

## **Masteroppgave**

Betydningen av fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse

Av

Kristin Holberg

Masteroppgaven er gjennomført som et ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som sådan. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2010

Fakultet for helse- og idrettsfag

Institutt for psykososial helse



## **TAKK**

Arbeidet med denne mastergradsstudien har vært en lærerik og betydningsfull prosess. Samtidig har det vært en tidkrevende prosess som ikke hadde fungert uten all den gode støtte og hjelp jeg har fått underveis.

Studien er et resultat av flere personers velvilje og støtte. Jeg vil først og fremst få rette en stor takk til deltagerne i denne studien, takk for deres imøtekommenhet og velvillighet til å dele deres erfaringer om temaet fysisk aktivitet og psykisk helse.

Jeg vil også få takke min veileder Espen Marius Foss for grundig og konstruktiv veiledning. Takk for ditt engasjement, din tålmodighet, og tro på mine evner. Det har betydd utrolig mye.

Ellers vil jeg takke mine medstudenter for gode sosiale stunder og for de mange faglige diskusjonene vi har hatt. Takk til Pernille L. Larsen og Irene Benitez som i avsluttende fase har lest korrektur.

I tillegg ønsker jeg å takke mine foreldre for all hjelp i forbindelse med barnepass, uten dere hadde dette vært vanskelig å gjennomføre. Sist, men ikke minst, vil jeg takke min mann og våre to barn for at dere har gitt meg all den tid jeg har hatt behov for i arbeidet med denne studien.

Kristin Holberg

Kristiansand, 30. april 2010



## **SAMMENDRAG**

Hensikten med denne studien er å få kunnskap, innsikt og en dypere forståelse i hvordan fysisk aktivitet forstås og hva slags betydning fysisk aktivitet tillegges i forebygging og behandling i forhold til psykisk helse. Studien ønsker å få frem den subjektive erfaring og opplevelse gjennom deltageres perspektiv.

Denne mastergradstudien er en kvalitativ studie forankret i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det empiriske materialet er basert på det kvalitative forskningsintervju. Det er blitt gjennomført intervjuer av fem personer som har erfaring med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse gjennom arbeid og egen erfaring.

Studiens teoretiske rammeverk tar utgangspunkt i Aron Antonovskys teori omkring helse og helsefremmende arbeid. Egil W. Martinsens litteratur og forskning er også anvendt.

Funnene i denne studien viser at fysisk aktivitet tillegges stor betydning i forebygging og behandling av menneskers psykiske helse. I studien pekes det på at fysisk aktivitet aktiviserer hele mennesket og at det er et behov for en holistisk tilnærming til mennesket i forebyggings- og behandlingsøyemed.

Hovedkonklusjonen sier at fysisk aktivitet har en klar sammenheng med menneskers opplevelse av sammenheng (OAS). Mestring, motivasjon og å finne mening i det mennesker gjør, er viktige faktorer for å kunne lykkes med fysisk aktivitet som forebygging og behandling. De ikke-fysiologiske aspektene ved fysisk aktivitet synes avgjørende for helsegevinsten ved fysisk aktivitet.

Nøkkelord:

Fysisk aktivitet, psykisk helse, opplevelse av sammenheng, mestring, motivasjon, hermeneutisk – fenomenologisk.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study is to gain knowledge, insight and a deeper understanding of how physical activity is apprehended. Also what kind of influence has in the prevention and treatment of mental health. The study aims to understand the participant's subjective experience through their perspective. This master thesis is a qualitative study based on a phenomenological and hermeneutical tradition. The empirical material is based on the qualitative research interview. Five interviews have been conducted. The interview subjects have experience with physical activity in relation to mental health, both through work and personal experience.

The study's theoretical framework is based on Aaron Antonovskys theory about health and health promotion. Egil W.Martinsen literature and research has also been used.

The results of this study shows that physical activity is considered important in the prevention and treatment of people's mental health. The study points out that exercise activates the entire human being. It also shows a need for a holistic approach in prevention and treatment purposes.

The study concludes with a correlation between physical activity and people's sense of coherence. Coping as well as motivation to find meaning in what people do, are important factors to success in physical activity as prevention and treatment. The non - physiological aspects of physical activity seems crucial for the health benefit of physical activity.

Keywords:

Physical activity, mental health, perception of context, coping, motivation, hermeneutic - phenomenological.

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INTRODUKSJON</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn og hensikt med studien	1
1.2 Problemformulering	2
1.3 Avklaring av sentrale begreper i problemstillingen	3
1.4 Studiens oppbygging og struktur	4
1.5 Tidligere forskning på området	4
<b>2.0 STUDIENS TEORETISKE RAMMEVERK</b>	<b>7</b>
2.1 Helsebegrepet	7
2.2 Kropp og sjel i et helsefremmende perspektiv	8
2.3 Fysisk aktivitet og psykisk helse	10
<b>3.0 METODE- EN KVALITATIV TILNÆRMING</b>	<b>12</b>
3.1 Utvalg	12
3.2 Datainnsamling	13
3.3 Transkribering og analyse av data	15
3.4 Min rolle som forsker	16
3.5 Forskningsetiske overveielser	17
<b>4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER</b>	<b>19</b>
4.1 Opplevelser og erfaringer fra ulike ståsteder	19
4.2 Motivasjon og mestring	31
4.3 Erfaringskunnskapens plass i tilbudene	36
4.4 Fysisk aktivitet som behandling?	39
4.5 Oppsummerende betraktninger av studiens resultater	43
<b>5.0 DISKUSJON</b>	<b>45</b>
5.1 Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og opplevelse av sammenheng (OAS)	45
5.1.1 Kritikk av begrepene OAS og Salutogenese	51
5.2 Vurdering av studiens metode og forskningsarbeidets gyldighet	52
5.3 Resultatenes betydning for praksis	54

## **6.0 OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER**

**56**

## **LITTERATUR**

**57**

## **VEDLEGG**

Vedlegg I Forespørsel om deltagelse i prosjektet

Vedlegg II Samtykkeerklæring

Vedlegg III Intervjuguide

Vedlegg IV Intervjuguide



## **1.0 INTRODUKSJON**

Om lag halvparten av befolkningen vil i løpet av livet få så alvorlige psykiske plager at de vil trenge profesjonell hjelp (Martinsen, 2006). Når det gjelder behandling av psykiske plager er medikamentell behandling og samtaleterapi fortsatt de mest vanlige behandlingsmetodene (Martinsen, 2004). I følge Moe et al. (1998) har fysisk aktivitet tradisjonelt hatt en relativt liten plass i behandlingen. De viser til at de tilbudene som har eksistert ofte har vært preget av tilfeldigheter og mangel på kontinuitet, og blitt gjennomført dersom personalet har hatt spesiell interesse for fysisk aktivitet. I den senere tid har det vært en økende interesse for verdien av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid og forskning viser helt klart at fysisk aktivitet har en positiv effekt på den psykiske helse (Morgan, 1997: Moe et al., 1998: Martinsen, 2004). Sosial- og helsedirektoratet (2004) hevder at fysisk aktivitet bør ha en selvskreven plass i behandlingen av psykiske plager. Å bruke fysisk aktivitet som behandlingsmetode innen psykisk helsearbeid er i tråd med sentrale føringer fra myndighetene. I opptrappingsplanen for psykisk helse, forslag til tiltak 2003 – 2006, vektlegges en styrking av tiltak som tar sikte på å fremme en mer systematisk bruk av fysisk aktivitet i det psykiske helsearbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

### **1.1 Bakgrunn og hensikt med studien**

Det er forsket mye på effekten av fysisk aktivitet. Det er vel dokumentert at fysisk aktivitet gir mange positive helsemessige gevinster (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). I tillegg til at fysisk aktivitet har positiv effekt på den fysiske form, er de psykiske og sosiale aspektene vel så viktige. Jeg ønsker derfor i denne studien å dreie fokuset fra effekten til å se nærmere på hvordan fysisk aktivitet forstås og erfares, og hva slags betydning den tillegges som forebygging og behandling i forhold til psykisk helse.

Min interesse for fysisk aktivitet som del av behandling oppstod i forbindelse med et tidligere brukerrettet prosjektarbeid da jeg var student ved videreutdanningen i psykisk helsearbeid, Universitetet i Agder. I prosjektet så vi på pasienters opplevelse av mestring, innflytelse og motivasjon i forhold til fysisk aktivitet, som en integrert del av behandlingen ved et distriktpsikiatrisk senter. Funnene viste at pasientene opplevde mestring, innflytelse og motivasjon, men at det var en hårfin grense mellom press og motivasjon. Videre viste funnene at fysisk aktivitet ikke behøvde å være hovedmålet, men kunne gi et godt utgangspunkt for andre målsetninger. Det var ikke nødvendigvis

den fysiske aktiviteten i seg selv som gav effekt, men forholdene rundt, som for eksempel naturopplevelsen (Holberg et al., 2007). Arbeidet tydeliggjorde for meg verdien av de psykiske og sosiale aspektene, og at fysisk aktivitet kan være av betydning i forebygging og behandling av psykisk uhelse/lidelse. Kunnskapen og interessen jeg fikk i forbindelse med prosjektet, i tillegg til mine egne erfaringer gjennom mange år med fysisk aktivitet i forhold til min egen fysiske og psykiske helse, ga grunnlag for å undersøke dette temaet nærmere.

Hensikten med studien er å få kunnskap, erfaring og en dypere forståelse om hvordan fysisk aktivitet forstås og erfares, samt hva slags betydning fysisk aktivitet tillegges i forebygging og behandling. Jeg søker den enkeltes subjektive erfaring og opplevelse, gjennom deltagerens perspektiv. Ved å intervjuere fagpersoner som har erfaring med å arbeide med fysisk aktivitet og psykisk helse, samt personer som selv har benyttet fysisk aktivitet i forhold til sin psykiske helse, om sammenhenger mellom fysisk aktivitet og psykisk helse, har jeg søkt informasjon fra ulike ståsteder. Mennesker med erfaringskunnskap har en unik kunnskap som jeg ser på som en avgjørende ressurs i psykisk helsearbeid. Med utgangspunkt i brukerbevegelsen og empowermentperspektivet ser jeg at både erfaringskunnskapen og fagkunnskapen bør legges til grunn for å skape og utvikle gode tjenester. I denne studien ønsker jeg å løfte frem kunnskap som ligger i begge disse perspektivene i forhold til studiens tematikk. Flere studier viser til at fysisk aktivitet gir mange positive helsemessige effekter, men de viser ikke til erfaringsdimensjonen som kan bidra til å forklare denne effekten. Jeg håper dermed at denne studien kan bidra til kunnskapsutvikling på psykisk helsefeltet når det gjelder fysisk aktivitet og dens betydning. Jeg ønsker også med denne studien å stimulere til at fysisk aktivitet får en bredere plass i behandlingsøyet innen psykisk helsearbeid enn det jeg ser at den har i dag.

## **1.2 Problemformulering**

Ut i fra overnevnte redegjørelse av temaet fysisk aktivitet og psykisk helse med fokus på betydningen av fysisk aktivitet, har jeg kommet frem til følgende todelte problemstilling:

- A) Hvordan forstås fysisk aktivitet av fagpersoner som arbeider med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse? En konkretisering og avgrensning av dette spørsmålet

er hva slags betydning fysisk aktivitet tillegges som forebygging og behandling, sett i lys av mer tradisjonelle behandlingsformer som medikamenter og samtaleterapi.

- B) Hvordan forstås og oppleves fysisk aktivitet av mennesker som selv har erfaringskompetanse med fysisk aktivitet i forhold til sin psykiske helse? Hvilken betydning har fysisk aktivitet hatt i deres liv?

Oppgavens problemstilling er omfattende, jeg velger derfor å avgrense den empirisk til å gjelde de data som er innhentet gjennom fem dybdeintervjuer av tre fagpersoner og to personer med erfaringskompetanse på området. Det er den enkeltes person sine subjektive erfaringer, opplevelser og tanker om forholdet mellom fysisk aktivitet og psykisk helse som har vært mitt fokus, og som danner grunnlaget for arbeidet. Jeg har ikke tatt hensyn til kjønn, alder eller profesjoner.

### **1.3 Avklaring av sentrale begreper i problemstillingen**

**Personer med erfaringskompetanse** er i denne studien personer som har opplevd psykisk sykdom/lidelse, og som har erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet i forhold til sin psykiske helse.

**Fagpersoner** er i denne studien personer som har erfaring med å arbeide med fysisk aktivitet som strategi for bedring av psykisk helse på helsefeltet.

**Forebygging og behandling** er empirisk avgrenset til å gjelde både menneskers egne forebyggings- og behandlingsstrategier for å bedre sin psykiske helse, til formaliserte forebyggings- og behandlingsstrategier i regi av helsevesenet.

**Fysisk aktivitet** er betegnelse for all kroppslig aktivitet som utøves med det mål å opprettholde og gjerne forbedre den kroppslige funksjonsevnen fysisk, i tillegg til de psykiske og sosiale aspektene. Her inngår aktivitet som både gir og ikke gir spesiell treningseffekt, men sikter mot en helsemessig tilfredsstillelse, - en positiv livskvalitet (Moe et al., 1998).

**Psykisk helse** kan forstås ut fra hvordan et menneske har det emosjonelt, intellektuelt, fysisk og sosialt. I opptrappingsplanen for psykisk helse blir psykisk helse forstått ut i fra et kontinuum, med svært god psykisk helse i den ene enden og svært dårlig psykisk helse i den andre enden. Med en slik forståelse beveger alle mennesker seg på linjen mellom god og dårlig helse gjennom livets løp (St. prp. 63 1997 – 1998). Denne studien tar utgangspunkt i opptrappingsplanens forståelse av begrepet psykisk helse.

#### **1.4 Studiens oppbygging og struktur**

Avslutningsvis i dette introduksjonskapittelet vil jeg vise til tidligere forskning på området som er av relevans for denne studiens tematikk. I teorikapittelet vil jeg presentere studiens teoretiske rammeverk. Hensikten er at det teoretiske rammeverk kan bidra med å belyse temaet og svare på studiens problemstilling. Studiens teoretiske rammeverk er preget av min førforståelse og blitt til underveis i forskningsprosessen. Teorier jeg hadde sett for meg før datainnsamlingen startet, har blitt påvirket av empirien og ført meg til andre teorier. I metodekapittelet vil jeg redegjøre for den metodiske fremgangsmåten studien bygger på, egen rolle som forsker, samt etiske overveielser. I resultatkapittelet presenteres studiens resultater i form av en tematisk fremstilling som inneholder sitater, sammendrag, beskrivelser og egne tolkninger i lys av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. I diskusjonskapittelet diskuteres tendenser fra studiens hovedfunn i form av en teoretisk tolkning. Avslutningsvis i diskusjonskapittelet vil jeg diskutere studiens metode og resultatenes betydning for praksis. Studien avsluttes med en oppsummering og forslag til videre forskning.

#### **1.5 Tidligere forskning på området**

Egil W. Martinsen som leder forskningsinstituttet ved Modum Bad har mer enn 20 års klinisk og forskningsmessig erfaring fra dette fagområdet. Hans studier tyder på at mennesker som er i god fysisk form er bedre beskyttet mot belastende livserfaringer, de tåler de fysiske og psykiske stressreaksjonene bedre, og kommer raskere tilbake til en normaltilstand (Martinsen, 2004).

I følge Martinsen (2004) foreligger det mye dokumentasjon fra kvantitativ forskning innen fysisk aktivitet og psykisk helse. Ved kvantitativ forskning kan man for eksempel undersøke utbredelse av opplevd nytte av fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved depresjon. Man får derimot ikke kunnskap om hvordan fysisk aktivitet faktisk oppleves

av mennesker som er deprimerte, eller på hvilken måte fysisk aktivitet kan være til hjelp for den enkelte. Hva er det som oppleves som virkningsfullt ved fysisk aktivitet? Hvilken betydning har det? For å få svar på slike spørsmål må man i tillegg gjøre kvalitative undersøkelser. Innenfor forskningsfeltet fysisk aktivitet og psykisk helse har denne forskningen fortsatt et meget begrenset omfang, i følge Martinsen (2004).

Marit Sørensen (2006) gjorde en kvantitativ studie som undersøkte motivasjonsvariabler, selvbestemmelse og selvtillit i forhold til fysisk aktivitet hos 109 pasienter med erfaring med fysisk aktivitet som del av behandling. Data ble innsamlet gjennom spørreskjema. Flertallet av pasientene (57,4 %) rapporterte at fysisk aktivitet reduserte deres sykdomssymptomer, mens 11,9 % rapporterte negative effekter av fysisk aktivitet. Resten av pasientene rapporterte at de var uforandret. Funnene i studien viste også at psykiatriske pasienter ikke avviker fra befolkningen forøvrig i forhold til motiverende mekanismer, selv om de kan oppleve flere barrierer for fysisk aktivitet på grunn av sin sykdom.

I en studie utført av Moe et al. (1998) av psykiatriske pasienter som deltok på Gaustadløpene, viste funnene at flesteparten av pasientene som var med, i utgangspunktet ikke var direkte motivert for selve den fysiske aktiviteten, men forholdene rundt aktiviteten. De forhold som fremkom, var ønske om å oppleve spenning, glede, ha det gøy, muligheter for å bli utfordret, utnytte egne evner, gjøre noe sosialt som var godt for helsen, få oppmerksomhet fra personalet og andre betydningsfulle personer, og et avbrekk fra rutine på avdelingen. Denne studien er relevant i forhold til min egen studie, fordi det viser seg at det er de ikke-fysiologiske aspektene rundt den fysiske aktiviteten som vektlegges. Det er forholdene rundt den fysiske aktiviteten som motiverer og interesserer meg i denne studien.

Flere studier har forsket på fysisk aktivitet i lys av mer tradisjonelle behandlingsmetoder som samtaleterapi og medikamenter. I 1979 ble det gjennomført en studie som sammenlignet fysisk aktivitet og psykoterapi som behandling ved depresjon. Funnene viste at fysisk aktivitet var minst like virksomt som psykoterapi (Greist et al., 1979). Det er også gjort studier der virkningen av fysisk aktivitet ble sammenlignet med antidepressive medikamenter for pasienter over 60 år med alvorlig depresjon (Blumenthal et al., 1999). Funnene viste at de som fikk medikamentell behandling

oppnådde raskere reduksjon av depresjon, men at det ved prosjektets slutt, 12 uker etter, viste seg at begge gruppene hadde effekt av behandlingen, og at det ikke var signifikante forskjeller mellom gruppene. En oppfølgingsstudie av samme gruppe i 2000, utført av Babyack et al. (2000), viste at de som brukte fysisk aktivitet som behandling hadde færre tilbakefall, og at pasienter som var i fysisk aktivitet minst 50 minutter pr. uke, hadde halvert tilbakefallsfrekvensen sammenlignet med fysisk innaktive.

McDevitt et al. (2006) gjennomførte en kvalitativ studie av 120 pasienter med psykiske lidelser. Funnene viste at symptomene som kom som følge av pasientenes lidelser og bivirkninger fra medikamentene, kunne fungere som barrierer for utøvelse av fysisk aktivitet (McDevitt et al., 2006). Dette bidraget peker, i likhet med empirien i min studie, på at medikamenter kan fungere som hinder for fysisk aktivitet.

