



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2020 30 stp**

Fakultet for landskap og samfunn  
Institutt for folkehelsevitenskap

# **Å leve med kronisk sykdom – en kvalitativ studie om erfaringer med livsstyrketrening i Asker kommune**

**Mariann Børsum Haugen**

Master i Folkehelsevitenskap



## *Forord*

Da var den spennende tiden som student ved Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet (NMBU) over, heldig var jeg som fikk oppleve det over lengre tid enn planlagt, med mammapermisjon underveis. Nå skal det avsluttes med det største og mest spennende skoleprosjektet jeg har vært med på.

Først og fremst, tusen takk til alle de flotte kursdeltakerne som stilte opp og delte raust av deres opplevelser. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Tusen takk til Asker kommune og Aktiv Fritid som ga meg muligheten til å lære om noe for meg helt ukjent innen folkehelsearbeid, nemlig livsstyrketrening. En ekstra takk til kursleder Monica Slinning for rekruttering av informanter og villig deling av informasjon rundt kurset.

Jeg må også rette en spesiell takk til min veileder Camilla Ihlebæk ved NMBU som har delt raust av sin lange erfaring og omfangsrike kunnskap.

Til slutt må jeg takke min fine familie, både mine foreldre som har vært barnevakt, min søster som har bidratt med gjennomlesing og til sist, spesielt min mann som særlig i det siste, omtrent alene har sørget for at familielivet har gått rundt.

Så ble det en spesiell vår på flere måter enn at jeg skulle levere masteroppgave. Men med fleksibel både mann og arbeidsgiver har det likevel vært mulig å bli ferdig tross stengt barnehage og mer å gjøre på sykehuset. Koronaepidemien har i det minste vist at det er stort behov for å drive folkehelsearbeid, og det gleder jeg meg til å bidra med!

Mariann Børsum Haugen

Oslo/Asker 01.06.20

## *Sammendrag*

**Bakgrunn:** Helsetilstanden for Norges befolkning er ansett som god. Til tross for dette er det mange som har kroniske helseplager som i stor grad påvirker livskvaliteten. Som et bidrag til å gjøre disse personene i stand til å leve med plagene, har det i kommunene blitt opprettet ulike mestringssentre. Gjennom å tilby lærings- og mestringstilbud til pasienter med kroniske lidelser, ønsker man å øke livskvaliteten og begrense ringvirkningene sykdommen har for daglig funksjon. Et slikt tilbud er Livsstyrketrening som gis ved Aktiv Fritid (Frisklivssentralen) i Asker kommune.

**Hensikt:** Det er begrenset kunnskap om hvordan deltakere på kurs i livsstyrketrening opplever tilbudet. Formålet med denne studien var derfor å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer deltakere på kurs i Livsstyrketrening hos Aktiv Fritid i Asker kommune sitter igjen med etter gjennomført kurs. Videre var hensikten å se om deltakernes erfaringer kunne tolkes i lys av teoretiske tilnærminger som opplevelse av sammenheng og empowerment.

**Metode:** Studien benyttet en kvalitativ tilnærming, og det ble gjennomført individuelle intervjuer av seks deltakere som hadde gått på kurs i livsstyrketrening i 2019 ved Aktiv Fritid. Tekstdata ble analysert ved hjelp av Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering og resultatene ble diskutert opp mot de nevnte teoretiske tilnærmingene.

**Resultater:** Gjennom analysen av informantenes erfaringer, ble det identifisert tre hovedkategorier for resultatene, *Å ha det bedre*, *Opplevelse av fellesskap* og *Mestring*. Kategorien *å ha det bedre* ble uttrykt gjennom subkategoriene *aksept* og *optimisme*. Kategorien *opplevelse av fellesskap*, identifiserte to subkategorier, *speiling* og *perspektiv*. Den siste kategorien *mestring*, beskrev subkategoriene *å sette grenser* og *å styre livet selv*.

**Konklusjon:** Funnene i studien viser at informantene på flere måter har fått det bedre etter deltakelse på kurs i livsstyrketrening, noe som i stor grad samsvarer med eksisterende forskning. At de har det bedre har sammenheng med å oppleve aksept og optimisme, og ser ut til i stor grad skyldes at de mer enn før føler en *opplevelse av sammenheng*. Gruffellesskapet som oppstod ga mulighet til å speile seg i andre og få perspektiv på livet, noe som gjorde informantene styrket både i *opplevelse av sammenheng* og *empowerment*. Mestringsopplevelsene som oppstod rundt å styre livet selv og å sette egne grenser gir inntrykk av at deltakerne har oppnådd en sterkere følelse av *empowerment*. Funnene er

interessante ettersom det finnes lite forskning på temaet, samtidig som det mer enn før tilbys mestringskurs som forebyggende helsetiltak i kommunene.

## Abstract

**Background:** In general, the state of public health in Norway is considered as good. Despite this, many people have chronic health issues that affect the quality of life. In order to help these persons to cope with these issues and improve their daily life situation, the municipalities has established "Frisklivssentraler" (Healthy Life Centers"). By providing learning and coping services to patients with chronic disorders, the goal is to try to help them find quality of life and limit the effect the disease has for daily functioning. One such offering is Vitality training given at Aktiv Fritid (Frisklivssentralen) in Asker municipality.

**Purpose:** There is limited knowledge of how participants in Vitality training programs experience this program. The purpose of this study was therefore to examine what experiences participants on programs in Vitality training at Aktiv Fritid in Asker municipality are left with after completing the course. Furthermore, the purpose has been to see if the participants' experiences could be interpreted by considering theoretical approaches such as *sence of coherence* and *empowerment*.

**Method:** The study used a qualitative approach, and individual interviews were conducted by six participants who had undergone program in Vitality training during 2019 at Aktiv Fritid in Asker municipality. Text data were analyzed using Malterud's (2017) systematic text condensation and the results were discussed towards the theoretical approaches mentioned.

**Results:** Through the analysis, three main categories were identified from the results. The participants *felt better*, they had experienced *fellowship* and *mastery*. The category of feeling better was expressed through the *acceptance* and *optimism* subcategories. The fellowship category, identified two subcategories, *to see themselves in others* and *perspective*. The last category, mastery, described the subcategories of *setting boundaries* and *better control of life*.

**Conclusion:** The findings of the study show that the informants have in several ways improved after participating in Vitality training programs, and are mostly consistent with existing research. The fact that they feel better has to do with experiencing acceptance and optimism, and seems to be largely due to the fact that they feel more *sence of coherence*. The group fellowship that emerged provided the opportunity to reflect on others and perspectives on life, which gave more *sence of coherence* and *empowerment*. The mastery experiences that arose around managing life itself and setting their own boundaries give the impression that participants have achieved a greater *sence of empowerment*. The findings are interesting as

there is little research on the topic, at the same time as mastering courses more and more often are initiated as preventive health measures in the municipalities.

## 1.0 Innholdsfortegnelse

2.0	Innledning.....	9
3.0	Bakgrunn .....	11
3.1	Helse og helseplager .....	11
3.2	Salutogenese og opplevelse av sammenheng .....	13
3.2.1	Balansen mellom motstandsressurser og motstandsunderskudd.....	14
3.2.2	Stressfaktorer.....	15
3.2.3	Mulighetene for å flytte seg på skalaen i løpet av livet.....	16
3.3	Empowerment.....	18
3.3.1	Empowerment på individnivå .....	18
3.3.2	Empowerment hos individet og ut i samfunnet.....	19
3.3.3	Empowerment som behandlingsmål .....	20
3.4	Frisklivsarbeid .....	21
3.5	Hva er livsstyrketrening?.....	21
3.6	Tidligere erfaringer med livsstyrketrening og andre mestringskurs.....	23
3.6.1	Erfaringer med mindfulnesssterapi .....	23
3.6.2	Erfaringer fra tidligere undersøkelser på livsstyrketrening.....	23
3.6.3	Mestringskurs og gruppesituasjonen .....	24
3.6.4	Sykdomsidentitet hos personer med kroniske plager .....	25
4.0	Problemstilling .....	26
5.0	Metode.....	27
5.1	Setting: Livsstyrketrening hos Aktiv Fritid .....	27
5.2	Kvalitativ metode .....	27
5.2.1	Intervju som metode.....	28
5.3	Rekruttering av deltakere.....	28
5.3.1	Bakgrunnsinformasjon om informantene .....	29
5.4	Gjennomføring av intervjuet .....	29
5.5	Transkribering av intervjuene.....	31
5.6	Analyse .....	31
5.6.1	Malteruds systematiske tekstkondensering – en analysemetode.....	31
5.6.2	Gjennomføring av analysen.....	32
5.7	Min bakgrunn og forforståelse som forsker .....	33
5.8	Etiske vurderinger.....	35



6.0	Resultater.....	36
6.1	Å ha det bedre.....	36
6.1.1	Aksept.....	37
6.1.2	Optimisme .....	38
6.2	Opplevelse av fellesskap .....	40
6.2.1	Speiling.....	41
6.2.2	Perspektiv .....	42
6.3	Mestring.....	43
6.3.1	Å sette grenser .....	44
6.3.2	Å styre livet selv.....	45
7.0	Diskusjon.....	47
7.1	Metodediskusjon.....	47
7.1.1	Reliabilitet .....	47
7.1.2	Validitet.....	48
7.2	Resultatdiskusjon.....	51
7.2.1	Å ha det bedre .....	51
7.2.2	Opplevelse av fellesskap .....	55
7.2.3	Mestring .....	57
7.2.4	Oppsummering av drøfting .....	59
8.0	Konklusjon og implikasjoner .....	62
9.0	Referanser.....	64
10.0	Vedlegg .....	70
10.1	Vedlegg 1 intervjuguide .....	70
10.2	Vedlegg 2 Samtykkeskjema .....	72
10.3	Vedlegg 3 Bekreftelse fra NSD .....	74

## 2.0 Innledning

Helsetilstanden for Norges befolkning er ansett som god. Vi er blant de lengstlevende i verden med forventet levealder på 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn. (Folkehelseinstituttet, 2018). Likevel har vi sammenlignet med andre OECD-land, relativt høyt sykefravær i Norge (Folkehelseinstituttet, 2017). De hyppigste årsakene til at folk opplever redusert helse er muskel- og skjelettlidelser, psykiske plager, hjerte- og karsykdommer og kreft (Folkehelseinstituttet, 2018).

Norske myndigheter forsøker å møte ovennevnte helseutfordringer på flere måter. Gjennom St.meld. nr. 21 (1998-199) «Ansvar og meistring» skjedde det en endring i rehabiliteringspolitikken ved at man gikk fra å ha et rent medisinsk fokus med tanke på å bedre funksjonsevnen, til å fokusere mer på hele pasienten og livssituasjonen den står i (Sosial- og helsedepartementet, 1999). I Meld. St. 19 (2014-2015) «Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter» følges fokuset på hele mennesket opp, og at man må få hjelp til å leve gode liv. Et viktig element i folkehelsepolitikken er å styrke enkeltindividet til å ta gode valg, og ansvar for eget liv og helse. Det å føle at man mestrer de utfordringer livet gir kan gi livsglede, mening og overskudd. Det blir samfunnets ansvar å legge til rette slik at forutsetningene for å gjøre dette er tilstede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Ett av tiltakene for å gjøre dette er å etablere kommunale mestringssentre som skal gi veiledning, informasjon og kunnskap til å håndtere kronisk sykdom og forandringer i helsesituasjon. Dette for å bidra til egen situasjonsinnsikt og styrking av egne ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Meld. St. 19 (2018–2019) «Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn» beskriver målgruppene for frisklivssentralen, som mestringssentrene gjerne blir kalt, som personer som har risiko for, eller som har utviklet sykdom og som trenger hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Videre omtaler meldingen at i hvor stor grad en person med kronisk sykdom blir påvirket, avhenger av blant annet hvordan man mestrer symptomene. Ved å etablere lærings- og mestringstilbud til pasienter med kroniske lidelser kan man øke livskvaliteten og begrense ringvirkningene av sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Som en følge av dette har flere kommuner etablert slike tilbud. Asker kommune er en av dem, og kaller det hos seg livsstyrketrening, og det er dette tilbudet som er utgangspunktet for denne oppgaven.

