



## Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en blandet opplevelse. Veien har vært lang og krevende, med oppturer og nedturer underveis. Å gjennomføre mastergradsprosjektet har vært en lærerik og utfordrende prosess. Det å fullføre et prosjekt fra planleggingsfase til et endelig produkt har gitt meg mye erfaring å ta med videre.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en spennende, krevende og ikke minst utviklende prosess. Det er mange som fortjener å takkes nå som oppgaven er slutført.

En stor takk til mine 6 informanter som gav åpenhertig av sine erfaringer, tanker og følelser. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til. Jeg vil også få takke kontaktpersoner ved Fysioteket-Frisklivssentralen i Drammen som har gjort jobben med å rekruttere deltakere. Spesielt takk til Solveig-Helene Midtvedt som har vært engasjert og hjelpsom fra første stund.

En stor takk til min veileder Ruth Kjærsti Raanaas for god veiledning i arbeidet.

Jeg vil også få takke Nasjonalforeningen for folkehelsen ved Stine Nordhagen, Ingrid Stenstadvold Ross og Gry Ekeberg Bodin for hjelp med å finne fram til tema og problemstilling for denne oppgaven.

Sist, men ikke minst, tusen takk til familie, venner og medstudenter for tålmodighet og støtte under arbeidet med dette prosjektet.

Oslo, mai 2014

Marianne Lauvang

## Sammendrag

Fysisk inaktivitet er en økende utfordring i dagens samfunn. En stor andel av den norske befolkning oppfyller ikke anbefalingene om daglig fysisk aktivitet. En økning av den fysiske aktiviteten i befolkningen er ett av de tiltakene som vil ha stor positiv effekt på folkehelsen. Ulike virkemidler er tatt i bruk for å løse problemene forårsaket av inaktivitet. "Fysisk aktivitet på resept" er en intervensjon for å øke aktivitetsnivået blant personer som har særlig helsemessig behov for dette. Personer blir henvist fra lege eller andre instanser og får tilbud om et 12-ukers opplegg med formål å øke fysisk aktivitet.

Hensikten med denne studien er å få et innblikk i reseptdeltakeres subjektive opplevelse av endring i fysisk aktivitet i forbindelse med en 12-ukers frisklivsperiode ved en frisklivssentral: hvordan tilbudet oppleves for kvinner med innvandrerbakgrunn, og hvilke erfaringer og tanker deltakerne har rundt motivasjon, opplevelser og mål knyttet til frisklivsperioden.

Seks kvinner med innvandrerbakgrunn i alderen 40-59 år er intervjuet individuelt. Kvalitative forskningsintervju med et fenomenologisk perspektiv er brukt som metode i innsamling av data og i analyseprosessen.

Studien viser at deltakernes endring i fysisk aktivitet har forløpt gjennom en rekke sosiale prosesser. Deltakerne motiveres for endring av helseatferd gjennom enkle grep tilpasset deres hverdag. Deltakerne er fornøyd med tilbudet og de ønsker å fortsette med fysisk aktivitet etter at reseptperioden er over. Studien får fram et spekter av erfaringer og holdninger som kan være nyttig med tanke på å finne gode strategier for atferdsendring.

## **Abstract**

Physical activity is a growing challenge in today's society. A large proportion of the Norwegian population does not fill the recommendations for daily physical activity. An increase in physical activity in the population is one of the actions that will have a major positive impact on public health. Various means have been taken into use to solve the problems caused by inactivity. "Physical activity on prescription" is an intervention to increase physical activity levels among people who have special health needs for this. Individuals are referred by a physician and are offered a 12-week program aiming to increase physical activity.

The purpose of this study is to gain insight into participants' subjective experience of change in physical activity associated with a 12-week long period using physical activity on prescription: how the offer is experienced by women with an immigrant background, and what thoughts participants have about motivation, experiences and goals related to the period.

Six women with immigrant backgrounds aged 40-59 years were interviewed individually. Qualitative research interviews with a phenomenological perspective is used as a method of data collection and analysis process.

The study shows that the participants' change in physical activity has progressed through a variety of social processes. Participants are motivated to change health behavior through simple actions suited to their everyday lives. Participants are satisfied with the offer and they want to continue physical activity after the prescription period is over. The study brings out a range of experiences and attitudes that can be useful for finding good strategies for behavior change.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	1
<b>Sammendrag</b> .....	2
<b>Abstract</b> .....	3
<b>1. Innledning</b> .....	6
1.1 Problemstilling.....	7
<b>2. Teori</b> .....	8
2.1 Fysisk aktivitet og helse.....	8
2.1.1 Begrepsavklaring.....	8
2.1.2 Fysisk inaktivitet - en risikofaktor for sykdom og død.....	8
2.2 Atferdsendring.....	10
2.2.1 Den transteoretiske modell (Stages of Change).....	10
2.3 Motivasjon.....	11
2.3.1 Self-Determination Theory (Selvbestemmelsesteorien).....	12
2.3.2 Selvbestemmelsesteorien og fysisk aktivitet.....	13
2.4 Self-efficacy.....	14
2.5 Sosial støtte.....	15
2.6 Fysisk aktivitet på resept.....	16
2.7 Effekter av fysisk aktivitet på resept.....	17
<b>3. Metode</b> .....	21
3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag.....	21
3.2 Utvalg og rekruttering.....	22
3.3 Informantene.....	23
3.4 Intervjuguide.....	23
3.5 Gjennomføring av intervjuene.....	24
3.6 Analyse.....	25
3.7 Etske overveielser.....	27
3.8 Forforståelse.....	27

<b>4. Resultater</b> .....	29
4.1.Motiver til endring .....	29
4.2 Hvordan tilbudet oppleves .....	31
4.3 Det sosiale .....	33
4.4 Endring av vaner .....	34
4.5 Veien videre etter reseptperioden.....	34
<b>5. Diskusjon</b> .....	36
5.1 Motivasjon og mestring.....	36
5.2 Betydningen av sosial støtte .....	39
5.3 Frisklvsresept som virkemiddel for atferdsendring.....	40
5.4 Metodediskusjon.....	41
<b>6. Konklusjon</b> .....	44
<b>Referanseliste</b> .....	45
<b>Vedlegg</b> .....	53

## 1. Innledning

Fysisk inaktivitet er en økende utfordring i dagens samfunn. En stor andel av den norske befolkning oppfyller ikke anbefalingene om daglig fysisk aktivitet med moderat intensitet i 30 minutter eller mer (Helsedirektoratet 2009). Det foreligger i dag omfattende dokumentasjon på at regelmessig fysisk aktivitet gir redusert risiko for å utvikle livsstilsykdommer som utgjør en stor helseutfordring i Norge i dag. Til tross for dette går samfunnsutviklingen i retning av en mer stillesittende livsstil. En økning av den fysiske aktiviteten i befolkningen er ett av de tiltakene som vil ha stor positiv effekt på folkehelsen (Bahr 2008). Den norske regjeringen har satt søkelyset på helsefremmende og forebyggende arbeid, der tiltak for å øke fysisk aktivitet blir trukket frem som et viktig element (Departementene 2005).

I St. meld. nr 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen" pekes det på at "helsetjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom" (s. 22). Videre sier stortingsmeldingen at det er behov for å styrke de helsefremmende og forebyggende helsetjenestene i kommunene. Etablering av frisklivssentraler bygger på St. meld. 16 (2002-2003) og "Grønn resept" ordningen fra 2003 hvor legene kunne foreskrive fysisk aktivitet og kosthold i stedet for medisiner til pasienter med høyt blodtrykk eller diabetes type 2. For å møte samhandlingsreformens mål om å reorientere helsetjenesten i en mer helsefremmende retning, anbefaler Helsedirektoratet (2011) at det etableres frisklivssentraler i alle landets kommuner for å styrke folk til å ta ansvar for egen helse.

Fysisk aktivitet på resept som en metode for å øke fysisk aktivitet har fått økende internasjonal gjennomslag de senere årene under navn som: exercise on prescription, physical activity on prescription, motion på resept, trening på resept. Flere land (England, New Zealand, USA, Australia, Sverige, Danmark, Finland) benytter dette tiltaket for å forsøke å øke det fysiske aktivitetsnivået hos personer som har særlig helsemessig behov for dette. I Norge er det hittil gjort lite forskning på dette området.

Temaet for denne studien er atferdsendring med fokus på endring i fysisk aktivitet hos personer som har mottatt fysisk aktivitet på resept. Det er nødvendig med forståelse for hva som påvirker folks atferd (St. meld. nr. 16, 2002-2003).

## **1.1 Problemstilling**

Hensikten med denne studien er å få et innblikk i reseptdeltakeres subjektive opplevelse av endring i fysisk aktivitet i forbindelse med en 12-ukers frisklivsperiode ved en frisklivssentral. Problemstillingen er: Hvordan oppleves tilbudet for kvinner med innvandrerbakgrunn, og hvilke erfaringer og tanker har de rundt motivasjon, opplevelser og mål knyttet til frisklivsperioden?



## **2. Teori**

### **2.1 Fysisk aktivitet og helse**

#### **2.1.1 Begrepsavklaring**

Fysisk aktivitet er i internasjonal litteratur ofte definert som "enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå" (Bahr 2008; Caspersen et al. 1985). Mens fysisk aktivitet omfatter all bevegelse vi utfører, er trening en mer planlagt og målrettet aktivitet. Trening kan defineres som "fysisk aktivitet på fritiden, som gjentas regelmessig over tid, med målsetting om å forbedre for eksempel form, prestasjon, eller helse" (Bouchard et al. 1994).

Helse blir av Verdens Helseorganisasjon definert som "en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, ikke kun fravær av sykdom eller lyter" (WHO 1999).

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen, og styrke det som bidrar til bedre helse og svekke det som medfører helserisiko gjennom påvirkning av levekår og levevaner. Målet med folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse i befolkning og å redusere sosiale helseforskjeller (Mæland 2005).

#### **2.1.2 Fysisk inaktivitet - en risikofaktor for sykdom og død**

Fysisk inaktivitet regnes som en av de viktigste årsakene til sykdom i Europa, og det er estimert at 5-10 % av alle dødsfall i Europa er forårsaket av fysisk inaktivitet (WHO 2002). Det er gjennom vitenskapelig forskning godt dokumentert at fysisk aktivitet kan redusere risikoen for en rekke sykdommer og tidlig død. U.S. Department of Health and Human Service har sammenfattet dokumentasjon over sammenhengen mellom fysisk aktivitet og risiko for sykdom. Det konkluderes med at regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for hjerte- og karsykdommer, visse typer kreft, diabetes type 2 og overvekt, og er med på å vedlikeholde muskel- og leddfunksjon. I tillegg ser det ut til at fysisk aktivitet kan forebygge og redusere mentale lidelser som depresjon og angst, samt forbedre helserelatert livskvalitet (U.S. Department Of Health and Human Service 1996).

Helsedirektoratets anbefalinger for dosering av fysisk aktivitet bygger på internasjonal forskning. Retningslinjene anbefaler minst 30 minutter fysisk aktivitet av moderat intensitet, eller hardere, de fleste dager i uken. Aktiviteten kan deles opp i mindre bolker på for eksempel 10 minutter. Et høyere aktivitetsnivå ut over dette vil kunne føre til økte helsegevinster (Statens Råd for Ernæring og Fysisk Aktivitet 2001). Det er vist et dose-respons forhold mellom fysisk aktivitet og helsegevinster hvor en økning i energiforbruk gir en økning i helseeffekt. Den største relative effekten vil en fysisk inaktiv som starter med litt aktivitet få, i forhold til en som er meget aktiv fra før og som øker sitt aktivitetsnivå enda mer (U.S. Department of Health and Human Services 1996).

Til tross for de store helsegevinstene man kan oppnå ved å være i moderat fysisk aktivitet viser rapporten "Fysisk inaktive i Norge" at hele 83 % av den voksne befolkningen ikke tilfredsstillende anbefalingene om moderat fysisk aktivitet minimum 30 minutter daglig (Ommundsen & Aadland 2009). Fysisk aktivitetsnivå er også rapportert å variere mellom ulike befolkningsgrupper. Personer med lav sosioøkonomisk status er i mindre fysisk aktivitet enn de med høy sosioøkonomisk status (U.S. Department Of Health and Human Services 1996). En studie over aktivitetsnivået blant ulike utdanningsnivå i Norge viser at de med lavest utdanning er de med lavest aktivitetsnivå (Ulseth 2008). Den samme trenden sees for hjerte- og karsykdom og diabetes. Risikoen for hjerte- og karsykdom og diabetes er større for de med lav sosioøkonomisk status og for minoritetsgrupper i Norge. Voksne ikke-vestlige innvandrere i aldersgruppen 45-66 år rapporterer om dårligere helse enn befolkningen uten innvandrerbakgrunn. Enkelte innvandrergrupper, særlig kvinner, har betydelig høyere forekomst av diabetes sammenliknet med etnisk norske (Jenum et al. 2001).