Det er også gjort studier når det gjelder fysisk aktivitet som forebygging av psykiske lidelser. Langtidsundersøkelser av friske mennesker viser at fysisk innaktive mennesker har større tendens til å utvikle depresjon (Buckworth & Dishman 2002). Dette viser at fysisk aktivitet kan være virkningsfullt som forebyggingstiltak.

Studiene som er presentert over er ganske entydige på positive sammenhenger mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Det er postulert en rekke positive psykologiske virkninger av fysisk aktivitet. Studiene sier derimot lite om den kvalitative erfaringsdimensjonen rundt sammenhengene mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Dette blir derfor relevant å se i lys av mitt bidrag.

## **2.0 STUDIENS TEORETISKE RAMMEVERK**

Denne studien ser på sammenhengen mellom kropp og sjel i et helsefremmende perspektiv med inspirasjon fra Aron Antonovskys teori omkring helse (Antonovsky, 2000). Antonovskys syn på helse er en viktig grunnlagstenkning innen psykisk helsearbeid fordi fokuset er på personens egen historie og mestringsevne fremfor sykdomsfokuset. I tillegg vil jeg støtte meg på Egil Martinsens perspektiver på fysisk aktivitet og psykisk helse (Martinsen, 2004). Martinsen er lege og spesialist i psykiatri. Hans perspektiver fokuserer på positive ressurser i menneskers liv, og har derfor vært en inspirasjonskilde i mitt forskningsarbeid.

### **2.1 Helsebegrepet**

Helse er ikke et nøytralt ord. Hvordan vi forstår begrepet, gjenspeiler i følge Mæland (2005) menneskers livsoppfatninger, verdimeslige prioriteringer, kulturelle og sosiale forhold. Mæland peker på at helsebegrepet gjennom historien har vært forankret i ideen om det normale eller det optimale. Verdens helseorganisasjon slo fast i 1948 at helse er mer enn fravær av sykdom og svakhet. Helse ble definert som fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende. Mæland viser til at denne definisjonen har blitt kritisert for å være utopisk og vil heller støtte seg på Petter F. Hjorts definisjon på helse som sier følgende: ”Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav” (Mæland, 2005, s. 26). Her beskrives helse som evne til å fungere eller mestre hverdagens krav, og sees i sammenheng med de livsbetingelsene som mennesker utsettes for. Helse kan da forstås som en ressurs som gir mennesker styrke til å fungere og motstandskraft til å stå i de påkjenningene mennesker utsettes for gjennom livets løp. I de senere årene har livskvalitet langt på vei erstattet helse som overordnet begrep (Mæland, 2005). Livskvalitet som begrep gjenspeiler, slik jeg ser det, også forskjellige oppfatninger og betydninger og viser kompleksiteten ved å finne hva som kjennetegner ”det gode liv”. Som for begrepet helse finner jeg at mennesker vektlegger høyst ulike aspekter for å vurdere sine liv. Mæland (2005) peker på at de fleste i dag likevel er enige i at livskvalitet først og fremst er uttrykk for menneskers subjektive vurderinger av sine liv. Mæland (2005) peker på at helsebegrepet i hovedsak har fått et biomedisinsk innhold, mens livskvalitet uttrykker mer psykologiske og sosiale aspekter ved tilværelsen. Jeg vil støtte meg til en forståelse av helsebegrepet der livskvalitet er overordnet begrep, forstått som menneskers subjektive vurderinger av egne liv.

## 2.2 Kropp og sjel i et helsefremmende perspektiv

De siste årene har det vært en bevegelse hvor psykiatrisk behandling har utviklet seg fra et rent biomedisinsk paradigme til å bli mer tverrfaglig. Skillet mellom syk og frisk har i større grad blitt erstattet av mer sammensatte forestillinger om psykiske problemers natur. I følge Topor (2006) blir sykdomsbegrepet i flere sammenhenger i dag sett på som noe annet enn sykdom, som for eksempel et uttrykk på avvik, handikap eller problemer. I stedet for å omtale en person kun som pasient, snakker man nå stadig oftere om brukere. Topor (2006) hevder at det i større grad har vært en bevegelse fra ekspertperspektivet til brukerperspektivet og samarbeid. Empowerment, brukerperspektiv, recovery og salutogonese er begreper som er utviklet de siste årene i forhold til helse, ressurser og muligheter. De er i følge Langeland (2006) skapt for å øke kunnskapen om hvordan mennesker kan øke kontrollen over eget liv.

Den medisinske sosiologen Aron Antonovsky (2000) kritiserer den biomedisinske modellen for at et ensidig biomedisinsk fokus på sykdom, fører til at man mister synet av en rekke helsefremmende faktorer. Han utviklet begrepet salutogenese som definerer helse på et kontinuum som går fra god til dårlig helse. Alle mennesker har i følge Antonovsky (2000) en psykisk helse og vil befinne seg på ulike steder på denne linjen i ulike deler av livet. I følge Antonovsky (2000) bør fokuset i større grad være på helse fremfor sykdom og hva som bidrar til god helse. Denne forståelse bryter med forestillingen om at mennesker med psykiske lidelser er rammet av sykdom, som gjør at deres psykiske helse er vesentlig annerledes enn andres helse (Bøe & Thomassen, 2007). Dermed relativiseres syk-frisk dikotomien, noe som politisk og praktisk sett understøtter inkludering / anti- stigmatisering. Antonovskys forståelse og tilnærming med fokus på helse og helsefremmende arbeid er relevant å se i lys av studiens tematikk, hvor jeg fokuserer på hvordan fysisk aktivitet kan fremme god psykisk helse.

I følge salutogenese modellen er menneskets motstandskraft avhengig av den enkeltes opplevelse av sammenheng (OAS). Antonovsky (2000) deler begrepet OAS inn i tre kjerneelementer: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Avgjørende for hvordan vi klarer oss er, i følge Antonovsky (2000), disse tre komponentene. For at mennesker skal oppleve sammenheng i tilværelsen mener Antonovsky at vi må kunne forstå situasjonen (begripelighet), ha tro på at vi har de nødvendige ressurser tilgjengelig til å finne løsninger (håndterbarhet) og finne mening i å forsøke på å finne



løsninger (meningsfullhet). Opplevelse av sammenheng er ikke en metode for å håndtere stress, men sier noe om evnen til å møte utfordringene. Jeg vil i denne studien se fysisk aktivitet i lys av disse komponentene ved OAS på bakgrunn av de funn som fremkommer.

Antonovsky (2000) forsket på mennesker som opplevde store påkjenninger, men likevel hadde god helse. Hans funn viste at mennesker med høy OAS også har en høy grad av helse. Antonovsky anbefaler å bruke OAS som rettesnor i helsefremmende arbeid, slik at de menneskene som tiltakene rettes mot, bedre kan forstå sin situasjon, styrkes i sin tro på å finne løsninger og finne god mening i å forsøke å finne løsninger. Min oppfatning er at Antonovskys teori forklarer noe viktig og kan være en god grunnlagsholdning. Men teorien vil også være kontekstavhengig og er på ingen måte et totaliserende og saliggjørende perspektiv. Sommerschild (1998) hevder i denne forbindelse at skal en oppnå slike effekter som Antonovsky viser til, må tiltakene helst være av kollektiv karakter og samtidig individuelt tilpasset, som en bedring av samfunnets allmenne ytelser.

I Antonovskys (2000) teori om salutogenese er mestringsfokus sentralt blant annet fordi mestring kan bedres ved hjelp av salutogene terapiprinsipper. Antonovsky peker på at et fokus på mestringsperspektivet i større grad enn sykdomsperspektivet kan bidra til at hjelperen får øye på nye muligheter og ubrukte sider hos brukeren. Langeland (2006) viser til at målet i salutogen terapi er å aktivere ressurser og potensialer. Mestring som mulighet blir da et uttrykk for at det er knyttet egne mestringspotensialer til et hvert menneske og situasjon. Fokusset blir rettet mot personens historie og vektlegger mestringsevnen. Salutogenese forstår spenning og belastning som potensielt helsefremmende og fokuserer på passende belastning. Langeland (2006) viser til ulike mestringsressurser som kan fremme mestring av spenning i krevende situasjoner. Egenidentitet og sosial støtte er to avgjørende mestringsressurser. Det trekkes særlig frem at kvaliteten på sosiale relasjoner er viktig. Antonovsky(2000) hevder at jo høyere grad av motstandsressurser en person opplever å ha, jo bedre OAS vil personen oppleve. Ressursene er, i følge Antonovsky (2000), kun potensielt tilgjengelige, det er opp til den enkelte og dens omgivelser å aktualisere ressursene ved bekjemping og mestring av belastninger. Teorien om OAS identifiserer i følge Langeland (2006) avgjørende livssfærer som mennesket må investere i om en ikke skal tape mening og ressurser over

tid. Innholdet i de tre komponentene som inngår i OAS begrepet kan være farget av kulturelle forhold. Det vesentligste - at det handler om en opplevelse av å kunne influere på sitt eget liv, er likevel av allmenngyldig karakter, i følge Langeland (2006).

Mestring er som vist i det foregående et sentralt begrep i det salutogene perspektiv. Det er ikke uproblematisk å velge mestring som styrende begrep og trenger derfor å belyses i denne sammenheng. Germundsson (2006) peker på at mestring er et forførende ord. Han hevder at det er grunn til bekymring for at mestring skal komme til å representere et flinkhetsideal. Mestring er ikke bare for enerne i samfunnet, det er helt vanlige menneskers mestring av hverdagen som bør være fokuset. Germundsson (2006) hever videre at mestring handler om konstruktive måter å leve med menneskelig smerte og motgang på, og kan sees på som mestringstenkningens hovedelementer. Monsen (2002) viser også til utfordringer med å benytte mestring som styrende begrep i klinisk arbeid. Hun viser til at begrepet er utviklet i en akademisk livsverden og at ideen om det akademiske generelt produserer selvtillit. Hun hevder videre at den som er overbevisst om den ubegrensede objektive tankens makt, kan føle seg kallet og føle seg som objektivitetens mester. Om en i tillegg til denne makten tror seg å kunne produsere helse og godt liv for andre, kan dette i følge Monsen (2002), gi særdeles mye maktfølelse der eget selvbilde blir grandios, mens den hjelpetrengende kan bli sett på som hjelpeløs.

Germundsson og Monsen peker på viktige kritiske momenter i forbindelse med mestringperspektivet som Antonovsky fremhever i det salutogene perspektiv. Aron Antonovskys tenkning omkring helse har etter hvert blitt viktig innenfor helseforskningen. Teorien hans har mye fruktbart å bidra med for denne studiens formål, men det har også kommet kritiske innvendinger til hans teori som jeg vil bruke i analyse og fremkalling av data.

### **2.3 Fysisk aktivitet og psykisk helse**

Martinsen (2004) hevder at fysisk aktivitet som begrep kan antyde at det kun dreier seg om kroppens fysiologi og ikke om kroppens og sjelens opplevelse. Han hevder videre at svært ulike former for aktivitet kan gi positive psykologiske virkninger, og mener det ikke er nødvendig å bedre fysiologisk prestasjon for å få god effekt på den psykiske helsen. Han viser til at mange mennesker opplever andre kvaliteter ved fysisk aktivitet ute i skog og mark, enn for eksempel man gjør på et treningssenter. Begeistring over

for eksempel å stelle dyr, lukter, syns- og hørselsinntrykk ved å være i naturen, kan for mange oppleves som svært meningsfullt, i følge Martinsen (2004). Han mener det kan være den sosiale og emosjonelle rammen rundt selve aktiviteten som kan være den største terapeutiske virkningen. I følge Martinsen (2004) finnes det lite forskning på disse aspektene ved fysisk aktivitet. Han mener en årsak til det er at det er et vanskelig forskningsområde, spesielt ved bruk av kvantitative metoder.

Et annet aspekt er det samfunnsøkonomiske. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2000) peker på at kostnadene til behandling av psykiske lidelser øker, og at omfanget av psykiske lidelser gjør at helsevesenet aldri vil kunne dekke behandlingsbehovet i befolkningen. Virksomme selvhjelpsstrategier som blant annet fysisk aktivitet vil derfor være viktige. Fysisk aktivitet er, i følge Martinsen (2004), et enkelt, billig og lett tilgjengelig tiltak som gjennom forskning (jf.1.5) viser seg å kunne være effektiv i forebygging og behandling av psykiske lidelser. Hvorvidt mennesker opplever fysisk aktivitet som enkelt, kan vel diskuteres, siden årsaken til at det satses så stort på fysisk aktivitet i samfunnet i dag, trolig grunner i at det ikke er så enkelt som det ønskes i fra statelig hold.

### **3.0 METODE- EN KVALITATIV TILNÆRMING**

Kvalitative studier er forankret i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon. Fenomenologien som vitenskapstradisjon tar, i følge Thagaard (2009), utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å få frem en dypere forståelse i enkeltpersoners erfaringer. Fenomenologien har sitt utspring fra hermeneutikken. Thagaard (2009) viser til at en hermeneutisk tilnærming vektlegger at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Det henspiller på det faktum at helhet og del henger sammen på en slik måte at mening bare kan forstås i lys av sin helhet.

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for innsamling av data fordi jeg ønsket å studere en avgrenset kontekst mer helhetlig og grundig, heller en å gå i bredden for å studere mange miljøer, slik som i kvantitative undersøkelser (Thagaard, 2009). På bakgrunn av min problemstilling og mitt tema, samt studiens teoretiske rammeverk, ønsket jeg å benytte det kvalitative forskningsintervjuet, som metode. Jeg ønsket å forstå fenomenet fysisk aktivitet ”innenfra” ved å få frem den enkelte deltagers subjektive erfaringer, opplevelser og meninger med fysisk aktivitet og psykisk helse. I studiens problemstilling ligger det implisitt et etisk imperativ. Jeg er opptatt av både fagkunnskapen og erfaringskunnskapen som jeg har argumentert for utgjør en viktig og avgjørende ressurs i psykisk helsearbeid. Selve forskningsdesignet er skapt ut fra et etisk imperativ om at brukerperspektivet er viktig å ha med for å få frem ”begge sider av bordet”, og fordi anerkjennelsen av erfaringskompetansen er et produkt av en årelang etisk-politisk kamp som jeg gjennom dette grepet velger å støtte.

#### **3.1 Utvalg**

Studios problemstilling fokuserer på opplevelser og erfaringer fra ulike ståsteder. Mitt utgangspunkt for valg av deltagere har vært basert på hvem som har erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse fra henholdsvis a) fagpersoner som arbeider med fysisk aktivitet som strategi for bedring av psykisk helse på helsefeltet, b) personer med erfaringskompetanse, dvs. personer med erfaring med både fysisk aktivitet og psykisk sykdom/lidelse. Jeg har intervjuet tre fagpersoner og to personer som har erfaringskompetanse. Ved at jeg belyser fenomenet fysisk aktivitet fra ulike ståsteder, kan det bidra til en variasjon og motvirke ensretting i utvalgsprosedyren.

Antall samtaler som denne studien bygger på, vurderte jeg ut i fra prinsippet om dataens metning. Jeg har gjort et strategisk utvalg, hvor jeg har valgt deltagere ut i fra hvem som kan tenkes å gi mest mulig uttømmende svar på de spørsmålene som problemstillingen reiser. Størrelsen på utvalget er blitt vurdert underveis, og har etter hvert fått en meningsmetning i forhold til studiens problemstilling.

Jeg har intervjuet fagpersoner som har erfaring med fysisk aktivitet fra henholdsvis første og andrelinjetjenesten. Jeg valgte å intervju personer fra ulike forvaltningsnivå med mål om å få frem variasjon i forhold til hva slags betydning fysisk aktivitet tillegges på psykisk helsefeltet. I utvalgsprosessen kontaktet jeg aktuell leder i førstelinjetjenesten, hvor jeg fikk anbefalt en person som hadde lang erfaring med å arbeide med fysisk aktivitet og psykisk helse. Jeg kontaktet han, og han sa seg villig til å være deltager. Videre tok jeg kontakt med lederen ved et distriktpsykiatrisk senter, hvor de har fysisk aktivitet som integrert del av behandlingen. Lederen anbefalte meg å kontakte dem som arbeidet med fysisk aktivitet på senteret. Jeg tok således kontakt med en av dem, og hun sa seg villig til å være deltager. Den tredje fagpersonen som ble deltager har tidligere arbeidserfaring med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse. Denne hadde jeg kjennskap til gjennom tidligere studie, hvor vi begge var studenter. Siden jeg visste at hun hadde mye erfaring i forhold til temaet, kontaktet jeg henne. Når det gjelder deltagerne med erfaringskompetanse, kontaktet jeg daglig leder for et brukerstyrt kompetanse- og servicesenter innen psykisk helse. Vi hadde en uformell samtale omkring prosjektet, mine hensikter og hvilke muligheter som fantes for å finne deltagere i organisasjonen. Lederen var positiv og bistod med å finne deltagere som hadde erfaringskompetanse.

### **3.2 Datainnsamling**

For å anskaffe data valgte jeg å bruke semistrukturerte intervjuer. Semistrukturerte intervjuer er, ifølge Kvale og Brinkmann (2009), spesielt egnet når man søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkning av meningen med det som blir beskrevet. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver semistrukturerte intervjuer som en vanlig samtale, men at det er forskeren som i større eller mindre grad bestemmer hvilke temaer som skal tas opp og som definerer situasjonen. Denne intervjuformen valgte jeg på grunn av studiens problemstilling, hvor jeg altså søker å nærme meg erfaringsdimensjonen ved fysisk aktivitet og psykisk helse.

Intervjuene ble gjennomført på ulike arenaer etter deltagerens ønske, og hadde en varighet fra ca 45 min til 90 min. Før intervjuene startet, fortalte jeg litt om meg selv og prosjektet. Vi snakket litt sammen om informasjonsbrevet, samtykkeerklæringen og om deltagerne hadde noen spørsmål. Alle deltagerne skrev under samtykkeerklæring som de hadde fått tilsendt sammen med informasjonsbrev i god tid før intervjuene (vedlegg I og II). I intervjusituasjonen tilstrebet jeg en empatisk og åpen tilnærming gjennom å lytte aktivt, være bekreftende og gi rom for taushet. Jeg prøvde også å ha et mest mulig folkelig språk, slik at deltagerne skulle kjenne seg vel i situasjonen. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd etter avklaring med deltagerne på forhånd. Lydbåndet så ikke ut til å hemme deltagerne under intervjuet. Lydbåndet var for meg et godt hjelpemiddel for å få med all verbal kommunikasjon og frigjorde meg også, slik at jeg kunne ha fokus på det som deltagerne formidlet.

For å strukturere intervjuene utarbeidet jeg to intervjuguider (vedlegg III og IV) med forslag til spørsmål. Den ene intervjuguiden var for fagpersonene, der fokus var i forhold til deres arbeidserfaring med fysisk aktivitet. Den andre intervjuguiden var for deltagerne med erfaringskompetanse, der fokus var på hvilken betydning fysisk aktivitet hadde hatt i deres liv. Jeg informerte deltagerne om at intervjuguiden mer var en veiledning og hjelp for meg som forsker. Det viktigste for meg var at deltagerne fikk snakke fritt om det de ønsket, samt hva de vektla i forhold til studiens tematikk. Noen av deltagerne fikk intervjuguiden tilsendt på forhånd, etter ønske. Jeg tilstrebet å benytte åpne spørsmål og opplevde at intervjuene, etter hvert fungerte mer som en åpen samtale. Jeg stilte en del oppklarende spørsmål og ba enkelte ganger om bekræftelser og avkreftelser av mine forståelser. Jeg avsluttet intervjuene med å spørre deltagerne om hvordan de hadde opplevd intervjusituasjon og spørsmålene. Deltagerne gav positive tilbakemeldinger på intervjusituasjonen og spørsmålene, og jeg fikk tillatelse til å ringe dem om jeg trengte mer informasjon.

