengt konfidensielt, og anonymiseres ved prosjektslutt 01.07.2011. Rapportering, all omtale og all publisering av resultatene fra studien vil være anonym uten muligheter for å identifisere den enkelte.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet må du underskrive samtykkeerklæringen. Spørsmål kan rettes direkte til meg, eller på telefon: 905 08 829. Håper så mange som mulig har mulighet og ønsker å delta.

Med vennlig hilsen

Anne H. Mosdøl

Fysioterapeut og masterstudent i idrett.

Jeg har lest informasjonen ovenfor og samtykker i å bli kontaktet for avtale og gjennomføring av intervju i forbindelse med Anne H. Mosdøl sitt mastergradsprosjekt.

Dato:

Navn: (blokkbokstaver):

Signatur:

Fysisk aktivitet

2003



Sosial- og helsedirektoratet

FYSISK AKTIVITET 2003

Fysisk aktivitet har stor betydning for folks helse og velvære. Vi vet imidlertid ikke nok om aktivitetsnivået i befolkningen, verken på verdensbasis eller i Norge.

I 2002/2003 skal det derfor gjennomføres en stor internasjonal spørreundersøkelse om fysisk aktivitet og forhold i nærmiljøet som kan ha betydning for aktivitetsnivået.

Undersøkelsen administreres sentralt av Physical Activity Research Center, University of NSW, Australia. I samarbeid med Statistisk sentralbyrå er Sosial- og helsedirektoratet ansvarlig for å samle inn data i den norske befolkningen.

Statistisk sentralbyrå har trukket utvalget av personer som inviteres til å delta i undersøkelsen. Du er tilfeldig valgt som en av 4000 deltagere i alderen 18-65 år. Vi håper du tar deg tid til å fylle ut og returnere spørreskjemaet, det vil være til stor hjelp for oss i vårt videre arbeid. Alle svarene vil bli behandlet anonymt, og studien er godkjent av Datatilsynet.

*Svar så godt du kan på alle spørsmål. Dersom du finner enkelte spørsmål umulig å besvare, kan du gå videre til neste spørsmål. Returner spørreskjemaet i vedlagte konvolutt innen **27. oktober 2003**.*

Vi ønsker å følge opp denne studien med en tilsvarende undersøkelse om noen år, og gjør oppmerksom på at SSB vil oppbevare din adresse til dette formålet.

Alle som svarer innen fristen vil være med i trekningen av tre gavekort a kr. 1000,-.

På forhånd takk for hjelpen!

*Med vennlig hilsen
Sosial- og helsedirektoratet*

Dersom du har spørsmål angående undersøkelsen, kan du kontakte:

*Sosial- og helsedirektoratet
Avdeling for fysisk aktivitet
Heidi Tomten, tlf: 24 16 34 52
Nina Waaler Loland, tlf: 24 16 34 57*

DEL 1 – Fysisk aktivitet

Vi er interessert i informasjon om ulike former for fysisk aktivitet som folk driver med i dagliglivet. Spørsmålene gjelder tiden du har brukt på fysisk aktivitet de **siste 7 dagene**. Vennligst svar på alle spørsmålene uansett hvor fysisk aktiv du selv synes du er. Tenk på aktiviteter du gjør på jobb, som en del av hus- og hagearbeid, for å komme deg fra et sted til et annet, og aktiviteter på fritiden (rekreasjon, mosjon og sport).

Tenk på all **meget anstrengende** aktivitet du har drevet med de **siste 7 dagene**. **Meget anstrengende** aktivitet er aktivitet som krever hard innsats og får deg til å puste mye mer enn vanlig. Ta bare med aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk.

1. Hvor mange dager i løpet av de **siste 7 dagene** har du drevet med **meget anstrengende** fysisk aktivitet som tunge løft, gravearbeid, aerobics, løp eller rask sykling?