Folkehelsen til innbyggerne i Asker kommune er ifølge Folkehelseinstituttets folkehelseprofil bra sammenlignet med landsgjennomsnittet (Folkehelseinstituttet, 2019b). Likevel er det utfordringer knyttet til befolkningssammensetningen og at det er store forskjeller i helsetilstand, hvilket understreker betydningen av å nå ut med forebyggende tiltak til ekstra sårbare grupper (Asker kommune, 2015).

Ifølge Stenberg et. al. (2017) får stadig flere som lever med kroniske lidelser i Norge tilbud om å delta i lærings- og mestringstilbud. Livsstyrketrening hos Aktiv Fritid i Asker kommune er en del av et stadig voksende tilbud innenfor denne typen kurs. Samtidig etterlyser man mer forskningsmessig dokumentasjon rundt nytteverdien av slike tiltak, særlig her i Norge, da det eksisterer lite forskning på livsstyrketrening og erfaringen det gir deltakerne (Stenberg et al., 2017). På bakgrunn av dette er problemstillingen for denne oppgaven å undersøke erfaringene til deltakere som har gjennomført livsstyrketrening i regi av Asker kommune.

## 3.0 Bakgrunn

### 3.1 Helse og helseplager

Hva som er god helse kan defineres på flere måter. Den mest brukte beskrivelsen har vært Verdens helseorganisasjons definisjon som sier at god helse er «en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (WHO, 1946).

Denne definisjonen var radikal i sin tid fordi det var en bred og holistisk definisjon av helse som inkluderte både fysiske, psykologiske og sosiale forhold (Hofgaard, 2010). Den har siden blitt kritisert for å fremstå mer som en definisjon på lykke, og at om den tolkes bokstavelig vil alle defineres som syke fordi god helse da vil være uopnåelig (Goth & Berg, 2014; Hofgaard, 2010). Likevel har definisjonen vært viktig fordi den sier noe om at det ikke bare er fravær av sykdom som definerer helsen vår. I Meld. St. 19 (2014-2015)

«Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter» defineres god helse slik; «God helse er ikke bare om fravær av sykdom, det handler også om å mestre livets utfordringer» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015 s. 9). I denne oppgaven legges en slik definisjon og forståelse av helsebegrepet til grunn. I en slik forståelsesramme, nærmer helsebegrepet seg å handle om livskvalitet. Ifølge Folkehelseinstituttet (2019a) er livskvalitet en subjektiv opplevelse som omfatter positive elementer som ro, glede og livstilfredshet. Videre omfatter også livskvalitet å fungere godt, og at man kan oppleve slike positive følelser på tross av sykdom og helseplager (Folkehelseinstituttet, 2019a). Dette samsvarer med det engelske uttrykket «well-being» som sier noe om hva som gir et godt liv og at dette omhandler mer enn bare fravær av sykdom. Det å føle seg bra og å fungere i den hverdagen man har, blir sett på som viktige elementer for å leve gode liv (Naidoo & Wills, 2016).

Helsefremmende arbeid blir av WHO (1986) sett på som en sosial og politisk prosess som skal fremme personlig vekst ved å sette både den enkelte, og fellesskapet i stand til å ha økt kontroll på forhold som påvirker helsen, gjennom sosiale, miljømessige og økonomiske forhold (WHO, 1986). Helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid handler om mye av det samme, nærmere bestemt å fokusere på det som bidrar til at man kan oppnå og opprettholde god helse og livskvalitet (Naidoo & Wills, 2016). En del av det helsefremmende arbeidet er å jobbe forebyggende ved å sette inn tiltak som skal begrense eller redusere risikoen for at man utvikler sykdom, og gjerne rette det mot grupper som er særlig utsatt (Major et al., 2011). Livsstyrketrening er en måte å drive helsefremmende og forebyggende arbeid og er relevant

folkehelsearbeid på den måten at det forsøker å hjelpe dem som allerede har ekstra helseutfordringer, å leve med disse (Solvang, 2018).

Som beskrevet i innledningen er helsetilstanden i Norge god, og vi er blant de lengstlevende i verden (Folkehelseinstituttet, 2018). Likevel er det mange som rapporterer å ha helseplager (Indregard, Ihlebæk, & Eriksen, 2013), og som nevnt har vi høyt sykefravær sammenlignet med andre OECD-land (Folkehelseinstituttet, 2017). Ifølge NAV (2019), er muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser de vanligste årsakene til sykemeldinger. Disse lidelsene utgjør henholdsvis 33 % og 22,4 % av alt sykefravær hvilket tilsier at det er mange nordmenn som i stor grad får hverdagen sin påvirket av helseutfordringer (NAV, 2019). Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser kan beskrives som subjektive helseplager, da det sjelden er objektive målinger som kan forklare plagene, eller at man opplever plagene som sterkere enn det som er forventet ved en tilstand (Ihlebak, Eriksen, & Ursin, 2002).

De aller fleste som har subjektive helseplager opplever dem som kortvarige «hverdagsplager», men for noen blir plagene sterke og langvarige, og de får konsekvenser for funksjon i dagliglivet og arbeidsdeltakelse (Ihlebak et al., 2002). En forklaringsmodell for hvorfor noen opplever langvarige helseplager er allostatisk belastning som beskriver fysiologisk hvordan stressbelastning kan påvirke helsen (Getz, Kirkengen, & Ulvestad, 2011). Kroppen responderer på alle stressende utfordringer ved blant annet å øke puls og blodtrykk. Skjer slike aktiveringer hyppig, uten å komme ned på normalt nivå mellom påkjenningene, kan det resultere i helseskade (McEwen, 1998, 2006). Det er dette som kalles allostatisk overbelastning (Getz et al., 2011), og beskriver langvarig overbelastning av vår tilpasningsevne, hvilket kan resultere i helseskade. Kroppen inkorporerer livshistorisk informasjon og belastning over tid, og dette kan påvirke kroppen fysiologisk. Forskning viser at dette kan måles helt konkret i tester av blant annet blodtrykk, puls, lungefunksjon, blodsukker, hormoner og kroppsmål. Samme forskning viser at denne effekten kan motvirkes noe gjennom opplevelse av støtte, anerkjennelse og tilhørighet (Getz et al., 2011).

I nyere teorier om enkeltpersoners helse og livskvalitet vektlegges mestring, og det å kunne takle livet og de stressende faktorene man blir utsatt for. En slik teori er Antonovskys salutogene modell, der *opplevelse av sammenheng* blir beskrevet som et sett med egenskaper som reduserer risiko for sykdom og styrker helsefremming. *Empowerment* er en annen teori som omhandler mestring i den forstand at man ved å mestre kan ha makt i eget liv.

### 3.2 Salutogenese og opplevelse av sammenheng

Salutogenese handler om å fokusere på hva som bidrar til å fremme god helse, mestring og velvære, i motsetning til patogenese som handler om hvordan sykdom oppstår og utvikles (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Begrepet *Sence of Coherence* (i denne oppgaven brukes den norske oversettelsen *opplevelse av sammenheng*) ble introdusert i 1979 av Aron Antonovsky, gjennom boken «Health, stress and coping» og var utgangspunktet for det som ble kalt den salutogene modell. I oppgaven henvises det til den norske oversettelsen til Sjøbu av Antonovskys bok «Unraveling the Mystery of Health» fra 1986, for å inkludere Antonovskys nyere betraktning rundt salutogenese. Modellen var et svar på en etterlysning av en mer helhetlig tankegang innen medisin og en større vektlegging av helsefremmende arbeid. Antonovsky (2012) mente at det tradisjonelle sykdomsperspektivet er basert på en dikotomi - altså at man enten ser på folk som friske og at man skal gjøre alt for å holde dem friske, eller at man ser på mennesker som syke og at man skal gjøre alt for å hjelpe dem å bli friske. I den salutogene modellen ser man helse som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom og fullstendig sunnhet, og at vi alle befinner oss et sted på denne aksen mellom frisk og syk. Hvor på skalaen man ligger, avhenger av hvilken holdning man har til livet, hvilke ressurser man har, og i hvilken grad man klarer å nyttiggjøre seg sin egen totalsituasjon og egen kapasitet, ved å bruke tilgjengelige ressurser for å takle stress og utfordringer. En viktig grunntanke i denne teorien er at et menneskes *opplevelse av sammenheng* er en viktig faktor for hvordan man håndterer stressende faktorer og hvilken påvirkning disse vil ha på helsen (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Begrepet *opplevelse av sammenheng* beskrives som en kombinasjon av i hvor stor grad man opplever en situasjon som *begripelig*, *håndterbar* og *meningsfull* (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

*Begripelighet* handler om at når man utsettes for indre eller ytre stimuli, så oppfatter man dem forståelige, sammenhengende, og at det fremstår som strukturert og klar informasjon. Dette i motsetning til om stimuli oppfattes som kaotisk, tilfeldig, uventet eller uforståelig. Dersom man skårer høyt på begripelighet så forventer man at situasjonene som oppstår til en viss grad er forutsigbare, eller i det minste at man kan forklare dem og se dem i en sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

*Håndterbarhet* handler om i hvilken grad man opplever at man har de ressursene man trenger for å takle det man blir stilt overfor av utfordringer i livet. Slike ressurser kan være enten egne

ressurser man føler kontroll over, eller indirekte ressurser som ektefeller, venner, kollegaer, religiøse skikkelser, legen eller lignende. Hvis denne følelsen er sterk vil man takle de utfordrende situasjonene bedre, bearbeide det negative og gå videre, og dermed ikke føle seg som et offer for urettferdighet (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Den tredje, og siste komponenten, *meningsfullhet*, er begrepets motivasjonselement. Denne komponenten handler om i hvor stor grad man føler livet er forståelig, rent følelsesmessig. Med dette menes at man føler det er utfordringer i livet som er verdt å bruke innsats, krefter og engasjement på, og ikke noe man alltid ville vært foruten. Det betyr ikke at man ikke blir lei seg av tragiske livshendelser, men at man gjør sitt beste for å finne mening i det og komme seg gjennom det (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

### 3.2.1 Balansen mellom motstandsressurser og motstandsunderskudd

Ifølge denne modellen vil hvor du befinner deg på helsekontinuumet ha å gjøre med balansen mellom dine overordnede psykososiale og generelle motstandsressurser og motstandsunderskudd. Dette vil også påvirke utvikling av *opplevelse av sammenheng* (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Motstandsressurser er noe man opparbeider seg gjennom livet. De kan deles i indre sammenheng, medbestemmelse, balanse mellom over- og underbelastning og emosjonell nærhet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Indre sammenheng innebærer å oppleve kontroll og struktur i livet, fremfor kaos. Medbestemmelse handler om i hvilken grad man selv har opplevd å kunne påvirke hvordan hendelser i livet slår ut, noe som kan påvirke komponenten som handler om *meningsfullhet*. Balanse mellom over- og underbelastning innebærer at man har opplevd at de kravene man blir stilt overfor kan møtes av de motstandsressursene man har, hvilket vil påvirke komponenten *håndterbarhet* (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Emosjonell nærhet referer til i hvilken grad man har opplevd å knytte emosjonelle bånd og å ha følt at man hører til i sosiale grupper, hvilket også relaterer seg til komponenten *meningsfullhet* (Idan, Eriksson, & Al-Yagon, 2017).