Direkte etter intervjuene gjorde jeg egne refleksjoner omkring intervjusituasjonen og egen fremtreden. Dette har vært viktig for at jeg kunne justere min egen fremtreden til neste intervju. Det bevisstgjorde også mine holdninger i forhold til den videre prosessen. De første intervjuene gav meg også ideer om spørsmål jeg kunne stille i de neste intervjuene.

### **3.3 Transkribering og analyse av data**

Til hjelp i analysearbeidet har jeg benyttet meg av Malteruds (2008) presentasjon av analysemodellen systematisk tekstkondensering. Følgende fire trinn utgjør hovedstrukturen i den metodologi som representeres av analysemodellen systematisk tekstkondensering: På det første trinnet er stikkordet å få et helhetsinntrykk. Trinn to handler om å identifisere meningsbærende enheter. På trinn tre abstraheres innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og på trinn fire sammenfattes betydningen av dette (Malterud, 2008).

Intervjumaterialet ble klargjort for analysen ved at jeg transkriberte intervjudataene fra muntlig fremstilling til skriftlig tekst underveis. Ved å transkribere intervjuene selv, ble jeg godt kjent med teksten og dens innhold. Å høre sin egen stemme på lydbåndet, hvordan jeg muntlig uttalte meg, var en nyttig prosess fordi jeg da kunne korrigere mine kommunikasjonsferdigheter i de neste intervjuene. Jeg lyttet til lydbåndopptakene en rekke ganger for at transkriberingen skulle bli så korrekt som mulig. Det er i følge Malterud (2008) viktig å merke seg at når en muntlig samtale omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining av det som skjedde. Vi må ikke forveksle teksten i utskriften, med virkeligheten. Selv den mest nøyaktige transkripsjonen kan aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det som det forskes på. Transkripsjonsarbeidet inngår også i den analytiske prosessen og er ikke en passiv og teknisk handling. Malterud (2008) skriver at all nærkontakt med datamaterialet innebærer at forskeren setter spor i datamaterialet som på ulike måter kan påvirke meningen med teksten.

Da transkriberingsarbeidet var gjort leste jeg tekstene en rekke ganger, med henblikk på temaer fra teksten som var aktuelle i forhold til studiens problemstilling. Etter å ha valgt ut temaer som kunne være aktuelle, skrev jeg sammendrag fra hver enkelt intervjutekst. Neste steg var å sortere tekst i ulike temaer. Jeg brukte fargekoder i dette arbeidet slik at tekst som hadde relevans ble fremhevet og tekst som ikke hadde relevans ble eliminert. Videre ble relevante utsagn og sammendrag fra teksten valgt ut, presentert og tolket i lys av teoretisk rammeverk. Hvert tema ble eksemplifisert med utsagn fra teksten for å synliggjøre meningsvariasjon som de valgte tema omfatter. Videre genererte jeg et spørsmål på bakgrunn av de funn som gjorde seg gjeldene, som jeg drøftet i lys av det teoretiske rammeverket, tidligere forskning og studiens problemstilling, i diskusjonskapittelet.

### **3.4 Min rolle som forsker**

Min egen rolle som forsker og min førforståelse virker inn på informasjonen jeg har søkt, på hvordan deltagerne opptrådte og hva de formidlet. Dataene avhenger av relasjonen jeg fikk til deltagerne, hva slags rolle jeg tok, og hvilken rolle deltagerne gav meg i intervjusituasjonen, men også av problemstilling og intervju spørsmål.

I starten av intervjuene, tok jeg mer føringen og intervjurollen. Min opplevelse var at deltagerne også gav meg intervjuerrollen ved at de uttrykte at de ønsket at jeg skulle begynne å stille spørsmål. Etter hvert som intervjuene kom i gang, ble jeg mer tilbaketrukket og opplevde at intervjuene fungerte mer som en åpen samtale omkring studiens tematikk. Mine oppfølgings spørsmål og kommentarer underveis var med på å prege situasjonen og retningen for hva som ble sagt.

I noen av intervjuene brukte jeg mer aktivt intervjuguiden, enn i andre. Jeg har i etterkant reflektert over om dette hadde å gjøre med at jeg var preget av å være relativt ny i forskerrollen, noe som nok virket inn på møtet. I etterkant hørte jeg på lydbåndet at jeg har latt være å følge deler av utsagn som jeg kunne ha fått ytterligere informasjon om. Årsaken til dette tror jeg handlet om at jeg var redd for å trå over grenser, i forhold til deltagerens integritet.

Kvale og Brinkmann (2009) viser til tre etiske sider ved forskerens rolle; dens vitenskapelige ansvar, forholdet til intervjupersonene og forskeruavhengighet. Jeg har et ansvar overfor faget mitt og mine deltagere at denne studien produserer kunnskap av verdi, og at den er så kontrollert og korrekt som mulig. Forskningens uavhengighet kan bli påvirket av deltagerne. Min tilknytning til deltagerne kan få meg som forsker til å ignorere enkelte resultater og vektlegge andre, noe som går på bekostning av en så fullstendig og nøytral studie av fenomenene som mulig (Kvale og Brinkmann, 2009).

Som tidligere vist til hadde jeg fra før av noe kjennskap til en av mine deltagere gjennom tidligere studier. Selv om jeg ikke bevisst merket at dette gjorde noe forskjell,



var det nok likevel med å påvirke intervjusituasjonen. Min førforståelse som er knyttet til min livserfaring, mine verdier, fordommer, kunnskapen jeg har gjennom faget og til mitt teoretiske rammeverk, preger forskningsprosessen. Utdannelsen min som vernepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid vektlegger et helhetlig syn på mennesket, og vil derfor prege min førforståelse og dermed også mitt fokus i studien. Min førforståelse knyttet til at fysisk aktivitet har betydning for den psykiske helse, mitt engasjement rundt tematikken og ikke minst mine positive erfaringer med fysisk aktivitet, påvirker verdien av de data som fremkommer. Gjennom forskningsprosessen har jeg aktivt arbeidet med å bevisstgjøre egen førforståelse. Jeg har forsøkt i den grad det er mulig å legge egen førforståelse fra meg, slik at jeg kan bli mer åpen for endring, forkastning og ny kunnskap som trer frem. Gjennom arbeidet med studien ser jeg at min førforståelse har vært med å prege undersøkelsen, aspekter har blitt bekreftet, som betydningen av de ikke-fysiologiske aspektene ved fysisk aktivitet. Men min førforståelse har også vært i endring, dette vil jeg komme nærmere inn på i kap. 5.2.

### **3.5 Forskningsetiske overveielser**

Jeg har sendt forespørsel til den etiske regionale komité hvor prosjektet ble vurdert som ikke-fremleggelsespliktig. I forhold til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste har jeg, i samråd med min veileder, kommet frem til at studien ikke krever deres godkjenning, ettersom jeg ikke skulle samle inn personopplysninger eller opprette noen form for personregistre eller andre former for registre. Informasjonsbrev ble levert sammen med samtykkeerklæring til alle de involverte i god tid før intervjuet. Her ble det informert om forskningsprosjektets hensikt, fremgangsmåte, taushetsplikt og anonymitet. Det ble presisert at å være deltager i prosjektet var frivillig og at deltagerne når som helst kunne trekke seg fra å delta. Deltagerne gav informert samtykke både muntlig og skriftlig om å delta. Anonymitet er sikret ved at studien ikke inneholder personidentifiserbare data.

Etiske refleksjoner kreves gjennom hele forskningsprosessen. I planleggingsfasen har jeg stilt meg spørsmål om hvem som kan ha nytte av kunnskapen jeg har forsøkt å fremskaffe. I tillegg til at studien gir meg som student kunnskap, kompetanse og erfaring, håper jeg studien kan bidra til en kunnskapsutvikling om fysisk aktivitet og dens betydning i forhold til psykisk helse. Når det gjelder deltagerne, kan ikke jeg si om de vil ha direkte nytte av studien. I intervjuene har imidlertid deltagerne fått mulighet til å fremme sine synspunkter, samt rette søkelyset på et tema som de har interesse for.

Deltagerne pekte på at studiens tematikk var et viktig tema å sette fokus på, og de uttrykte en opplevelse av å være med å bidra med noe andre kan ha nytte av. Som forsker har jeg ansvar for at deltagerne ikke blir utsatt for skade. Jeg har under prosessen tenkt igjennom de konsekvensene som undersøkelsen kan ha. Forskerens etiske ansvar innebærer blant annet å legge opp intervjuene slik at de bevarer deltagerens integritet. Jeg har vurdert intervjuguiden og dens spørsmål opp mot faren for å utsette deltagerne for skade. Intervjuguiden har også blitt vurdert hos Regionalt etisk komité. Under intervjusituasjonen vurderte jeg fortløpende, med hensyn til deltagerens integritet, hvor langt det var riktig å følge opp svarene deltagerne gav, i forhold til oppfølgingsspørsmål.

## **4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER**

I dette kapittelet vil jeg presentere resultater fra de fem intervjuene som utgjør datagrunnlaget i denne studien. Jeg vil løfte frem de mest fremtredene deler av det innhentede datamaterialet gjennom utvalgte sitater, beskrivelser og sammendrag. Fortløpende under sitatene kommer jeg med egne tolkninger i lys av studiens teoretiske rammeverk og tidligere forskning. Sitatene er direkte avskrevet fra lydopptak, men presenteres i bokmåls form. Personene jeg har samtalt med benevnes ”deltagere” i teksten. I presentasjonen vil jeg gjøre fremstillingen så fenomennær som mulig ved å anvende flest mulig av de ordene som deltagerne selv bruker. Deltagerne er i teksten presentert med fiktive navn. Jeg har samtalt med mennesker som har ulik erfaring med studiens tematikk. Jarle, Kari og Frida har arbeidserfaring fra ulike arenaer med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse. Anna og Nina har begge erfaringskompetanse med fysisk aktivitet i forhold til sin psykiske helse. Jeg vil la deltageres stemme, i form av sitater, beskrive betydningen av fysisk aktivitet gjennom en tematisk organisering av fire temaer som jeg mener klarest kom til uttrykk under intervjuene. Første tema omhandler deltageres opplevelser og erfaringer med fysisk aktivitet. Temaet har et underkapittel hvor det pekes på betydningsfulle aspekter ved fysisk aktivitet. Andre tema omhandler deltageres tanker omkring begrepene motivasjon og mestring. Tredje tema peker på erfaringskunnskapens plass i tilbudene, og fjerde tema tar for seg fysisk aktivitet som behandling i lys av de mer tradisjonelle behandlingsmetoder. Sammen gir temaene en beskrivelse av hvordan deltagerne forstår fysisk aktivitet, og hvilken betydning de tillegger fysisk aktivitet i forebygging og behandling, som er studiens problemstilling.

### **4.1 Opplevelser og erfaringer fra ulike ståsteder**

Fysisk aktivitet har av ulike grunner betydning for mange mennesker. Hvilken betydning fysisk aktivitet tillegges og hva mennesker legger i å være fysisk aktiv, er svært individuelt. Temaet opplevelser og erfaringer fra ulike ståsteder beskriver i korte trekk deltageres egne opplevelser og erfaringer med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse. Beskrivelsene kommer fra ulike ståsteder; fra fagpersoner og fra personer som selv har erfaringskompetanse med studiens tematikk.

## **Annas erfaringer**

Anna er en voksen kvinne som har erfaring med å bruke fysisk aktivitet som strategi i hennes bedringsprosess. Anna forteller at hun har hatt en depresjon og at fysisk aktivitet har bidratt til at hun har blitt raskere frisk. Hun forteller videre at fysisk aktivitet har vært av betydning siden hun var liten jente og noe hun bare har hatt i seg.

Jeg kan jo si det at jeg bestandig har vært opptatt av fysisk aktivitet, faktisk alltid igjennom hele livet. Men når du sier i forhold til min psykiske helse så var det da jeg fikk min lille knekk at jeg skjønnte betydningen av det, hvor viktig den var. Når det mentale fungerer bra, så fungerer det fysiske veldig bra også. Og det har jo bare gjort at jeg har blitt fortere frisk enn mange andre vil jeg påstå. Ja og det mentale, det å mestre vanskelige ting har vært mye enklere når jeg holder på med fysisk aktivitet, så det er bare positive erfaringer jeg har med det, det er det for meg. [...] jeg vil jo påstå at jo bedre fysisk form man er i, jo lettere kan en ha mulighet til å takle de krisene som kommer.

Anna peker på flere viktige momenter her. For det første sier hun at hun bestandig har vært opptatt av fysisk aktivitet. Hun hadde allerede en erfaring med fysisk aktivitet før sykdomsforløpet. Jeg vil anta at å ha tidligere erfaringer med fysisk aktivitet kan være av stor betydning, nettopp for å komme i gang med, motivere seg, og dermed høste fruktene av fysisk aktivitet under et sykdomsforløp. For det andre synes jeg det er interessant at hun sier at det først var under knekken at hun innså hvor viktig fysisk aktivitet kunne være. Fysisk aktivitet har hjulpet henne til å mestre mentalt utfordrende situasjoner, noe jeg forstår som en styrking av *resiliens*, individets motstandskraft (Borge, 2003). Avslutningsvis hevder Anna at jo bedre fysisk form man er i, jo lettere kan man ha muligheter til å takle de krisene som kommer. Her viser hun at fysisk aktivitet kan bidra til økt mestring av vanskelige livspåkjenninger, slik også Martinsen (2004) viser til. Hans studier viser at mennesker som er i god fysisk form er bedre beskyttet mot belastende livserfaringer, de tåler de fysiske stressreaksjonene bedre, og kommer raskere tilbake til normaltstanden. Fysisk aktivitet er for Anna en lystbetont aktivitet. Gjennom fysisk aktivitet har hun blitt sprekere og hun får ut spenninger som sitter i kroppen.

Hvis man strammer seg med psykiske ting og tang, så begynner jo kroppen å verke også, det kan høres helt merkelig ut men, da hjelper det å komme i gang, da må man bare komme i gang.

I sitatet sier Anna at fysisk aktivitet bidrar til å dempe verk og spenninger som setter seg i kroppen. Forskning har vist at man ved fysisk aktivitet kan oppnå omtrent den samme reduksjonen av muskelspenninger som ved bruk av muskelavslappende medikamenter (Martinsen, 1998). I Annas sitat pekes det videre på et interessant forhold mellom ”spenninger i kroppen / verke” og ”komme i gang”. Det kan her synes som de psykologiske virkningene av fysisk aktivitet kommer raskt, noe som kan tenkes gir motivasjon og indre drivkraft til å fortsette med å trene for å oppleve mindre psykisk ubehag. Anna har erfart hvilke selvhjelpstrategier som hjelper henne og som hun kan ta i bruk når det begynner å stramme seg til. Martinsen (2004) viser også til at de psykologiske virkningene av trening kommer raskt i forhold til de fysiske effektene. I følge Martinsen (2004), vil det for flesteparten være mer motiverende å bruke fysisk aktivitet for å oppleve glede og mindre uhelse i dag, fremfor å utsette et eventuelt hjerteinfarkt om 30 år. Anna forteller videre at hun har fysisk aktivitet integrert i hverdagen og at hun blant annet trener på helsestudio. Hun har brukt fysisk aktivitet som forebygging og behandling av sin psykiske helse.

Ja det har jeg uten at noe lege sa det til meg, men legen min var jo veldig glad for at jeg, at den fysiske aktiviteten var viktig for meg. Han bare YES, fortsett. Så det fant jeg på selv.

Selv om fysisk aktivitet har vært viktig for Anna, har ikke dette vært formalisert eller tilrettelagt fra lege og helsevesen. Det synes derfor for meg at mennesker med tidligere positive erfaringer med fysisk aktivitet lettere vil få benyttet de mentale styrkingsprosessene som kan komme gjennom fysisk aktivitet. Det er dermed ikke sagt at en person som tidligere har fått positive erfaringer med fysisk aktivitet vil få lite utbytte av fysisk aktivitet i et sykdomsforløp. I denne sammenheng er det samtidig viktig å understreke at man under et sykdomsforløp også kan gjøre nye positive oppdagelser av fysisk aktivitet, som igjen kan tas i bruk i ens egen bedringsprosess.

### **Ninas erfaringer**

Nina er en annen voksen kvinne som har delt sine erfaringer med meg i forhold til fysisk aktivitet og sin psykiske helse. Hun forteller:

Jeg var aktiv som svømmer når jeg var barn og ungdom, og så sluttet jeg med det når jeg var 16. Så begynte jeg å trene igjen i 20 årene, begynte med

jassballett og alt sånn, som var moderne på begynnelsen av 80 tallet. Så sluttet jeg med det etter hvert, og så begynte jeg å trene på helsestudio, og det var veldig gøy, veldig ok. Men jeg har hatt anoreksi og bulimi så det rimer ikke så veldig bra å trene for da besvimte jeg en del. Så ble jeg nektet å trene for sykebilen hadde hentet meg noen ganger og da er ikke det så veldig god PR for helsestudioet at en har lov til å ha sånn overtrening [...]”. Og så har jeg begynt igjen for et år siden, jeg begynte igjen for å trene til Maraton og det har bare vært helt knall. Jeg har trent nå siden januar og frem til nå, så det ble bare helt på plass, men før når jeg var syk eller sånn, da var det ikke bra [...]. [...] For 10 år siden når jeg trente så var jeg på piller, nå er jeg ikke på piller og det er mye bedre å trene. Du får et normalt forhold til trening i forhold til hva du gjør når du, jeg vil si når du er dopet på piller [...].

Ønsket om å komme til maraton gjorde at Nina gjenopptok treningen for et års tid siden. I den forbindelse var hun med i en organisert treningsgruppe gjennom fastlegen. På mitt spørsmål om fysisk aktivitets ulike aspekter, trekker hun frem opplevelsen ved å være med på maraton. Hun beskriver det som et adrenalinkikk, og at det var vondt og godt på samme tid. Hun forteller engasjert om hvor sterk opplevelsen var følelsesmessig, og at tårene sprutet når hun hadde klart det.

Det var helt sykt egentlig, jeg sa jo til meg selv, ja jeg har klart det, og så bare sprutet det. Det var ikke sånn at det rant, men det sprutet bare, det var helt, det var kjempesterkt. Det går ikke an å forklare det. Det må oppleves rett og slett.

Nina forteller her om opplevelsene med fysisk aktivitet når hun er frisk. Hennes opplevelser i forbindelse med å arbeide mot et mål, selve gjennomføringen av målet som i dette tilfellet var maraton, og ikke minst mestringsfølelsen, synes å være av betydningsfull karakter for Nina.

Nina vil ikke si hun bevisst har gått inn for å bruke fysisk aktivitet som forebygging og behandling, men uttrykker at fysisk aktivitet hjelper på hennes psykiske helse, gir henne noe og er viktig i hverdagen.