Gjennom MoRo-prosjektet "Mosjon på Romsås" er det blitt forsøkt å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk bydel i Oslo (Romsås) der total dødelighet og dødelighet av kardiovaskulære årsaker samt prevalensen av diabetes type 2, overvekt og fysisk inaktivitet var funnet å være høy. I en kvasi-eksperimentell studie fra 2000-2003, studerte de effekten av et lavkostnads nærmiljøbasert opplegg for å øke fysisk aktivitet. Intervensjonen var basert på en kombinasjon av ulike modeller for atferdsending, blant annet stadiemodellen og teorier om sosial støtte (Jenum et al. 2006). Det ble iverksatt en rekke ulike intervensjonsstrategier på samme tid, som informasjon om fysisk aktivitet, fysisk aktivitetsrettede, miljømessige og sosiale tiltak. Resultatene viste større endring mot fysisk aktivitet i intervensjonsbydelen sammenliknet med kontrollbydelen. Funn viste at sosial støtte og oppmuntring fra

psykologisk betydningsfulle andre i miljøet i stor grad stimulerte til økt fysisk aktivitet i form av endring i stadier. Resultatene viste også at trening i grupper var med på å motivere til deltagelse og at gruppetiltak bidrar til at folk går over i et økt aktivitetsstadium gjennom økt sosial støtte. Oppsummert viste resultatene fra MoRo-prosjektet en økning i andel fysisk aktive på 9 % i intervensjonsbydelen sammenlignet med kontrollbydelen, og en relativ reduksjon av fysisk inaktive på 25 % i intervensjonsbydelen mens det kun var beskjedne endringer i kontrollbydelen (Jenum et al. 2006).

På tross av at det foreligger overveldende dokumentasjon om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse, er det stor mangel på kunnskap om hvordan man best går frem for å tilrettelegge for og stimulere til økt aktivitet i brede befolkningsgrupper. Det å forstå hvorfor noen er fysisk aktive og andre ikke, har vist seg å være svært komplisert (Ommundsen & Aadland 2009).

## **2.2 Atferdsendring**

Atferdsendringer handler om å bli bevisst på automatiske handlinger man gjør i hverdagen. Det handler om å tilegne seg kunnskaper for å se ulike muligheter og for og bevisst velge tiltak som hjelper. Varige endringer handler om å opprettholde endret atferd over tid og ikke falle tilbake til gamle vaner (Barth, Børtveit & Prescott 2001). Atferdsendring er en sammensatt prosess hvor forskning blant annet viser at kunnskap, evne til mestring og det å kunne ta kontroll over eget liv er viktige forutsetninger (Prescott & Børtveit 2004).

### **2.2.1 Den transteoretiske modell (Stages of Change)**

En endring er i høy grad avhengig av motivasjon, og motivasjon endres oftest over tid. Ulike teorier finnes over hvordan motivasjonsprosesser for endring av atferd foregår. En av de mest populære og mest brukte modellene er den transteoretiske modell (stadiemodellen) utarbeidet av Prochaska og DiClemente (1983). I denne modellen blir det å endre levevaner beskrevet som en prosess som kan deles inn i fem stadier ut i fra grad av motivasjon for endring:

1) Føroverveiellesstadiet: Fysisk inaktiv og har ingen intensjon om endring.

- 2) Overveiellesstadiet: Fysisk inaktiv, men har intensjoner om endring i løpet av de neste seks månedene.
- 3) Forberedelsesstadiet: Har begynt å bli fysisk aktiv, men ikke regelmessig. Har tatt en avgjørelse om å bli regelmessig aktiv i løpet av kort tid, ofte innen ca. en måned.
- 4) Handlingsstadiet: Er i regelmessig fysisk aktivitet.
- 5) Vedlikeholdsstadiet: Regelmessig fysisk aktiv og har vært det i lengre tid (mer enn seks måneder).

Prosessen for atferdsendring bør ikke betraktes som en lineær, men som en spiralformet prosess. Det er mulig å bevege seg både fremover og bakover mellom stadiene. Tilbakefall er for mange en naturlig del av prosessen (Barth, Børtveit & Prescott 2001). Et viktig aspekt ved modellen er at folks psykologiske beredskap i form av motivasjon, viljesnivå og preferanse for å endre atferd samvarierer med stadiet de befinner seg på (Prochaska, Redding & Evers 2002). I arbeidet med atferdsendring er det derfor viktig å vite i hvilket endringsstadium folk befinner seg, slik at man kan individualisere veiledningen i forhold til motivasjonsgraden. Tiltak og strategier må stå i samsvar med den enkeltes mottakelighet eller psykologiske beredskap for endring (Prescott & Børtveit 2004).

Den transteoretiske modell har fått mye oppmerksomhet fra forskere og har vært brukt i inntervensjoner for å øke fysisk aktivitet (Biddle & Nigg 2000). Forskning har vist at det er nyttig å benytte ulike stadier av beredskap for endring som et rammeverk for å forstå atferd og endring av atferd (Biddle et al. 2007; Biddle & Mutrie 2007; Marshall & Biddle 2001).

## **2.3 Motivasjon**

Hva som ligger bak det vi gjør, hva som får oss til å engasjere oss og velge en handling fremfor en annen kalles gjerne motivasjon. Motivasjon er et mye brukt begrep som forklarer hvorfor noen endrer, eller prøver å endre atferd. Motivasjon angir kraft og retning og er også relatert til personens oppfatning om seg selv og tro på seg selv (Lillemyr 2007).

I følge Hassmèn og Plate (2003) bør begrepet motivasjon sees på som en dynamisk prosess og en interaksjon mellom individenes egenskaper, ferdigheter, opplevelser, forventninger og vurderinger av individene selv og situasjonen. Motivasjon utgjør bakgrunnen for menneskelig

virksomhet, og er en forutsetning for at mennesker kan prestere. Det dreier seg om de indre og ytre krefter som initierer, gir energi, styrer og opprettholder handlinger. Det er den aktuelle situasjonen og individenes vurdering av situasjonen som påvirker graden av motivasjon (Hassmèn & Plate 2003)

I litteraturen snakkes det om to former for motivasjon, indre og ytre motivasjon (Ryan & Deci 2007). Indre motivasjon er styrt av selvet mens ytre motivasjon er styrt av noe utenfor oss selv. Indre motivasjon er preget av ønsket om å gjøre handlingen i seg selv. Individet søker glede, utvikling og opplevelse gjennom handlinger. Ytre motivasjon handler på den andre siden om å gjøre noe for å oppnå noe annet, for å dra fordeler av det en oppnår. En ytre motivert person søker ofte ulike typer belønning gjennom å utføre handlinger (Deci & Ryan 1985). Den indre motivasjonen er hevdet å være mer varig, og at den øker sjansen for å ville fortsette med handlingen (Ryan & Deci 2007).

### **2.3.1 Self-Determination Theory (Selvbestemmelsesteorien)**

En teori som har blitt avgjørende på feltet innen fysisk aktivitet og motivasjon er Self-Determination Theory (SDT) utviklet av Deci og Ryan (1985). Selvbestemmelsesteorien er en metateori bestående av fem underteorier som forklarer menneskelig motivasjon.

Selvbestemmelsesteorien har antagelig fått så stor betydning fordi den anerkjenner både spontanitet og indre motivert aktivitet, og presiserer faktorer som enten øker eller svekker motivasjonen (Ryan & Deci 2007). Underteorien Basic Needs Theory viser til tre grunnleggende psykologiske behov for at mennesker skal forbli eller bli motivert. Disse er autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet (Deci & Ryan 1985; 2002). Autonomi, eller selvbestemmelse, referer til det å være kilden til ens egen atferd. Behovet for selvbestemmelse omhandler graden et individ føler for valgfrihet. Denne atferden kjennetegnes ved en indre årsaksorientering (Deci & Ryan 2002). Behovet for kompetanse omhandler menneskers ønske om å være effektive og å mestre utfordrende oppgaver som er optimale for deres kapasitet (Deci & Ryan 1985). Tilhørighet referer til følelsen av å være tilknyttet andre og følelse av tilhørighet med individer og samfunnet. Mennesker har behov for fellesskap, trygghet og respekt som man tilføres i samhandling med omgivelsene (Deci & Ryan 2002).

Forskning på motivasjon har ført fram til en utvikling av en multidimensjonal forståelse av indre og ytre motivasjon og det faktum at selvbestemmelse er viktig i all aktivitet (Deci & Ryan 2002). Ut i fra dette foreslår Deci og Ryan (1985; 2002) et kontinuum av motivasjon som reflekterer ulik grad av selvbestemmelse. På den ene siden av motivasjonsskalaen finner vi indre motivasjon, som er det høyeste nivået av selvbestemmelse. I den andre enden av motivasjonsskalaen er amotivasjon som kjennetegnes ved minst omfang av selvbestemmelse. Mellom indre motivasjon og amotivasjon, finnes det flere former av ytre motivasjon. Dette kontinuumet av motivasjon viser at mennesket kan delta i en aktivitet av flere grunner gjennom en kombinasjon av både indre og ytre motiver (Deci & Ryan 2002).

### **2.3.2 Selvbestemmelsesteorien og fysisk aktivitet**

For å øke antall fysisk aktive, er det viktig å forstå hvilke faktorer som får folk til å starte med fysisk aktivitet og opprettholder aktivitetsnivået. Deltakelse i trening er påvirket av ulike biologiske, psykologiske, sosiale og miljømessige variabler. Det er viktig å vite noe om de psykologiske prosessene som bidrar til deltakelse i trening og fysisk aktivitet. Flere studier støtter selvbestemmelsesteoriens påstander innen fysisk aktivitet. Autonomistøtte av venner, (Wilson & Rodgers 2004) og tilfredsstillende av de tre grunnleggende psykologiske behovene (Wilson et al. 2003) har vist å være positivt assosiert med de mest selvbestemmende motivasjonsreguleringene. Autonom regulering har også blitt assosiert med opprettholdelse av trening, hyppigere selvrapportert treningsatferd, bedre fysisk form, flere positive holdninger i forhold til trening, atferdintensjoner om å fortsette med trening og bedre selvtillitt i forhold til trening (Wilson et al. 2003; Wilson & Rodgers 2004).

Frederick & Ryan (1993) fant en klar sammenheng mellom deltakeres motivasjon og selvrapportert trening. Interesse, glede og kompetanse motiver var positivt relatert til antall treningstimer per uke. Individuer som trente på grunn av ytre årsaker som utseende og vektreduksjon rapporterte mindre opprettholdelse av treningstimer per uke. I følge Deci & Ryan (1985) har ytre motivasjon en tendens til være karakterisert ved en følelse av kontroll, skam og press til å delta. Det ble også oppdaget at sosial motivasjon var positivt korrelert med antall treningstimer per uke (Frederick & Ryan 1993).

I en studie av Weiss (2000) viste resultatene fra et intervensjonsforsøk, hvor det ble fokusert på å øke selvoppfattet kompetanse, sosial støtte og glede i forbindelse med aktivitet, at dette

førte til økt sannsynlighet for at deltakerne økte sin aktivitet og fortsatte med aktiviteten. Annen forskning har vist at oppfattelse av sin egen kompetanse i forhold til fysisk aktivitet har mye å si for hvordan individer forholder deg til aktiviteten, og hvordan de utøver den (Ntoumanis 2001).

Withall et al. (2011) undersøkte hvilke barrierer og motiver som påvirker lavinntektsgruppers deltakelse i organisert fysisk aktivitet fra deltakeres, ikke-deltakeres og aktivitetslederens perspektiv. Resultatene viste at kostnader, barnepass, mangel på tid og lav bevissthet var barrierer for å delta i organiserte programmer for fysisk aktivitet. Behov for sosial støtte, selvtillit og kompetanse for å delta ble mye uttrykt, spesielt blant kvinner. Blant de aktive var høye nivåer av sosial interaksjon, interesse og glede de viktigste motivene. Funnene støtter tidligere forskning som viser at glede, selvtillitt, kompetanse, indre motivasjon og selvbestemt regulering er korrelert med regelmessig deltakelse i fysisk aktivitet (Rose et al.2005; Silva et al. 2010).

## **2.4 Self-efficacy**

Begrepet self-efficacy (mestringsforventning) er hentet fra sosial kognitiv teori utviklet av Albert Bandura (1986). Self-efficacy er troen på at man er kapabel til å kontrollere ens egen utføring av en bestemt oppgave. Forsøk på å oversette begrepet self-efficacy til norsk, har endt med å kalle det mestringsforventninger. Begrepet reflekterer tro på egne evner eller ferdigheter med tanke på å endre atferd. Self-efficacy kan variere som følge av ulike aktivitetskrav, situasjonskrav og ulike krav til ferdigheter på et bestemt område. Det blir satt et skille mellom oppgavespesifikke og selvregulerende mestringsforventninger.