Generelle motstandsressurser kan være permanente og kontinuerlige fenomen, som for eksempel kulturen man lever i, gruppetilhørighet, sosiale roller, mellommenneskelige situasjoner og relasjoner, temperament eller personlighet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Sosial støtte blir sett på som en slik motstandsressurs som ikke bare er en buffer, men en generell

forebyggende effekt på helsen (Lin, Woelfel, & Light, 1985). Ifølge Idan et al. (2017) tyder flere funn på at høy kvalitet på nære relasjoner, bidrar til individuelle motstandsressurser og at om man har stabil sosial støtte, som regel også har et stabilt fellesskap i livet (Idan et al., 2017).

Slike generelle motstandsressurser vil være noe som kan være tilgjengelig, men man må klare å utnytte dem ved behov. Om man ikke klarer dette, og opplever et motstandsunderskudd grunnet stressende livssituasjoner kan det resultere i lav *opplevelse av sammenheng* (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

### 3.2.2 Stressfaktorer

Stressfaktorer blir i et patogent perspektiv alltid ansett som noe negativt og mulig sykdomsfremkallende, mens man innen salutogenese mener at det ikke alltid er tilfelle (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Fremfor å fokusere på stressfaktoren som hemmende for helsen, så spør man heller hva var det som gjorde at denne personen klarte å holde seg på samme sted på skalaen for *opplevelse av sammenheng*, tross stresssituasjonen. Dette har å gjøre med hvilke mestringsstrategier man har, og på denne måten kan en stressende situasjon ende med å være helsefremmende (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Den salutogene modellen trekker fram tre typer stressfaktorer - kroniske stressfaktorer, stressende livsbegivenheter og akutte, daglige irritasjonsmomenter. Selv om disse ofte er overlappende, er det vesentlige forskjeller;

*Den kroniske stressfaktoren* kan sees i sammenheng med en persons generelle motstandsressurser, og er en form for livssituasjon, en betingelse eller et særtrekk som har stor betydning og påvirkning for en persons liv. Disse kroniske ressursene og stressfaktorene er innebygd i et menneskes livssituasjon og bestemmer i hovedsak hvor på skalaen av *opplevelse av sammenheng* man befinner seg (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

*Stressende livsbegivenheter* er hendelser som er akutte og avgrensede, som for eksempel død i nær familie, skilsmisse, oppsigelse, familieforøkelse og lignende (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det er ikke hendelsene i seg selv som er avgjørende, men hvordan man takler dem og følgene av dem. Det er nivået av opplevelsen av sammenheng som avgjør om følgene av situasjonen blir skadelige, nøytrale eller helsebringende. Ifølge modellen skal hendelser som dette likevel ikke påvirke nivået av opplevelsen av sammenheng fordi det er midlertidige



situasjoner som ikke bør gjøre store omveltninger. Hvis man opplever slike hendelser så ofte at det gjør utslag på nivået av *opplevelsen av sammenheng*, vil det heller være snakk om en kronisk livssituasjon, enn en stressende livsbegivenhet (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

*Daglige irritasjonsmomenter* er en stressfaktor, men den er lite viktig for opplevelsen av sammenheng ifølge den salutogene modell, og hvis det er noe som skjer så ofte at det påvirker livet i stor grad så er det sannsynligvis dette også snakk om en kronisk stressfaktor (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

En person med sterk *opplevelse av sammenheng* vil ha en generell forventning om at de stressfaktorene man møter vil være meningsfulle og begripelige, og at man vil mestre dem (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Foreligger det sistnevnte, vil spenningen i stressfaktoren ikke omdannes til stress. Svak opplevelse av sammenheng vil derimot føre til at man opplever stressfaktoren som forvirrende, ønsket om å mestre situasjonen forsvinner og personen som opplever dette gir opp. En person med sterk opplevelse av sammenheng vil altså være i bedre stand til å godta og leve med problemene som ikke lar seg løse, enn en med svak opplevelse av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Når man skal se hva dette gjør med helsen, så menes det at stressfaktorer som ikke håndteres tilfredsstillende vil kunne fremme sykdom, mens mestringsopplevelser vil være helsebringende. Mye tyder på at man under samme betingelser i større grad vil velge helsefremmende atferd ved høy opplevelse av sammenheng, enn lav (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

### 3.2.3 Mulighetene for å flytte seg på skalaen i løpet av livet

Innenfor den salutogene modellen tenker man at i løpet av sitt første voksne tiår har den enkelte tilegnet seg ressurser gjennom opplevelser og erfaringer fra det sosiale og kulturelle miljø man har blitt voksen i, og lært å leve med de utfordringene man har, og derav har plassert seg på helsekontinuumet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Antonovsky (2012) mener i utgangspunktet at man sannsynligvis ikke vil endre dette nivået i stor grad i løpet av livet, men dette er noe han diskuterer frem og tilbake uten å avklare fullstendig. Det som kjennetegner en person som tidlig i livet opplever sterk sammenheng, er at dette mennesket har opparbeidet seg evnen til å spille på de generelle motstandsressursene vedkommende har til rådighet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Ved å ha opparbeidet seg evnen til å ta i bruk de generelle motstandsressursene sine, vil man også stå bedre rustet til å ta i bruk spesifikke

motstandsressurser som man trenger i en gitt situasjon, som medisiner, kontakte helsevesen eller være i helsefremmende miljø (Mittelmark et al., 2017).

Innenfor den salutogene modell anses helsepersonell sin mulighet til å påvirke en pasients opplevelse av sammenheng som liten, men at det er mulig (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det må være personell som er villig til å ta ansvar for forholdet mellom psykososiale faktorer og helse. En måte man kan påvirke som helsepersonell, er hvis man i samtalen med pasienten stiller seg spørsmålet om det man sier og gjør skaper en opplevelse av indre sammenheng, en større balanse i belastningen og mulighet for medbestemmelse, eller om det gjør det verre. Hvis behandlerens oppførsel i tillegg over tid er forutsigbar og konsistent, vil man kunne være med å påvirke dette. Det vil sannsynligvis kun være små endringer man klarer å gjøre i en persons opplevelse av sammenheng, men det kan likevel være betydningsfullt (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Walseth & Malterud, 2004).

En annen måte, som både er viktigere og vanskeligere, er forsøk på en planlagt endring av opplevelse av sammenheng for en pasient (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Da må man prøve å gjøre personen i stand til selv å oppsøke fenomener i eget liv som vil fremme opplevelse av sammenheng. Man vil ikke forsøke endre livet som det er, men heller lære å finne og bruke de motstandsressursene man har (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Dette har i den senere tid har blitt fokusert på som en viktig faktor innen rehabilitering og «recovery» (Lillefjell, Maass, & Ihlebæk, 2017) og som er i tråd med ideer om livsmestring og friskliv.

### 3.3 Empowerment

Et annet relevant teoretisk perspektiv for denne oppgaven er *empowerment*. I litteraturen er begrep som myndiggjøring, medvirkning, bemyndigelse eller egenmakt varianter som ofte blir brukt som lignende norske begrep (Larsen & Gammersvik, 2012), men i denne oppgaven vil ordet empowerment bli benyttet. Empowerment et relevant teoretisk perspektiv fordi deltakerne som intervjues i denne oppgaven har levd med kronisk sykdom som har påvirket livet deres i stor grad over mange år, og på denne måten kan de føle at de mister kontroll over eget liv.

Begrepet kommer opprinnelig fra USA på 1960-tallet, men det var først på 80-tallet empowerment ble en større del av tankegangen i norsk pasientbehandling (Walseth & Malterud, 2004). Der tidligere pasientbehandling baserte seg på et ønske om å påvirke pasienten i riktig retning ved å gi rett informasjon, så man nå en større vektlegging på tanken om aktiv deltakelse og mobilisering fra pasienten selv, hvilket er viktige elementer i empowerment (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

Empowerment kan skje på individ-, gruppe og samfunnsnivå (Schulz, Israel, Zimmerman, & Checkoway, 1995). Ved å gi individet større grad av myndiggjøring, altså makt i eget liv og følelse av empowerment så øker man sjansen for at de vil delta og være aktive på gruppe- og samfunnsnivå (NOU,1998:18) ved å være bevisst alle nivåene hindrer man at det å skulle oppnå empowerment gjøres til et individuelt ansvar (Wallerstein, 1993).

#### 3.3.1 Empowerment på individnivå

Empowerment på individnivå handler om å få bedre kontroll og en følelse av makt over eget liv. Fokuset blir da å styrke den enkelte, og gi hjelpemidler til å utforske og utvikle egne evner og kompetanse, og på denne måten mestre eget liv (Stang, 2003).

I følge Askheim og Starrin (2007) kan begrepet nesten sidestilles med mestring innenfor rehabiliteringsfeltet, i form av at ved å lære å leve med sin situasjon og mestre hverdagens utfordringer, vil mennesker med kroniske plager kunne oppleve en følelse av kontroll over eget liv. De mener også at empowerment understreker betydningen av å betrakte mennesker som de som selv «vet hvor skoen trykker» (Askheim & Starrin, 2007).

### 3.3.2 Empowerment hos individet og ut i samfunnet

For ikke å se på empowerment som et ansvar for den enkelte å oppnå, må man også ha fokus utover enkeltmennesket (Sørensen et al., 2002). Empowerment på gruppenivå henviser til å føle sosial støtte, identifisere seg med andre, å dele kunnskap og informasjon, og ha kollektive ressurser for innflytelse (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

Empowerment på samfunnsnivå handler om et større perspektiv, nærmere bestemt at man har påvirkningskraft og innflytelse på politiske prosesser som angår en selv eller gruppen (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). For at den enkelte skal kunne ta makt over eget liv må man gjøres bevisst forholdet mellom egen situasjon og samfunnsmessige ytre forhold (Wallerstein, 1993). Det er ansett som et grunnleggende behov for mennesker å oppleve at man styrer livet selv, og muligheten til å påvirke samfunnet rundt seg er én måte å oppnå dette på (Barstad & Sandvik, 2015).

Zimmermann (1992) deler empowerment inn i tre komponenter som han mener må være tilstede for å oppnå empowerment som når lenger enn den enkelte. De engelske begrepene blir brukt ettersom norske oversettelser ikke dekker komponentenes betydning.

*Intrapersonal component* handler om hvordan folk opplever sin egen mulighet til å påvirke sosiale og politiske systemer som er viktige for dem. For å få til dette må de utvikle selvillit, motivasjon, mestring og en opplevelse av at det man gjør betyr noe (Zimmerman et al., 1992).

*Interactional component* handler om kommunikasjonen mellom den enkelte og omgivelsene. Hvis man forstår faktorene som hindrer eller forbedrer sin egen mulighet til å påvirke, så muliggjør det en opplevelse av å mestre sosiale og politiske systemer (Zimmerman et al., 1992).

*Behavioral component* handler om de spesifikke handlingene man gjør for å utøve innflytelse i sosiale og politiske miljøer gjennom å delta på aktiviteter og i organiserte grupper som nabolagssamlinger, politiske grupper, selvhjelpsgrupper, religiøse aktiviteter eller lignende (Zimmerman et al., 1992).

### 3.3.3 Empowerment som behandlingsmål

Empowermentbegrepet er interessant for personell som arbeider med å hjelpe mennesker fordi det understreker betydningen av å gi støtte til mennesker som befinner seg i en utsatt situasjon. I terapeutisk forstand kan målet være å utvikle eller bevisstgjøre den enkeltes personlige ressurser, og fjerne det som hindrer dem i å realisere dem. Fagpersonen skal her fokusere på ressursene, og ikke personens problemer eller mangler (Askheim & Starrin, 2007). Som behandler skal man avgi makt og la pasienten styre situasjonen. Man kan som veileder fort misbruke den makten man har ved at man forsøker gjennomføre egne ideer og planer, og også bli for ivrig fordi man har mye kunnskap man gjerne vil overføre til pasienten. Det er derfor viktig å være seg dette bevisst. Det er pasientens egne verdier og ressurser som skal være i sentrum for behandlingen (Stang, 2003; Walseth & Malterud, 2004).