____ **dager**

Ingen meget anstrengende aktivitet → *Gå til spørsmål 3*

2. Hvor lang tid brukte du vanligvis på **meget anstrengende** fysisk aktivitet på en av disse dagene?

____ **timer per dag**

____ **minutter per dag**

Vet ikke/usikker

Tenk på all **middels anstrengende** aktivitet du har drevet med de **siste 7 dagene**. **Middels anstrengende** aktivitet er aktivitet som krever moderat innsats og får deg til å puste litt mer enn vanlig. Ta bare med aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk.

3. Hvor mange dager i løpet av de **siste 7 dagene** har du drevet med **middels anstrengende** fysisk aktivitet som å bære lette ting, jogge eller sykle i moderat tempo? Ikke ta med gange.

____ **dager**

Ingen middels anstrengende aktivitet → *Gå til spørsmål 5*

4. Hvor lang tid brukte du vanligvis på **middels anstrengende** fysisk aktivitet på en av disse dagene?

___ timer per dag

___ minutter per dag

Vet ikke/usikker

Tenk på tiden du har brukt på å **gå** de **siste 7 dagene**. Dette inkluderer gange på jobb og hjemme, gange fra et sted til et annet eller gange som du gjør på tur eller som trening på fritiden.

5. Hvor mange dager i løpet av de **siste 7 dagene** gikk du i minst 10 minutter i strekk?

___ dager

Gikk ikke → *Gå til spørsmål 7*

6. Hvor lang tid brukte du vanligvis på å **gå** på en av disse dagene?

___ timer per dag

___ minutter per dag

Vet ikke/usikker

Det neste spørsmålet omfatter all tid du tilbrakte **sittende** på ukedagene i løpet av de **siste 7 dagene**. Inkluder tid du har brukt på å sitte på jobb, hjemme, på kurs og på fritiden. Dette kan tilsvare tiden du sitter ved et arbeidsbord, hos venner, mens du leser, eller sitter eller ligger for å se på TV.

7. Hvor lang tid brukte du på å **sitte** på en **vanlig hverdag** i løpet av de **siste 7 dagene**?

___ timer per dag

___ minutter per dag

Vet ikke/usikker

8. Tenk tilbake i tid. Hvor ofte drev du med fysisk aktivitet eller idrett så mye at du ble andpusten og/eller svett da du var:

Sett ett kryss for hver aldersgruppe

	< 10 år	10-14 år	15-20 år
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn en gang/måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger/måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang/uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-3 ganger/uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-6 ganger/uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEL 2 – Nærmiljø

Tenk på de forskjellige mulighetene i og rundt nabolaget ditt. Med dette mener vi **hele** området rundt hjemmet ditt som du kan gå til på **10–15 minutter**.

1. Hva slags boligtype er mest vanlig i ditt nabolag?

- Eneboliger
- Byvillaer, rekkehus, bygårder eller lavblokker med 2-3 etasjer
- Blanding av eneboliger og byvillaer, rekkehus, bygårder eller lavblokker
- Blokker eller bygårder med 4–12 etasjer
- Blokker med over 12 etasjer
- Vet ikke/usikker

De neste utsagnene gjelder nabolaget ditt i forhold til gange og sykling. Kryss av for i hvilken grad du er enig eller uenig i utsagnene.

2. Mange butikker, butikkentra, markeder eller andre steder der jeg kan handle ting jeg trenger, er innen rimelig gangavstand fra hjemmet.