Oppgavespesifikke mestringsforventninger referer til oppfatningen av mulige konsekvenser av en persons handlinger, mens selvregulerende mestringsforventninger referer til kontroll over personlig handling (Bandura 1986; Bandura 1997). Individets mestringsforventning kan i følge Bandura utvikles positivt på fire måter: for det første ved å skaffe seg positive erfaringer. Når man lykkes, får man større tro på egne evner. Det andre området handler om å omgi seg med positive forbilder. Ved å se andre mennesker overvinne tilsvarende problemer, får man større tro på egne evner. Det tredje området handler om å skaffe seg støtte fra omgivelsene. Dette reflekterer et annet viktig begrep fra sosial kognitiv teori, nemlig sosial støtte. Positive og realistiske tilbakemeldinger kan styrke selvtilliten. Det fjerde området

handler om å fokusere på positive følelsesmessige og kroppslige tilstander. På området fysisk aktivitet er det viktig å tenke på at aktiviteten i seg selv kan skape negative følelser, for eksempel tretthet, verking og smerte. For å kunne håndtere disse negative følelsene kreves det tilstrekkelig mestringsforventning (Bandura, 1997). Det viser seg at mestringsforventninger spiller en avgjørende rolle for atferdsendring på området fysisk aktivitet (Prescott & Børtveit 2004).

Self-efficacy har også gjennomgående vist seg å øke med fremgang i stadier i stadiemodellen (Marshall & Biddle 2001).

## **2.5 Sosial støtte**

Betydningen av sosial støtte for helse og velvære er velkjent, og forskningslitteraturen omhandler både direkte og indirekte sammenhenger mellom støtte og helse/velvære. En tenker seg at sosial støtte kan fungerer som emosjonell og instrumentell. Emosjonell støtte er blant annet muligheten til å dele sorger og gleder i aktiviteten og at man har noen å snakke med, mens instrumentell støtte gis ved at deltakeren får hjelp til praktiske gjøremål (Meyers 2000). Undersøkelser har vist at god sosial støtte er positivt for kroppslig helse. Andre studier har også vist at sosial støtte kan være en buffer mot påkjenninger og redusere helseplager (Knardahl 1998). Teorier om sosial støtte bygger opp under viktigheten av sosial integrasjon. Dette inkluderer aspekter som tilgang til sosiale forhold, antall mulige sosiale forbindelser og frekvens, altså hvor ofte en har kontakt med andre (Kerr, Weitkunat, & Moretti 2005). Sosial isolasjon, som er det motsatte av sosial integrasjon, er en risikofaktor for dødelighet.

Sosiale nettverk kan defineres som uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre (Finseth 1981). Tette sosiale nettverk er en ressurs når problemer oppstår, og styrker individers mestringssevne gjennom at de kan få hjelp fra kjente ved behov. Bånd til andre mennesker og tilknytning til sosiale fellesskap er allment betraktet som en forutsetning for å bli formet som et sosialt vesen og for å opprettholde en identitet som samfunnsmedlem. Effektene av å være integrert i et sosialt nettverk er basert på sosiale forhold som blant annet styrker følelse av mening og styrker opplevelse av sammenheng (Knardahl 1998). Gjennom sosial interaksjon utvikles det sosial kapital. Sosial kapital kan defineres som egenskaper ved sosialt liv, nettverk, normer og tillit som setter



deltagerne i stand til å handle mer effektivt sammen for å løse felles oppgaver (Putnam 1995). Sosial kapital utvikles gjennom erfaringer fra det antall settinger som befolkningen inngår i (Røiseland & Aarsæther 2001).

Gundersen og Moynahan (2006) mener at et godt sosialt nettverk kjennetegnes av stabilitet, som vil si at medlemmene har regelmessig kontakt, positive følelser, at medlemmene liker hverandre og nyter å tilbringe tid sammen, gjensidighet, at medlemmene har gjensidig nytte av hverandre og at de har et felleskap gjennom aktivitet. De har et aktivitetsfellesskap fordi de deler en interesse.

Sosiale relasjoner er definert som forholdet mellom individer. De kjennetegnes av sammensatte forhold, og har vist seg å ha stor innvirkning på individuell atferd (Andersen 1998). Forskning viser at både kvantitet og kvalitet av sosiale relasjoner kan påvirke en persons helse og atferd (Cohen et al. 1997; Uchino et al. 1996). For eksempel kan sosiale relasjoner fungere som tilretteleggere i forhold til fysisk aktivitet, men de kan også direkte påvirke individuelles helseatferd gjennom positive eller negative rollemodeller (Ajzen & Fishbein 1980).

## **2.6 Fysisk aktivitet på resept**

I St. meld nr. 16 (2002-2003) "Resept for et sunnere Norge" ble innføring av en lege-takst for å skrive ut såkalt "Grønn resept" introdusert. Formålet med grønn resept var å stimulere leger til å gi pasientene mer veiledning om livsstil som alternativ til medikamentell behandling.

"Grønn resept" ble innført i 2003, og resepten kunne utskrives til pasienter med høyt

blodtrykk eller diabetes type 2 som ikke var medikamentelt behandlet for disse diagnosene.

"Resepten" er en avtale mellom pasient og lege om livsstilsendringer når det gjelder fysisk aktivitet og kosthold (Bahr, 2008). Ordningen med "Grønn resept" ble senere evaluert, der det blant annet ble konkludert med at målgruppen for ordningen var for snever, at ordningen var for byråkratisk og at det manglet tilbud for å gi de som fikk resepten oppfølging (Bringedal & Aasland 2005). I handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005-2009 ble "Grønn resept" fulgt opp med mål om å utvikle oppfølgingsprogram gjennom samarbeid med andre aktører for å blant annet å gi et spesielt tilpasset aktivitetstilbud for pasienter med "Grønn resept"

(Departementene 2005).

På bakgrunn av manglende oppfølgingsprogram for personer som har mottatt "Grønn resept" har det blitt etablert FYSAK-/Frisklivssentraler i mange av landets kommuner.

Helsedirektoratet har støttet utviklingen av disse oppfølgingsmodellene for "Grønn resept" siden 2004. I følge Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler (2011) er en frisklivssentral: "et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen" (s. 7).

"Frisklivsresept" er en videreføring av ordningen med "Grønn resept". Alle personer med behov for fysisk aktivitet som forebygging eller behandling kan få en "Frisklivsresept". Lege, eller annet helsepersonell, henviser pasienten til frisklivssentralen for strukturert oppfølging i forbindelse med endring av levevaner. Fokus er rettet mot høyrisikogrupper som vil ha helsemessig nytte av å endre helseatferd. Reseptperioden varer i 12 uker og innebærer individuelle helsesamtaler ved begynnelse og slutt. Frisklivssentralen fungerer også som et lavterskeltilbud ved å tilby veiledning til personer som oppsøker sentralen på eget initiativ (Helsedirektoratet 2011).

Gjennom deltagelse i ulike gruppetreninger og kurs er målet med "Frisklivsresepten" å gi deltakerne større tillit til egen mestring og hjelpe dem videre ut til ulike lokale tilbud eller egenaktivitet for å vedlikeholde endringer av levevaner på egen hånd (Helsedirektoratet 2011).

## **2.7 Effekter av fysisk aktivitet på resept**

Sverige har utviklet Fysisk aktivitet på Resept (FaR) i omlag ti år og har evaluert tiltaket gjennom flere studier. I en av de svenske studiene ble 481 pasienter som hadde fått trening på resept fra 2001-2003 fulgt prospektivt over seks måneder i en klinisk studie uten kontrollgruppe. Tretten ulike primærhelsesentre deltok i studien. Pasienter som hadde diagnoser som kunne relateres til fysisk inaktivitet kunne motta FaR. De inkluderte pasientene fikk individuell motivasjonsrettet rådgivning og anbefaling for fysisk aktivitet. Aktiviteten kunne være selvorganisert, eller organisert av offentlige organisasjoner. Resultatene viste at

det fysiske aktivitetsnivået økte i gjennomsnitt fra studiestart til seks måneder.

Aktivitetsnivået steg signifikant fra ingen, eller få økter med fysisk aktivitet i uken til fysisk aktivitet hver dag, eller mange dager i uken; økning i den siste kategorien fra 61 % til 81 %. Når det gjaldt stadiet av motivasjon for atferdsendring endret trenden seg fra at de fleste befant seg i overveieles- og forberedelsesstadiet til hovedvekt av pasienter i handlings- og vedlikeholdsstadiet etter seks måneder. Studien hadde et frafall på 38 % fra første måling til oppfølgingen seks måneder etter. Av andre begrensninger i studien kan det nevnes at fysisk aktivitet målt med spørreskjema kan ha ført til over- eller underrapportering av fysisk aktivitet (Kallings et al. 2008).

I 2006 publiserte Sørensen og medarbeidere en systematisk oversiktsartikkel på temaet trening på resept (Sørensen et al. 2006). Totalt ble 22 studier inkludert i oversiktsartikkelen. Det ble funnet en signifikant økning i fysisk aktivitetsnivå for pasienter som deltok i trening på resept i halvparten av studiene som så på effekter av fysisk aktivitetsnivå (6 av 12 studier). Fysisk form ble målt i tre av studiene og det ble funnet 5 -10 % økning i aerob kapasitet hos pasienter som deltok i trening på resept sammenliknet med kontrollgruppe som ikke fikk tilbud om trening. Det er foreløpig ikke data som kan si noe om effekt på livsstilsendringer utover ett år. Deltakere som fullfører trening på resept har en positiv effekt av opplegget, men det finnes altfor lite data om de som faller fra underveis og de som ikke velger å delta i opplegget. Forfatterne konkluderer med at selv om dataene fra studiene viser positive funn er det stor mangel på evidens på mange områder. Det pekes spesielt på at det er mangel på studier av høy kvalitet som evaluerer gjennomførbarhet i hverdagen til pasientene på sikt (Sørensen et al. 2006).

I Norge er det publisert en evalueringsrapport over trening på resept - programmer i fylkene Nordland, Troms, Buskerud og Vest-Agder. Evalueringer viste at frisklivssentralene treffer deltakerne med et godt tilpasset tilbud. Legene som henviser deltakere, mener at dette er gode tiltak for å nå dem som ikke kommer i gang med fysisk aktivitet på egen hånd. Evalueringen ble gjort ved hjelp av ulike datakilder for å kartlegge erfaringer, organisering og implementering samt i hvilken grad ordningen legger tilrette for endring av levevaner. Resultater viser at reseptbrukere er fornøyde med opplegget, og at mange vedlikeholder det økte fysiske aktivitetsnivået i etterkant av reseptperioden. Rapporten inkluderte imidlertid et lite utvalg av deltakere, 190 personer. Videre peker rapporten på spørsmålet om hvem som er målgruppen for ordningen og hvor godt man treffer i forhold til de aktuelle målgruppene.

Ordningen rekrutterer langt flere kvinner enn menn. I tillegg er det en utfordring at den i liten grad fanger opp personer med minoritetsbakgrunn. Det er større frafall hos personer med overvekt og hos de med psykisk sykdom (Båtevik et al. 2008).

En annen studie fra frisklivssentraler i Nordland og Buskerud viste at trening på resept kan gi bedre fysisk form, redusert vekt og økt selvopplevd helse. En studie med 90 deltakere viser at trening på resept i tre måneder førte til redusert vekt, økt fysisk kapasitet (styrke og kondisjon) og bedret selvrapportert helse. Ved 12 måneders oppfølging etter avsluttet tilbud ble nivået delvis opprettholdt. Halvparten av deltakerne opprettholdt en framgang også ett år etter oppfølgingen. 78 av 90 deltakere fullførte treningsperioden på 3 måneder (87 %) og 74 deltakere (82 %) deltok ved 12 måneders oppfølging etter oppstart. 2/3 av deltakerne var kvinner og gjennomsnittsalderen var rundt 50 år. Det er imidlertid ingen oversikt over hvor mange deltakere som har sagt nei til å delta (Helgerud & Eithun 2010).

En studie fra Nederland har undersøkt effekten av trening på resept på fysisk aktivitet og velvære blant multi-etniske kvinner. I alt 514 kvinner med ulik etnisk bakgrunn ble inkludert i denne studien (192 trening på resept, 322 kontrollgruppe). Kvinnene i intervensjonsgruppen deltok på 18 økter med veiledet trening en gang i uken. Kvinnene gjennomførte en fysisk undersøkelse ved studiestart, og etter 6 og 12 måneder. De fysiske undersøkelsene besto av en standardisert måling av vekt, høyde, fettprosent, midjeomkrets og fysisk kondisjonsnivå. Data om selvrapportert fysisk aktivitet ble samlet inn gjennom strukturerte intervju. 59 % av kvinnene hadde et lavt utdanningsnivå og 90 % var overvektige. Studien hadde et frafall på 14 % i løpet av programmet. Resultatene viste at den totale mengden av fysisk aktivitet ikke ble endret. Forfatterne konkluderer med at trening på resept lyktes i å rekruttere målgruppen. Effekten på fysisk aktivitet, helse og mentalt velvære var imidlertid begrenset. Forfatterne foreslår at dette resultatet kan ha sammenheng med at inaktive multi-etniske kvinner ofte har sosioøkonomiske problemer som dårlig økonomi, arbeidsledighet, sosial isolasjon og mentale lidelser. Derfor har kanskje innarbeiding av fysisk aktivitet i dagliglivet blitt nedprioritert (Gademan et al. 2012).