### 3.4 Frisklivsarbeid

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunene plikt til å drive forebyggende helsearbeid. I tillegg er de i § 7 i Folkehelseoven (2011) forpliktet til å møte kommunens helseutfordringer med nødvendige tiltak. En anbefalt måte å iverksette slike tiltak er gjennom frisklivssentraler. Frisklivsarbeidets formål er i følge Helsedirektoratet (2016) å jobbe forebyggende, enten før sykdom oppstår, eller å forsøke å minske konsekvensene av sykdom og hindre utvikling. Dette gjøres hovedsakelig ved å tilby hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2016).

Aktiv Fritid er en del av Asker kommunes frisklivsarbeid. Tilbudene er for innbyggere i Asker kommune mellom 18-67 år, og som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet, og som mottar stønad fra NAV. Aktiv fritid får tilskudd tilsvarende en frisklivssentral (Solvang, 2018).

I Asker kommunes delplan for Folkehelse (2015) beskrives frisklivsarbeidet slik:

Aktiv Fritids frisklivsarbeid er kommunens tilbud til innbyggere som har et ekstra behov for støtte til å komme i gang med helsefremmende og forebyggende aktiviteter. Dette er et lavterskeltilbud som ikke krever vedtak og som har et friskfokus. Videreføring inn i det ordinære samfunnslivet er et overordnet mål for mange av tilbudene (s.39).

### 3.5 Hva er livsstyrketrening?

Som en del av sitt frisklivsarbeid tilbyr Asker kommune kurs i det som kalles livsstyrketrening. Dette tilbudet er et kurs basert på et undervisningsopplegg utarbeidet av Eldri Steen og Liv Haugli. De har siden slutten av 90-tallet ledet en ettårig videreutdanning for helsearbeidere som vil bli veiledere i Livsstyrketrening (Ringdal & Zangi, 2016). Kurset baserte seg i utgangspunktet på å hjelpe personer med muskel- og skjelettplager, men det har med tiden også blitt et tilbud til andre med kroniske plager (Haugli & Steen, 2001; Steen, Haugli, & De Vibe, 2018).

Kurset er ment for mennesker med kroniske plager av forskjellig art som ønsker hjelp til å håndtere hverdagens utfordringer. Kurset skal lære deltakerne om mindfulness og de skal forstå hvordan tanker, følelser og kroppslige reaksjoner henger sammen (Asker kommune, 2019).

Den overordnede teoretiske forankringen bak livsstyrketreningen er et fenomenologisk syn, der man ser menneskets livsverden ut i fra den enkeltes synsvinkel. For å forstå individet må man se sammenhenger mellom tanker, følelser, kropp og levd liv (Ringdal & Zangi, 2016). Livsstyrketrening baserer seg også på mindfulness som fokuserer på åpen tilstedeværelse, med oppmerksomheten fokusert her og nå (Kabat-Zinn, 2015). Videre baserer kurset seg på gestaltterapi og konfluent pedagogikk (Ringdal & Zangi, 2016). Gestaltterapi vektlegger menneskets evner og muligheter, fremfor å fokusere på sykdom og mangler (VID, 2019a). Konfluent pedagogikk handler om å knytte sammen ulike enkeltprosesser i en personlig læringsprosess (VID, 2019b).

### 3.6 Tidligere erfaringer med livsstyrketrening og andre mestringskurs

Det finnes ikke mye forskning som direkte har undersøkt erfaringer med livsstyrketrening, men eksisterende forskning på mindfulness er også relevant for denne oppgaven, ettersom livsstyrketrening i all hovedsak baserer seg på mindfulnessprinsipper som blant annet tanken om oppmerksomt nærvær. I første omgang vil denne forskningen bli presentert, før relevant forskningslitteratur på livsstyrketrening blir gjort rede for. Videre relevante funn rundt erfaringer med gruppesituasjonen i forbindelse med mestringskurs og til slutt forskning på sykdomsidentitet hos personer med kroniske plager presenteres.

#### 3.6.1 Erfaringer med mindfulnesssterapi

Forskning viser at mindfulnesssterapi kan føre til redusert opplevd stress og bedre mental helse hos pasienter med spenningshodepine (Omid & Zargar, 2015), følelse av bedre kontroll på smerter i blæren hos kvinner (Kanter et al., 2016), redusert emosjonelt stress som angst og depresjon hos pasienter med diabetes (Son et al., 2015) og lavere opplevelse av smerte, økt mobilitet, bedre funksjonsnivå og velvære hos pasienter med kroniske smerter (Majeed, Ali, & Sudak, 2018).

Et forsøk fra USA som så på effekten av en seks-ukers mindfulnessbasert intervensjon hos pasienter med moderat til høyt selvopplevd stress, fant at mindfulness fungerte som en buffer for kardiovaskulær sykdom hos mennesker som opplever gjentatt stress (Manigault, Scanlin, et al., 2018). Det har gjennom flere forsøk etter dette, vist seg vanskelig å bevise at mindfulness har effekt på stressrelaterte tilstander, men flere forskere har likevel stor tro på en effekt og ønsker mer forskning rundt dette (Greeson, 2019; Manigault, Woody, Zoccola, & Dickerson, 2018).

#### 3.6.2 Erfaringer fra tidligere undersøkelser på livsstyrketrening

Resultatene av forskning som har sett spesifikt på livsstyrketrening er positive og samsvarer med mye av forskningen på mindfulness. Studier på livsstyrketrening hos personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter viser til redusert opplevelse av smerter, økt smertemestring, økt mestringsstro på håndtering av smerter, økt livsglede og redusert bruk av helsetjenester (Haugli, Steen, Lærum, Nygard, & Finset, 2001). En studie på inflammatoriske revmatiske sykdommer og erfaring med livsstyrketrening viste til redusert psykisk stress,



større anerkjennelse av seg selv, sine sykdomsrelaterte følelser og egne behov (Zangi, 2012; Zangi, Hauge, Steen, Finset, & Hagen, 2011). Kurset viser seg også å bidra til økt empowerment hos deltakeren, hvilket som er ansett som en viktig del av rehabiliteringsprosessen (Haugli & Steen, 2001).

### 3.6.3 Mestringskurs og gruppesituasjonen

Livsstyrketreningen i Asker kommune foregår i gruppe. Erfaringene rundt gruppeeffekten med livsstyrketreningskurs generelt, er at det gir trygge omgivelser der folk lytter. Flere studier har vist at gruppesettingen er viktig, da deltakere anså trygge gruppesituasjoner som avgjørende og fint for å tørre å ta i mot alle reaksjoner som kom når man delte sine historier. Det gjorde det også lettere å utforske nye måter å tenke på (Haugli & Steen, 2001; Steen & Haugli, 2001). Deltakerne som har prøvd livsstyrketrening i rehabiliteringssammenheng, opplever fellesskapet som viktig fordi det gjør at de ikke føler seg alene med problemene, og kan lytte og lære av andre (Hæhre, 2013).

Forskning på en gruppe sykemeldte som deltok i et rådgivningsprogram basert på gestaltterapi, mindfulness og fenomenologisk forståelse av kroppen, viste til god effekt av gruppesamtaler. Det å få lov å ta sine egne følelser på alvor og bli utfordret av rådgiverne ble nevnt som viktige deler av endringsprosessen (Haugstvedt, Hallberg, Graff-Iversen, Sørensen, & Haugli, 2011).

Forskning på gruppeeffekten av lærings- og mestringstilbud viste at deltakerne hadde stor glede av å høre andres erfaringer fordi det ga håp, og en opplevelse av ikke å være alene om å ha utfordringer (Stenberg, Haaland-Øverby, Fredriksen, Westermann, & Kvisvik, 2016). I tillegg erfarte de å få perspektiv på egen situasjon, hvilket videre ga høyere selvtillit og mot til å dele utfordringer med gruppen, noen opplevde dette lettere enn å snakke med sine nærmeste (Stenberg et al., 2016).

En undersøkelse gjort på selvhjelpsgrupper av Hedlund og Landstad (2011) fremhever gruppeeffekten på flere måter. Funnene viste at gjensidig deling av erfaringer og utfordringer bidro til et fellesskap der det var trygt å dele tanker de ellers ikke våget å prate om. Responsen fra andre lærte dem mer om egne reaksjoner, og ga mulighet til å endre etablerte reaksjonsmønstre. Dette gjorde at de opplevde innsikt, dypere mening og større sammenheng i livet, og fikk verktøy og motstandsressurser som gjorde at de håndterte smertene og

problemene sine bedre. De beskriver en nærmest «moralsk forpliktelse» til å hjelpe hverandre til å føle seg verdifulle og å utvikle motstandsressurser. Deltakerne forteller at samspillet imellom dem var et avgjørende element for at de opplevde at deltakelsen ga god helse (Hedlund & Landstad, 2011).

#### 3.6.4 Sykdomsidentitet hos personer med kroniske plager

Forskning på hvordan langvarig smerte påvirker pasientens selvopplevelse, viser at langvarig smerte kan føre til ulike reaksjoner på et spekter fra å akseptere, til å avvise kroppen sin. De pasientene som opplever god kroppsbevissthet og kroppslig tillit, til tross for langvarig smerte, ser ut til å komme lenger i å akseptere sin totale livssituasjon (Afrell, Biguet, & Rudebeck, 2007). Dette beskrives også i en studie fra Belgia gjort av Oris et.al (2018) rundt sykdomsidentitet hos voksne med kroniske lidelser som hjertesykdom og revmatisme. I denne forskningen deles sykdomsidentitet inn i stadiene *avvisning*, *oppslukthet*, *aksept* og *berikelse*. Avvisning innebærer å totalt benekte sykdommen og ikke forholde seg til den. Oppslukthet betyr at sykdommen totalt dominerer den sykes identitet og livssituasjon. Aksept handler om at man forholder seg til sykdommen og situasjonen, men lar seg ikke bli overveldet av den. Berikelse vil si at man ser på sykdommen som noe som har bragt positive forandringer i livet. Å oppnå stor grad av aksept eller berikelse ble sett på som positivt for hvordan man levde med sykdommen, og motsatt ble avvisning og oppslukthet ansett å være mindre gunstig for den syke (Oris et al., 2018).

Forskning på lærings- og mestringstilbud gitt til pasienter med diverse kroniske sykdommer, viste at de som deltok opplevde å håndtere sin egen helse bedre ved at de opplevde færre symptomer og/eller at de opplevde å håndtere dem bedre (Stenberg et al., 2016). Samtidig opplevde de at de ble mer bevisst egne behov og hadde lært å sette grenser for seg selv. En del av dette omhandlet videre en større aksept av situasjonen og en forståelse av at å bli bedre er en prosess som tar tid (Stenberg et al., 2016).

## 4.0 Problemstilling

Som beskrevet tidligere har man i Asker kommune gjennomført kurs i Livsstyrketrening gjennom Aktiv Fritid, men man har fortsatt liten kunnskap om hvordan deltakere opplever kurset, og om lærdommen og erfaringen derfra oppleves nyttig i hverdagen etter kurset.

Formålet med dette masterprosjektet var derfor å undersøke erfaringene og opplevelsene deltakerne på kurs i Livsstyrketrening hos Aktiv Fritid i Asker kommune har hatt, både under og etter kurset. Problemstillingen er derfor som følger:

«Hvilke erfaringer har deltakerne etter å ha deltatt på Livsstyrketrening i Asker kommune?»

Resultatene vil bli diskutert opp mot de teoretiske forståelsene *opplevelse av sammenheng* og følelse av *empowerment*.