Ja det hjelper, det virker inn på hele kroppen. Det gjør noe med en, det gjør noe med alle tror jeg.

Nina har erfaring med at fysisk aktivitet har vært både positivt og negativt for hennes psykiske helse. For mennesker som har spiseforstyrrelser kan overdreven fysisk aktivitet utgjøre en del av sykdomsbildet. Forskning viser i følge Martinsen (2004) at forekomsten av overtrening er svært varierende, men at ca 80 % av pasienter med

bulimi og 50 % av dem som har anoreksi vil overtrene i den første fasen av sykdomsforløpet. Forekomsten av overtrening viser seg å være lavere blant personer med langvarige plager.

### **Jarles erfaringer**

Jarle er utdannet lærer og har arbeidet med fysisk aktivitet og psykisk helse i mange år. Han er ansatt i en kommune hvor han arbeider med idrett og friluftsliv innen psykisk helse. Her driver han ulike aktivitetsgrupper som blant annet friluftsgruppe, fotballgruppe, machogruppe og styrketreningsgrupper. Aktivitetsgruppene er et lavterskeltilbud for alle som bor i kommunen og som føler de har nytte av tilbudene. På spørsmålet mitt om hva deltagerne legger i å være fysisk aktiv, sier Jarle at det viktigste er å ha en aktivitet der man bruker kroppen. Jarle har erfaring med at fysisk aktivitet er viktig både for den psykiske og fysiske helsen, og sier at fysisk aktivitet egentlig bare er positivt.

Siden jeg jobber med fysisk aktivitet så har jeg sett hvordan folk kan blomstre, kanskje ta av seg noen kilo og få bedre selvbilde. Kroppen er jo en del av hodet, så hvis kroppen fungerer bra så får en det jo bedre. Jeg har jo sett hvor viktig det er.

Jarle har sett den fysiske og psykiske effekten av fysisk aktivitet blant deltagerne i aktivitetsgruppene. Hvordan deltagerne for eksempel kan blomstre, bedre selvbildet og redusere vekten. Jarle sier at kroppen er en del av hodet. Det sa også noen av de andre deltagerne. Min oppfatning er at deltagerne peker i retning av en holistisk forståelse av helse, hvor kropp og sjel blir sett på som viktige systemer som henger sammen og påvirker hverandre. Knardahl (1998) hevder også at kropp og sjel samspiller og sammen bestemmer helse, plager og sykdom.

### **Karis erfaringer**

Kari er en annen fagperson som har erfaring med arbeid i forhold til fysisk aktivitet og psykisk helse. Hun har blant annet arbeidet på psykiatrisk avdeling, hvor hun drev med fysisk aktivitet uten at det var i noe organisert form. Hun har også erfaring med gruppebehandling i forhold til fysisk aktivitet og psykisk helse. I dag arbeider Kari på en institusjon hvor hun ikke spesifikt arbeider med fysisk aktivitet. Kari har i tillegg tatt utdanning i fysisk aktivitet som behandling innen psykisk helsevern. Hun forteller at

hun er genuint interessert i fysisk aktivitet og har fysisk aktivitet integrert i sin hverdag ved å trene på helsestudio, sykle, eller ved å spasere til og fra arbeid. På spørsmålet mitt om hva slags betydning Kari tillegger fysisk aktivitet i forebygging og behandling i forhold til psykisk helse, sier hun:

Jeg synes det er kjempeviktig fordi mye annen type behandling er stillesittende, en samtale, medisiner, en tablett, en sprøyte, den type ting. Det er klart at det virker også, men du får ikke i gang kroppen. Du får ikke noe velvære følelse av å sitte stille å snakke om følelser, du får ikke kjent på følelsene. [...] fokuset er ikke at en sitter på hver sin stol og ser på hverandre og prater, men en gjør gjerne noe sammen og da kommer praten. Fysisk aktivitet i seg selv er god terapi, en slapper av på en annen måte.

Kari viser her til en sammenheng mellom fysisk aktivitet og følelsen av velvære. Et moment hun viser til er at fysisk aktivitet gir en avslapping på en annen måte enn annen type behandling, fordi en gjør noe sammen. Arenaer for hvor møtet med den andre skjer, synes å ha innvirkning. Jeg tolker Karis utsagn i retning av at fysisk aktivitet kan gi en annen rolledefinisjon mellom behandler og pasient, enn annen type behandling. Ved å gjøre ting sammen under uformelle forhold, synes maktposisjonen mellom hjelper og pasient være mindre fremtredende, sett i forhold til en terapitime på behandlers arena, hvor rollene og posisjonene kanskje kommer tydeligere til uttrykk. Fagpersoner besitter en makt i kraft av sin posisjon og relasjonen mellom hjelper og bruker vil være asymmetriske, i følge Hatling & Østbye (1998). Løgstrup (1991) hevder at et møte mellom mennesker alltid vil være et sted hvor man kan fremme eller hemme den andres utfoldelse. Han hevder videre at vi ved vår makt kan ta i mot i omsorg eller i ødeleggelse, i ivaretagelse eller utnyttelse. Et møte mellom mennesker vil, i følge Løgstrup, aldri være nøytralt. Bøe & Thomassen (2007) sier at arenaen ikke bare har en innvirkning på brukerens trygghet, men også på måten fagpersonen ser og lytter til brukeren på.

Kari forteller under intervjuet at den fysiske aktiviteten kan bidra til å gjøre stress- og angstsituasjoner bedre. Hun kommer med et eksempel i forhold til hennes poeng med å kjenne på følelser gjennom fysisk aktivitet som hun knytter til angsttrening med pasienter. Hun sier videre:



Jeg ser jo bare det hvis en har trent angsttrening ikke sant, det er jo akkurat de samme symptomene du får som hvis du har tatt en joggetur og får høy puls. Men det å se at du kan få samme følelsen ved å gjøre to forskjellige ting, kan lære deg til at det faktisk ikke er så galt å få den angsten. Den angsten vil gi seg og de hjertebankene vil banke mindre etter hvert når du bare har stått igjennom det noen ganger.

Kari uttrykker her at en gjennom å erfare de kroppslige reaksjonene ved fysisk aktivitet, kan det bidra med å gjøre angstanfallene mindre skremmende. Martinsen (2004) hevder også at fysiske symptomer på angst kan være lik som ved normale fysiologiske reaksjoner på aktivitet som svette, høy puls og økt respirasjon. Han hevder videre at det under fysisk aktivitet skjer en aktivering av det sympatiske nervesystem som gir slike symptomer. To av fagpersonene uttrykker at det er viktig å gi informasjon om dette til pasientene som benytter seg av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kombinert med undervisning kan på bakgrunn av fagpersonenes utsagn, synes å være et hensiktsmessig tiltak for å bli fortrolig med de kroppslige symptomene. Ifølge Martinsen et al. (1989) har forskning vist at fysisk aktivitet kan hjelpe mot angst. Martinsen (2004) viser til flere vitenskapelige studier som har forsket på hvordan angstnivået kan påvirkes ved bruk av fysisk aktivitet. Han viser til at angst og spenningsnivået reduseres etter fysisk trening hos mennesker med både forhøyet og normalt angstnivå. Martinsen viser videre til at virkningen kommer 5 – 15 minutter etter avsluttet trening og at det går gjennomsnittlig to til fire timer før angstnivået igjen vender tilbake til utgangspunktet. Virkningen av fysisk aktivitet på den mer kroniske angsten, er mer usikker, i følge Martinsen (2004).

### **Fridas erfaringer**

Frida er den tredje fagpersonen jeg har samtalt med om betydningen av fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse. Hun arbeider med fysisk aktivitet som integrert del av behandling på et distriktpsykiatrisk senter. Frida har også tatt utdanning i fysisk aktivitet som behandling innen psykisk helsevern. Frida forteller at deres opplegg med fysisk aktivitet som integrert del av behandlingen, er et lavterskeltilbud. Hun forteller at opplegget deres med fysisk aktivitet rent praktisk går ut på at de innlagte pasientene ved institusjonen, må velge seg tre aktiviteter fra en ukeplan som inneholder ute og inneaktiviteter. De tre valgte aktivitetene må gjennomføres pr. uke hvis ikke behandler ved institusjonen bestemmer noe annet. På spørsmålet mitt om betydningen av fysisk aktivitet som behandling, sier Frida:

Som behandling på en institusjon som det jeg har erfaring med, så synes jeg det er, nå trykker jeg vel over, jeg synes det er alfa og omega. Jeg må bare si det, jeg vet det er drøyt sagt[...]. Fysisk aktivitet er jo en ting som du kan komme litt vekk, eller på siden, du kan få litt fri, få litt pause. Mange tenker på det som blod, svette og tårer, men når de får lov til å være med litt, får de ofte, vet ikke helt prosentene, men veldig ofte opplever de at de får en positiv effekt av å komme ut av stua.

I forlengelse av utsagnet over, sier Frida at en kan bli i en liten boble som pasient på en institusjon.

Du er her fordi du har det vanskelig på en eller annen måte. Så må du sitte og forholde deg til alle disse menneskene og det kan være ganske tøft. Enten velger du å isolere deg på rommet eller holde deg for deg selv, eller så er du i den bobla sammen med de andre [...]. Det blir problemfokusering inne her på huset, det er sånn psykiatrien er bygd opp; har du sovet? har du spist? har du vondt? hva føler du nå? hva tenker du nå? Det er hele tiden på det vanskelige, så opplever en at det å komme ut, bena virker jo, jeg kan gå, jeg er vanntett, det er ikke farlig liksom. Og så får de (pasientene) en positiv opplevelse i det sosiale og i det å mestre selve gåingen [...].

Det kan synes som om fysisk aktivitet her skilles med problemfokuseringen og hva den tradisjonelle psykiatrien preges av. Det kan videre synes som om det å være fysisk aktiv sees i lys av et mer helsefremmende perspektiv hvor fokus på hva pasientene kan, står sentralt. Flere av deltagerne mine uttrykker at det er problemfokusering som har preget psykiatrien gjennom tidene. Fysisk aktivitet blir ut fra en slik forståelse sett på som et alternativ til den tradisjonelle behandlingen som har rådet. Å benytte fysisk aktivitet som forebygging og behandling av psykiske helse vil, i følge Martinsen (2004) kreve at man mobiliserer egne ressurser og blir aktiv deltager i egen bedringsprosess. Martinsen sier at det har vært store fremskritt i tilbud av virksomme behandlingsmetoder og at man i større grad har blitt klar over hvor viktig det er at mennesker selv bidrar til egen helse. Han sier videre at det er begrenset hvor mye helse som kan hentes ut av helsevesenet.

Begrepet empowerment eller myndiggjøring gjenspeiler den foregående forståelsen av helsefremmende arbeid. Empowerment – tenkningen har på kort tid blitt svært populært og kan, i følge Løken (2006), beskrives som en prosess for å styrke den enkeltes egenkraft. Det handler om å gi makten tilbake til bruker og mobilisere brukers egen kompetanse, styrke og evne til å mestre eget liv. I dette ligger et syn på at mennesket er

et subjekt og en tro på at mennesket kan skape sitt eget liv. Fysisk aktivitet som integrert del av behandlingen slik Frida har erfaring med, blir i denne sammenheng interessant å diskutere videre i diskusjonskapittelet. Hvilke utfordringer er knyttet til å ha fysisk aktivitet som integrert del av behandling, en behandling alle innlagte pasienter skal benytte seg av?

### **Betydningsfulle aspekter ved fysisk aktivitet**

Flere av deltagerne i studien sier at de forstår fysisk aktivitet som mer enn å trene på helsestudio og at fysisk aktivitet kan være så mangt. Deltagerne peker videre på ulike aspekter fysisk aktivitet innehar og deres betydning. Det sosiale aspektet viser seg å være av verdi, noen av deltagerne viser også til naturopplevelsen og omgivelsene rundt selve aktiviteten, som betydningsfulle. Andre trekker frem selve opplevelsen med aktiviteten, slik Nina forteller om i forhold til maratonopplevelsen i det foregående. Kari som er fagperson uttrykker at fysisk aktivitet er så mangt og veldig individuelt. Hun sier:

[...] også er jeg litt opptatt av at fysisk aktivitet ikke bare er å løpe, løfte vekter, spille fotball eller håndball. Det er at du gjør noe mer enn det du til vanligvis gjør [...]. For dem som er sengeliggende kan det å være fysisk aktiv å gjøre bevegelser i sengen [...].

For Anna er også fysisk aktivitet mye mer enn å trene på helsestudio.

[...] For meg er jo det også å gå en tur i skogen, fiske og sånn, man trenger ikke å svette og bli helt sånn hver gang, så for meg å gå en tur i skogen er også mental hygiene.

Og bare det å gå på en topp, å se utover havet, det er jo helt herlig, vi har jo heldigvis noen topper her oppe på (stedsnavn). Se hav, båter og fugl og sånt, jeg kan jo sitte der i timevis. Å sitte der å føle seg både stor og liten på en gang, ta inn de sanseintrykkene der, ja en trenger ikke å snakke, da blir jeg veldig taus og stille faktisk.

I Annas sitat kommer det frem at aktiviteten ikke nødvendigvis trenger å være av hard fysisk anstrengelse for at hun skal føle seg fysisk aktiv og oppleve bedring på den psykiske helsen. I faglitteraturen vises det til en rekke definisjoner av begrepet fysisk aktivitet. I følge Moe et al. (1998, s. 80), betegner fysisk aktivitet all kroppslig aktivitet som utøves med det mål å opprettholde og gjerne forbedre funksjonsevnen og den

menneskelige kapasitet både fysisk, psykisk og sosialt. Utøverens egeninnsats og opplevelse av fysisk aktivitet vil være avgjørende for resultatet. Her inngår aktivitet som gir og ikke gir spesiell treningseffekt, det siktes mot en helsemessig tilfredsstillelse, en positiv livskvalitet. Det jeg ser på som interessant her er at definisjonen både favner fysiske, psykiske og sosiale effekter ved fysisk aktivitet. Det trekkes videre frem aspekter som livskvalitet og tilfredsstillelse, og at den fysiske aktiviteten ikke trenger å gi spesiell treningseffekt for å være betydningsfull. Videre pekes det på utøverens opplevelse og egeninnsats som kan sees på som en viktig faktor i motivasjonsarbeidet. Martinsen (2004) uttaler at å være sammen med andre mennesker gjennom forskjellige aktiviteter hvor målet er opplevelse av mestring og ikke prestasjon, kan gjøre dette mulig. Dette vil jeg bringe videre inn i diskusjonskapittelet.

Jarle som arbeider med idrett og friluftsliv mener at sosialt felleskap har en betydning, men at det i grunnen er hele pakken. Han uttrykker det slik:

[...] så er det liksom det å ha det greit å komme sammen da, det er ofte så mye lettere når en gjør en aktivitet enn hvis en bare sitter sammen, drikker kaffe og prater. Hvis du gjør fysisk aktivitet, ute på tur, så føler jeg praten går mye lettere altså. Folk blir i godt humør, det er liksom sånn uhøytidelig, uformelt og lett å prate, enn når en sitter og drikker kaffe og er misfornøyd med det meste.

Fysisk aktivitet knyttes her til noe positivt som virker inn på humøret og dialogen mellom turdeltagerne. Fysisk aktivitet forbindes videre med noe uhøytidelig. Det kan synes som om friluftsopplevelsene for mange kan være viktige aspekter ved fysisk aktivitet. Martinsen (2004) mener at bålet kan oppleves som et betydningsfullt element i forbindelse med fysisk aktivitet. Han mener samtalene rundt bålet er annerledes, en kan se inn i flammene, la tankene sveve og oppleve at det er lettere å snakke om det vanskelige. Det kan synes som om atmosfæren som skapes rundt et bål kan gjøre opplevelsen mer sjelefull, og virke åpnende for å samtale om det som er vanskelig. Han mener videre at utsiktene til en kaffepause rundt bålet, kan bidra som motivasjon. På mitt spørsmål om det er vanskelig å motivere, peker Jarle, som arbeider med aktivitetsgrupper, på noen av disse elementene som er løftet frem. Han sier:

[...] når vi er på tur så prøver vi å ha det ekstra hyggelig da. Vi har gjerne bål og har med kakao og pølser. Forrige mandag hadde vi med grøt som vi varmet på bålet, så ja vi har litt sånn ting som lokker litt ekstra. Det er ekstra viktig at det er lystbetont, at det er veldig hyggelig og sosialt, så kombinerer en flere ting.

Jarle viser her til flere betydningsfulle ikke–fysiologiske aspekter ved den fysiske aktiviteten. Det kan synes som det er avgjørende for motivasjonen at aktiviteten er lystbetont.

Frida som arbeider med fysisk aktivitet som integrert del av behandlingen på et distriktpsykiatrisk senter, sier at deres opplegg er et lavterskeltilbud hvor de ikke er ute etter treningsgevinsten, men helsegevinsten. På spørsmålet om fysisk aktivitets ulike aspekter, peker hun på det mentale, samt syn, lukt og smak. Hun mener man kan bruke sansene bevisst når man er på tur og kanskje gjøre nye oppdagelser eller gjenkjenne for eksempel gode opplevelser / minner fra tidligere. Frida sier at det handler litt om vårt fokus og at turene kan bidra til at en skifter fokus.

En ting jeg vil si om vårt opplegg er at det er et lavterskeltilbud, vi er ikke ute etter treningseffekten, men helsegevinsten [...].

Det handler litt om fokus. Du skifter fokus, du blir obs. Veldig mange mennesker hvis de åpner opp litt, hvis de er tunge, klarer å åpne opp litt og slappe litt av så oppdager de ting. De kan gjerne få noen nye oppdagelser, de kan kjenne igjen en lukt som de kjente igjen som barn når de lekte i skogen[...]. Det handler litt om at hvis man er bevisst en ting, så kan en jo gjøre oppdagelser. Hvis man ikke sier noe, men bare går der, så gjør en ofte kanskje bare det, men hvis man gjør seg bevisst og gjør andre bevisst så [...].

I forhold til det sosiale aspektet ved fysisk aktivitet peker Frida videre på at aktiviteten for mange pasienter kan oppleves som en pause.

Det er en time out for veldig mange, for psykiatriske pasienter. Og det er også en ting jeg kan si noe om at når vi går på turer, så prøver vi å begrense sykdomsprat. Det handler om fokus, det handler om at vi skal prøve å ha en liten time out, pause. Nå skal vi puste litt og kjenne litt på andre ting, vi prøver litt på det. Men så er det også noen som får den veldig gode terapeutiske samtalen når de går. Der må man, der handler det å være litt bevisst, hva er viktig her [...].

I det første sitatet sier Frida noe om deres forståelse av fysisk aktivitet, at de ikke er ute etter treningseffekten, men helsegevinsten. Frida formidler i de neste sitatene at en gjennom fysisk aktivitet kan fokusere på andre ting, og ved å dreie fokuset kan en gjøre nye oppdagelser. Dette kan sees på som distraksjon, at en under fysisk aktivitet konsentrerer seg om det man holder på med og dermed kobler ut andre ting, som for eksempel negative tanker. Frida forteller også at de prøver å begrense sykdomsprat på

turene, men at det også er rom for gode terapeutiske samtaler på turene. Hun opplever at pasienter kan være kjempetause inne på institusjonen, men at det gjerne er de som prater på tur. Eller pasienter som prater mye inne på institusjonen som gjerne blir tause på tur, på en positiv måte sier Frida, fordi de nyter det. Flere av de andre deltagerne sier også noe i forhold til det sosiale aspektet. Anna og Nina, som har erfaringskompetanse forteller at de ikke er så opptatt av det sosiale, og at de stort sett gjør fysisk aktivitet alene. Anna forteller at det er noe sosialt i å være fysisk aktiv på helsestudio også. Hun sier:

[...] det er noe sosialt i det også, jeg er ikke så opptatt av det sosiale for det kommer faktisk helt naturlig for meg det der altså, slå av en prat med den ved siden av [...].