Effekter av trening på resept kan variere ved sosioøkonomiske og etniske karakteristikk i befolkningen. Kulturelle forskjeller og praktiske problemer, som for eksempel språkbarrierer, gjør det vanskeligere å kommunisere med disse gruppene i helsefremmende tiltak. Også unike barrierer for fysisk aktivitet har blitt vist hos kvinner med ulik etnisk bakgrunn. For eksempel

foretrekker muslimske kvinner fysisk aktivitet i egne kvinnegrupper (Schmidt et al. 2008). Imidlertid er det få studier som rapporterer spesifikt om virkninger av tiltak som trening på resept i grupper med lav sosioøkonomisk status eller i etniske minoritetsgrupper. Mer spesifikt er det ikke kjent hva effektene er i disse målgruppene, som atferdsendringer mot fysisk aktivitet eller hvordan programmet påvirker objektive helsenivå som fysisk form og kroppssammensetning eller subjektive helsenivå som egen opplevd helse og velvære (Hosper et al. 2008).

Bredahl (2010) har i sin doktorgradsavhandling studert den danske versjonen av trening på resept, "Motion på Recept", og tilslutning til fysisk aktivitet. Funnene fra hans studie viser at en positiv holdning eller interesse for fysisk aktivitet ser ut til å være en sterkere prediktor for å fastholde aktivitetsnivået enn self-efficacy og stages of change. Andre viktige faktorer er sosiale relasjoner som familie, venner, treningsveilederen og andre gruppedeltakere. Bredahl foreslår at for å øke den livslange motivasjon for fysisk aktivitet, er en metode å utvikle en modell som flytter fokus fra behandling og helse over på motivasjon og tilfredshet (Bredahl 2010).

### **3. Metode**

I dette kapittelet begrunnes de metodiske valg som er tatt for denne undersøkelsen og det gjøres rede for valg av informanter, rekruttering, gjennomføring og analyseform. Kapittelet starter med å gi en redegjørelse for vitenskapsteoretisk grunnlag. En diskusjon av metode blir presentert sammen med diskusjon av funn i kapittel 5.

#### **3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag**

Hensikten med denne studien er å få et innblikk i reseptdeltakeres subjektive opplevelse av endring i fysisk aktivitet i forbindelse med en 12-ukers frisklivsperiode ved en frisklivssentral: hvordan tilbudet oppleves for kvinner med innvandrerbakgrunn, og hvilke erfaringer og tanker deltakerne har rundt motivasjon, opplevelser og mål knyttet til frisklivsperioden. Denne problemstillingen ledet til valget av en kvalitativ tilnærming, som har fokus på å "utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener" (Malterud 2003, s. 31). En kvalitativ tilnærming går i dybden på data og får mer detaljert og utfyllende informasjon.

I denne undersøkelsen benyttes en kvalitativ metode fordi den kan være rettet mot å forstå virkeligheten slik den oppfattes av enkeltpersoner og gi innsikt og forståelse for andres liv (Thagaard 2009). Metoden brukes for å få innsikt i erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud 2003). Kvalitativ metode ble sett på som et naturlig valg i det forfatteren søker å komme nær informantenes egne tanker, handlinger og erfaringer, hvilket betyr at det er informantene som selv som er kunnskapens objekt.

Kvalitative metoder omfatter mange ulike strategier for innsamling, organisering og fortolkning av tekst fra observasjon, samtale eller skriftlig materiale. Kvalitative forskningsintervju ble vurdert som en god metode for å samle inn data i denne studien, en metode som Kvale & Brinkmann (2009) beskriver at bygger på hverdagssamtalen, men som er en profesjonell samtale med en klar struktur og hensikt.

Det kvalitative intervjuet er i en form der mange vurderinger må gjøres på stedet og underveis i intervjuet. Forskeren bruker seg selv som forskningsinstrument, og dette setter krav til intervjuforskerens kunnskaper og skikkelighet. I følge Kvale & Brinkmann (2009) vil gode

intervjuer kreve kunnskap både om emnet som undersøkes og det menneskelige samspillet. Resultatet vil avhenge av intervjuerens kunnskaper, følsomhet og empati. På kort tid er det opp til intervjueren å skape en slik kontakt at samspillet blir en god samtale i en atmosfære av trygghet der den andre velger å snakke fritt om sine opplevelser og følelser.

Denne undersøkelsen har et fenomenologisk perspektiv, da hensikten med intervjuet var å forstå informantenes livsverden og tolke denne. Et fenomenologisk vitenskapssyn tar utgangspunkt i subjektive opplevelser og forsøker å oppnå en forståelse av dypere mening i personlige erfaringer. Et utgangspunkt for forskningen er forskerens refleksjon over egne erfaringer, men forsker må være åpen for erfaringene til informanten og ha et subjekt-subjekt forhold. Det vil si at begge parter inngår i en sammenheng og begge påvirker forskningsprosessen (Thagaard 2009).

### **3.2 Utvalg og rekruttering**

I samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen ble det bestemt å bruke frisklivssentraler som en arena for å rekruttere deltakere som var i gang med endring av levevaner med fokus på å bli mer fysisk aktiv. For å rekruttere deltakere til denne studien ble det i første omgang sendt ut e-post til ulike frisklivssentraler med forespørsel om de kunne formidle mitt prosjekt til reseptdeltakere og på den måten hjelpe meg med å rekruttere informanter. Fysioteket - Frisklivssentralen i Drammen var meget positive til prosjektet og hadde ønske om å forsøke å rekruttere kvinner med innvandrerbakgrunn til å delta i studien. Omtrent 35% av personene som benytter seg av tilbudet til Fysioteket - Frisklivssentralen i Drammen er personer med innvandrerbakgrunn. Dette var interessant da dette er en viktig målgruppe som tidligere har vært underrepresentert i studier og evalueringer av fysisk aktivitet på resept.

Fysioteket - Frisklivssentralen i Drammen er kommunens kompetansesenter i endring av helseadferd og driftes av Helsetjenesten i Drammen kommune ved spesialfysioterapeuter. Tjenesten har også samarbeid med andre helsearbeidere. Personer som ønsker eller trenger å bli fysisk aktive av helsemessige årsaker får hjelp til komme i gang, veiledning og oppfølging de tre første månedene. Deltakerne skal få positive opplevelser knyttet til fysisk aktivitet, og fokus rettet mot hvilke muligheter som finnes til tross for sykdom eller plage. Aktivitetene som tilbys er gruppetrening hovedsakelig utendørs med innlagte pulsøkninger og

styrkeøvelser som avsluttes med uttøyning og avspenning innendørs. Aktivitetene ledes av fysioterapeuter. Etter endt reseptperiode på forholdsvis 12 uker sluses deltakerne over i annen mosjonsaktivitet.

DiaHelse er et trenings- og læringstilbud til kvinner bosatt i Drammen som har eller står i fare for å få diabetes type 2. DiaHelse er et tilbud Fysioteket - Frisklivssentralen i Drammen har i samarbeid med lærings- og mestringssenteret (LMS) ved Drammen sykehus Vestre Viken HF. Tilbudet har ukentlig undervisning i tema relatert til forebygging og mestring av diabetes. Tilbudet er spesielt tilrettelagt for kvinner med innvandrerbakgrunn. Det benyttes tolker i undervisningen for de som ikke kan norsk. DiaHelse har gruppetrening to ganger i uken og treningen foregår i hovedsak utendørs med en varighet på 90 minutter.

Sammen med lederne ved Fysioteket ble vi enige om at de skulle informere potensielle deltakere om mitt prosjekt, og prøve å rekruttere 6-8 deltakere fra DiaHelse-gruppen. Kriteriene for å delta var at deltakerne måtte være kvinner over 18 år med innvandrerbakgrunn, og de måtte være i slutfasen av reseptperioden. Siden informantene representerer egenskaper relevante for problemstillingen, er utvalget strategisk (Malterud 2003).

### **3.3 Informantene**

Seks kvinner fra DiaHelse-gruppen sa seg villige til å delta på intervju. Alle seks hadde innvandrerbakgrunn og var i alderen ca. 40-59 år. Alle kvinnene var blitt henvist til Fysioteket av lege eller annet helsepersonell. To av kvinnene sto i fare for å utvikle diabetes type 2, mens de fire andre var diagnostisert med sykdommen. Alle var i slutfasen av reseptperioden på 12 uker. Landene de opprinnelig kom fra var Pakistan, Tyrkia og Albania og hvor lenge de hadde bodd i Norge varierte fra 13- 27 år.

### **3.4 Intervjuguide**

Intervjuguiden (vedlegg 1 ) ble utarbeidet med bakgrunn i problemstillingen. Den er semistrukturert, som vil si at rekkefølgen på spørsmålene og temaene kan variere for å gi en balanse mellom struktur og fleksibilitet (Kvale & Brinkmann 2009). Dette innebærer at



intervjuet er delvis planlagt på forhånd. Det er brukt en kort intervjuguide. Guiden inneholder en kort liste av bakgrunnsfaktorer: alder, hvor lenge de har bodd i Norge, hvilket land de opprinnelig kommer fra og hvor lenge de har deltatt på Fysioteket. Deretter skisseres hovedtemaene som er motivasjon, mestring, mål, opplevelser av perioden og planer videre når frisklivsperioden er over. For hvert hovedområde var det satt opp mulige spørsmål, tenkt som en hjelp og støtte til intervjueren mer enn en spørsmålsrekke som skulle besvares.

### **3.5 Gjennomføring av intervjuene**

Alle intervjuene ble gjennomført på Fysioteket da dette var det enkleste for informantene. Rommene hvor intervjuene fant sted, var avskjermet fra daglig virksomhet slik at samtalerne ble gjennomført uforstyrret og at ingen andre kunne høre hva som ble sagt.

To av intervjuene ble utført med tolk innleid gjennom tolketjenesten som Fysioteket bruker i DiaHelse-gruppen.

Hvert intervju startet med at intervjueren fortalte kort om studiens temaområde og hensikt, hvordan selve intervjuet ville gjennomføres, at samtalen ble tatt opp på lydbånd, at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt og at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å måtte oppgi noen grunn. I intervjuene der det ble brukt tolk, klargjorde også tolken sin rolle og sin taushetsplikt. Det ble også gitt rom for spørsmål fra deltakerne før vi gikk videre. Intervjueren var bevisst på å skape en trygg og god ramme omkring samtalerne slik at det i størst mulig grad gav rom for at deltakerne ville dele personlige tanker, erfaringer og opplevelser.

Deltakerne fikk mest mulig fortelle fritt om hvordan de har jobbet med endringer, om hva de har gjort, tenkt og følt på underveis. Intervjueren har fokusert på å stille spørsmål som åpner opp slik at spontane beskrivelser kunne komme frem. Gjennom å bruke intervjuguiden fleksibelt og uten fast rekkefølge har intervjuene hatt sine individuelle forløp der det har vært forsøkt å la informanten styre samtalen, samtidig som det er forsøkt å sikre konsistens mellom intervjuene. Intervjuenes varighet varierte mellom 45-60 minutter.

Intervjuene ble avsluttet med at intervjueren sammenfattet hoveddelene av samtalen og spurte om informanten hadde noen spørsmål eller noe mer å tilføye. Sammenfatninger ble også gjort

underveis. I følge Kvale & Brinkmann (2009) gir dette intervjupersonen mulighet til å oppleve delaktighet og at informasjonen han/hun har gitt er betydningsfull og interessant, samt riktig oppfattet.

Etter hvert intervju ble inntrykk og refleksjoner notert ned for å kunne reflektere over hva som hadde kommet frem i samtalen, samtidig som dette var en del av forberedelsen til neste intervju. Tematikk som ikke var belyst eller som intervjueren ønsket å høre mer om, kunne dermed fokuseres i neste samtale.

### **3.6 Analyse**

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og er transkribert av forfatteren selv relativt kort tid etter at intervjuene ble gjennomført. Lydopptakene ble først hørt på i sin helhet før transkripsjon. Intervjuene ble transkribert mest mulig ordrett, men med skriftlig stil, og dette ble gjort med tanke på sitater og en nyttig form på transkripsjonene (Kvale & Brinkmann 2009). I følge Malterud (2003) er det viktig å bestemme seg for hva som skal regnes som data. I denne oppgaven er det de transkriberte intervjuene som er det datamaterialet som analyseres.

Innenfor fenomenologi er det informantenes fortolkning og forståelse av fenomenet som er det interessante å finne (Thagaard 2009). Dette forutsetter en fortolkende lesning av materialet. Det er imidlertid umulig å se informantene annet enn utenifra, og intervjuerens forståelse av informantene vil alltid være en fortolkning av deres selvforståelse. Da er det viktig å være lojal mot informantenes utsagn, og forsøke å sette egne forutsetninger til side i møte med data (Malterud 2003).

I kvalitativ metode starter analysen allerede under intervjuene, hvor forskeren danner seg inntrykk, og analysen fortsetter ved at man finner en meningsfull inndeling på tvers av materialet. Dette gjør man ved å stille spørsmål til materialet, og organisere og gjenfortelle svarene på en systematisk og relevant måte, i lys av det man har spurt om (Malterud 2003).