Kunnskapen man får gjennom dette mastergradsprosjektet vil kunne være nyttig for videreutviklingen av dette kurstilbudet i Asker kommune spesielt, men kunnskapen vil også kunne være nyttig for andre kommuner som har slike kurs eller vurderer å starte opp et slikt tilbud.

## 5.0 Metode

I dette kapittelet presenteres først settingen rundt oppgaven, og deretter vitenskapsteorien oppgaven baserer seg på. Videre vil den praktiske gjennomføringen av prosjektet legges frem. Avslutningsvis beskrives min forforståelse som forsker og de etiske avveiningene som er gjort.

### 5.1 Setting: Livsstyrketrening hos Aktiv Fritid

Kursene som denne studien tar utgangspunkt i er gjennomført av Aktiv Fritid våren og høsten 2019, og varte over ti mandager á tre timer per gang på våren, og fire timer per gang på høsten. Tema for hver av de ti samlingene er listet opp under. Kurset ble markedsført på et internt kommunalt nettsted som kalles Workplace Asker, Asker kommunes Facebookside, i Aktiv på dagtids brosjyrer og nettsider, i tillegg til at noen fastleger kjenner til kurset og har anbefalt det til sine pasienter. Kurset ledes av to veiledere som har helseutdanning i tillegg til ett års videreutdanning i livsstyrketrening (Slinning, 2019).

Samlingene har temaer som; *Hvis kroppen kunne snakke, Hvem er jeg?, Verdier, Hva er viktig for meg?, Hva trenger jeg – om å sette grenser, "Sterke og svake sider", Glede, Dårlig samvittighet, Sinne, Ressurser, muligheter og valg* (Asker kommune, 2019).

### 5.2 Kvalitativ metode

Ifølge Malterud (2017) er kvalitative metoder designet for å studere fenomener på en måte der man er ute etter dypere innsikt, gjennom beskrivelse, analyse og fortolkning av egenskaper eller kvaliteter. På denne måten kan man fange opp nyanser og et subjektivt inntrykk av noe (Malterud, 2017). Man er opptatt av å forstå hvordan mennesker tolker sine erfaringer og opplevelser og hvilken mening de legger i disse. Hovedpoenget er å forstå situasjonen ut i fra deltakerens perspektiv (Merriam & Tisdell, 2016). Derfor er denne metoden valgt til dette prosjektet.

Kvalitativ metode er blant annet basert på fenomenologisk vitenskapsteori, det vil si at man vil finne ut hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden. Kvalitativ metode ansees også ofte for en hermeneutisk prosess der man går i dybden på det man ønsker å studere. Man vil prøve å forstå objektet sitt (Malterud, 2017). I denne sammenheng vil det si å undersøke hvordan kursdeltakerne opplever og forstår sin situasjon, altså sitt fenomen. Derfor ble den vitenskapsteoretiske vinklingen fenomenologisk-hermeneutisk. I fenomenologisk tenkning er

man opptatt av hvordan fenomener fremtrer for subjektet, altså hvordan virkeligheten erfares for den enkelte. Hermeneutikk handler om forståelse og fortolkning og skal hjelpe oss å forstå hvordan vi forstår og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2018).

### 5.2.1 Intervju som metode

Den høyest ønskede målsetningen for intervju som metode, selv om det omhandler opplevelsene til en person, er å kunne trekke konklusjoner som gjelder flere (Skilbrei, 2019). Dette vil som regel være en urimelig målsetning, men man ønsker i det minste at man kan peke på prosesser, sammenhenger og kategorier som kan gjelde for flere (Skilbrei, 2019). Malterud (2017) nevner dette som en svakhet ved denne metoden, altså at den ikke er egnet til å trekke konklusjoner eller slutninger rundt temaet, i tillegg til at kunnskapen man oppnår ikke er generaliserbar.

En av fordelene med et individuelt intervju er at man får den enkeltes mening tydelig frem, og dersom temaet er sensitivt kan det gjøre at informantene føler det er lettere å dele, i motsetning til for eksempel et gruppeintervju, samt at det er lettere å holde det anonymt (Skilbrei, 2019). Derfor er individuelt intervju riktig valg av metode for dette prosjektet.

## 5.3 Rekruttering av deltakere

Det ble holdt tre kurs i 2019 med seks personer på hvert kurs. Det var totalt 18 personer som fikk forespørsel om å bli intervjuet, og alle 6 som takket ja ble intervjuet. Rent praktisk ble rekrutteringen gjennomført slik at kursdeltakerne ble kontaktet av kursleder og ga direkte tilbakemelding til meg om de sa ja til å delta. Dette for å forsøke å anonymisere informantene så mye som mulig for de som leder kurset. Intervjuene ble gjennomført i januar 2020.

Studien er derfor basert på et tilgjengelighetsutvalg, som betyr at man er avhengig av hvor mange det var mulig å få tak i. Et slikt utvalg kan resultere i at man ikke får til en metning, altså at man når et punkt der det ikke er mulig å få tak i ny kunnskap (Malterud, 2017). Ifølge Malterud (2017) kan informasjonsstyrken si noe om kvaliteten på utvalget, når man er usikker på metningen. Hva som er en god informasjonsstyrke påvirkes av flere elementer, som smal problemstilling, om utvalgets spesifisitet er tett på problemstillingen, om det er brukt teoretiske perspektiver, om det er sterk dialog og om analysen er langsgående. Når disse elementene foreligger, kan antall deltakere være så få som fra fire til syv stykker.

Problemstillingen i denne oppgaven er relativt smal, utvalget har høy spesifisitet og det er brukt teoretiske perspektiver. Jeg ønsket derfor syv-åtte informanter for å få et godt nok bilde.

Å rekruttere deltakere viste seg mer utfordrende enn først antatt, da bare tre deltakere fra vårens kurs meldte seg. Løsningen ble da å rekruttere fra høstens kurs i tillegg, noe som ga nye tre deltakere. Utvalget, og tilgangen på data ble mindre enn ønsket, men et godt design og gode analyser vil kunne gjøre mye ut av lite materiale. Det at det er veldig forskjellig tid fra kursets slutt er tatt med i vurderingen av analysen (Skilbrei, 2019).

### 5.3.1 Bakgrunnsinformasjon om informantene

Det var som nevnt seks informanter i prosjektet, og for å sikre anonymitet gis bakgrunnsinformasjon kun på gruppenivå. Informantene besto av en mann og fem kvinner. Alderen varierte fra 24 til 66 år, med en gjennomsnittsalder på 48 år. De hadde alle forskjellige plager, alt fra psykiske til fysiske plager, og alle hadde hatt det slik i flere år og forsøkt mange forskjellige behandlinger for å få det bedre. En av informantene var i full jobb, en i redusert stilling og resten var enten sykemeldte eller uføre. Tre av deltakerne gikk på kurs våren 2019 og tre av deltakerne høsten 2019.

## 5.4 Gjennomføring av intervjuet

Ifølge Kvale og Brinkmann er ikke intervjuer i kvalitativ forskning noe man kan sette absolutte regler eller et system for, men mer som et håndverk. Dette gjør at kvaliteten på forskerens intervjuteknikk vil ha stor påvirkning for hvor godt intervjuet blir. Under gjennomføringen av intervjuet er det derfor viktig at forskeren er seg dette bevisst og gjør refleksjoner rundt egen intervjuteknikk og om det er rom for forbedringer (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015).

Det ble utviklet en intervjuguide (Vedlegg 1) basert på problemstilling og en tidligere mastergrad om livsstyrketrening (Hæhre, 2013).

Intervjuene var derfor semi-strukturerte for å ha en plan å følge, men med åpenhet for å prate videre om det som skulle dukke opp under samtalen (Malterud, 2017). Intervjuene ble forsøkt vinklet i retning av problemstillingen og de teoretiske perspektivene jeg ønsket å undersøke.

For å få en fin inngang til intervjuet er det viktig å starte med en briefing, der man forteller litt om seg selv og om prosjektet, dette for å få en god inngang til intervjuet. Slik vil intervjuobjektet føle seg bedre informert og det kan være med å skape de riktige rammene for et godt intervju (Kvale et al., 2015). Intervjuene startet derfor med en uformell prat om hvem jeg er, bakgrunnen min, litt om dem selv og en mer utdypende introduksjon av prosjektet enn det vi hadde snakket om på forhånd. Videre gikk vi gjennom samtykkeskjemaet (Vedlegg 2), som de hadde fått tilsendt på forhånd, og eventuelle spørsmål til det, det ble signert, og det ble understreket at samtykket når som helst kunne trekkes. Jeg var også tydelig på at de bare svarer på de spørsmålene de ville og eventuelt hvor utdypende de ville dele av sin egen situasjon. En del av dette hadde de fått informasjon om på forhånd, men å gjenta dette gir en mulighet til å tilpasse det spesielt til den man møter og å forsikre seg om at det er forstått (Skilbrei, 2019). For å få gode data og en god samtale er det viktig at informanten føler seg trygg og ivaretatt, derfor er det viktig å skape tillitt (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017).

Videre startet selve intervjuet med noen introduksjonsspørsmål om hvordan man ble kjent med kurset og forventninger til det. Deretter gikk vi i litt forskjellig rekkefølge gjennom direkte og indirekte spørsmål innen livssituasjon, opplevelse av om de har det bedre, empowerment og hvordan de opplevde gruppesituasjonen. Jeg valgte bevisst ikke å bruke ord som empowerment, allostatisk belastning eller opplevelse av sammenheng i særlig stor grad for ikke å skape avstand eller at det skulle være fremmed språk. I de tilfellene det likevel ble brukt forklarte jeg hvilken mening jeg la i disse begrepene. Noen spørsmål var formulert som ja/nei-spørsmål, men der det var behov stilte jeg mer inngående spørsmål og ba de utdype videre når det var nødvendig. Jeg fulgte også opp med fortolkende spørsmål underveis. Avslutningsvis stilte jeg spørsmål om selve kurset (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Før jeg avsluttet selve opptaket spurte jeg dem alltid om det var noe vi ikke hadde snakket om som de ønsket å legge til. Da opptakeren var skrudd av fulgte jeg opp med en debriefing der vi rundet av med en påminnelse om at det var lov å trekke seg eller trekke deler av det de hadde snakket om. For å opprettholde tilliten mellom oss ble de tilbudt å få tilsendt sine sitater for gjennomlesing, og å få lese hele oppgaven når den er var ferdig (Kvale et al., 2015).

Intervjuene ble gjennomført etter hvor informantene helst ønsket det selv, stort sett hjemme hos dem. Ifølge Malterud (2017) varer individualintervjuer fra én til flere timer. Planen var å forsøke å holde intervjuet til ikke å vare lenger enn en time, noe som viste seg å være passende tidsbruk.

Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Jeg hadde notatblokk tilgjengelig, men den ble ikke brukt da det ikke følte naturlig å kikke ned for å skrive under samtalen.

## 5.5 Transkribering av intervjuene

Transkriberingen av lydopptakene ble gjort fortløpende. Dette for å huske situasjonen godt når nedskrivningen ble gjort, og for å gi et så riktig bilde som mulig, med minst mulig påvirkning av min hukommelse og med mulighet til å gjøre endringer til neste intervju. Jeg opplevde likevel at hvert intervju var en ny og annerledes situasjon som ble tilpasset underveis, men at det var vanskelig og unødvendig å gjøre store endringer. Jeg gjorde transkriberingen selv fordi det var jeg som deltok i samtalen og forstod mer av lydfilen enn en utenforstående (Malterud, 2017).

## 5.6 Analyse

Transkripsjonen ble som nevnt gjort like etter intervjuet. Den skal i størst mulig grad gi en riktig fremstilling av samtalen. Ettersom jeg ikke hadde notert noe underveis var jeg nøye med å gå grundig gjennom og høre godt etter der informantene stoppet opp, trakk pusten eller lignende under intervjuet. Jeg har likevel valgt ikke å ta med mye av slike lyder i analysen for å være forsiktig med tolkninger der det er usikkert (Malterud, 2017).