Anna forteller videre at når en går på helsestudio har en noe til felles, en blir en del av noe og blir sosialisert inn i de tingene en er med på. Det har hun sett bety mye.

### **Delkonklusjon: Opplevelser og erfaringer fra ulike ståsteder**

I denne delen har jeg fokusert på deltagerne opplevelser og erfaringer med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse, gjennom henholdsvis arbeid og egen erfaring. Funnene viser at alle deltagerne tillegger fysisk aktivitet stor betydning i forhold til den psykiske helse, på flere måter. Flere peker på det jeg vil kalle et holistisk syn, hvor kropp og sjel henger sammen og virker inn på hverandre. Min tolkning av deltagerne utsagn er at fysisk aktivitet påvirker hele mennesket, ikke bare det kroppslige. Som vist over innehar fysisk aktivitet for deltagerne i studien flere aspekter som kan være av stor betydning, i tillegg til den fysiske helsegevinsten som kommer av å være fysisk aktiv. Fellesskapet og opplevelsene rundt selve aktiviteten var to forhold som ble nevnt. Det var blant fagpersonene at betydningen av det sosiale ble tillagt størst verdi. Deltagerne med erfaringskompetanse uttrykte at det sosiale ikke har så stor betydning for dem, da de stort sett trener alene. Likevel er det de ikke-fysiologiske aspektene som synes å være av størst betydning, også for dem. Betydningen av naturopplevelsen er et aspekt som kommer frem. Flere trekker frem sanseinntrykk, å sette fokus på det de ser, hører, føler og lukter. Det pekes i retning av at fysisk aktivitet er relatert til funksjonsevne, den enkeltes målsetning, kontekst og at det ikke er den fysiske fostringen rent biomedisinsk som vektlegges størst verdi. De ikke-fysiologiske aspektene som deltagerne trekker frem, er interessant å drøfte opp mot Antonovskys teori om salutogenese, fordi det i

studien synes som om meningskomponenten i Antonovskys begrep opplevelse av sammenheng (OAS), er av avgjørende karakter for å benytte fysisk aktivitet. Som del av den ikke-fysiologiske meningsdimensjonen ved fysisk aktivitet, vil jeg i det videre peke på funn vedrørende motivasjon og mestring, som er nært knyttet til meningsdimensjonen ved fysisk aktivitet.

#### **4.2 Motivasjon og mestring**

Motivasjon og mestring var sentrale begreper som fremkom under intervjuene. Heckhausen (1991) beskriver motivasjon som det første skrittet i en kjede av prosesser som avsluttes med en handling. Moe og Moser (2004) mener at motivet henger sammen med ønsket om å få tilfredstilt et behov og å oppnå et bestemt mål. Motivasjon kan, i følge Moe og Moser, være ytre eller indre styrt. Ytre motivasjon styres av forhold utenfor personen, for eksempel ved bruk av belønning og straff. Når noen er indre motivert er de engasjert for sin egen del. Motivasjonen er basert på personens tidligere positive opplevelser, erfaringer og forventninger. Moe og Moser (2004) mener at de menneskene som har en indre motivasjon i forhold til fysisk aktivitet er de som mest sannsynlig fortsetter med fysisk aktivitet på egen hånd. Videre peker de på at mennesker med psykiske lidelser kan oppleve manglende motivasjon som del av sykdomsbildet og at dette også kan gjelde i forhold til fysisk aktivitet. Frida, som arbeider med fysisk aktivitet som integrert del av behandling, sier at den største jobben hun har, er å motivere. Hun løfter også undervisning frem som en viktig del i arbeidet.

[...] den største jobben jeg har er å motivere, helt i fra når jeg viser de (pasientene) programmet, forklarer de det. Og det å kartlegge hvor de er hen og hva ønsker de? hva har de tanker om? hva har de likt før? [...]. [...] motivasjon, der er hovedtingen i jobben.

Jeg har så tro på undervisning til pasientene, gjerne alt, gjerne i fra diagnose. Fordi jeg opplever at noen kommer her i mange år og det snakkes om ting i forhold til diagnose, der de sier: er det sånn? De blir kjent med seg selv, det er jeg litt opptatt av, at de skal få lov å få litt teori så de kan ta det til seg selv, og undervisning også i forhold til forebygging, ja det har jeg veldig tro på.

Frida viser her til hvor sentralt motivasjonsarbeidet er i hennes arbeid. Hun trekker videre frem hvor viktig det er å formidle kunnskap om blant annet fysisk aktivitet, kosthold og diagnose til pasientene. Motivasjon kan sees på som en dynamisk prosess som påvirkes av personen selv og miljøet han er i. Verbal påvirkning, slik Frida peker

på, kan dreie seg om å gi informasjon, muntlig eller skriftlig om fysisk aktivitet. Å finne motivasjon til å gjennomføre fysisk aktivitet når livet føles tungt og vanskelig, synes å kreve stor tro på at den fysiske aktiviteten vil bidra til bedring av den psykiske helse. Det slår meg i denne forbindelse hvor avgjørende det kan være at fagpersoner, her i forhold til fysisk aktivitet, bevisst arbeider for å styrke brukers/pasients indre motivasjonsfaktorer, slik at de ønsker å benytte seg av fysisk aktivitet. En såkalt ytre buffer som kan arbeide for å øke den indre. Samtidig slår det meg at en fare med et så ensrettet fokus som samfunnet har i dag, i forhold til å øke aktivitetsnivået blant befolkningen, kan være at fysisk aktivitet blir nok et krav mennesker føler de må oppfylle, istedenfor at menneskers lyst til å bevege seg øker.

I tillegg til undervisning, peker Frida på kognitiv atferdsterapi som hun bevisst bruker i motivasjonsarbeidet.

En ting jeg snakker med pasientene om i forhold til undervisningen er kognitiv atferdsterapi, som jeg også bruker veldig bevisst når jeg er sammen med pasientene. Det at atferd påvirker hverandre, det handler om å bli bevisst. Mange har ofte en negativ tanke eller kanskje hatt en opplevelse eller en følelse med ting som påvirker, det påvirker hverandre. Hvis man bevisstgjør det, så kan man snu det. For eksempel at du har en negativ tanke om at det orker du ikke, og føler at det vil du ikke klare. Det som da mest sannsynlig skjer, er at du ikke møter. Atferden gjør at du trekker deg tilbake. Hvis du prøver å snu på det eller hjelper de med de tingene, for ofte er det tankespill, handlingen er tankestyrt. Det er ikke alltid at det har noe med fysikk å gjøre, det er tankestyrt. Jeg bruker det (kognitiv atferdsterapi) bevisst i forhold til motivasjonsarbeidet.

Som Frida gir uttrykk for, er det mange elementer som spiller inn i forhold til å være fysisk aktiv. Frida sier at handlingene er tankestyrt og at det derfor ikke bare handler om den fysiske barrieren. Det kan være mange barrierer som kan stå til hinder for å utøve fysisk aktivitet (jf.1.5).

På spørsmålet mitt om grensen mellom motivasjon og press og hva slags erfaringer deltagerne har med det, sier Jarle, som driver aktivitetsgrupper i en kommune, at det kan være en utfordring.

Ja, det er jo en utfordring da i forhold til hvor mye en kan presse i forhold til å ikke mase. Sånn som noen ganger hvis det er lenge siden noen har møtt opp, så ringer jeg av og til eller sender en sms. Men jeg merker det på noen hvis jeg



maser for mye på de, så får de det langt opp i halsen og skal hvertfall ikke komme. Så det er sånn balansegang det der.

Frida påpeker hvor viktig det er i denne sammenheng å skape en god relasjon til pasientene, og sier:

Der handler det om relasjonen, veldig mye om relasjonen og det handler om personlighet. Hvis jeg skal snakke for min egen del, så har jeg personer jeg kan dytte i siden, kom an slappfisk. Noen må jeg nesten snakke litt sånn saklig til og henvise til teori så de skal få troen på meg, og noen kan jeg liksom bare bruke litt mer tid på. Kan gjerne bruke dager, hinte litt, et glimt i øyet, prøve å bli litt kjent med dem. Ofte blir man jo det i psykiatrien, nå vet jeg ikke hvor mange som kommer igjen, men det er jo en del.

Hvis du får en relasjon så har du mye lettere for å motivere, og det er jo der også vår utfordring er, at personalet forstår. Gjerne har de kjempegod relasjon, hvis de hadde vært med i motivasjonsarbeidet til fysisk aktivitet, så hadde ting kanskje vært mye bedre.

Jeg tolker Fridas sitater i retning av at det vil være avgjørende for å få til en god behandling i forhold til fysisk aktivitet, at en klarer å skape gode allianser og at hele personalgruppen er med i motivasjonsarbeidet og forstår betydningen av det. Videre at det tilrettelegges for et trygt miljø, hvor pasientene kan våge å si ifra om hva som motiverer dem og om sine grenser i forhold til press. I et behandlingsøyemed hvor fysisk aktivitet er integrert som del av behandling og ikke et frivillig tilbud, kan balansen mellom press og motivasjon være hårfin, slik jeg ser det (jf.1.1).

Kari som også har erfaring fra arbeid med fysisk aktivitet, viser til utfordringer i forhold til motivasjonsarbeid. Hun sier at hvis en skal bruke fysisk aktivitet som behandling i forhold til psykisk helse, bør fysisk aktivitet settes i et system på lik linje med annen type behandling. Hvis ikke det er i system, kan det være vanskelig å få med hele personalgruppen og dermed være vanskelig å få pasientene til å delta.

Veldig mye forskning viser at det ofte ikke er pasientene eller brukerne eller ungdommene eller hvem du jobber med som er problemet. Det er jo personalet, det er jo der det ligger stort sett alltid. Måten vi skal få det til på, er det i system, er det tilrettelagt, brenner de for det, de som gjør det? Så trenger du ikke motivere så veldig for det lyser, ikke sant? Når en er sammen om noe en liker, en legger det ofte på de (pasientene), men det har veldig mye med hvordan vi legger det frem og tilrettelegger det.

Kari understreker at systematisk tilrettelegging er viktig og avgjørende for at fysisk aktivitet skal fungere som behandling på det psykiske helsefeltet. Videre trekker hun frem personalet som en utfordring i dette arbeidet, slik også Frida gjorde.

Også deltagerne med erfaringskompetanse gir pekepinn på sammenhenger mellom motivasjon og fysisk aktivitet. Anna går som tidligere nevnt, på treningsstudio. I neste sitat peker hun på hva det gjør med henne å se andre være fysisk aktive.

[...] vi kommer jo noen eldre og noen unge innimellom, det er jo veldig artig å se oss, ja jeg liker å se folk i aktivitet, at de tar seg ut. Det gir motivasjon, kan du ti minutter, så kan jeg.

Anna trekker frem betydningen av å se andre i aktivitet og at det gir motivasjon til selv å yte mer. Å se andre gjøre aktiviteter, kan gi tro på at en selv også kan klare aktivitetene. Det kan synes som det ikke er hvorvidt man er fysisk aktiv alene eller ei som betyr så mye. Selv om man gjør noe alene vil man definere seg i forhold til andre, og på den måten, oppleve det man gjør som meningsfullt eller ei. Deltagerne i studien tillegger fysisk aktivitet mening og betydning på ulike måter. Mening kan blant annet skapes gjennom sosiale relasjoner, konkrete opplevelser og erfaringer, og ut i fra kunnskap. Dette vil jeg drøfte videre i diskusjonskapittelet.

### **Fysisk aktivitet som mestringsverktøy?**

Mestring er en persons evne til å håndtere livshendelser, situasjoner og påkjenninger som overstiger det som kan klares på ren rutine (Malt, 2009). Den vanligste psykologiske forklaringen på hvorfor trening virker så positivt er at det gir en opplevelse av mestring og bedre kroppsbeherskelse, noe som igjen styrker selvfølelsen (Martinsen, 2004). Mestring har, slik jeg forstår det, flere sider ved seg enn akkurat å mestre den fysiske aktiviteten som trim. Det kan handle om mestring av kropp, mestring av tid og rom, mestring av struktur, mestring av følelsesuttrykk, samspill og kommunikasjon.

Fysisk aktivitet kan fungere som et godt mestringsverktøy, slik Anna tidligere har uttrykt. Hun sier at det har vært mye enklere å mestre vanskelige ting når hun holder på med fysisk aktivitet. Her beskriver hun hvordan fysisk aktivitet virker inn på uhelsen.

En blir i bedre humør og glemmer egentlig hva en har vært lei seg for. En har jo klart å gjøre ting med kroppen og en spalter den uhelsen i bitte små biter, og så bare forsvinner den altså. En glemmer det faktisk, både der og da, og i etterkant. [...] du får endret tankemønstret overfor deg selv og andre [...].

Anna gir en interessant beskrivelse på hvordan fysisk aktivitet konkret virker på hennes psykiske helse. Hun peker blant annet på hvordan fysisk aktivitet virker på det kognitive og at det endrer tankemønsteret.

Anna forteller også om å sprengre grenser når hun trener, og hvor sentralt opplevelse av mestring er i treningssituasjonen:

[...] jeg sprenger jo grenser hver gang. Merker jo det at nå kan jeg jo være på tredemølla 8 minutter uten å segne om. Det er jo ganske ok å kunne flytte grensene etter hvert [...]. [...] hvis de (instruktørene på treningsstudioet) hadde satt meg opp på de tyngste vektene med en gang, så hadde jeg vel gått med en gang[...].

Våre tidligere erfaringer vil påvirke i hvilken grad en har tro på egen mestring. Positive erfaringer og opplevelser av å lykkes, vil slik jeg forstår det, styrke mestringsforventningene, mens negative erfaringer vil kunne redusere mestringsforventningene. Hvis en ikke har tro på at en har ressurser til å håndtere en utfordring, i denne sammenheng en aktivitet, vil dette kunne gå ut over motivasjonen til å gripe utfordringen.

Jarle, som arbeider med aktivitetsgrupper i en kommune, viser til mestringsopplevelsen i forbindelse med turene de reiser på. Jarle forteller:

I høst var vi på overnattingstur på en sånn turistforeningshytte. Det mange sa der, det er liksom at de ikke klarer å reise på egenhånd eller de tørr ikke reise med turistforeningen, men at de kan reise med oss, for det er tryggere. Da får de den samme mestringsopplevelsen på mange måter, bare at det er litt trygt og godt og ekstra tilrettelagt.

Det kan synes som om rammene rundt turen spiller en viktig rolle for gruppedeltagerne. Å reise med aktivitetsgruppen hvor deltagerne kjenner hverandre og har tidligere felles erfaringer fra, synes å skape forutsigbarhet, trygghet og en mulighet for å oppleve mestring.

### **Delkonklusjon: motivasjon og mestring**

Mine funn antyder en sammenheng mellom fysisk aktivitet, mestring/mening og motivasjon, som sammen kan virke positivt inn på den psykiske helse. En av deltagerne peker på at å se andre i aktivitet gir motivasjon til selv å yte mer. Det kommer også frem at fysisk aktivitet blir benyttet som et mestringsverktøy for å takle vanskelige påkjenninger. Hvis en gjennom fysisk aktivitet opplever bedring, vil dette kunne gi en mening og en opplevelse av å mestre, som igjen kan bidra til å øke motivasjonen til å fortsette med å være fysisk aktiv. Dette vil jeg knytte til Antonovskys begrep, opplevelse av sammenheng (OAS), i diskusjonskapittelet. Motivasjonsarbeidet blir blant fagpersonene sett på som et viktig arbeid for å lykkes med fysisk aktivitet som behandling. Fagpersonene forteller at de kan oppleve motivasjonsarbeidet som utfordrende. To av de tre fagpersonene peker på at den største utfordringen ikke er pasientene, men personalet. Det vises til at troen på at fysisk aktivitet er virkningsfullt, ofte ikke er sterk nok blant personalet. Utfordringer rundt motivasjonsarbeidet vil jeg løfte frem i diskusjonskapittelet.

### **4.3 Erfaringskunnskapens plass i tilbudene**

Forholdet mellom fag- og erfaringskunnskap er del av studiens problemstilling og derfor relevant å sette i fokus. Tradisjonelt har det Bøe og Thomassen (2007) kaller utenfrakunnskapen, vært det dominerende grunnlag for arbeidet på det psykiske helsefeltet. Med dette menes fagperspektivene og den teoretiske kunnskapen. Bøe og Thomassen (2007) peker på at det er denne kunnskapen som har vært verdsatt og som har lagt premissene for behandling, og at dette kan sees på som en generell kunnskap om psykiske lidelser og behandlingstilnærminger. Innenfrakunnskap, også kalt erfaringskunnskap, er kanskje den mest undervurderte kunnskapen i helsevesenet, ifølge Rogan (2004). Mennesker med erfaringskunnskap bringer med seg en unik kunnskap basert på opplevelse og på refleksjon rundt dette, som er nødvendig å løfte frem for å skape og utvikle gode tjenester i psykisk helsearbeid (Bøe og Thomassen, 2007). Anna peker også på at erfaringskunnskapen er en unik kunnskap gjennom sin betoning på mitt spørsmål om hva deltagerne tenker om erfaringskunnskapens plass i det psykiske helsearbeidet.

Brukere seg i mellom har vanvittig mye kunnskap, den er unik og den blir jo egentlig akseptert mer og mer i fagmiljøene. Det er ikke bare noe en må ha fordi

at det er en lov om det, men faktisk så er de veldig åpne for det og forstår etter hvert at det finnes flere spekter, det er ikke bare A og B, men det er mange ting i mellom der.

Annas erfaring er at erfaringskunnskapen nå i større grad blir akseptert i fagmiljøene. Hennes opplevelse er at fagfolk er mer åpne for den kunnskapen brukere selv besitter. Nina som også har erfaringskompetanse deler sine tanker om erfaringskunnskapens plass i tilbudene. Hun peker på å ha noen å kunne identifisere seg med når en er innlagt og skal være fysisk aktiv. Hun forteller videre at når hun var innlagt på sykehuset, var hun med i aktivitetsgruppe som blant annet gikk tur i skogen eller hun trente på sykehusets helsestudio. Hun sier:

[...] hvis en heller kunne ansette inn i sykehuset for eksempel erfaringskonsulenter innen idrett og gå å trene sammen. [...] jeg har mer tro på det enn en fysioterapeut. Man kunne ha begge deler[...].

De (fagpersonene) må lytte til de som har klart å komme seg ovenpå igjen, kommet gjennom det, det må de åpne opp for [...].

Erfaringskompetansens plass i tilbudene henger nært sammen med begrepet brukermedvirkning. Det har blitt et tydelig fokus på brukermedvirkning innenfor psykisk helsefelt den senere tid. Løken (2006) hevder at brukermedvirkning handler om at den som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får deltagelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud. Det er ulikt hva mennesker legger i begrepet brukermedvirkning. Løken (2006) mener at det er et klart behov for at det blir større konsensus om begrepets innhold og form, og at brukerne selv er med på å definere hva brukermedvirkning er og skal være. Jarle, som er fagperson og driver aktivitetsgrupper, sier dette på spørsmålet mitt om hvilken innflytelse brukeren har på utformingen av tilbudene.