- Sterkt uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Veldig enig
- Vet ikke/usikker

3. Det tar ikke mer enn 10–15 minutter å gå til en holdeplass (f.eks. buss, tog eller trikk) hjemmefra.

- Sterkt uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Veldig enig
- Vet ikke/usikker

4. De fleste gatene i nabolaget har fortau.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Gjelder ikke mitt nabolag
 - Vet ikke/usikker
-

5. Det er greit å sykle i eller nær nabolaget, f.eks. er det egne sykkelfelt, separate sykkelveier eller felles gang- og sykkelveier.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Gjelder ikke mitt nabolag
 - Vet ikke/usikker
-

6. Mitt nabolag har flere gratis eller rimelige rekreasjonsmuligheter, for eksempel parker, gangveier, sykkelveier, rekreasjonssentra, lekeplasser, offentlige svømmehaller osv.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Vet ikke/usikker
-

7. Det er så mye kriminalitet i nabolaget at det er utrygt å gå ute om natten.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Vet ikke/usikker
-

8. Det er så mye trafikk i gatene at det gjør det vanskelig eller ubehagelig å gå til fots i nabolaget.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Det er ingen gater eller veier i nabolaget
 - Vet ikke/usikker
-

9. Jeg ser mange som er fysisk aktive i nabolaget. De går tur, jogger, sykler eller driver med lek og idrett.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Vet ikke/usikker
-

10. Det er mye interessant å se på når man går tur i nabolaget.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Vet ikke/usikker
-

11. Hvor mange motorkjøretøy i brukbar stand (dvs. biler, lastebiler, motorsykler) er det i din husholdning?

- ___ motorkjøretøy
 - Vet ikke/usikker
-

12. Det er mange store gatekryss i nabolaget.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Det er ingen gater eller veier i nabolaget
 - Vet ikke/usikker
-

13. Fortau og gangveier i nabolaget er i god stand (godt veidekke med få sprekker) og er uten hindringer.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Vet ikke/usikker
-

14. Steder der man kan sykle i og rundt nabolaget er i god stand og uten hindringer.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Vet ikke/usikker
-

15. Det er så mye trafikk i gatene at det gjør det vanskelig eller ubehagelig å sykle i nabolaget.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Vet ikke/usikker
-

16. Det er så mye kriminalitet i nabolaget at det er utrygt å gå tur om dagen.

- Sterkt uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Veldig enig
 - Vet ikke/usikker
-

17. Det er mange steder å gå til innen rimelig gangavstand fra hjemmet.

- Sterkt uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Veldig enig
- Vet ikke/usikker

DEL 3 – Bakgrunnsopplysninger

1. Kjønn

- Kvinne
 Mann

2. Alder:

_____ år

3. Hvor mye veier du?

_____ kg

4. Hvor høy er du?

_____ cm

5. Siviltatus

Sett ett kryss.

- Enslig
 Enslig med partner/kjæreste
 Samboer
 Gift
 Separert
 Skilt
 Enke/enkemann

6. Har du barn?

- Ja → Hvor mange? _____
 Nei Alder på barn: _____

7. Hvilken kommune bor du i? _____

8. Bor du i:

- Storby (> 100.000 mennesker)
 By (30.000 – 100.000 mennesker)
 Tettsted (1000 – 29.999 mennesker)
 Spredtbygd strøk (< 1000 mennesker)
 Ønsker ikke svare

9. Hvilken utdanning har du?
Sett ett kryss for din høyeste utdanning.

- Universitet eller høyskole 4 år eller mer
- Universitet eller høyskole 1-3 år
- Videregående skole
- Ungdomskole, framhaldskole, realskole
- 7-årig folkeskole
- Annet: _____

10. Hva er din nåværende hovedbeskjeftigelse?
Sett ett kryss.

- Yrkesaktiv →
- Skoleelev/student
- Hjemmearbeidende
- Pensjonist
- Trygdet (syketrygdet, uføretrygdet, på attføring)
- Arbeidsledig
- Ønsker ikke svare

Hvor mange timer per/uke er du totalt
i arbeid? _____ timer/uke

11. Hva er **din** årsinntekt (brutto)?

- Under 100.000
 - 100.000 – 299.000
 - 300.000 – 499.000
 - 500.000 – 699.000
 - 700.000 eller mer
 - Ønsker ikke svare
-

Takk for at du svarte på spørsmålene!