Som analysemetode ble det brukt Malteruds systematiske tekstkondensering (2017). Den analysen er, ifølge Malterud selv, god for nybegynnere i en analyseprosess.

### 5.6.1 Malteruds systematiske tekstkondensering – en analysemetode

Den analysemetoden gjennomføres i fire trinn:

1. Bli kjent med materialet for å skaffe seg et helhetsinntrykk. Der identifiseres foreløpige hovedkategorier som får midlertidige navn (Malterud, 2017).
2. Sortere hovedkategoriene i enheter som kan kodes med merkelapper som samler noe temaet har til felles. Her identifiserer man de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017).
3. Kondensering, der går man fra koder til å sortere materialet i subkategorier. Videre lages et kondensat per subkategori, altså et kunstig sitat som skal romme alle delene i den enkelte subkategorien (Malterud, 2017).



4. Videre lager man en syntese, ved at man setter sammen subkategoriene igjen, til å skulle gi mening. Det beskrives et avsnitt per subkategori. Dette må hele tiden holdes tro til hva informantene egentlig sa, selv om det har gått gjennom flere analyse- og kodeledd. Dette ender i en analytisk tekst med resultat kategorier (Malterud, 2017).

### 5.6.2 Gjennomføring av analysen

Jeg startet med å lese gjennom teksten flere ganger for å få et helhetsbilde og noterte ned stikkord underveis som ga meg en indikasjon på hvilke temaer jeg skulle sortere teksten under.

Det som åpenbart var irrelevant i denne sammenhengen ble filtrert bort, slik at resterende data var relevant for problemstillingen. Muntlige ord som «eeeh» og andre ord uten betydning, ble fjernet, fordi det kan gi feil inntrykk eller «fordumme» meningen bak svarene. De resterende setningene ble identifisert som de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017).

Trinn to ble gjennomført i flere omganger, ettersom det innledningsvis var vanskelig å sortere de store temaene i samlende kategorier. I samråd med veileder ble de endelige hovedkategoriene *Å ha det bedre*, *«Mestring»* og *«Opplevelse av fellesskap»*. Disse danner grunnlag for subkategoriene.

Gjennom trinn to og tre måtte jeg hoppe noe frem og tilbake ettersom jeg ble mer kjent med materialet, og oppdaget at noen elementer passet bedre andre steder, eller ikke passet i det hele tatt. Resultatet ble til slutt slik- første kategori *«Å ha det bedre»* med subkategoriene *aksept* og *optimisme*, andre kategori *«Opplevelse av fellesskap»* med subkategoriene *speiling* og *perspektiv*, og siste kode *«Mestring»* med subgruppene *å sette grenser* og *å styre livet selv*.

Det viktigste ved trinn tre var å lage kondensater for å sjekke at den utvalgte teksten ga mening, og at den var sortert i riktige kategorier. Dette var tidkrevende og ble gjort i flere runder, også her i samråd med veileder. Det ble utarbeidet kondensater for hver subkategori, og for hver hovedkategori, for å sikre at jeg hadde samlet de meningsbærende enhetene i riktige kategorier.

I trinn fire ble den ferdige analysen brukt til å skrive dette ut i en analytisk tekst der hver hovedkategori fikk eget kapittel med subkategoriene i underkapitler. Dette ble illustrert med sitater fra informantene.

## 5.7 Min bakgrunn og forforståelse som forsker

Malterud (2017) hevder at vi alle har en forforståelse, altså at alle mennesker har forutsetninger og erfaringer som de bevisst eller ubevisst har med seg når de gjør sine fortolkninger. Når man går inn i en forskerrolle kalles dette «ryggsekken», og den er noe vi bærer med oss inn i prosjektet. Avhengig av hva man har i ryggsekken vil man samle, lese og tolke data på ulike måter (Malterud, 2017).

Forskerens positivistiske kunnskapssyn, altså at forskeren mener samfunnet består av sosiale fakta som han skal finne, forutsetter at forskeren opptrer objektivt og nøytralt. Forskerens erfaringer, meninger og motivasjon blir kanskje et hinder for den nøytrale sannheten. Det å tro at en avstand til feltet gir bedre kunnskap, anses likevel ikke som et ideal for den kvalitative forskningen. Man kan heller tenke seg at en kan bruke den erfaringen man har til å fremskaffe kunnskap og bruke dette gjennom prosessen (Skilbrei, 2019). Om man på en annen side, ikke har kjennskap til temaet kan det likevel være fordelaktig fordi man da har mindre bakgrunnskunnskap og kanskje har en større nysgjerrighet, i tillegg til at man mulig er mer nøytral (Skilbrei, 2019).

Min bakgrunn er som sykepleier på sykehus, og det å se hvor viktig helsen er når du blir skadet har gjort meg interessert i hvordan man kan gjøre folk best mulig rustet til å tåle sykdommer eller skader. Gjennom masterstudiet har jeg forstått at god helse kan defineres på flere måter og kurset i livsstyrketrening handler om nettopp dette. Å lære å leve med den helsen man har, er også en del av det å oppleve å ha god helse.

I forkant av prosjektet hadde jeg ingen kjennskap til livsstyrketrening. Jeg kom i kontakt med Aktiv Fritid gjennom Asker kommune og ble dermed kjent med livsstyrketrening som var et nyoppstartet kurs. Jeg ble veldig interessert i temaet, og de ønsket å finne ut mer om erfaringene rundt det nye kurset sitt. All informasjon om dette kurset er derfor innhentet fra dem og nettsidene til Asker kommune.

Det kan i en studie som denne, der forskeren ikke selv kjenner fagfeltet fra før, være en fordel å tilbringe tid i felten (Malterud, 2017). Det var derfor planlagt at jeg skulle overvære en samling på vårens kurs, men Corona-utbruddet gjorde dette umulig. Dette påvirker ikke funnene, men det hadde likevel vært gunstig for å gi meg som forsker ekstra bakgrunnsinformasjon.

Som nevnt har man som forsker alltid en forforståelse, og selv om jeg ikke kjente til fagområdet hadde jeg min bakgrunn med meg. På tross av at begrepet «hele mennesket» har vært fokus under sykepleierutdanningen, har jeg nok som utøvende sykepleier likevel ikke forstått betydningen av dette fullt ut. Gjennom denne masterutdanningen har jeg blitt mer bevisst at kropp og sinn henger sammen, og at kroniske plager sjelden er enten bare fysiske eller psykiske. Det var derfor nytt for meg å forholde meg til personer med plager som ikke nødvendigvis har en fysisk løsning.

For å forsøke å gjøre meg så transparent som mulig informerte jeg alle informantene om min bakgrunn og hvorfor jeg er interessert i temaet slik at de kjente mitt utgangspunkt. I tillegg gjennomførte jeg analysen i samråd med veileder og diskuterte funnene grundig, og sådan reduserte sjansen for at mine eventuelle forforståelser ikke påvirket analysen og fortolkningen.

Ettersom jeg med min bakgrunn ikke har erfaring med å forske, var det å forvente at noe måtte endres underveis. En utfordring var som nevnt at jeg ikke fikk det antallet informanter jeg i utgangspunktet så etter. En annen var at jeg gjennom analysen fant ut at det var vanskeligere for folk å svare på konkrete vitale mål som puls, blodtrykk, vekt og lignende i forbindelse med allostatisk belastning. Det skyldes nok både at det var gått kort tid siden kurset for mange, og at mange ikke har noe forhold til slike parametre.

## 5.8 Ethiske vurderinger

Prosjektet følger Helsinkideklarasjonen. Informantene ble informert om formål og metoder, at det er frivillig å delta, og at det når som helst er mulig å trekke seg. Hensynet til informantenes velferd er viktigere enn forskningens interesser og samtalene dreide seg derfor kun rundt spørsmål informantene var komfortable med å snakke om (DNL, 2013).

All informasjon er konfidensielt behandlet. Den har kun vært tilgjengelig for forsker og veileder på NMBUs server. Lydfilene har blitt slettet etter transkriberingen. For å sikre anonymitet er ingen identifiserbar bakgrunnsinformasjon delt i den ferdige oppgaven. Informantene som har delt lettere gjenkjennelige opplysninger har fått godkjenne dette og rene sitater er også godkjent av den det kommer fra.

For å oppnå informert samtykke har informantene fått skriftlig og muntlig informasjon om målet for studien, hvordan intervjuene ville bli gjennomført, og hvordan opplysningene om dem ville bli håndtert.

Når man skal forske på data som dekkes av personvernloven må man melde dette til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Skilbrei, 2019). Prosjektet er søkt og godkjent av NSD. På grunn av prosjektets tematikk og spørsmålene i intervjuguiden mente NSD at det kunne fremkomme helseopplysninger og ville derfor at søknaden skulle merkes med dette og at opplysningene var gitt med «uttrykkelig samtykke». Det skulle i tillegg være beskyttet på brukernavn og passord-begrenset område. Det er som nevnt gjort. (Vedlegg 3)

Det ble i samråd med veileder avgjort at det ikke ble ansett som nødvendig å søke REK.

## 6.0 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra analysen blir presentert. Gjennom analysen kom det frem tre hovedkategorier. Kategoriene var en følelse av *å ha det bedre*, med subkategorier *aksept* og *optimisme*, kategorien *opplevelse av fellesskap*, med subkategoriene *speiling* og *perspektiv* og kategorien *mestring*, med subkategorier *å sette grenser* og *å styre livet selv*.

Hovedkategoriene og subgruppene vil presenteres i nevnte rekkefølge, og der temaene overlapper hverandre vil jeg påpeke det. Informantenes direkte sitater vil gjengis i kursiv og merkes med informantnummer slik at det er tydelig når det ikke er min gjengivelse.

### 6.1 Å ha det bedre

Etter mange år med kroniske plager var motivasjonen for alle deltakerne å få det bedre. Forventningene deres var likevel noe sprikende. Flere turte ikke å håpe på bedring etter mange år med plager og mange forsøk på behandling i forskjellige deler av helsevesenet, men noen hadde et håp om at det var dette som skulle til for å få til en endring.

Alle informantene opplevde at de etter kurset hadde det bedre i noen grad. Alle fortalte at de ville anbefale andre å gå på et slikt kurs, og selv om det opplevdes å kreve mye egeninnsats, mente alle at det var verdt det og ville være nyttig for andre. At informantene hadde det bedre på en eller flere måter uttrykte de forskjellig. Det gjaldt både fysiske og psykiske opplevelser. Flere fortalte om at de følte en større ro og hadde landet litt, noe som ga en opplevelse av bedre oversikt over livet. De samme beskrev samtidig mer energi og overskudd.

Flertallet av informantene oppga at de følte seg mindre stresset, og at de hadde det bedre både fysisk og psykisk selv om de mer medisinske plagene og tilstandene de hadde ikke var endret. De ga uttrykk for at de opplevde stressnivået som lavere, både som en indre grunnfølelse i kroppen og ved enkeltsituasjoner som kunne oppstå.