Ja, vi prøver jo å ta brukermedvirkning på alvor da, i forhold til den matchgruppen så lager vi program for et halvt år om gangen. Da det var avslutning nå sist på mandag, så satt vi og pratet og diskuterte om hva de hadde lyst til på våren og vinteren, så bruker vi de innspillene som vi mener er fornuftige og kan gjennomføres. Så setter vi opp et program ut i fra det da. Så der er de absolutt med. Den tur- og fritidsgruppen vi har på mandags formiddag der er de også med, for der lager vi også sånn tur program for et halvt år om gangen og da er de med på å bestemme hvilke turer vi skal ha og hvor vi skal gå og så setter vi det opp i programmet.

Jarle sier at de prøver å ta brukermedvirkning på alvor gjennom at brukerne har innflytelse på aktivitetene som tilbys. Å trekke alle med i planlegging og forberedelser av aktivitetene gir, i følge Moe et al. (1998), en viktig følelse av egenstyring og gir større sjanse for å øke motivasjonen i forhold til fysisk aktivitet.

I forbindelse med brukermedvirkning uttrykker flere av deltagerne viktigheten av å ta i bruk egne ressurser i bedringsprosessen. Anna, som har erfaringskompetanse, viser gjennom neste sitat, til å gjøre noe selv for å komme ut av det som er vanskelig.

En må skjønne det at selv om man har et ganske godt hjelpeapparat rundt, så er det en sjøl som faktisk må snu. Selv om man kan legge skylden på alle andre fordi det har vært en krise i livet som har ligget der, så kommer en ikke opp av den der sofaen før man kommer til at nå er jeg lei av at alle andre får skylden, nå er det min tur, nå skal jeg gjøre noe for min egen del. Kommer en dit, da går en ikke tilbake til det der stakkars lille meg, påstår jeg i hvert fall. Da går en rundt og ser andre hvordan de har det og blir mer ydmyk [...]. Skal den personen som ramma meg eller dem for tjue år siden, skal den finnes fremdeles, det går jo ikke an, da er det lurt å bruke fysisk aktivitet for å komme ut av det der.

Anna trekker her frem sammenhengen mellom fysisk aktivitet og å selv gjøre noe for å komme ut av det som oppleves vanskelig. Anna peker på at fysisk aktivitet kan være en selvhjelpsstrategi som kan benyttes på veien. Fysisk aktivitet krever at personen selv aktiverer egne ressurser. Dette kan knyttes til begrepet empowerment som bygger på en tenkning der alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier, selvbestemmelse og opplevelse av autonomi (Borge, 2006).

Kari som fagperson gir også uttrykk for at en selv er ”aktør i eget liv”, hun sier:

[...] en er aktør i eget liv, en skal ikke fraskrive seg ansvar og tro en doktor eller psykolog kan gjøre deg frisk, det kan de ikke, det vil jeg nesten påstå, de kan ikke gjøre deg frisk, du må sjøl ta et tak [...].

Det er flere momenter i de foregående sitatene jeg ser på som interessant. Det pekes på viktigheten av å være ”aktør i eget liv”, og jeg opplever at det formidles en tro på menneskers iboende ressurser og muligheter. Bøe og Thomassen (2007) viser til forskning som er gjort for å bringe frem erfaringskunnskapen og skriver at resultater fra forskning viser at egen drivkraft er en avgjørende ressurs i menneskers bedringsprosess.

Videre skriver de at egen styrke og egne ressurser ofte ble sett på som avgjørende for å komme seg gjennom bedringsarbeidet. Det vil være interessant i denne sammenheng å diskutere hvordan fagpersoner kan bidra til å stimulere menneskers indre drivkraft, og å øke troen på egne ressurser. Dette vil jeg gjøre i lys av Antonovskys teori i diskusjonskapittelet.

### **Delkonklusjon: Erfaringskunnskapens plass i tjenestene**

I denne delen har jeg fokusert på deltageres tanker omkring erfaringskunnskapens plass i tilbudene på det psykiske helsefeltet. Det pekes på at erfaringskunnskapen er en unik kunnskap som må stå sentralt i tjenestene. Den ene av de to deltagerne med erfaringskompetanse peker på at fagpersonene må lytte til dem som sitter med denne kompetansen. Den andre sier i denne forbindelse at hun opplever at erfaringskunnskapen har fått større aksept i fagmiljøene i dag, enn hva den tidligere har hatt. Brukermedvirkning som er et nært beslektet begrep har jeg også løftet frem i dette kapittelet. På spørsmålet mitt om hva deltagerne legger i begrepet brukermedvirkning, ble det vist til viktigheten av å ta i bruk egne ressurser i bedringsprosessen.

### **4.4 Fysisk aktivitet som behandling?**

Innenfor helsevesenet ser vi en stadig økende interesse for helhetlig behandling og en større forståelse for at psykososiale forhold spiller en viktig rolle. Det psykiatriske paradigmet med sitt vitenskapssyn og medisineringspraksis har stått sterkt gjennom tidene. Fysisk aktivitet har vært lite brukt som del av behandling av psykiske plager (Moe et al., 1998). Jeg observerer at fysisk aktivitet er en viktig ressurs som kan brukes bedre og mer systematisk i det psykiske helsearbeidet. Bruk av fysisk aktivitet som forebygging og behandling er også i tråd med sentrale føringer. Stortingsmelding nr 25, Åpenhet og helhet fremhever et helhetlig menneskesyn hvor perspektivet skal flyttes fra diagnoser til psykososial funksjon og mestring, noe også brukerorganisasjoner understreker betydningen av (Stortingsmelding nr 25, 1996 – 97). Det foreligger også forskning på fysisk aktivitet i lys av mer tradisjonelle behandlingsmetoder som samtaleterapi og medikamenter (jf.1.5). Funn har vist at fysisk aktivitet kan være like virksomt som psykoterapi. Det er også gjort studier der virkningen av fysisk aktivitet har blitt sammenlignet med antidepressive medikamenter, hvor funnene viste at de som fikk medikamentell behandling oppnådde raskere reduksjon av depresjon, men at det ved prosjektets slutt viste seg at begge gruppene hadde effekt av behandlingen (jf. 1.5).

Jarles tanker om fysisk aktivitet i forhold til mer tradisjonelle behandlingsformer er at det ikke er enten eller, men at ulike behandlingsformer kan være bra. Han har tro på en god blanding av litt av hvert, men siden han jobber med fysisk aktivitet og psykisk helse i kommunen, har han sett hvor viktig det er. På spørsmålet mitt om når i en behandling han tenker at fysisk aktivitet kan være aktuelt, sier han at ettersom han har den jobben han har, hvor han jobber med kultur, så er han ikke så opptatt av direkte behandling.

[...] jeg er liksom mer opptatt av det friske i mennesket, så får helse og sosialetaten ta seg av det. Jeg er opptatt av selve aktiviteten og ikke prate så mye sykdom og sånn. Fokus på det de er flinke til og kan og alt det. Jeg tror du kan spare staten for ganske mange innleggelse hvis en kan holde seg litt i aktivitet.

Jarle sier at han ikke er så opptatt av direkte behandling, men at han har fokus på det friske i mennesket, hva den enkelte kan og er flink til. Det kan synes som om Jarle skiller fysisk aktivitet med direkte behandling, og at fysisk aktivitet knyttes til mestringsperspektivet med fokus på helse og helsefremmende arbeid. Dette kan sees i lys av Antonovskys (2000) teori omkring helse og helsefremmende arbeid der fokuset er på ressurser og mestring fremfor sykdomsperspektivet.

Frida som arbeider ved et distriktpsykiatrisk senter forteller:

Det blir problemfokusering inne her på huset, det er sånn psykiatrien er bygd opp. Har du sovet? Har du spist? Har du vondt? Hva føler du nå? Hva tenker du nå? Det er hele tiden på det vanskelige, så opplever en at det å komme ut, bona virker jo, jeg kan gå, jeg er vanntett, det er ikke farlig liksom. Og så får de (pasientene) en positiv opplevelse i det sosiale og i det å mestre selve gåingen.

På spørsmålet mitt om fysisk aktivitet i forhold til annen tradisjonell behandling peker hun på at etter å ha jobbet i alle de årene, så opplever hun at psykiatrien har historie på at det er medisiner som hjelper. Hun sier at de som er behandlere på institusjonen, har utdannet seg til medisinsk hjelp, og at det kan være en utfordring å stå i.

Kari, som også er fagperson, sier at det ikke er enten eller, men at flere behandlingsmetoder kan være til hjelp for å bedre den enkeltes psykiske helse. Hun sier:

En ser jo at noen trenger medikamenter, for eksempel for ulike type lidelser eller sykdommer og noen trenger samtale. Det vil hele tiden variere og nye behandlingstyper vil hele tiden fornyes og det vil komme nye teorier og forskning på annen type behandling. Men jeg tror at fysisk aktivitet er god



behandling for stort sett alle, utenom anorektikere, så er det en behandling som alle kan profetere godt på [...]Det kan jo settes i sammenheng, for eksempel i gruppeterapi, der en kjører inn en fysisk del, jeg tenker det ene ekskludere ikke det andre. Etter det jeg har lest og hørt, så er det ingenting som tilsier at du ikke kan gå på medisiner og samtidig gjøre fysisk aktivitet.

De foregående sitatene viser til forholdet mellom fysisk aktivitet, medisiner og annen tradisjonell behandling. Flere av deltagerne uttrykker at fysisk aktivitet kan fungere som et supplement til annen type behandling, men også som et alternativ til mer tradisjonelle behandlingsmetoder. Det kommer frem at det kan være behov for ulike behandlingstilnærminger i den enkeltes bedringsprosess.

Nina har erfaring med fysisk aktivitet sammen med medikamenter. Hun sier at kombinasjonen medikamenter og trening ikke passer henne. Videre sier Nina at hun tror ikke denne kombinasjonen passer noen, fordi man kan få en vilje som er unormal og fordi ”piller er dop”. Hun forteller:

[...] for 10 år siden når jeg trente så var jeg på piller, nå er jeg ikke på piller og det er mye bedre å trene, du får et normalt forhold til trening i forhold til det du gjør når du, jeg vil si når du er dopet på piller. For det er det en”.

”Gi resept på helsestudio istedenfor resept på piller” er hennes oppfordring. Nina har mer tro på at kosthold og trening hører sammen, og er veldig positiv til fysisk aktivitet, men ikke sammen med medikamenter. Sitatet og sammendraget over gir et interessant bilde, hvor Nina lager en dikotomi mellom dop og unaturlig på den ene siden, og naturlig kosthold og trening på den andre siden. Nina kommer med et eksempel om hennes erfaring med medikamenter og fysisk aktivitet.

Ja, jeg kunne ringe legen å ta for eksempel Paralgin Forte. Jeg har vondt i ryggen, jeg må ha noen tablett. Hvis jeg kom og hentet de fikk jeg 100, hvis jeg gikk på apoteket fikk jeg 25. Da velger du å gå til han for du er jo allerede blitt avhengig både av lykkepille, pluss den kombinasjonen. Så fikk jeg alt av psykiateren også, for psykiateren er også lege så de kan også gi ut. Det var veldig lett å ta 10 – 15 Paralgin Forte og så gå og trene. Det sier seg selv at du er nokså sløv. De heiv jeg altså, de tilbydde ikke fysisk aktivitet. [...] det som er så synd er at legene har sånn makt at, legene har lov til å skrive ut piller, ja det må gjøres noe med det.

Nina viser her til hvor lett det var å få utskrevet medikamenter. Hun viser også til makten legene besitter og at hun ikke ble tilbudt fysisk aktivitet. Jeg opplever at Nina i

det foregående peker på et savn om å få den hjelpen hun trenger og har behov for. Hun viser til at det mange steder i helsevesenet er et ensidig fokus på medikamenter. Jeg undrer meg over om det kan handle om tid, at fysisk aktivitet muligens blir sett på som tidkrevende eller kanskje ikke blir anerkjent som behandling på lik linje med de mer tradisjonelle behandlingsmetoder? Fysisk aktivitet som behandling vil bli drøftet videre i diskusjonskapittelet.

Nina forteller at når hun var innlagt på sykehuset hadde de grupper med fysisk aktivitet som det var frivillig å være med på. Som regel var hun med i gruppene som gikk tur eller som trente på helsestudio. Når jeg videre spør hva hun tenker i forhold til fysisk aktivitet som integrert del av behandlingen, sier hun følgende:

Jeg har ikke så veldig mye erfaring med det, men sånn som jeg oppe i mitt hode ville tenke, så føles det mer som tvang hvis det er inne i behandlingen. Hvis du kan gjøre det selv og det kommer en lik deg, holdt jeg på å si, som du kan identifisere deg med, da blir det ok. Men hvis det står en sykepleier som kan det, så vil vi føle det mer som tvang. Og at hun gjerne sier til deg i alt du gjør: ”å du er så flink”, og snakker til andre om at hun er så god. Det er ting i hvert fall ikke jeg ville like. Ikke mange tror jeg som liker at alt du gjør liksom er: ”å du er så flink”, for det er jo unaturlig, det er ikke naturlig. Det er naturlig å si det til små barn, men ikke til voksne folk.

Nina sier at hun vil oppleve det mer som tvang dersom fysisk aktivitet var en del av behandlingen. Slik jeg forstår henne, er opplevelse av tvang her knyttet til begrensninger i muligheten til selv å velge. Behandling er dermed forstått som noe som legen / ekspertene foreskriver, og som dermed er mindre valgfritt. Frida som derimot har erfaring med fysisk aktivitet som del av behandling sier at det innenfor rammene er valgmuligheter for den enkelte, og at hun ikke har opplevd at det gis sanksjoner for manglende oppmøte.

### **Delkonklusjon: Fysisk aktivitet som behandling?**

I denne delen har jeg fokusert på deltageres tanker om fysisk aktivitet i forhold til de mer tradisjonelle behandlingsformene som medikamenter og samtaleterapi. Dataene viser at det ikke tenkes enten eller, men at flere behandlingsformer kan være virkningsfulle og nødvendige. Deltagerne hevder at fysisk aktivitet kan supplere annen type behandling, men at det også kan være et alternativ til tradisjonelle behandlingsformer.

Det kommer frem av empirien at fysisk aktivitet som integrert del av behandling kan knyttes til begrensingene av muligheten til selv å velge. Fysisk aktivitet vil som en integrert del av en behandling, ikke kunne velges bort. Det uttrykkes videre at psykiatrien har historie på at det er medikamenter som hjelper, og at det kan være en utfordring å stå i når det jobbes med fysisk aktivitet som behandling. En av deltagerne med erfaringskompetanse trekker også frem fokuset på medikamenter og om hennes negative erfaringer med fysisk aktivitet og samtidig bruk av medikamenter.

Funnene viser at fysisk aktivitet blir sett på som en type behandling for å bedre den psykiske helse, men det blir også sagt av en av fagpersonene at siden han har den jobben han har (aktivitetsgrupper i en kommune), er han ikke så opptatt av direkte behandling. Han forteller at han er mer opptatt av det friske i menneske, hva den enkelte kan og på selve aktiviteten. Dette tolker jeg som at fysisk aktivitet skilles fra andre mer tradisjonelle behandlingsformer innen psykisk helse, og at fysisk aktivitet i større grad knyttes opp mot Antonovskys tenkning omkring helse og helsefremmende arbeid.

#### **4.5 Oppsummerende betraktninger av studiens resultater**

Resultatene har blitt presentert gjennom fire temaer som sammen viser hvordan deltagerne i denne studien forstår fysisk aktivitet og hvilken betydning fysisk aktivitet tillegges. Som resultatene viser, tillegger deltagerne fysisk aktivitet stor betydning i forebygging og behandling. Et av mine funn viser at fysisk aktivitet ikke nødvendigvis handler om hard og målrettet trening for å oppnå fysiske fremskritt. Fysisk aktivitet har også en dypere dimensjon som dreier seg om mer enn kroppens fysiologi. Fysisk aktivitet er en opplevelse, og det kan synes på bakgrunn av mine funn som om det er opplevelsesaspektet som kan gjøre aktiviteten til noe viktigere og mer meningsfullt. Deltagerne viser til ulike aspekter ved fysisk aktivitet som kan være av betydning for den enkeltes opplevelse av å mestre sin psykiske helse og hva som skal til for å føle seg fysisk aktiv. Mer konkret pekes det på å gjennomføre maraton, selve opplevelsen og følelsene det gav. Andre ting som nevnes er verdien av fellesskapet og aktiv bruk av sanseintrykkene. En av deltagerne beskriver også opplevelsen ved å sitte på en fjelltopp, følelsen av å være en del av noe større. Mine funn antyder at meningskomponenten kan være av avgjørende karakter for å benytte seg av fysisk aktivitet. Mestring, motivasjon og det å finne mening i det mennesker gjør, er sentralt i denne sammenheng, i følge empirien. De sosiale aspektene vektlegges i større grad

blant fagpersonene enn av deltagerne med erfaringskompetanse. Mulige årsaksforklaringer på hvorfor det er slik, kan henge sammen med at fagpersonene i denne studien arbeider med fysisk aktivitet i gruppesammenhenger, noe som blir utgangspunktet for deres erfaringer. Deltagerne med erfaringskompetanse snakker også om at aktiviteter sammen med andre kan være av betydning, men vektlegger det ikke som spesielt betydningsfullt for dem, da de stort sett trener alene. Jeg vil tilføye at studien har et lite deltagerutvalg så dette utelukker på ingen måte at den sosiale dimensjonen ved fysisk aktivitet er viktig for den psykiske helse.

Meningsdimensjonen synes videre å være avgjørende for helsegevinsten ved fysisk aktivitet. Den indre opplevelsen ved fysisk aktivitet synes ikke å være avhengig av hvor aktiviteten utføres, men snarere om aktiviteten som gjøres oppleves som meningsfull. Dette blir derfor interessant å knytte til Antonovskys begrep om opplevelse av sammenheng (OAS) i diskusjonskapittelet. Muligheter for opplevelse av mestring synes grunnleggende for mulighetene til gjentagelse og opprettholdelse av fysisk aktivitet. Motivasjon synes her å være sentralt. Videre viser mine funn at fysisk aktivitet vektlegges som forebygging og behandling i forhold til bedring av den psykiske helse, enten som et supplement eller som et alternativ til annen type behandling. Deltagerne peker på at forskjellige behandlingstiltak kan være nyttige i den enkeltes bedringsprosess.

På bakgrunn av studiens problemstilling og overnevnte redegjørelse for de funn som har gjort seg gjeldene, har jeg kommet frem til følgende spørsmål som jeg ønsker å diskutere nærmere i neste kapittel:

Hva er den underliggende sammenhengen mellom fysisk aktivitet og opplevelse av sammenheng (OAS)?

## **5.0 DISKUSJON**

I resultatkapittelet har min tolkning og diskusjon hatt et empirinært nivå og teorien har i hovedsak vært brukt for å belyse empirien og fremkalle funn. I dette kapittelet vil jeg drøfte videre sammenhengen mellom fysisk aktivitet og opplevelse av sammenheng, noe mer frikoblet fra empirien, opp mot teoretisk rammeverk. Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (OAS) er interessant i forhold til mine funn som viser at fysisk aktivitet gir økt OAS og dette vil jeg her drøfte for å finne den underliggende sammenhengen.