Innenfor fenomenologiske studier er det vanlig med analyse av meningsinnhold, og i denne studien benyttes Malteruds (2003) analyse for systematisk tekstkondensering i fire steg, som er inspirert av Giorgis (1985) fenomenologiske analyse. Den innebærer at man først får et

helhetsinntrykk av datamaterialet, at man finner meningsbærende enheter i utsagnene fra informantene (koder), deretter blir disse kodene sammenfattet og gjort om til kategorier, for i siste fase å sammenfatte analysen til å gi mening. Analyseprosessen innebærer en dekontekstualisering og en rekontekstualisering av materialet. Det vil si at tekstdeler tas ut av sin sammenheng for å settes sammen med og kunne leses med lignende tekstelementer og den teoretiske referanserammen (Malterud 2003).

Første trinn handler om helhetsinntrykk, og materialet ble først lest igjennom i sin helhet for å få en generell forståelse, samtidig som spørsmål ble stilt til teksten som for eksempel: "hva handler dette om?" og "hva menes egentlig her?". Notater og tanker skrevet ned rett etter transkriberingen er en del av dette helhetsinntrykket.

Det andre trinnet innebærer en systematisk gjennomgang av teksten for å finne meningsbærende enheter, det vil si tekstbiter som bærer med seg kunnskap om temaene fra første trinn (Malterud 2003). Dette er for å kunne skille relevant tekst fra irrelevant av det man skal studere nærmere, såkalt dekontekstualisering. Koder ble lagd for å hjelpe til å konsentrere meningsinnholdet i teksten.

I tredje trinn abstraherer man kunnskapen fra hver kodegruppe. Tekstdeler/sitater som har fått koder trekkes ut av materialet, og det kalles for kondensering (Malterud 2003). Kodegruppene ble sortert i forhold til hverandre, og det ble utviklet kategorier, som er mer abstrakt enn koder. Materialet er nå dekontekstualisert og består av sorterte utvalgte meningsbærende enheter.

Det fjerde trinnet handler om å rekontekstualisere igjen, man sammenfatter materialet slik at det kan danne grunnlag for nye beskrivelser eller begreper (Malterud 2003). I denne fasen ble mine funn vurdert opp mot det opprinnelige materialet for å se om det samsvarer, eller om analysen fremstår som uten forankring i det empiriske materialet. Dette vil si å validere funnene (Malterud 2003).

Resultatene og presentasjonen av materialet i resultatkapittelet vil ha en temasentrert tilnærming, som i følge Thagaard (2009) betyr at man sammenligner informasjon om hvert tema fra de ulike informantene.

### **3.7 Etiske overveielser**

De etiske sidene er viktige å overholde, og det er strenge krav til ivaretagelse av informanternes personvern ved forskning. Siden studien innefatter behandling av personopplysninger som kan knyttes til personene som deltar i studien, var den meldepliktig til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste [NSD]. Masterprosjektet mottok tilråding av Personvernombudet 12.10.2012 (Vedlegg 4). I kvalitativ forskning stilles det strenge krav til informert samtykke. Informantene skal kjenne prosjektet godt og kunne ta stilling til om de ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud 2003). Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens mål, gjennomføringen av intervjuet, analyseprosessen og om hvordan resultatene ville bli publisert. Alle informantene signerte på samtykkeerklæringen for deltakelse i studien (Vedlegg 3), og det ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å måtte begrunne dette nærmere. De ble også gitt garanti for anonymitet og at all informasjon ville bli konfidensielt behandlet. For å sikre anonymitet er ingen identifiserbar bakgrunnsinformasjon oppgitt. Temaet som intervjuene skulle omhandle, er nært knyttet til følelser og selvoppfattelse, hvilket er sårbare og personlige områder. Forfatter har derfor lagt stor vekt på at intervjuene ble gjennomført med trygge og profesjonelle rammer.

### **3.8 Forforståelse**

Forforståelse er sentralt i forskning og må kartlegges. Forsker må redegjøre og være tydelig på sitt ståsted og utgangspunkt for forskning (Kvale & Brinkmann 2009). Forforståelse handler om den kunnskap, holdninger, erfaringer og forventninger som forsker bringer med seg, bevisst eller ubevisst, inn i prosessen. Forskning krever at forsker er reflektert rundt sin egen forforståelse og avdekker motiver og intensjoner med arbeidet (Malterud 2003).

Innledningsvis ble det gjort rede for motiver og intensjoner med denne studien som ønsker å belyse reseptdeltakeres subjektive opplevelse av endring i fysisk aktivitet. Forsker ønsker å belyse dette ut fra kvinner med innvandrerbakgrunn som ønsker å bli mer fysisk aktive. Forfatterens utdanningsbakgrunn er en bachelor i Idrett, friluftsliv og helse, og jobber til daglig som personlig trener på treningssenter. Erfaring knyttet til studiens fagområde har forfatteren fått gjennom å veilede klienter innenfor trening og kosthold samt utvikle program

for endring av helseatferd. Nettopp denne bakgrunnen har skapt nysgjerrighet på hva som over tid skal til for å lykkes med en atferdsendring for ulike grupper i samfunnet. Som et utgangspunkt tenker forfatteren at mennesker ikke endrer seg fordi noen forteller dem at de må eller bør endre seg, men ved at de må oppdage, ville og kunne det selv. Dette preger forfatterens syn på endring av helseatferd, som med antagelser om at det ikke dreier seg om personers kunnskap, men om å tilrettelegge gode teknikker som passer inn i hver enkelts liv. Faglig og teoretisk ser forfatteren at holdninger, mestring og motivasjon, samt emosjoner og praktiske hindringer er viktige elementer for å forstå endring av helseatferd.

## 4. Resultater

Dette kapittelet vil presentere funnene i studien slik det fremkommer av analyseprosessen. Funnene presenteres ved hjelp av forskers egne ord og sitater fra informantene. Sitatene er skrevet i kursiv.

Ingen av informantene har drevet med noe form for trening før de ble henvist til Fysioteket i Drammen. På spørsmål om grad av hverdagsaktivitet, hvordan de beveger seg i nærmiljøet svarer de aller fleste at de pleier å ta buss, men at de også av og til går til fots når de skal til/fra aktivitet i nærmiljøet. Alle seks kvinnene ble henvist til Fysioteket av lege eller annet helsepersonell på grunn av at de har eller står i fare for å få diabetes type 2. Flere nevner også andre sykdommer eller plager, samt overvekt som grunn til at de ble henvist til Fysioteket. Selv om alle har blitt henvist av lege, uttrykker de at de selv ønsker å bli mer fysisk aktive. Flere av informantene er hjemmeværende, trygdet eller sykemeldte.

Deltakerne har to treningsøkter i uken på Fysioteket. Ingen av kvinnene deltar i annen type organisert aktivitet utenom Fysioteket, men alle sier at de pleier å gå tur. Noen sier at de går tur sammen med mannen eller andre i familien.

### 4.1. Motiver til endring

Denne kategorien viser hvordan deltakerne opplever å bli motivert til å gjennomføre en atferdsendring og bli mer fysisk aktive. Deltakerne forteller om hvordan deres motivasjon har bygget seg opp underveis og blitt forsterket i samspillet med andre. Det er særlig opplevelsene av å komme til kort og ikke fungere i hverdagen som har ført til at de tenker at en endringsprosess må gjennomføres. Deltakerne opplever også hvordan deres helse og velvære trues på grunn av deres levevaner. De kjenner seg nærmest tvunget til å endre sin livsstil for å kunne bevare sin helse og trivsel, samt det å kunne leve et verdifullt liv. Noen frykter sykdom, andre frykter det å bli avhengig av andres hjelp og noen det at de rett og slett vil dø tidlig hvis endringer ikke gjøres. Motivasjonen til å delta på Fysioteket har variert fra det å ikke ha særlige forventninger i det hele tatt, til det å være topp motivert til å starte en endringsprosess. Når de har kommet i gang, merker deltakerne at det gir resultater i form av bedre fysisk form, mer overskudd og bedre selvbilde, noe som ytterligere forsterker deres motivasjon. Også den

direkte støtten fra andre personer påvirker motivasjonen positivt, noe som også inkluderer den kontakten og kontrollen som de ansatte ved Fysioteket har representert. I tillegg blir selve treningsopplegget og instruktørene trukket frem som en motiverende faktor i seg selv.

For flere av deltakerne var også det å få direkte tiltale og en ærlig kommunikasjon på at, nå var det på høy tid å gjøre noe, det var det som virkelig gav de et spark til å komme i gang. Nesten alle har snakket om at det å bli kontrollert i en eller annen form, det å bli sett av helsepersonell, har vært viktige faktorer for å styrke deres bevissthet og motivasjon. Former for tilbakemelding er alt fra det å registrere aktivitet, under treningsøktene og det å ha samtaler. Flere ønsker å ha denne kontakten videre etter reseptperioden som en kontroll og dialog over tid, og sier det ville styrket deres motivasjon ytterligere.

De fleste nevner helsemessige faktorer som å kjenne at den fysiske formen blir bedre motiverer dem underveis. De sier at fysisk aktivitet er gunstig i behandling av diabetes og smerter i skuldre/nakke, for å holde sykdommen under kontroll og for å forebygge for sykdommer i fremtiden. Videre nevnes andre aspekter som at det er gøy å trene, noen sier de får en god følelse i etterkant av treningen. En av deltakerne sier at hun opplever mindre stress når hun trener og at dette motiverer henne til å fortsette med trening. Hun sier at hun stresser mye med oppgaver i hjemmet, men når hun trener forsvinner følelsen av stress og hun kan tenke på andre ting. Hun sier også at treningen gjør at hun sover bedre.

Deltakerne forteller at tilbakemeldinger er med å gjøre de motivert. De snakker da om både det de selv erfarer med egen kropp, og det som formidles fra andre personer. Deltakerne forteller hvordan det inspirerer og motiverer, det å oppleve at egen innsats gir resultater i form av bedre kondisjon, bedre bevegelighet, reduserte smerter, mer overskudd, sterkere kropp og gladere humør. De opplever å mestre fysiske aktiviteter som de ikke trodde de skulle få til. Dette er tilbakemeldinger som oppleves helt konkret og beskrives som sterke, gode opplevelser og som motiverer til videre innsats. Flere forteller de har blitt kvitt symptomer på sykdom og har kunnet slutte med medisiner.

*"Før klarte jeg nesten ikke gå på grunn av smerter i beina, men nå klarer jeg nesten alt".*

*"Jeg har høyt blodtrykk, men det er på vei ned nå som jeg trener. Også smerter i skuldre og nakke er blitt bedre. Jeg var i veldig dårlig form da jeg startet her, klarte nesten ikke henge med gruppa, men nå er kondisjonen mye bedre. Så det er kjempebra. Merker fort at formen blir bedre, så det er bare å fortsette".*

## **4.2 Hvordan tilbudet oppleves**

Informantene er enige om at tilbudet oppleves som positivt. Gruppetreningene blir oppfattet som varierte, motiverende og godt tilpasset deres nivå. De sier at det er sosialt, at de har fått nye venner, og at det er positive og flinke instruktører som motiverer dem. De sier også at de har lært mye av å delta og de synes det er positivt at leger kommer innom å snakker med dem. De er i stor grad fornøyd med treningen og aktivitetene som tilbys, og de mener at instruktørene er flinke til å tilpasse treningen til deres nivå. En av kvinnene sier at hun er fornøyd med aktivitetene, men at det kunne ha vært litt mer forskjellig utstyr til styrketrening innendørs. Det at tolk er til stede i undervisningen gjør at tilbudet også er tilrettelagt for de som ikke snakker norsk. Ingen av kvinnene synes at språket problematiserer treningen.

*"Jeg har opplevd det veldig, veldig bra... det har jeg. For når jeg ser på ... for det første den helsemessige gevinsten... at jeg har fått blodtrykket helt ned... for det har jeg.... og jeg klarer å holde sykdommen under kontroll. Vi lærer masse nytt, om trening og sånn... og om hva man bør gjøre i hverdagen for å bedre helsa".*

Informantene sier at de liker og mestrer aktivitetene som tilbys, og at de liker at mye av treningen foregår utendørs. Det å være ute i frisk luft trekkes frem av flere som positivt for helsen. De føler seg mindre stresset ved å trene kondisjon utendørs. Deltakerne mener at intensiteten på treningene er passe høy, og at de ofte blir pushet både av andre i gruppa og av instruktørene. Noen sier at det var vanskelig å henge med i starten, men at det er blitt lettere etter hvert. De trekker også frem at det er positivt at aktivitetene ikke er for vanskelige eller for krevende. De liker at treningen er enkel å gjennomføre, og at det går an å utføre mange av øvelsene på egenhånd og i hjemmet.



*"Jeg blir så glad av å være ute i frisk luft. Jeg får så mye mer energi og føler at det hjelper på både det fysiske og det psykiske. Nå har jeg begynt å gå tur nesten hver dag...før var jeg mest inne liksom".*

Deltakerne har testet ut mye nytt. De har skaffet seg nye erfaringer og oppdaget nye aktiviteter som kan fungere godt for dem. De sier at det har vært både morsomt og utfordrende å få prøve ulike former for styrketrening, stavgang, bevegelsestrening og aerobic. De har med andre ord fått utvidet sitt repertoar hva gjelder fysisk aktivitet.