*«Jeg kan ikke si jeg føler noen bedre medisinsk tilstand, men jeg føler meg mer i kontakt med kroppen.»* (Informant 2)

Enkelte av informantene følte likevel på en konkret fysisk bedring med roligere puls og blodtrykk. Dette hadde for noen skjedd samtidig som andre ting hadde skjedd i livet, men alle som opplevde fysisk bedring følte selv det kom i forbindelse med kurset. Det var en som opplevde tydelige fysiske bedringer som hadde kommet i året etter kurset:

*«Jeg sover bedre, jeg har gått ned i vekt, jeg har mindre vondt og jeg tar færre medisiner fordi både blodtrykket, kolesterolet og blodsukkeret mitt er bedre.»* (Informant 1)

Det var flere av informantene som sa at de på forhånd hadde mye sinne i seg knyttet til hvordan livet deres var blitt. Flere uttalte at de både var spente og gruete seg til temasamlingen som omhandlet sinne. Men alle som sa dette på forhånd opplevde at dette viste seg ikke å være så vanskelig å prate om likevel. Etterhvert som de jobbet seg gjennom samlingene og hadde fått bearbeidet følelsene mer så var ikke sinne noe som plaget dem i like stor grad lenger. Som en sa det:

*«Jeg tenkte umiddelbart at sinne var et tema jeg måtte ha med meg, for der hadde jeg mye å jobbe med. Men da vi kom til den samlingen så var det liksom ikke så mye å ta opp eller jobbe med lenger.»* (Informant 6)

Tre informanter sa at også familien opplevde dem som roligere og at de hadde det bedre. Eksempler var at det nå var hyggeligere å være med barnebarna og at partner ble mindre påvirket av informantens dagsform.

*«Mannen min sier at jeg innimellom klarer å besinne meg mer, jeg føler meg lettere til sinns fordi jeg har mindre dårlig samvittighet og blir dermed lettere å ha med å gjøre.»*  
(Informant 3)

Fra analysen ble det tydelig at mye av grunnene til at de hadde det bedre kunne sorteres under to subkategorier. Det handlet om *aksept og optimisme*:

### 6.1.1 Aksept

Informantene ga i stor grad uttrykk for at de aksepterte situasjonen sin i større grad enn før og at det følte som en lettelse. De hadde forskjellig utgangspunkt, både med tanke på familiesituasjon, arbeidssituasjon og plager, og derfor varierte det noe hva de la i det å akseptere, og hva det innebar for dem.

Flere av informantene var ikke lenger i arbeid og dette opplevdes for mange som vanskelig å forsone seg med. De hadde et ønske om å jobbe og hadde lenge kjempet for å kunne stå i jobbene sine men at det ble for vanskelig over tid. Nå opplevde de at kurset hadde bidratt til å akseptere at de ikke lenger kunne jobbe, og at dette nå var noe de godtok. En av informantene beskrev det på denne måten:

*«Jeg skulle jo selvfølgelig mye heller være i jobb, jeg syns jo ikke det her er noe festlig. Jeg føler meg jo litt udugelig., men nå har jeg akseptert det og falt til ro med at det ikke skjer».*  
(Informant 3).

Å akseptere smerter og plager i større grad var også noe informantene opplevde at kurset hadde bidratt til. Smertene og plagene var der i like stor grad enda, men de beskrev det som at de opplevde en endring i tankesettet som gjorde at de aksepterte smertene når de kom, visste hva de skulle gjøre eller ikke gjøre og dermed taklet det bedre. Dette gjorde at det opplevdes bedre selv i de dårlige periodene. En informant beskrev det slik:

*«Jeg føler at jeg aksepterer smertene mer, jeg prøver ikke rømme fra smertene og vet hva jeg må gjøre når jeg har de smertene. De kommer og går og det er ikke noen grunn til å bli ergerlig eller sint eller frustrert for det. Det blir ikke bedre av den grunn.»* (Informant 2)

At situasjonen ikke ble bedre av å bli frustrert var det flere som kjente på. Flere hadde akseptert at det ikke er alt man kan påvirke, og at det følte bedre å godta det istedenfor å kjempe mot med negative følelser. Det gjaldt både smerter som nevnt, men og psykiske plager eller andre små eller store utfordringer som påvirket hverdagen deres.

*«Jeg føler jeg har fått mer oversikt, det er ikke så mange baller i luften, det lander litt og jeg har innsett at det er ikke alt jeg kan gjøre noe med, sånn er det bare.»* (Informant 3)

En annen kjente på noe av det samme, og hadde akseptert at fortiden kan man ikke gjøre noe med, det er bedre å være tilstede her og nå:

*«Nå er jeg mye mer positiv, nå er jeg til stede, og det er jeg veldig glad for. Det som har skjedd behøver ikke å bety så mye, så det er jeg greit å distansere meg litt fra det. Det er deilig å kunne være her og nå, og ikke løpe framover.»* (Informant 1)

### 6.1.2 Optimisme

En annen viktig grunn til at deltakerne følte de hadde fått det bedre hadde med en nyvunnen optimisme å gjøre. Dette kurset var det foreløpig siste av mange behandlingsforsøk for alle informantene. De hadde alle forsøkt forskjellige former å få det bedre på, og mange ga uttrykk for at de tidligere hadde en følelse av å ha gitt opp at det skulle skje noen endring i livssituasjonen. Selv om det varierte noe i hvilken grad, ga alle informantene uttrykk for at de etter kurset så lysere på fremtiden. En hadde fått en generell optimisme:

*«Jeg tenker ikke lenger at det verste kommer til å skje, men at det vil gå bra.»* (Informant 1)

Alle tre fra kurset på våren, altså de som hadde hatt 7-9 måneder på seg siden de var ferdige, var tydelige på at de opplevde en følelse av optimisme som varte. De fra høstens kurs der det var bare to måneder siden siste samling var litt mer forbeholdne i sin fremtidstro, men de ga uttrykk for at de håpet den nye positiviteten og optimismen de opplevde skulle holde seg.

Informantene følte at det var ulike grunner til at de opplevde mer optimisme. En faktor var at de opplevde at de hadde fått nyttige verktøy og teknikker som gjorde det lettere å fokusere på det positive. En beskrev det slik:

*«Det er lettere å huske på de tingene som jeg er takknemlig for. På slutten av hver dag tenker jeg over ting jeg er takknemlig for at har skjedd, istedenfor å tenke at i dag har jeg hatt det vondt. Det var kanskje det mest relevante for min del, sånn her og nå.»* (Informant 5)

Det å tenke positivt rundt egne muligheter ga dem økt optimisme og tro på hva de trodde de skulle få til fremover. Halvparten fortalte at de allerede hadde satt i gang prosjekter de tidligere bare hadde drømt om. Korsang og språkkurs var blant det deltakerne hadde ønsket å gjøre, men som de tidligere ikke følte de hadde overskudd til å begi seg ut på. En beskrev det slik:

*«Nå er ting mindre usikkert, og jeg har mindre fokus på hvordan jeg føler meg. Jeg føler meg mer letta og kan kose meg med prosjekter som jeg tidligere har tenkt at ikke blir noe annet enn en drøm.»* (Informant 4)

Flere følte de reagerte annerledes og bedre når noe vanskelig dukket opp. Istedenfor å reagere på impuls så fikk de tenkt gjennom situasjonen og at de dermed klarte å gi en bedre respons og håndtering. I tillegg til å gi mestringsfølelse som vil beskrives under, så ga de tydelig uttrykk for at dette gjorde dem mer optimistiske og av den grunn så de nå ikke like mørkt på hvordan de skulle takle det når de nå møtte utfordringer i livet. Dette gjaldt både ved store dramatiske hendelser, men også de mindre hverdagslige utfordringene som tidligere kunne ødelegge dagen. En hadde flere eksempler der hun hadde klart å beholde et mer stabilt følelsesnivå, og at hun derfor så mer optimistisk på hvordan hun skulle takle situasjoner i fremtiden:

*«Jeg pleier å bli veldig oppslukt av følelsene mine og la de ta kontrollen over meg over lang tid. Men gjennom kurset har jeg blitt mer fornuftig i reaksjonene slik at det ofte går fortere over hvis det er noe jeg reagerer på, eller at jeg klarer å reagere roligere der og da og heller få de følelsesmessige reaksjonene senere.»* (Informant 5)



Dette bekreftet en annen som hadde blitt mer nysgjerrig på hvorfor reaksjonene hennes var som de var og dermed håndterte dem bedre, noe som gjorde henne mer optimistisk med tanke på utfordringer i livet hun var sikker på at ville komme:

*«Jeg kjenner at det er annerledes, og kjenner at jeg blir mer nysgjerrig på reaksjonen min, hva er det ved meg som gjør at jeg føler den uttalelsen fra det mennesket sånn og sånn. Og det har jeg kjent på flere ganger nå "jeg reagerte sånn på det han sa" og så reflektere litt rundt det. Det har jeg en veldig stor tro på at vil hjelpe meg fremover. Ikke det at jeg ikke kommer til å bli lei meg eller sint, men jeg er bombesikker på at dette kommer jeg til å ha bruk for ganske snart. Jeg føler at jeg har en helt annet trygghet og en basis for å håndtere det som skulle komme. Og det er kurset sin fortjeneste.»* (Informant 6)

## 6.2 Opplevelse av fellesskap

Alle informantene utenom en sa tydelig at de hadde vært skeptiske til at kurset skulle foregå i en gruppe. De var spente på om de ville tørre å dele, og om de andre kom til å dele noe. Men fellesskapsopplevelsen var i ettertid en positiv erfaring som informantene snakket mye om. En av informantene uttrykte det slik:

*«Jeg var redd jeg ikke skulle føle noe samhold eller ikke å bli forstått, eller at andre ikke skulle dele. Jeg var redd for å dele selv, at jeg skulle angre på ting jeg hadde sagt. Men det ble ikke sånn, jeg delte allerede på gang to og det var mange som delte etter det»* (Informant 2).

Det var helt tydelig at det opplevdes som viktig at man var nok personer i gruppa for at den ikke skulle være sårbar om en var borte eller en hadde en dårlig dag og ikke orket bidra den dagen. Alle fortalte om frykten for at de andre ikke ville dele, men at det fort ble en åpenhet blant dem som gjorde at det ble lett for alle å dele.

Det var flere som delte historier de ikke hadde delt med andre enten fordi de aldri var blitt stilt de rette spørsmålene eller at det først i dette rommet følte naturlig og greit å snakke om det. Det var en som opplevde at det å være en del av denne gruppa og den tryggheten den ga, forløste noe i henne og ga henne muligheten til å snakke om noe som hun hadde holdt for seg selv over lang tid. Denne situasjonen oppstod gjennom en av øvelsene:

«Jeg har aldri fått snakket om det..(noe betydningsfullt). Og det bare kom plutselig, helt ut av det blå. Det som jeg opplevde utrolig positivt var disse setningene som var halvferdige, for plutselig så fullfører jeg en setning. Det var spesielt å oppleve at man fullfører en setning om noe man aldri har tenkt på eller sagt før. Det var som en åpenbaring.» (Informant 6).

I tillegg sa flertallet at det ga en følelse av selv å være viktig ved å se at det hjalp andre at man selv delte, i tillegg til å kunne gi tilbakemelding til de andre i gruppa og hjelpe dem å løse sine floker. Flere ga uttrykk for at den åpenheten og ærligheten som oppstod gjorde det til et trygt sted å være. Flere av informantene ga også uttrykk for at de følte en tilhørighet og at man ble sammensveiset på tross av at man ikke kjente hverandre. En ble positivt overrasket over dette:

«Jeg tenkte først at her er det ingen jeg passer med, men jeg tenkte jeg skulle ta det som en positiv utfordring. Og det ble så bra! Det viste seg jo at vi hadde masse til felles. Det hadde jeg veldig glede av å oppdage. Det at vi på dette kurset her ikke hadde noen felles diagnosegruppe det var veldig bra. Det at vi var så forskjellige det beriket opplevelsen av kurset.» (Informant 6).