### **5.1 Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og opplevelse av sammenheng (OAS)**

Funnene i denne studien viser at det ikke er de fysiologiske effektene av å være i aktivitet som synes avgjørende for menneskers bedring av sin psykiske helse. De ikke-fysiologiske aspektene synes å ha større effekt for den terapeutiske virkningen. Mine funn viser også at det er det meningsmessige ved aktivitetene som har betydning for de mentale helsegevinster. Empirien viser at motivasjonsarbeidet kan være utfordrende på mange måter, kanskje spesielt når fysisk aktivitet integreres i behandling. Dette vil være sentralt å drøfte videre fordi menneskers motivasjon synes avgjørende for ønsket om å være aktiv.

De ikke-fysiologiske aspektene vil jeg her knytte opp til Antonovskys grunnleggende antakelser om helse. Antonovsky (2000) viser til hvorvidt en person har en svak eller sterk opplevelse av sammenheng(OAS) som avgjørende for hvordan vedkommende håndterer belastninger og utfordringer som oppstår i livet. Han hevder at jo høyere opplevelse av sammenheng en person har, jo høyere grad av helse. Fysisk aktivitet vil på bakgrunn av studiens funn være en av mange faktorer som kan virke positivt inn på menneskers motstandsressurser. Jeg vil videre undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitet og OAS siden meningsdimensjonen ved fysisk aktivitet var fremtredene i empirien. Jeg vil også stille kritiske spørsmål til hvorvidt det er mulig å se fysisk aktivitet i en slik sammenheng.

#### **Begripelighet**

Fysisk aktivitet kan slik jeg ser det sees i lys av alle kjerneelementene som inngår i begrepet opplevelse av sammenheng. En av deltagerne som er fagperson uttrykker

viktigheten av å gi pasientene som har fysisk aktivitet som integrert del av behandling, undervisning i forhold til diagnose, fysisk aktivitet, helse og kosthold. Dette vil jeg knytte opp til begripelighetskomponenten som, i følge Antonovsky (2000), er den kognitive komponenten i OAS. Begripelighet henviser til hvorvidt personen oppfatter de indre og ytre stimuli som forståelig. Deltageren peker videre på at undervisning kan bidra til en større forståelse av seg selv. I forlengelsen av dette trekker hun også frem kognitiv atferdsterapi som hun aktivt bruker i forbindelse med undervisning til pasientene. Hun viser til at mange ofte har en negativ tanke om at de ikke vil klare aktiviteten, og at hun gjennom kognitiv atferdsterapi arbeider med å snu slike tanker.

Som det fremkommer i resultatkapittelet, er fysisk aktivitet ikke ensbetydende med jogging, løping eller å ta seg helt ut fysisk. Empirien viser at fysisk aktivitet er så mangt og høyst individuelt. En av deltagerne sier det kan være å fiske, skogtur og å sitte på en topp og føle seg stor og liten på en gang. En annen deltager sier at fysisk aktivitet er å gjøre noe mer enn det en vanligvis gjør, mens en deltager trekker frem sykling, gå tur og å gå på helsestudio. Kunnskap og informasjon om at det kan oppnås gode virkninger av fysisk aktivitet, og at det kan være så mangt, kan hjelpe den enkelte til å forstå at de selv har ressursene til å klare det, i følge Moe et al. (1998). Betydningen av undervisning i forhold til fysisk aktivitet har her blitt sett i lys av begripelighetskomponenten. Et interessant paradoks i denne sammenheng er at mine funn blant annet sier at det nettopp er alt det ubegripelige, det sanselige som ikke settes ord på som synes så viktig ved fysisk aktivitet. Dette gir meg grunn til å spørre om begripeligkomponenten i Antonovskys teori kanskje ikke er så avgjørende i denne sammenheng. Antonovsky (2000) påpeker at alle komponentene er nødvendige, men sier også at ikke alle er like viktige. Han utpeker meningsfullhet som viktigst. Begripelighet synes å være den nest viktigste, ettersom høy håndterbarhet avhenger av forståelse.

### **Håndterbarhet**

Håndterbarhet er handlingskomponenten i OAS. I følge Antonovsky (2000), vil en person med høy grad av håndterbarhet i utfordrende situasjoner, ikke tenke på seg selv som et offer for omstendighetene eller at livet har behandlet en urettferdig. Han hevder at når uheldige ting oppstår i tilværelsen, er en person med høy håndterbarhet i stand til å håndtere dem. Han sier videre at når stressfaktorene dukker opp er det viktig at personen opplever å ha de nødvendige ressursene til å håndtere utfordringen. Å

disponere ressurser kan, i følge Antonovsky (2000), bety at andre mennesker man har tillit til, innehar ressursene man har behov for og sier dette kan være ektefelle, venn, lege, Gud, historien eller kollega. Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til å styrke håndterbarhetskomponenten? På bakgrunn av mine funn har jeg en forståelse av at fysisk aktivitet kan brukes som et håndteringsmiddel, en personlig ressurs eller en handlingsstrategi som kan tas i bruk når stressfaktorene dukker opp. En av deltagerne viser som sagt til at hun bruker fysisk aktivitet som et mestringsverktøy for å takle vanskelige påkjenninger. Hun beskriver at fysisk aktivitet virker inn der og da gjennom ”å spalte uhelsen i bitte små biter, også bare forsvinner den”. Min tolkning av dette er at fysisk aktivitet allerede under selve aktiviteten kan virke positivt inn på den psykiske helsen. I hennes tilfelle blir fysisk aktivitet en ressurs som tas i bruk ved håndteringen av de utfordringer som kommer. Antonovsky viser i denne sammenheng til økonomiske ressurser, nettverk og hvorvidt nettverket mobiliseres rundt en ved behov, som ressurser som kan tas i bruk for å håndtere utfordringer.

### **Meningsfullhet**

Meningskomponenten kan på bakgrunn av mine funn være av avgjørende karakter for å benytte seg av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan av den grunn knyttes til meningsfullhet som er følelses- og motivasjonskomponenten. Antonovsky (2000) hevder at en person med sterk meningskomponent vil se situasjonen som en utfordring, finne mening i den og vinne over den med verdighet. Min forståelse er at hvis en person finner mening i å bruke fysisk aktivitet, vil dette igjen kunne bidra til mestring som igjen øker motivasjonen for å fortsette med å være fysisk aktiv. Funnene mine viser i retning av at man trenger motivasjon for å komme i en mestrings situasjon. Mestringsopplevelsen kan igjen gi mening til det en gjør og drivkraft til at fysisk aktivitet kan bli en varig livsstil, en god sirkel hvor det ene virker inn på det andre.

Funnene mine viser også i retning av at det ikke er hvorvidt en person utøver fysisk aktivitet alene eller ei som betyr så mye for meningsopplevelsen. Selv om man gjør noe alene, vil man alltid definere seg i forhold til andre, og på den måten oppleve det man gjør som meningsfullt eller ei. Deltagerne tillegger fysisk aktivitet mening og betydning på ulike måter. Meningsfullhet i forhold til fysisk aktivitet kan skapes i sosiale relasjoner, gjennom konkrete opplevelser og erfaringer, ut fra kunnskaper og også slik jeg ser det, gjennom samfunnets ideologi om at trening er sunt for kropp og sjel. Et

spørsmål i denne sammenheng er i forhold til de menneskene som ikke har funnet mening med fysisk aktivitet, som aldri har vært fysisk aktiv eller hatt positive opplevelser i forhold til fysisk aktivitet og dermed faller utenfor den ”gode” sirkel som samfunnet i dag har så sterkt fokus på. Kan ikke de oppleve å bli dobbelt stigmatisert med et slikt ensrettet fokuset samfunnet har på fysisk aktivitet i dag? Og hvordan skal de som ønsker det komme seg over i den ”gode” sirkelen?

Langeland (2006) viser til at dersom en person ikke har tro på at det står ressurser til disposisjon, går det ut over meningsfullheten og forsøket på å mestre situasjonen. Å skape forandring fra passivitet til aktivitet er, i følge Moe et al. (1998), ikke alltid enkelt. Fysisk aktivitet er, i følge Moe et al. (1998), et tiltak som krever at den enkelte selv bidrar aktivt, men støtte fra andre kan være nødvendig for at mennesker skal klare å skape forandringer. De viser videre til at for å kunne hjelpe en person med å skape forandringer, er det viktig å forstå hva personen tenker og føler. Empirien viser til at personer som sliter med psykiske vansker kan ha problemer med å finne motivasjon når livet kjennes tungt og vanskelig. Sosial støtte, som Antonovsky (2000) definerer som en avgjørende mestringsressurs, vil kunne bidra til mobilisering av egne ressurser. Slik jeg tolker Antonovsky, vil fagpersoner kunne fungere som sosial støtte og en ytre ressurs for å komme i gang, tilrettelegge og kunne være et bidrag for å styrke pasientens tro på egne ressurser og skape muligheter for mestring av fysisk aktivitet. Som jeg har vist til tidligere kan denne mestringserfaringen videre overføres til andre deler av livet og dermed skape, totalt sett, høyere grad av helse og opplevelse av sammenheng (OAS). Men fagpersoner kan, slik jeg ser det, også bidra til det motsatte, nemlig å redusere den enkeltes motivasjon og mulighet for mestring. En av deltagerne med erfaringskompetanse viser til dette dilemmaet i forhold til fysisk aktivitet som integrert del av behandling. Hun sier at et slikt opplegg ville føles mer som tvang, enn om hun var fysisk aktiv på eget initiativ. Hvis opplevelsen er at det er mer som tvang, vil det slik mine funn antyder, legge begrensinger for den indre motivasjon og dermed redusere muligheten for å finne aktiviteten meningsfull.

Moe et al. (1998) peker på at kanskje ikke fagpersoners motivasjonsstrategier når det gjelder fysisk aktivitet alltid er tilstrekkelige gjennomtenkte, og i tråd med pasientens ønsker og behov. Hvor går egentlig grensen mellom press og motivasjon? En av fagpersonene i denne studien viser til at det er vanskelig å vite hvor mye en kan



motivere før det oppleves som press og at det da kan virke mot sin hensikt. Gjøres aktiviteten fordi den ytre stimuli er så sterk og det oppleves som et krav eller fordi aktiviteten oppleves som meningsfull for den enkelte? Og hvilke konsekvenser vil det ha for den indre drivkraft og sjansene for at den fysiske aktiviteten blir opprettholdt? Dette vil jeg utbrodere nærmere under neste avsnitt.

### **Motivasjon – mellom tvang og frivillighet?**

I forlengelsen av diskusjonen over om grensen mellom motivasjon og tvang vil jeg drøfte hvorvidt det er hensiktsmessig å definere fysisk aktivitet under behandling, fordi det i mine funn vises til en interessant motsetning her. I funnene kommer det frem at det ligger en oppfatning av at ”behandling” innebærer tvang/-ufrivillighet, mens i ”ikke – behandling” er det, det frivillige, som er styrt av menneskers indre motivasjon. Dette opplever jeg som en interessant motsetning, fordi motivasjon, opplevelse av sammenheng og frivillighet ved fysisk aktivitet utover den fysiske helsegevinsten, ser ut til å være nært sammenhengende og betinge hverandre. Hvordan kan da behandlere benytte seg av de psykiske helsegevinstene ved fysisk aktivitet på en strategisk måte innenfor et ”behandlingsregime”, uten samtidig å miste delkomponenten som ser ut til å være betingende for denne effekten, nemlig opplevelse av frivillighet, egen motivasjon, initiativ og kontroll?

Mine funn indikerer at motivasjonsarbeidet vil være viktig i et slikt arbeid. En av fagpersonene som arbeider med fysisk aktivitet som integrert del av behandling sier at den største jobben hun har, nettopp er motivasjonsarbeidet. For å øke sjansene for at fysisk aktivitet skal oppleves meningsfullt innenfor et ”behandlingsregime” antyder mine funn at det forutsetter at behandlerne fokuserer på frivillighet og stimulerer til at pasienten, i tillegg til ytre motivasjon, finner indre motivasjon til å utøve fysisk aktivitet. På bakgrunn av mine funn, synes en indre lyst å være avgjørende for å fortsette med fysisk aktivitet. Martinsen (2006) viser til at undersøkelser fra ulike institusjoner innen psykiatri og rusomsorg viser at om lag halvparten fortsetter med regelmessig fysisk aktivitet ett år etter utskrivning, mens den andre halvparten faller fra. Årsaken til dette kan synes, på bakgrunn av mine funn som sier at den indre motivasjonen er avgjørende for å fortsette med fysisk aktivitet, har å gjøre med hvorvidt en person har fått et indre motivasjonsforhold til fysisk aktivitet eller ei, under oppholdet.

Motivasjonsarbeidet kan, som det fremkommer av funnene og som jeg tidligere har vist til, være en utfordring. I følge Moe og Moser (2004) er det påfallende hvordan personalets motivasjon til å delta i aktiviteter påvirker pasientenes deltagelse. De viser til at deltagelsen blant pasientene er større dersom personalet også er med og at dette kan handle om trygghet. De sier videre at det kan være lettere for pasientene å delta i aktivitetene når personer de er trygge på, og har en relasjon til, også er med. Moe og Moser mener det handler om å være gode rollefigurer og vise at aktivitet er gøy og en naturlig del av livet. De hevder at en av årsakene til at fysisk aktivitet ikke har vært drevet mer systematisk innen psykisk helsevern, er det ustrukturerte motivasjonsarbeidet. De hevder videre at det ofte motiveres ved personlig overtalelser, noe jeg antar lett kan oppfattes som et ”press” eller i alle fall en ytre motivasjon som lett vil forsvinne når den personlige overtalelsen opphører. Motivasjonsarbeid gjennom attraktive tilgjengelige tilbud, informasjon om helsegevinstene, målrettede og tilrettelagte opplegg med gode rollemodeller, sosial tilhørighet og et positivt motivasjonsklima kan gi positive opplevelser, og mestring i følge Moe og Moser (2004). Dette er aspekter som jeg antar kan virke inn på alle de tre komponentene i OAS. Avtaler og kontrakter, samt aktiv oppfølging av treningsdagbøker kan også påvirke motivasjonen på en positiv måte. Videre vil institusjonens infrastruktur og lederens motivasjon, engasjement og relasjon til pasientene også virke inn på pasienters deltagelse og tro på egne ressurser (Moe og Moser, 2004). Funnene i min studie peker på betydningen av å få troen på fysisk aktivitet opp blant personalet, og at fysisk aktivitet må være satt i system og være implementert fra ledelsesnivå, for at det skal være fruktbart som behandling.

### **Mestringstro**

Begrepet mestringstro ligger tett opp mot Antonovskys mestringperspektiv. Mestringstro (self-efficacy) eller mestringstro refererer til troen på å ha de nødvendige ferdigheter for å kunne gjennomføre en oppgave (Bandura, 1977). Positive forventninger om en mestringsopplevelse vil kunne føre til større pågangsmot, kanskje større utholdenhet og mer aktivitet, noe som igjen skaper flere muligheter til å oppleve mestring. I denne studien viser også empirien at fysisk fremgang i treningssituasjonen kan skape drivkraft til enda høyere ytelse og økt motivasjon til å fortsette, og at fysisk aktivitet anvendes for lettere å mestre vanskelige livspåkjenninger. Dette gir meningsfulle mestringsopplevelser som øker egen mestringstro og skaper positive

vekselvirkninger. Hvis en person derimot ikke har tro på at han har ressurser til å håndtere en utfordring, i denne sammenheng en aktivitet, vil dette kunne gå ut over motivasjonen til å gripe utfordring som igjen vil skape få mestringsopplevelser. Studiens funn antyder videre at fysisk aktivitet gir gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser og kan derfor være en effektiv metode for å øke egen mestringstro. Fysisk aktivitet er også som en av deltagerne sier, et lett tilgjengelig tiltak som alle i en eller annen form kan klare. I følge Martinsen (2004) vil fysisk aktivitet være forholdsvis enkelt å tilrettelegge for progressive mestringsopplevelser. Men hvordan kan en person med lav mestringstro i forhold til fysisk aktivitet klare å øke den? Moe et al. (1998) mener det er forskjell på å motivere folk til å bestemme seg for å prøve en aktivitet og til å få folk til å fortsette. De peker på at gradvis progresjon og enkel aktiviteter som gir store og synlige effekter, som hjelpemiddel. En av deltagerne i denne studien sier at hvis de hadde satt henne på de største vektene med en gang, hadde hun antagelig gitt opp med det samme.

### **5.1.1 Kritikk av begrepene OAS og salutogenese**

Jeg har argumentert for at Antonovskys helsebegrep knyttet til meningsproduksjonen og OAS, er fruktbart i forhold til å forstå betydningen av fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse. Men OAS er også et problematisk begrep. Monsen (2002) hevder at Antonovsky omformer en subjektiv sammenheng og mening, og et flytende og sterkt varierende begrep som er sammensatt av mange faktorer, til en objektiv, og nærmest matematisk størrelse gjennom hans bruk av skjemaer for å måle opplevelse av sammenheng. Hun viser videre til at det bare er den enkelte person som vet hva som gir sammenheng til eget liv, og at det bare er den enkelte som ”kan sy seg selv sammen”. Antonovsky kritiseres videre av Monsen (2002) for at god helse høres ut som et materialistisk og begrenset produkt, en vare som kan oppnås hvis man bare er orientert i riktig retning og har de tilstrekkelige ressursene tilgjengelig, eller hvis samfunnet rundt legger til rette for det. Kanskje er det nettopp derfor hans forståelse har slått så godt an i Norge hvor vi har mange av de motstandsressursene som Antonovsky peker på, som penger, ego – styrke, kulturell stabilitet, sosial støtte og aktiviteter. Et land hvor mange kan leve i forventning om at hverdagen og livet følger oppskriften. En slik situasjon øker kanskje menneskers opplevelse av sammenheng, men gir det god helse?

Jeg vil avslutningsvis trekke frem faren med et ensrettet fokus på salutogenese. Et ensrettet fokus kan, slik jeg ser det, øke faren for å overse at årsaksforklaringene kan være av patogen karakter, og videre øke faren for at ikke riktig behandling blir gitt og dermed kunne forlenge sykdomsforløpet. Dette kan sees i lys av problematikken rundt fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser som en av deltagerne i denne studien har erfaring med. I hennes tilfelle ble den fysiske aktiviteten en del av sykdomsforløpet med anoreksi og overtrening. I slike tilfeller kan det være problematisk å ha et ensrettet fokus på salutogenese. Patogenesen vil her være av stor betydning i behandlingsøyemed. I denne sammenheng er det viktig å understreke at Antonovsky (2000) heller ikke selv tok avstand fra den patogenetiske fremgangsmåte og forståelse. Hans ønske var å kunne se de to forståelsesmåtene som komplementære og mer likestilte. Det vil også, slik jeg ser det, være viktig å se Antonovskys teori ut fra sin kontekst. Hans teori ble utarbeidet i et klima hvor patogenese var rådende, som hegemonisk diskurs. De siste årene har nyere tids perspektiver og syn på psykisk helse kommet på banen og fått et større fokus på psykisk helsefeltet, enn hva de tidligere har hatt.