*"Det beste har vært at jeg har lært meg å sykle. Så nå skal jeg kjøpe sykkel. Jeg synes det er mye morsommere å kunne sykle, enn bare å gå tur. Det var vanskelig å lære i starten, men nå har jeg fått det til. Så gleder meg til å sykle mer framover".*

Gjennom den praktiske treningen oppdaget deltakerne nye aktiviteter som de liker og som de kan fortsette med. Informantene forteller at valg av aktivitet må styres ut fra om det er lystbetont og om det er noe en kan trives med over tid. Det har vært viktig for dem å få testet ut trening innenfor trygge rammer. Noen har vært usikre på hvor hardt de kan presse seg uten at det er farlig, og noen har vært usikre på hva de kan gjøre av aktivitet i forhold til smerter de kjenner i kroppen. Profesjonell veiledning og det å få teste ut dette innenfor trygge rammer, har vært viktig for å bli mer aktiv. Flere har også oppdaget at de mestrer mer enn det de hadde trodd på forhånd. De har fått større selvtillitt i forhold til egen kropp og opplevelse av at en kan delta i fysiske aktiviteter som de selv ikke trodde de kunne være med i tidligere.

*"Det jeg lærte mest sann i forhold til trening var jo at... det at... ja det var jo at det ikke er farlig å presse seg litt... jeg mener at vi tåler faktisk mye mer enn det man tror. Altså når du går en tur alene hjemme ikke sant... hvis du ikke går sammen med noen... og hvis jeg puster litt mye i en bakke... så slakker du liksom litt ned, det blir så slitsomt å... mens nå føler jeg jo at jeg lærte at det gjør faktisk ingen ting å puste litt... og vi har bare godt av det"*

Deltakerne opplever at perioden har gitt en helsegevinst. Bedre fysisk form, mestring av fysisk aktivitet og bedre livskvalitet blir trukket frem. De opplever helsetilstanden som bedre enn da de startet. Deres aktivitetsnivå er økt, og gjelder alt fra daglig aktivitet til trening. For å få til egentrening, har flere sørget for å gjøre avtale med andre personer som kan være med å trene, presse og oppmuntre dem. Dette har vært venner, familiemedlemmer eller personer de

har blitt kjent med gjennom gruppa. Deltakerne er fornøyde med sin egen innsats gjennom frisklivsperioden, og ser at de har fått til mer enn de i utgangspunktet trodde.

### 4.3 Det sosiale

Gjennom gruppetrening blir den enkelte en del av et sosialt fellesskap som mange har stort utbytte av. Behovet for å være en del av et fellesskap blir understreket av flere. I flere av tilfellene kommer deltakerne fra miljø der de ikke har så mange rundt seg som driver med trening eller andre former for fysisk aktivitet. I gruppen får de et sosialt festepunkt som danner grunnlag for nye nettverk.

Informantene forteller også at de syns det er sosialt å trene i grupper og at dette gjør at de blir mer motiverte. De synes det er kjedeligere og vanskeligere å skulle trene på egenhånd. Gjennom reseptperioden har de blitt kjent med nye personer og nye kulturer. De fremhever å ha fått et større sosialt nettverk og at det er hyggelig å kunne prate sammen under og etter treningsøktene.

De er også tydelige på at støttende nettverk er avgjørende for å få til endringer. Dette dreier seg om alt fra deres aller nærmeste familie, venner, helsepersonell og andre personer i samme situasjon. De har opplevd å få støtte, veiledning, praktisk hjelp, oppmuntring og et ytre positivt press. Noen deltakere forteller at deres endringsprosess faktisk har kostet en del for resten av familien ved at disse har måttet forsake noe for å støtte ekstra opp i perioder. Gruppetreningen har for de fleste vært gode møter der de kan snakke med andre i samme situasjon og dele erfaringer. Det ligger en stor gjenkjennelse for hverandres situasjon, og at det gir en god opplevelse å vite at en ikke er alene om problemene.

Flere snakker om at det sosiale har vært det mest givende ved hele perioden. De sier at det er lettere å motivere seg til å møte opp på treningene, de føler seg mer forpliktet til å stille opp. Flere sier at de også møtes utenfor de organiserte treningene for å gå tur sammen.

*"De har betydd veldig mye. Jeg har blitt kjent med mange nye, for jeg kjente ikke så mange fra før som drev med noe trening eller noe sånt. Her i gruppa er vi i samme situasjon og vi*

*har det gøy sammen. Vi snakker og ler sammen. Nå har jeg alltid folk som ringer og spør om jeg vil gå på tur".*

#### **4.4 Endring av vaner**

Informantene forteller at mye av deres jobb med å endre vaner har handlet om å ta tak i det å håndtere egne tanker og følelser, få kontroll og ferdigheter til å gjøre noe med dette. Noen forteller at de har jobbet mye med innstillingen sin, ikke dvelt ved det negative og det som har skjedd, men lære seg å fokusere på veien videre og nye muligheter. De snakker om at det er i hodet det sitter, det er tankene som må snus, og at dette er hovedjobben til endring. De opplever også at gleden over de nye vanene kommer først etter en stund. Deltakerne har erfart at skal de klare å endre sine levevaner, må de prioritere egne behov foran andres, noe de nå oppfatter som helt greit og ikke egoistisk, slik de selv har tenkt tidligere. Hindringer de nevner for fysisk aktivitet er selve handlingen for å sette i gang og fortsette, tid til aktiviteten og hindringer rundt barn og familie, stress og forpliktelser i hjemmet.

Mer kunnskap om hvordan helse blir påvirket av fysisk aktivitet har styrket deres kapasitet i å ta nye valg og endre vaner. De forteller om overraskelser og aha-opplevelser knyttet til ny innsikt om fordeler ved fysisk aktivitet. De forteller at de ikke har hatt kunnskap om dette og heller ikke hatt tanker om hvilke store forskjeller det faktisk utgjør å velge litt annerledes i hverdagen. Gjennom ny kunnskap og økt innsikt har de styrket sin kapasitet til å ta valg som gir helsemessige fordeler.

#### **4.5 Veien videre etter reseptperioden**

Felles for informantene er ønske om å ha tilgang til støtte fra helsepersonell over enda lengre tid. De mener at det å bli sett, det å vite at noen følger med deg og har forventninger til deg gjør en forskjell. I perioder der ting går litt tyngre så mener de at det å beholde kontakten med de profesjonelle er til god hjelp, til vanene har satt seg bedre. De fleste av informantene sier at de aller helst vil fortsette å trene i grupper på Fysioteket, og håper at de får en ny frisklivsresept slik at de får videre oppfølging i tre måneder. Hvis de ikke får forlenget frisklivsresepten, vil de forsette treningen på egenhånd med ting de har lært. Ingen av

informantene ser for seg å delta i organisert trening andre steder fordi de synes det blir for dyrt. Tiltakene de ønsker å sette i gang med etter at reseptperioden er over spenner fra gåturer og naturlig aktivitet, sykling og små økter på egenhånd med styrketrening som de kan gjøre hjemme eller ute. Flere nevner at de har begynt å gå turer med andre de har blitt kjent med fra gruppa, og at de ser for seg å fortsette med det.

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres resultatene opp mot teori og empiri presentert i kapittel 2.

Diskusjon av metode blir presentert til slutt i dette kapitlet.

### 5.1 Motivasjon og mestring

Selvbestemmelsesteorien viser til at mennesket kan delta i en aktivitet av flere grunner gjennom en kombinasjon av både indre og ytre motiver (Deci & Ryan 2002). Deltakerne ønsker både å forbygge sykdom og å få kontroll på sykdomstegn, men de er mest opptatt av helse som økt overskudd, velvære og det å mestre hverdagen. Resultatene viser at deltakerne blir mer motivert av å få positive tilbakemeldinger fra andre i gruppa, fra familie eller helsepersonell. Dette vises det også til i selvbestemmelsesteorien. Positiv tilbakemelding på kompetansen øker den indre motivasjonen, mens negativ tilbakemelding reduserer den. Positive tilbakemeldinger kan derfor øke individets følelse av kompetanse og dyktighet (Deci & Ryan 2002).

Selvbestemmelsesteorien argumenter for at hendelser som støtter følelsen av autonomi og kompetanse vil øke den indre motivasjon (Ryan & Deci 2002; 2007). Dette betyr at autonomi og kompetansebehovet må være tilfredstilt for å skape og opprettholde autonom motivasjon. Tilhørighet skaper sosiale relasjoner og er med på å fremme indre motivasjon (Ryan & Deci 2002). Dette samsvarer med funnene om at informantene blir mer motivert av å trene sammen i grupper, og det at de har tilegnet seg større kompetanse innenfor trening.

Studier har vist at behovet for kompetanse er spesielt viktig for å predikere autonom regulering av treningsatferd (Ryan & Deci 2007). I denne konteksten kan behovet sees på som å påvirke sin egen helse via fysisk aktivitet. Å oppfatte seg selv som kompetent i forhold til å være fysisk aktiv og ta vare på seg selv, samt ha kontroll over sin helsesituasjon, kan antas å skape motivasjon for å øke eller opprettholde fysisk aktivitet blant disse informantene. Kvinnene mente at det og faktisk å begynne å trene og fortsette handlingen var vanskelig. Flere omtalte at hadde det bare vært opp til dem hadde de fått det til, men det er ting rundt dem som vanskeliggjør. Dette sees i sammenheng med Deci og Ryans (2002) teori som legger

vekt på det selvbestemte menneske. Den påpeker at indre motivasjon påvirkes av tendensen til å ha nok interesse for en ting og kunne prioritere det å være litt egosentrert.

Oppfattelsen av egen helse forteller om subjektive vurderinger av sitt eget liv (Prescott & Børtveit 2004) og dette påvirkes av hvordan man ser på seg selv. Hva kvinnene motiveres av sier mye om kvinnenens selvoppfatning som er oppfatning av seg selv og tro på seg selv. De har fått større selvtillit gjennom å meste nye aktiviteter. Lillemyr (2007) påpeker at selvet er viktig og det er indikert at selvforståelse og selvvinnsikt er av stor betydning for å oppnå indre motivasjon. Man må kunne gjøre endringer og det er ikke nok å ville, det krever gode strategier for handling. Dette krever at man er motivert på riktig måte slik at det skaper et engasjement. Sosial kognitiv teori beskriver motivasjon som en målrettet aktivitet som opprettholdes gjennom forventning om utfall og mestring (Bandura 1997). Forventing om utfall av aktiviteten og forventning om mestring av aktiviteten gjør derfor motivasjonsbegrepet mer konkret. Dermed kan det sies at gjennomføring av handlinger og i hvilken grad de utføres er et uttrykk for motivasjon.

Deltakerne hadde det bedre når de trente og selv om ingen var opptatt av kroppsideal var de tydelige på at samvittigheten, humøret og fokuset var bedre når de var aktive. Deltakerne sier tydelig at aktiviteter de liker og det de oppfatter som gøy er det som er lettest å gjennomføre. Dette samsvarer med funnene i studien til Bredahl (2010) der en positiv holdning eller interesse for aktiviteten synes å være viktig for opprettholdelse av aktiviteten. Mangel på motivasjon og interesse er i tidligere forskning blitt sett på som store hindringer for atferdsendring (Sallis & Hovell 1990). Dette er i samsvar med litteraturen som viser at motivasjon eller interesse er viktige insentiver for å bli mer fysisk aktiv (Biddle & Mutrie 2007).

Hvordan informantene omtaler hva de mestrer og hva de ikke mestrer sier mye om deres selvforståelse og selvvinnsikt. Der noen er veldig tydelige med å si hva de mestrer og ikke mestrer er andre mer opptatt av hva som er årsak til at de ikke mestrer. Dette henger sammen med Deci og Ryans (2002) selvbestemmelsesteori som handler om å få dekket behovet for å ha kompetanse om seg selv og hva de mestrer, være selvstendig og ta egne avgjørelser og ha kontroll, samt behov for relasjon og sosial tilhørighet i situasjonen. Valg, anerkjennelse av følelser og muligheter for selvregulering, øker indre motivasjon fordi det gir en større følelse av autonomi (Deci & Ryan, 1985).

Gjennom å bli gitt valgmuligheter og selv få ytre hva deres motivasjoner er, kan man føle seg i stand til selv å kunne påvirke sine omgivelser. Dette skaper tro på egne evner til å skape endring via sine handlinger (Bandura 1997). Motsatt av dette vil være en situasjon der individet ikke føler noe eierforhold til aktiviteten, og hvor den føles påtvunget av andre: "Jeg må utføre denne aktiviteten", i motsetning til "jeg ønsker å utføre denne aktiviteten" (Deci & Ryan 2002). Deltakernes motivasjon har endret seg gjennom reseptperioden. Fra å være ytre regulert og påtvunget ved direkte kommunikasjon fra andre, til å bli mer indre regulert ved å kjenne at den fysiske formen blir bedre og at det er gøy å trene.