## **5.2 Vurdering av studiens metode og forskningsarbeidets gyldighet**

Mitt valg av metode hviler i hovedsak på at det er gjort relativt få kvalitative studier på betydningen av fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse, samt at jeg ønsket å sette fokus på den enkeltes subjektive opplevelse og erfaring med studiens tema. Det teoretiske rammeverket har vært styrende og fokuserende i arbeidet og dannet grunnlaget for tolkningen og førforståelsen gjennom studien. Valg av teoretisk rammeverk representerer en avgrensning av andre perspektiver med tanke på måten materialet tolkes, analyseres og teoretisk belyses på. Resultatpresentasjonen synliggjør mine tolkninger, som også er preget av min førforståelse. En kritisk refleksjon av egen førforståelse er tilstrebet og redegjort for tidligere i oppgaven (jf.1.1 og 3.4) Enkelte forskningsrapporter har forsket i retning av min studie og bekrefter at de ikke-fysiologiske aspektene ved fysisk aktivitet vektlegges i forhold til bedring av menneskers psykiske helse (jf.1.5). Vektlegging av de ikke-fysiologiske aspektene er også i tråd med min egen førforståelse (jf.1.1). Men egen førforståelse har også endret seg gjennom arbeidet, spesielt med tanke på funn som viser en klar sammenheng mellom fysisk aktivitet og menneskers opplevelse av sammenheng (OAS).

Ved at jeg benyttet det kvalitative forskningsintervju fikk jeg kun frem deltagerne verbaliserte forhold til temaet fysisk aktivitet og psykisk helse. Metodeformen gav meg likevel nærhet til feltet, slik at jeg kunne studere det mer innenfra, noe som jeg ser på som positivt. Men det kan også være negativt, fordi jeg som forsker skaper forskerpåvirkning som er vanskelig å skille fra annen påvirkning. Som forsker er jeg i en maktposisjon. Jeg har i studien forsøkt å løfte frem de delene av datamaterialet som klarest kom til uttrykk under intervjuene gjennom en tematisk organisering av fire temaer. En fare kan være at jeg som forsker vektlegger og får frem opplysninger som jeg finner mest interessant, og tillegger dem uberettiget betydning, som igjen kan overskygge andre vesentlige uttrykk. For å redusere denne sjansen ser jeg på validering som et viktig verktøy. Gjennom hele forskningsprosessen har jeg som forsker ansvar for å sikre kravene til validitet og reliabilitet. Dette innebærer moralske overveielser (Kvale og Brinkmann, 2009). For å synliggjøre studiens gyldighet har jeg forsøkt å tydeliggjøre den veien jeg har gått. I studien har jeg lagt vekt på at leseren skal få tilstrekkelig innsyn i datamaterialet, slik at han kan følge mine argumentasjoner gjennom prosessen. Data har blitt presentert hovedsakelig gjennom sitater, men også gjennom beskrivelser og sammendrag. Videre tolkning og analyse av de meningene som er kommet frem er gjort ved hjelp av det teoretiske rammeverket. Målet har vært at de data som er gjengitt er tro mot det den enkelte deltager uttalte. Sitatene er gjengitt slik de ble fortalt, men i bokmåls form. Jeg har lyttet flere ganger på lydopptakene, for så å sammenligne dette med transkripsjonen og de ulike tolkninger jeg har gjort meg om det som har blitt sagt. Jeg har etter beste evne forsøkt å gi en valid beskrivelse av funnene i denne studien.

Ved å benytte en kvalitativ metode medfører det begrensninger for generaliserbarheten av resultatene. Studien er basert på fem enkeltindividers opplevelser og erfaringer omkring studiens tema. Resultatene kan ikke si noe om utbredelse og frekvens. Resultatene vil være kontekstavhengige og må forstås og gyldiggjøres innenfor de forhold de er blitt til under. Studien setter likevel søkelys på viktige momenter omkring fysisk aktivitet og psykisk helse som kan være til nytte også i andre sammenhenger. Deltagerne erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse anses å representere det allmenngyldige i situasjonen. Et aspekt i denne diskusjonssammenheng er utvelgelsen av mine deltagere. Utvalget har vært strategisk, jeg søkte deltagere som kunne gi mest mulig uttømmende informasjon om temaet jeg ønsket å belyse og det vil derfor ikke være et representativt utvalg. Alle deltagerne har

lang erfaring med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse, noe jeg oppfatter kan bidra til å øke dataens gyldighet.

### **5.3 Resultatene betydning for praksis**

Funnene i denne studien viser at det er de ikke-fysiologiske aspektene ved fysisk aktivitet som er det avgjørende i forhold til bedring av menneskers psykiske helse. Funnene indikerer at meningsdimensjonen, som styres av menneskers indre motivasjon, synes avgjørende for helsegevinsten ved fysisk aktivitet. En gjennomgang av tidligere forskning viser at forskning på dette området er relativt begrenset. Hvis det er slik at det er de ikke-fysiologiske mentale helsegevinstene ved fysisk aktivitet som gir OAS, og bedre psykisk helse, blir spørsmålet om ikke alle typer aktiviteter som gir OAS og mestringsopplevelser, gir samme terapeutisk virkning som det fysisk aktivitet gir? Andre typer aktiviteter som for eksempel teater, maling, spill eller andre kreative utfordringer.

Ut fra en slik forståelse, vil fysisk aktivitet bare være et av mange viktige tiltak. Dette er interessant å se opp mot de senere årenes brede orientering mot de terapeutiske effektene av fysisk aktivitet (Morgan, 1997: Moe et al., 1998: Martinsen, 2004). En slik konklusjon vil ikke underminere fysisk aktivitet som et mulig virksomt middel opp mot psykisk helse. Men det vil kunne ha konsekvenser for hvilke tiltak som tilbys de personer som er vanskelige å motivere til å utøve fysisk aktivitet, enten det defineres som behandling eller ei. Jeg har tidligere vært inne på forholdet mellom ”gode og onde sirkler”. Når man først er i en god sirkel av fysisk aktivitet, motivasjon, mestring, mentale og fysiologiske helsegevinster, vil en person kunne oppnå en sterk indre motivasjon og ha potensial til å benytte fysisk aktivitet som en ressurs i psykisk helsearbeid. Men hva med dem som er i en ”ond sirkel”? Hvordan kan de som ikke har motivasjon i utgangspunktet, kanskje på grunn av ulike faktorer som fedme, inaktivitet, lite lyst og engasjement på grunn av psykisk sykdom og medikamenter, nyte godt av helsegevinstene ved fysisk aktivitet? Det er en sterk tendens i samfunnet at det er de med høy sosial, kulturell og økonomisk kapital, som er mest fysisk aktive. Mens de med mindre ressurser, i mindre grad benytter seg av fysisk aktivitet som ressurs. Vil ikke dermed et opplevd press rundt å benytte fysisk aktivitet som helsefremmende middel, kunne forsterke en ”ond sirkel” av opplevelse av mindreverd eller i alle fall utilstrekkelighet? Hvordan bryte de såkalte ”onde sirkler” og komme

over i ”gode sirkler” med selvmotiverende fysisk aktivitet er, som jeg har vist til i diskusjonen, et komplekst spørsmål. Likevel vil jeg trekke fram at en mulig praktisk konsekvens av mine funn, om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og OAS, og at det er de ikke-fysiologiske aspektene som er av størst betydning, også vil kunne tilsi at andre aktiviteter kan være av vel så betydningsfullt for menneskers psykiske helse. Dette er en antagelse det måtte forskes mer på for å kunne konkludere. Men ut fra argumentasjonen over, vil jeg anta at det for personer som opplever ”onde sirkler” mht. psykisk helse og fysisk aktivitet, vil kunne høste OAS-frukter av andre aktivitetsformer. Et ensidig fokus på fysisk aktivitet som aktivitetsmiddel vil altså kunne gjøre vondt verre dersom ikke dette sidestilles med andre aktivitetstilbud. Økt kunnskap om hvordan fysisk aktivitet forstås og hvilken betydning fysisk aktivitet tillegges i forebygging og behandling på psykisk helsefeltet, vil være av betydning for hvor hvordan fysisk aktivitet blir anvendt som forebygging og behandling, og hvilket fokus det får.

## 6.0 OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER

Målet med denne studien har vært å frembringe kunnskap om hvordan fysisk aktivitet forstås og hva slags betydning fysisk aktivitet tillegges i forebygging og behandling i forhold til psykisk helse. Masterstudien har fokusert på betydningen av fysisk aktivitet og psykisk helse med utgangspunkt i to grupper: personer som har erfaring fra arbeid med fysisk aktivitet og psykisk helse, og personer som selv har erfaring med både fysisk aktivitet og psykisk sykdom/lidelse.

I studien fremkommer det at deltagerne tillegger fysisk aktivitet stor betydning i forebygging og behandling. Funnene viser til ulike aspekter ved fysisk aktivitet som kan være av betydning for den enkeltes opplevelse av å mestre sin psykiske helse, og hva som skal til for å føle seg fysisk aktiv. Mulighetene for å oppleve å mestre selve aktiviteten synes grunnleggende for mulighetene til gjentakelse og opprettholdelse av fysisk aktivitet.

Funn i denne studien viser at det er de ikke-fysiologiske aspektene ved fysisk aktivitet som synes å ha størst verdi for den terapeutiske virkningen, og at fysisk aktivitet har en sammenheng med menneskers OAS. Dette impliserer at andre aktiviteter kan ha vel så stor verdi for menneskers psykiske helse som det fysisk aktivitet kan ha, i den grad de frembringer OAS. Fysisk aktivitet versus andre aktiviteter i forhold til bedring av psykisk helse, kunne det derfor ha vært interessant å forsket på. Meningsfullhet, mestring og motivasjon har stått sentralt i denne studien og synes avgjørende for å kunne lykkes med fysisk aktivitet som behandling. Funn viser at OAS synes avgjørende for helsegevinsten av fysisk aktivitet, og at premisset for OAS er menneskers indre motivasjon. Et spørsmål det kunne vært interessant å følge opp videre, er hvorvidt fysisk aktivitet som integrert del av behandling kan bidra til å øke menneskers opplevelse av sammenheng(OAS).



## LITTERATUR

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reizels Forlag.

Baiyack, M., Blumenthal, J.A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Craighead, W. E., Baldewicz, T.T. & Krishnan, K.R. (2000). *Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months*. Psychosomatic Medicine 62: 633 – 638.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice – Hall, Inc., Englewood Cliffs.

Blumenthal, J.A, Babyak, M.A, Moore, K.A., Craighead, W.E., Herman, S., Khatri, P, Waugh, R., Napolitano, M.A., Forman, L. M., Appelbaum, M., Doraiswamy, P, M., Krshnan, K, R (1999). *Effects of exercise training on older patients with major depression*. Archives of international Medicine 159: 2349 – 2356.

Borge, H. A. I. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Borge, L. (2006). *Det gode liv – som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i psykisk helsearbeid*. I A. Almvik & L. Borge (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s 32 – 52). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Buckworth, J., Dishman, R. K. (2002). *Exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Bøe, T. D., Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid- om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *I Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. 7: 2, 40 -54, Oslo.

Germundsson, O. E. (2006) *Å lære å møte hverdagene – kritisk blikk på begrepet mestring*. Hentet 22. mars 2010, fra <http://www.frifagbevegelse.no/fontene/fagartikler/article2471164.ece>

Greist, J. H., Klein, M. H., Eischens, R.R., Faris, J., Gurman, A.S., Morgan, W.P. (1979). *Running as treatment for depression*. *Comprehensive Psychiatry* 20, 41 – 54.

Hatling, T. Østbye, R. (1998). Kunnskapens kompleksitet – Psykiatriens store utfordring. I A. J. Andersen & B. Karlsson, (red.), *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid* (s. 184 – 213). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. Berlin: Springer.

Holberg, K., Vaagenes, I., Tanche-Bergh, H., Kaberg, K. *Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Prosjektoppgave, videreutdanning i psykisk helsearbeid. Fakultet for helse og idrettsfag. Universitetet i Agder.

Knardahl, S. (1998). *Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2 utgave.

Langeland, E. (2006). Mestring av psykiske helseproblemer – Salutogenese i teori og praksis. I A. Almvik & L. Borge (red). *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 87 – 101). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring*. Copenhagen: Nordisk forlag AS.

Løken, K. H. (2006). Å lykkes med brukermedvirkning. I A. Almvik & L. Borge (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 187- 200). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Malt, U. (2009). Store norske leksikon, søkeord: mestring. Hentet 11. april 2010, fra <http://www.snl.no/smlartikkel/mestring>

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, E. W., Sandvik, L., Kolbjørnsrud, O. B. (1989). Aerobic exercise in the treatment of nonpsychotic mental disorders: an exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*. (43) 6, 521-529.

Martinsen, E. W. (1998). Psykiatrisk forskning på fysisk aktivitet – en oversikt. I T. Moe, N. Retterstøl, M. Sørensen (red.). *Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling*. (s. 50 - 67). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, E. W. (2006). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I A. Almvik og L. Borge (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (s. 121- 137). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., Wilbur, J. (2006) *Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation*. *Journal of Nursing Scholarship*. (38) 1, s.50-55.

Moe, T., Moser, T. (2004). Motivasjon. I E. W. Martinsen (red.). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. (s. 143-154). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Moe, T., Retterstøl, N., Sørensen, M. (red.) (1998). *Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Monsen, A. K. (2002). *Den gode sirkel. En filosofi om kjærlighet og helse*. Bergen: Fagforlaget Vigmostad & Bjørke.

Morgan, W. P. (1997). *Physical Activity & Mental Health*. Washington DC: Taylor & Francis.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rogan, T. (2004). Opptappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. (1) 1, 4-12.

Sommerschild, H. (1998). Mestring som styrende begrep. I: B. Gjørum, B. Grøholt og H. Sommerschild (red). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. (S. 21 – 63). Oslo. Tano Aschehoug.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006. Forslag til tiltak 2003 – 2006*. Oslo: Helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. Tipshefte*. Oslo: Helsedirektoratet.

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2000). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. Rapport nr.2/2000 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

St.meld. nr 25 (1996 – 97). *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St. prp. 63 (1997 – 1998). *Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Sørensen, M. (2006). *Motivasjon for fysisk aktivitet av psykiatriske pasienter når fysisk aktivitet ble tilbudt som en del av behandlingen*. Hentet 10. april 2010, fra <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118611496/abstract>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Vedlegg I

## **FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I PROSJEKTET FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE**

Mitt navn er Kristin Holberg. Jeg er masterstudent i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder og er nå i gang med min masteroppgave hvor temaet er fysisk aktivitet og psykisk helse. Hensikten med prosjektet er å se på betydningen av fysisk aktivitet som forebygging og behandling i forhold til den psykiske helse ut fra ulike perspektiver; fra mennesker som har egenerfaring med fysisk aktivitet som forebygging og behandling, og fra fagpersoner som arbeider med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse.

For å belyse min problemstilling ønsker jeg å intervju fagpersoner og mennesker med egenerfaring med fysisk aktivitet i forebygging og behandling i forhold til den psykiske helse. Du spørres med dette om å delta i prosjektet og å bli intervjuet. Jeg ønsker å gjøre et åpent intervju ut fra noen forberedte spørsmål, i perioden november/ desember 2009. Dersom du ønsker det kan du få spørsmålene på forhånd. Jeg ønsker å ta opp intervjuene på lydbånd. Materialet vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og personvern, og slettet etter at evalueringen av masteroppgaven er foretatt, juni 2010.

Det er viktig å presisere at å være med er helt frivillig og at det er min plikt å verne om deltagerens interesser. Det betyr at jeg i masteroppgaven vil anonymisere alle personlige forhold slik at det ikke kan peke tilbake på enkeltpersoner hva navn eller situasjon angår. Funnene vil jeg bruke i min skriftelige masteroppgave som skal være ferdig i mai 2010.

Om du ønsker å delta i undersøkelsen trenger jeg din underskrift på vedlagte samtykkeerklæring. Her opplyses det at du når som helst kan trekke deg fra å delta, selv om du i første omgang sa deg villig.

Ta gjerne kontakt for nærmere opplysninger. Formelt sett er det min veileder, Espen Marius Foss, som i siste instans er ansvarlig for at regler om personvern følges. Dersom

du har spørsmål til dette eller noen andre forhold ved undersøkelsen kan du gjerne også ta direkte kontakt med han på telefon 924 38 373, eller e-post, [espen.m.foss@uia.no](mailto:espen.m.foss@uia.no)

Vennlig hilsen

Kristin Holberg,

Masterstudent i psykisk helsearbeid ved Institutt for psykososial helse,

Universitetet i Agder

Tlf: 980 69863

[kholb@broadpark.no](mailto:kholb@broadpark.no)

## Vedlegg II

### **SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg har lest informasjonsbrevet angående prosjektet med tittelen:

*Fysisk aktivitet og psykiske helse.*

Jeg er inneforstått med at de opplysninger jeg bidrar med vil behandles konfidensielt og at anonymitet er sikret. Jeg samtykker i at opplysninger som framkommer i dette prosjektet kan brukes i masteroppgaven og oppbevares i et kompendium på biblioteket på Universitetet i Agder.

Jeg er blitt informert om at intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og forsikret om at datamaterialet vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk, og makulert etter at evalueringen av masteroppgaven er foretatt, juni 2010.

Jeg er også kjent med at deltagelse i prosjektet er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta, selv om jeg i første omgang sa meg villig.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet og å la meg intervjuet:

.....  
**Sted**

**Dato**

**Underskrift**



## Vedlegg III

### **INTERVJUGUIDE**

#### Personer med erfaringskompetanse

- Hvilke erfaringer har du med fysisk aktivitet i forhold til din psykiske helse?
- Hva slags betydning har fysisk aktivitet for deg?
- Hva legger du i begrepene fysisk aktivitet og psykisk helse?
- Hvordan ser du på fysisk aktivitet sett i forhold til mer tradisjonelle former for behandling av psykiske lidelser som medikamentell behandling og samtaleterapi?
- Hvordan oppleves all oppmerksomheten som samfunnet i dag har rundt fysisk aktivitet?
- Hva er dine viktigste grunner til å bruke fysisk aktivitet?
- Hvilke utfordringer er knytta til det?
- Hva er det med fysisk aktivitet som evt. gjør det interessant? Sosiale aspektet, opplevelsen i seg selv, forholdene rundt, den fysiske og psykiske helsegevinsten?
- Hvordan opplever du ditt møte med helsevesenet når det gjelder fysisk aktivitet? Innflytelse i utforming av opplegg etc.

## Vedlegg IV

### **INTERVJUGUIDE**

#### Fagpersoner

- Hva legger du i begrepet fysisk aktivitet?
- Hva er dine erfaringer med å arbeide med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse?
- Hvilke utfordringer møter du i arbeidet med fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse?
- Hva slags betydning tillegger du fysisk aktivitet i forebygging og behandling?
- Hvordan ser du på fysisk aktivitet sett i forhold til mer tradisjonelle former for behandling av psykiske lidelser som medikamentell behandling og samtaleterapi?
- Hva legger du i begrepet psykisk helse?
- Hva tenker du om all oppmerksomheten som samfunnet i dag har rundt fysisk aktivitet?
- Får brukerne være med i utformingen av tjenestetilbudet? Og hvilken innflytelse har brukerne på tilbudet i det daglige?