Bandura sin teori om self-efficacy kan også brukes til å forklare hvordan informantenes kapasitet er blitt styrket. Mestringsforventning handler om en persons evne til å sette seg konkrete handlingsmål og ha en klar forventning om å kunne gjennomføre målene (Bandura 1986). Det handler altså om en tro på egne evner til å utføre handlinger som er nødvendige for å mestre ulike situasjoner i fremtiden. Bandura (1986) omtaler denne positive forventningen som avgjørende for hvordan personer tenker, opplever og handler i konkrete situasjoner. Teknikker som brukes for å styrke denne tro, er mestringsopplevelser, modellering, overtalelse og det å gi fysiologiske kompatible erfaringer. Resultatene viser at deltakerne har fått styrket sin mestringstro gjennom egne erfaringer og ved å se andre i gruppen mestre.

En kan også se på deres aktive utforskning, det å prøve ulike typer aktivitet, som en metode som har styrket deres kapasitet til faktisk å gjennomføre ønsket atferd på et senere tidspunkt. Det er slik de forteller det selv, at uten disse erfaringene, hadde de ikke kommet på at det gikk an eller tatt det skrittet det er å prøve noe nytt. De har fått et bredere repertoar, erfart at de kan mestre og deres kapasitet til å omsette til handling ble økt. Spesifikke evner, ressurser og omgivelser vil bestemme om intensjon omsettes til atferd, og det skjer kun hvis personen har reell kontroll over utførelsen av atferden (Bandura 1997). Deltakerne i studien brukte tid og energi på å utforske aktiviteter og gjennom dette fikk de en opplevelse av faktisk kontroll. I trygge rammer fikk de erfare at dette får de til. For noen av deltakerne ble kontrollen opparbeidet gjennom det å få kunnskap om og trygghet for at det ikke er fysiologisk farlig å presse seg fysisk. Sannsynligheten for at atferden gjentar seg er derfor styrket.

Kultur, samfunn og de nærmeste påvirker hvilke aktiviteter man utfører. Frihet til total selvbestemmelse av aktiviteter er noe som blir hevdet å være en utopi; man blir alltid påvirket og styrt av andre og av sin egen livssituasjon (Galvaan 2012). Allikevel er det nettopp

selvbestemmelse som i følge Deci og Ryan (2002) er utgangspunktet for at mennesker skal kunne være motivert til å utføre helsefremmende aktiviteter. Siden vi ikke kan fjerne andres påvirkning på individers meninger om ulike aktiviteter, er det viktig å være et samfunn som istedenfor å ha en snever tilnærming til helsefremmende aktiviteter, åpner opp for en helhetlig praksis, hvor påvirkning skjer via samhandling. For å få til dette, må enkeltindivider bli bemyndiggjort ("empowered"). Psykologisk empowerment (empowerment på individnivå) handler om individets mulighet til å ta beslutninger og ha kontroll over sitt liv, det handler om selvkontroll, tro på egen evner og mulighet for mestring (Tveiten 2007). Dette er beskrivende for det som foreligger av resultater i denne studien, det å kunne styre selv, det å ha kontroll over sitt liv og det å kunne mestre.

Deltakernes endringsprosess har i hovedsak handlet om å jobbe med selvregulering, motivasjonsprosesser, dannelsen av nye vaner og det å bearbeide psykisk uhelse. Til sammen har disse fremmet evnen til å endre atferd og til å ha økt kontroll i hverdagen. De samme elementer er i andre studier assosiert med økt effektivitet av intervensjonene (Greaves et al., 2011).

## **5.2 Betydningen av sosial støtte**

I likhet med andre studier (Wilson & Rodgers 2004; Frederick & Ryan 1993; Withall et al. 2011; Jenum et al., 2006) viser resultatene fra denne studien betydningen av sosial støtte og behovet for sosial tilhørighet. Treningen er sosial og dette blir sett på som en motiverende faktor. Behovet for å være en del av et fellesskap blir understreket. Resultatene viser at det sosiale utbyttet ved å delta i gruppa blir ofte verdsatt like høyt som treningsutbyttet ved aktiviteten. For mange av deltakerne vil evne til endring være tett knyttet til psykisk tilstand. Bruk av gode gruppeprosesser kan være en egnet måte å arbeide med endring av levevaner for brukerne i denne ordningen.

Ettersom flere av informantene er hjemmевærende, sykemeldte eller uføre, kan disse oppleve sosial isolasjon ved å stå utenfor arbeidslivet. Å være ufør kan påvirke livskvalitet og deltagelse i samfunnet. Over tid kan tilværelsen bli fremmedgjørende, preget av manglende kontroll og ansvar (Sørensen et al. 2002). Trening i grupper kan derfor være nettverksskapende og bidra til et fellesskap som man ellers har gjennom arbeidsplassen. Å



knytte nye kontakter som det er naturlig å trene sammen med kan være til hjelp for at de skal fortsette med fysisk aktivitet også etter at reseptperioden er over. Et slikt sosialt nettverk vil trolig også motvirke ensomhet, som kan være utbredt i denne gruppen.

Resultatene viser at støtte fra resten av gruppen og forpliktelse overfor de andre deltakerne ble angitt som viktige faktorer for å holde seg fysisk aktive. Å etablere nye kontakter som det er naturlig å trene sammen med, kan også være til hjelp for at brukerne skal fortsette med fysisk aktivitet på egen hånd etter reseptperioden. Andre studier på gruppetrening trekker også frem den sosiale forpliktelsen som gruppeaktiviteten innebærer (Withall et al. 2011). Mange opplever det som forpliktende på en positiv måte å være en del av en gruppe. Forpliktelsen bygger i stor grad på at positive gruppeprosesser og sosialt samspill er avhengig av at deltakerne møter opp på trening. Forpliktelse og tilhørighet er på denne måten nært knyttet sammen (Withall et al. 2011).

Resultatene viser at i fellesskap med andre kan deltakerne få en forståelse for livssituasjonen gjennom å se at det er andre i samme situasjon, og oppleve utfordringer som kan være motiverende. Dette støttes i litteraturen om at sosial aktivitet er essensielt i forhold til å fremme en opplevelse av både kontroll og mestringsforventning. Sosial deltakelse definerer og forsterker meningsfulle sosiale roller gjennom muligheter for engasjement som fører til en følelse av tilhørighet og tilknytning (Putnam 1995; Knardahl 1998).

Informantenes syn på viktigheten av familie og venner er generelt i samsvar med litteraturen som sier at et støttende miljø er viktig for å oppnå endring av atferd (Stroebe 2000; Trost et al. 2002).

### **5.3 Frisklvsresept som virkemiddel for atferdsendring**

Hovedkonklusjonen i flere av studiene om fysisk aktivitet på resept er at det øker den fysiske aktiviteten på kort og mellomlang sikt. Langtidseffekten vet man foreløpig lite om (Kallings et al. 2008; Sørensen et al. 2006; Båtevik et al. 2008; Helgerud & Eithun 2010). Det har primært vært fokus på å måle effekt på fysisk form og fysisk aktivitetsnivå. Det er i liten grad brukt målemetoder som ser på individets evne til mestring og livskvalitet. Resultatene i denne studien viser at det å gå fra fysisk inaktiv til fysisk aktiv er en sammensatt prosess hvor

kunnskap, mestring, kontroll og sosial støtte er viktige forutsetninger for å lykkes og for å ville fortsette med å være fysisk aktiv. En utfordring med fysisk aktivitet på resept er hvordan man får folk til å fortsette med egenaktivitet etter at de er ferdige med reseptperioden.

Målet med "Frisklivsresepten" er å gi deltakerne større tillit til egen mestring og hjelpe dem videre ut til ulike lokale tilbud eller egenaktivitet for å vedlikeholde endringer av levevaner på egen hånd (Helsedirektoratet 2011). Resultatene i denne studien viser at informantene har planer om å fortsette den fysiske aktiviteten på egen hånd etter at reseptperioden er over. De ser ikke for seg å benytte seg av andre tilbud om organisert aktivitet. Dette kan sees i sammenheng med barrierer for fysisk aktivitet som kulturelle forskjeller, språkbarrierer, kostnader og sosial isolasjon for denne gruppen (Schmidt et al. 2008; Gademan et al. 2012). Dette kan tyde på at frisklivssentralens mål om å sluse deltakerne videre ut til lokale tilbud ikke har lyktes blant denne gruppen.

Det er mulig at reseptperioden er for kort til å ha noen reell innvirkning på mestringsforventninger i forhold til barrierer. Informantene uttrykker et behov for en forlenget periode med rådgivning fra helsepersonell etter at reseptperioden er avsluttet. Dette indikerer at tiltakene og den motiverende rådgivningen ikke har vært effektive nok for å etablere endringen av levevaner.

## **5.4 Metodediskusjon**

Kvalitativ metode er ikke tilstrekkelig for å generalisere, men kan gi en mer dyptgående kunnskap og et mer helhetlig perspektiv. Ønsket er å forstå et fenomen innenfra og metoden preges av nærhet, fleksibilitet, sensibilitet og dette gir et fokus med mening, innsikt og forståelse (Thagaard 2009).

Innenfor fenomenologi ønsker man å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves for informantene (Kvale & Brinkmann 2009). Intervjusituasjonens fortrolighet og ro kan skape en god ramme for å lytte til informantenes opplevelser, og valget av intervju som metode ble tatt fordi det ble vurdert som den metoden som kunne fremskaffe mest mulig relevante data og således gi sterkere validitet.

En åpen og ikke standardisert forskerposisjon som denne intervjumetoden gir vil ha klare fordeler i forhold til et standardisert spørreskjema. Ønsket er å gå bak tallene og få en dybdeforståelse av faktorene som ligger bak en atferdsendring for å bli mer fysisk aktiv.

Forfatteren har forsøkt å tydeliggjøre alle prinsippene som er fulgt i prosessen, fra utvalg, inkludering og gjennomføring av intervju og analyser for å styrke studiens pålitelighet. Intervjusituasjonen krever god kompetanse fra intervjuerens side, både relasjonsmessig og i det å være dyktig til å få den andre til å fortelle. Dette har vært i fokus for denne studien. Forfatterens forståelse av det som kom frem i intervjuene, ble sjekket underveis i form av oppsummeringer som deltakerne justerte eller bekreftet. På denne måten ble misforståelser oppdaget.

Det er mulig at de som er intervjuet ikke har fortalt eller fokusert på det som ikke har gått så bra i reseptperioden. Det var ikke mye fokus på tilbakefall, selv om det også ble omtalt. Det er imidlertid ikke inntrykket at de har skjult det som har vært vanskelig.

En forskers forforståelse vil alltid påvirke en forskningsprosess (Malterud 2003). I denne studien har forfatteren forsøkt å forstå og tolke ut fra det som faktisk er sagt, fra rådata, uten at egen forforståelse skal være til hinder for å se, oppdage og forstå. Prosessen har hele tiden vært å gå tilbake til rådata for å se om sammenhengene fortsatt var der og på denne måten sjekket analyseresultatenes rimelighet og pålitelighet.

Bakgrunnsforhold som forforståelse er gjort rede for i metodekapittelet. Dataene sees på som troverdig, da de er basert på både båndopptak og egne notater underveis og etter intervjuene. Intervjuenes kontekst var lik og bør ikke ha nevneverdig effekt på resultatet. Gjennomføring av analyse og fortolkning er beskrevet og dataene er underbygget av annen litteratur.

Svakheter ved studien er at utvalget består av få deltakere og at dataene er hentet fra kun en frisklivssentral. En sammenligning av deltakere fra ulike frisklivssentraler kunne vært interessant og styrket studiens resultater. Utvalget bestod av en homogen gruppe da alle var kvinner med innvandrerbakgrunn. Det kunne også vært interessant å inkludere etniske nordmenn i utvalget for å undersøke om det fantes ulikheter blant disse gruppene i forhold til motivasjon, mestring og opplevelser av reseptperioden. Studien er likevel aktuell da personer med minoritetsbakgrunn har vært underrepresentert i tidligere forskning og evalueringer av

temaet. Resultatene kan ikke generaliseres, men kan være et viktig supplement til kvantitative studier av dette temaet.

## 6. Konklusjon

Formålet med denne studien var å få et innblikk i reseptdeltakeres subjektive opplevelse av endring i fysisk aktivitet i forbindelse med en 12-ukers frisklivsperiode ved en frisklivssentral: hvordan tilbudet oppleves for kvinner med innvandrerbakgrunn samt hvilke erfaringer og tanker deltakerne har rundt motivasjon, opplevelser og mål knyttet til frisklivsperioden.

Funnene fremhever at ens valg av atferd gjøres i et samspill mellom ulike faktorer, og i stor grad påvirkes av sosial kontekst, samtidig som en vellykket adferdsendring fordrer en sterk individuell motivasjon gjennom ulike faser av endringsprosessen.

Studien viser at deltakernes endring i fysisk aktivitet har forløpt gjennom en rekke sosiale prosesser. Deltakerne motiveres av enkle grep tilpasset deres hverdag. Deltakerne er fornøyd med tilbudet og de ønsker å fortsette med fysisk aktivitet etter at reseptperioden er over. Reseptordningen har klart å legge til rette for at gruppetreningen skal fungere både sosialt og som en positiv opplevelse for deltakerne.

Studien får fram et spekter av erfaringer og holdninger som kan være nyttig med tanke på å finne gode strategier for atferdsendring. Å utvikle kompetanse slik at man håndterer både tanker, følelser og praktiske handlinger, og opplever å ha stor grad av kontroll i forhold til å gjennomføre fysisk aktivitet er viktig. Mye tyder på at sosial støtte og sosial tilhørighet er spesielt viktig for deltakerne. Fremtidige studier bør i høyere grad inkludere innflytelsen av faktorer som sosialt nettverk og dettes påvirkning av individets livsstil og mestring.

En sentral og viktig utfordring for fysisk aktivitet på resept er hvordan man får folk til å fortsette med egenaktivitet etter at de er ferdig med reseptperioden. Resultatene i denne studien viser at det er ønskelig med en forlenget periode med rådgivning fra helsepersonell etter at reseptperioden er avsluttet. Det er et behov for videre forskning som ser på langtidseffekter etter at reseptperioden er avsluttet. For å kunne si noe om effekten av fysisk aktivitet på resept og hvorvidt man har lykket i denne delen av folkehelsearbeidet er man avhengig av andre tilnærminger og andre måleverktøy i fremtidige studier.

## Referanseliste

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.

Andersen, H. (1998). *Sociologi - en grundbog til et fag*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.

Bahr, R. (2008). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuserert rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Biddle, S. J., Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., & Lippke, S. (2007). Theoretical Frameworks in Exercise Psychology. I: Tenenbaum, G. and Eklund, R. C., *Handbook of Sport Psychology* 3 ed., 537-559. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Biddle, S. J. & Mutrie, N. (2007). *Psychology of Physical Activity. Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.

Biddle S.J. & Nigg C.R. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*. 2000: 31(2): 290-304.

Bredahl, T.V.G. (2010). Adherence to physical activity - Psychological aspects in "Prescribed Exercise" and "Motivational counselling". Institute of Sports Science and Clinical biomechanics

and Faculty of Health Sciences. University of Southern Denmark.

Bringedal, B. & Aasland, O.G. (2005). Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt.

Bouchard, C., Shepard, R.J. & Stephens, T. (1994). *Physical Activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement*. Human Kinetics Publishers, Champaign IL.

Båtevik, F.O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R. & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. Volda: Møreforskning.

Caspersen, C.J, Powell, K.E. & Christensen, G.M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports* 1985; 2: 126-31.

Cohen S., Doyle W.J., Skoner D.P., Rabin B.S. & Gwaltney J.M., Jr. (1997) Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*. 1997; 277(24): 1940-1944.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective*. *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester: University of Rochester Press.

Departementene. (2005). *Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009)*. *Sammen for fysisk aktivitet*. Oslo: Departementene.

Finseth, A. (1981). *Familien og det sosiale nettverket*. Oslo: Cappelen.

Frederick, C. M., & Ryan, R. M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of sport behavior*, 16, 124-146.

Gademan, M.G.J., Deutekom, M., Hosper, K. & Stronks, K. (2012). The effect of exercise on prescription on physical activity and wellbeing in a multi-ethnic female population: A controlled trial. *BMC Public Health*, 12:758.

Galvaan, R. (2012). Occupational choice: The significance of socio-economic and political factors. I: Whiteford, G. & Hocking C. (Eds.), *Occupational Science: Society, Inclusion, Participation*. UK: John Wiley & Sons, 152-162.

Giorgi, A. (1985). Sketch of psychological phenomenological method. I: Giorgi, A, red. *Phenomenological and psychological research*. Pittsburg, PA: Duquesne University Press, 8-22.

Greaves, C., Sheppard, K., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P., Schwarz, P. & The, I. S. G. (2011). Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*, 11, 119.

Gundersen, K. & Moynahan, L. (2006). *Nettverk og Sosial Kompetanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hassmèn, P. & Plate, J. (2003). *Idrottspsykologi*. Bokförlaget Natur och kultur, Sverige.

Helgerud, J. & Eithun, G. (2010). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hokksund Rehabiliteringssenter/NTNU.

Helsedirektoratet. (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. Oslo: Helsedirektoratet; IS-1754.

Helsedirektoratet (2011). *Veileder for kommunale Frisklivssentraler. Etablering og organisering*. Oslo: Helsedirektoratet; IS-1896.

Hosper, K., Deutekom, M. & Stronks, P.K. (2008). The effectiveness of "Exercise on Prescription" in stimulating physical activity among women in ethnic minority groups in the Netherlands: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 8:406.



Jenum, A.K., Stensvold, I., & Thelle, D.,S. (2001). Differences in cardiovascular disease mortality and major risk factors between districts in Oslo. An ecological analysis. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 59-65.

Jenum, A.K., Anderssen, S.,A., Birkeland, K.,I., Holme, I., Graff-Iversen, S., Lorentzen C., Ommundsen, Y., Raastad, T., Odegaard, A.,K., Bahr, R. (2006). Promoting physical activity in a low-income multiethnic district: effects of a community intervention study to reduce risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease: a community intervention reducing inactivity. *Diabetes Care*. 2006; 29(7): 1605-12.

Kallings, L.V., Leijon, M., Hellénus, M.L. & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports*; 18: 154–161.

Kerr, J., Weickert, R., & Moretti, M. (2005). *ABC of behavior change: a guide to successful disease prevention and health promotion*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

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

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lillemyr, O. F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug.

Marshall S.J. & Biddle S.J. (2001). The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Ann Behav Med*. 2001; 23(4): 229-246.

Myers, D.G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*; 55 (1): 56-67.

- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ntoumanis, N. (2001). A self-determination approach to the understanding of motivation in physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 225-242.
- Ommundsen, Y. & Aadland, A.,A. (2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive - og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?* Oslo: Helsedirektoratet.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983) The stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A. & Evers, K.E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. I: Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M., ed. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Putnam, R. (1995). *Bowling Alone, Revisited, The Responsive Community*. New York: Simon and Schuster.
- Rose E, Parfitt G. & Williams, G. (2005). Exercise causality orientations, behavioral regulation for exercise and stage of change for exercise: Exploring their relationships. *Psychology Sport Exercise*, 6.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2007). *Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Røiseland, A. & Aarsæther, N. (2001). *Lokalsamfunn og sosial kapital, delutredning til "Prosjekt nasjonal handlingsplan for folkehelsearbeid"*. Bodø: HBO - arbeidsnotat 5/2001.

Sallis J.F. & Hovell M.F. (1990). Determinants of exercise behavior. *Exerc Sport Sci Rev*. 1990; 18: 307-330.

Schmidt, M., Absalah, S., Nierkens, V. & Stronks, K. (2008). Which factors engage women in deprived neighbourhoods to participate in exercise referral schemes? *BMC Publ Health* 2008, 8:371.

Silva, M.N, Vieira, P.N, Coutinho, S.R, Minderico, C.S, Matos, M.G, Sardinha, L.B. & Teixeira, P.J. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal of Behavioral Medicine*, 33:110-122.

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. (2001). Fysisk aktivitet og helse. Kartlegging. Rapport nr 1/2001.

St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*. Oslo: HOD.

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: HOD

Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. Philadelphia, PA: Open University Press.

Sørensen, J.B, Skovgaard T, Puggaard L. (2006). Exercise on prescription in general practice: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*, Jun; 24(2):69-74.

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K. (2002) «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskr Norsk Legeforening* 122: 2379-83.

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

Trost S.G., Owen N., Bauman A.E., Sallis J.F. & Brown W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc.* 2002; 34(12): 1996-2001.

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: om veiledning i empowermentprosessen.* Bergen: Fagbokforlaget.

Uchino B.N., Cacioppo J.T. & Kiecolt-Glaser J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull.* 1996; 119(3): 488-531.

Ulseth, A. L. B. (2008). *Mellom tradisjon og nydannelse. Analyse av fysisk aktivitet blant voksne i Norge.* Universitetet i Oslo.

U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General.* Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Promotion.

Weiss, M.R. (2000). Motivating kids in physical activity. President's council on physical fitness and sports. *Research digest*, 3(11), 2-10.

Wilson, P.M. & Rodgers, W.M. (2004). The relationship between perceived autonomy support, exercise regulations and behavioral intentions in women. *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 229-242.

Wilson, P.M., Rodgers, W.M, Blanchard, C.M. & Gessell, J. (2003). The relationship between psychological needs, self-determined motivation, exercise attitudes and physical fitness. *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 2373-2392.

Withall, J., Jago, R. & Fox, K.R. (2011). Why some people do but not, don't. Barriers and enablers to engaging low -income groups in physical activity programmes: a mixed methods study. *BMC Public Health*, 11:507.

WHO, World Health Organization. (2002). *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.

# Vedlegg

## Intervjuguide

### Innledning:

Informasjon om prosjektet, konfidensialitet og redegjørelse av intervjuets form.

Be deltaker fortelle kort om seg selv. Alder, kjønn, verdensdel/land, antall år i Norge.

- Har du tidligere drevet med noen form for trening? Eventuelt hva?

- Hvordan beveger du deg i nærmiljøet? F. eks når du skal til/fra aktivitet i nærmiljøet?  
(Hverdagsaktivitet, aktiv transport)

### Hoveddel:

Hva er grunnen til at du har deltatt på frisklivssentralen?

Ønsker du å bli mer fysisk aktiv?

I så fall, hva motiverer deg? (Hva er det som gjør at du ønsker å bli mer fysisk aktiv?)

Hvilke aktiviteter har du deltatt på i frisklivsperioden?

Hvordan føler du at du mestrer aktivitetene?

Hva var målet ditt med å delta på frisklivssentralen?

- Føler du at du oppnår målet ditt?

- Hva får du til/hva er du fornøyd med?

- Hva føler du at du ikke får til?

Har deltakelse på frisklivssentralen ført til at du deltar i annen type aktivitet? (utenom frisklivssentralen)

Hva har vært mest utfordrende/vanskelig i denne perioden?

Hva har vært mest givende? Hva likte du best med aktivitetene? Hvorfor?

Har du tenkt noe på hva du skal gjøre når frisklivsperioden er over? Hva er planen videre?

Har du lyst til å fortsette med fysisk aktivitet/trening fremover?

Hvordan opplevde du aktivitetene som ble tilbudt her på frisklivssentralen? (Hva var bra, noe du savnet?)

### Avslutning:

Kort oppsummering.

Er det noe mer du tenker på som du vil fortelle om?

## **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave**

### ***"Frisklivsresept som virkemiddel for atferdsendring"***

Jeg er masterstudent i folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er atferdsendring, med fokus på endring i fysisk aktivitet. Hovedmålet med prosjektet er å få et innblikk i reseptdeltakeres subjektive opplevelse av endring i fysisk aktivitet i forbindelse med reseptperioden på 12 uker. Dette kan tilføre viktig kunnskap om tiltak rettet mot fysisk aktivitet og hva som kan være viktige faktorer med hensyn til endring av levevaner.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 6-8 personer som har fått henvisning til frisklivssentral og som er i slutfasen av reseptperioden. Spørsmålene vil dreie seg om motivasjon, opplevelser og erfaringer fra perioden, mål og hvilke faktorer deltakere mener er viktige for å få til endringer. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil vare mellom 30-60 minutter, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdigstilt.

Dersom du har lyst til å delta i intervju, må du skrive under på en samtykkeerklæring før vi begynner intervjuet.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 99 72 10 46, eller sende en e-post til [marianne.lauvang@student.umb.no](mailto:marianne.lauvang@student.umb.no). Du kan også kontakte min veileder Ruth Kjærsti Raanaas ved institutt for landskapsplanlegging på telefonnummer 41 23 6314 eller på e-post: [ruth.raanaas@umb.no](mailto:ruth.raanaas@umb.no).

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Marianne Lauvang  
Mastergradstudent ved UMB

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert av prosjektansvarlig, dato)





Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Ruth Kjersti Raanaas  
Institutt for plante- og miljøvitenskap  
Universitetet for miljø og biovitenskap  
Postboks 5003  
1432 ÅS

Vår dato: 12.10.2012

Vår ref:31790 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31790

Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

*Frisklivsresept som virkemiddel for atferdsendring. En kvalitativ studie med fokus på deltakers opplevelse av endring i fysisk aktivitet*  
Universitetet for miljø- og biovitenskap, ved institusjonens øverste leder  
Ruth Kjersti Raanaas  
Marianne Lauvang

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

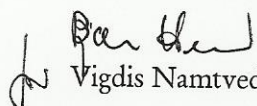
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 21.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marianne Lauvang, Middelthunsgt. 25 C, 0368 Oslo

# Personvernombudet for forskning



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 31790

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

For å ivareta konfidensialitet og frivillighetsaspektet anbefaler ombudet at den som ønsker å delta tar direkte kontakt med student.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet for miljø- og biovitenskap sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 21.06.13 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
67 23 00 00  
[www.nmbu.no](http://www.nmbu.no)