I ettertid ga alle seks informantene uttrykk for at opplevelsen av å være i gruppe hadde vært veldig positiv og noe de ikke ville vært foruten. Informantene ble spurt om hva de hadde ønsket om de fikk tilbud om å ha kurset kun som individuell veiledning, altså istedenfor som gruppeveiledning. De få som eventuelt kunne tenkt seg å si ja til dette, ville kun hatt det som et tillegg. Ingen ville vært foruten gruppesituasjonen. En som var skeptisk til gruppesituasjonen på forhånd, trodde etterpå at hun ikke hadde hatt noe nytte av individuell veiledning:

«Jeg tror at hvis jeg hadde hatt veiledningen alene så hadde jeg blitt stum som en østers. Jeg hadde ikke hatt noe behov for å ...nei. Det klarer jeg meg uten.» (Informant 3)

Under kategorien følelse av fellesskap ble det beskrevet erfaringer som kan sorteres i subkategoriene *speiling* og *perspektiv*:

### 6.2.1 Speiling

Fellesskapet som oppstod og bidro til åpenhet for deling gjorde at «alle» delte i følge informantene. Dette gjorde at det ble delt mange og veldig forskjellige historier. Det var flere som opplevde at det det var en stor verdi å høre de andres historier, selv om de kunne være

helt annerledes enn deres egen. Det å få innblikk i andres liv og reaksjoner gjorde at man kunne kjenne seg igjen og dra nytte av rådene som ble gitt selv om man hadde opplevd noe som egentlig var en helt annen situasjon. Flere ga uttrykk for at gjenkjennelse og speiling var viktig for å bearbeide egne ting, og at det på den måten ble en form for veiledning også av egne problemer og situasjoner. En beskrev det slik:

*«Jeg kunne kjenne meg igjen i følelsene, reaksjonene og rådene selv om jeg ikke kjenner meg igjen i selve situasjonen deres. Det var deilig å kunne se at reaksjoner hos andre kunne være like min uten at vi har opplevd det samme.»* (Informant 5)

Flere beskrev det å observere andre få veiledning var stor nytte også for dem. En beskrev opplevelsen slik:

*«Vi hadde en del av kurset som kaltes guide-sekvens, der man på slutten av hvert tema ble guidet gjennom noe og da så de andre på, og den speilingen som andre gjorde, det ble på en måte en del av deg også, at du kunne kjenne deg igjen i tilsvarende ting. Det hadde absolutt noe for seg. Det var stor hjelp å høre på de andre.»* (Informant 3)

En opplevde at det ble en sterk opplevelse, den relasjonen som oppstod der man speiler seg i andres situasjoner:

*«Det er ganske sterkt at du forplikter deg til en sånn gruppe, for du får en relasjon. Det er jo ikke bare deg, det er andres skjebner og. Du får jo speilet deg i de andre.»*(Informant 1)

### 6.2.2 Perspektiv

Det var ikke bare opplevelsen av speiling som ble et positivt resultat av den tryggheten og åpenheten som oppstod i gruppesituasjonen. Denne delingen av personlige historier førte også til at flere fikk se seg og sin sykdom i et større bilde. Ettersom mange av informantene hadde hatt det vanskelig lenge uten å føle at de fikk hjelp, ga flere uttrykk for en følelse av ensomhet i det å være syk.

Halvparten av informantene ga uttrykk for at det å være i en gruppe og å høre på de andre ga et perspektiv på eget liv. Det gjorde at man i større grad kunne se seg selv utenfra, og dermed lettere så hva som skulle til for å få til en endring.

En opplevde at hun måtte ofre litt ved å utlevere seg selv og at det viste seg å være positivt:

*«Man må liksom ofre litt og det gir deg vel muligheten til å se på deg selv litt utenfra, med andre øyne. At du våkner litt for hva du har gått igjennom og hva du kanskje gjør feil, eller kan endre på. Ting du ikke tenker over i dagliglivet eller når problemet står på, men du ser det liksom der. Og får liksom påpekning på ting, ikke bare fra kurslederne, men fra de andre deltakerne også for alle prater jo.» (Informant 3)*

En annen opplevde at det å høre på de andre fikk henne til å innse at hun hadde en god del ressurser, og at det ikke skulle så mye til for en positiv endring:

*«Du fikk på en måte satt ting litt i perspektiv, selv om jeg slet med mine ting så kunne jeg på en måte se at jeg hadde en del ressurser, hvis jeg klarte å komme opp på et nivå hvor jeg... det er vanskelig å forklare da men, hvis jeg klarte å hente inn så mye energi at jeg klarte å ta tak i de tingene, så ville jeg få et løft.» (Informant 4)*

Flere sa også at de følte det hjalp å se at man ikke var alene om å slite, mens en annen følte seg friskere av å få perspektiv på egne problemer:

*«Du får innblikk i andres liv, og at andre som tilsynelatende har mye på stell, ikke har det så bra. Det er et veldig interessant perspektiv i tillegg til at man føler seg som en del av et fellesskap. Man er ikke alene om å slite i hverdagen» (Informant 2).*

### 6.3 Mestring

Det ble tydelig under samtalene med informantene at de alle opplevde forskjellige former for mestring etter kursdeltakelsen. De nevnte kategoriene aksept og optimisme handler også i stor grad om det å føle at man mestrer livet bedre ved at man aksepterer livet mer, og at man opplever en optimisme ved at man håndterer situasjoner bedre. Jeg vil i dette avsnittet fokusere på de konkrete mestringsopplevelsene.

Flesteparten sa på forhånd at de opplevde at de selv hadde mye ressurser, men at de enten følte de ikke fikk brukt dem ordentlig eller ikke ville av frykt for å slite seg ut. Etter kurset ga de uttrykk for at de hadde mer kontroll over sitt eget liv og dermed følte at de mestret sin egen situasjon i større grad. De positive følelsene de opplevde knyttet til fremtiden handlet ofte i stor grad om følelsen av å mestre livet bedre.

Alle informantene hadde en opplevelse av at de nå mestret både livet og situasjoner bedre enn før. For mange handlet det om å snu en dag eller en situasjon som ble opplevd som vanskelig.

Dette hadde de i større grad energi til, og verktøy å bruke. Alle var sikre på at de ville taklet alvorlige påkjenninger bedre nå. Som nevnt tidligere under positivitet var det flere som satt i gang med prosjekter de tidligere ikke hadde turt å drømme om, men som de nå hadde de troen på at de ville mestre.

En fortalte om en typisk situasjon der hun våkner og har en vanskelig dag, men at det hun har erfart gjennom kurset har gjort at hun oftere utfordrer seg selv og prøver å stå opp likevel. Dette har resultert i en nyvunnen mestringsfølelse og tro på å klare også dårlige dager:

*«Nå kan jeg ha den samme dårlige følelsen i kroppen når jeg våkner, men så kan jeg komme meg opp likevel, jeg klarer oftere å snu det. Jeg klarer å tenke at det ikke er så farlig, at jeg bare kan dra og se hva dagen bringer, i verste fall så kan jeg jo dra hjem igjen. Og det at jeg faktisk prøver, det er en forskjell. Og som regel så går det veldig bra. Og det gjør at jeg er enda mer positiv til at det kan gå neste gang».* (Informant 4)

En annen hadde en helt konkret opplevelse med en avlysning av et kurs hun gledet seg til, der hun først ble skuffet og kjente på at dette var tungt, men denne gangen klarte å utfordre seg selv ved heller å melde seg på et annet kurs. Istedetfor å fokusere på nedturen, ville hun heller fylle tomrommet med noe annet. Denne måten å oppleve å mestre en situasjon og endre den til noe bedre var nytt sammenlignet med tidligere:

*«Jeg hadde meldt meg på et kurs som ble avlyst som jeg hadde gledet meg veldig til, og i motsetning til å gå i kjelleren av skuffelse som jeg tidligere ville gjort, så meldte jeg på noe annet, og det er ikke noe jeg har lyst til en gang, men det var for å gjøre noe annet og kanskje det faktisk er gøy»*(Informant 2).

Under kategorien mestring beskrev deltakerne to erfaringer som henger sammen, men der å sette grenser kan sees som en begynnelse av å mestre livet bedre og å styre livet selv blir en konsekvens av dette. Subkategoriene blir derfor *å sette grenser* og *å styre livet selv*:

### 6.3.1 Å sette grenser

Alle informantene hadde tidligere kjent på mye dårlig samvittighet overfor familie, venner og andre. De følte at de ofte tenkte på andres behov før sine egne. Det at det var vanskelig å si nei gikk igjen hos flere.

*«Jeg har vært veldig opptatt av at andre skal ha det bra.»* (Informant 4)

Etter kurset opplevde alle at de i større grad enn før klarte å sette grenser og hadde lært å si nei uten å få dårlig samvittighet. Det å passe på seg selv og hva man selv orker ble nevnt flere ganger. Uttrykket «å ta på sin egen oksygenmaske før man kan hjelpe til å ta på andres» ble ordrett sagt av flere.

En følte at å ta vare på seg selv var å ikke slite seg ut ved å tilfredsstille andre, men velge det som var best for seg:

*«Jeg velger bare å omgås folk som ikke stresser, jeg er mye roligere nå. Jeg har etter kurset blitt flinkere til å kjenne på hva som gjør at jeg har det bra, og passe på å ha det hyggelig, velge å gjøre hyggelige ting. Jeg har blitt flinkere til å sette grenser og passe på meg selv ved å gjøre det som føles riktig for meg.»* (Informant 1)

En annen hadde kjent på kroppen hva som skjedde da hun ikke fulgte de rådene hun hadde lært:

*«Det har vært lettere å sette grenser for meg selv. Jeg er en person som ikke helt vil innrømme at jeg ikke kan gjøre alt. Før jul så gjorde jeg altfor mye så jeg ble skikkelig syk i julen, og da innså jeg at nå må jeg bruke det jeg har lært. Men nå klarer jeg å si nei til venninner f.eks. Og det har vært vanskeligere før. Jeg har vært med på alt, da blir jeg ekstremt dårlig og veldig deprimert.»* (Informant 5)

### 6.3.2 Å styre livet selv

Det å sette sine egne grenser opplevdes av deltakerne som befriende og ble beskrevet som en ekstra pådriver for det å styre livet selv.

En beskriver det slik:

*«Jeg har blitt flinkere til å sette grenser. Det har gjort at jeg er mer i førersetet i eget liv.»* (Informant 2)

I ett liv der mye har blitt styrt av de plagene de har, er det tydelig at det er viktig for informantene å ha en følelse av å styre eget liv. Etter kurset sier mange av dem at de nå har fått en større kontroll over livet. De stiller seg spørsmål som «Hva trenger jeg?» eller «Hva er riktig for meg?» og på denne måten velger å gjøre det som gjør godt for en selv. For mange var dette med å ta egne valg for en bedre hverdag en måte å selv ta ansvar for sitt eget liv.

En følte det som en investering i sitt eget liv som ga han mer styring:

*«Jeg har mer kontroll, selv om jeg ikke liker det ordet. Jeg velger mer de nære ting, som å være sammen med barnebarna, slik at du kan ha en nær relasjon til dem. Jeg velger å prioritere å sove, å spise sunt, å velge sunne ting. Ja kontroll til å kunne gjøre det som er riktig for meg. Jeg er flinkere til å hente meg inn og jeg velger å slappe av. Jeg føler det har vært en investering som jeg trengte og som har gitt ett annet fokus og en annen retning.»*  
(Informant 1)

En annen følte at det at hun tok mer ansvar for eget liv ga en følelse av å styre det selv:

*«Jeg må så mine egne frø og vanne mine egne blomster for at jeg skal få det bra»* (Informant 4).

Det stemte og med det en annen sa, som hadde skjønt at det er opp til en selv hvilke endringer man kan få til:

*«Man ser vel på seg selv på en litt annen måte etterpå. Ikke akkurat at man ser feilene sine, men man ser at «Ok det er faktisk noe jeg kan gjøre annerledes». Sinnemestring for eksempel, det er på en måte bare du selv som kan gjøre noe med det, og du ser at kanskje du allerede har gjort noe med det, men du ser at det kanskje bare er litt til som skal til for å endre det. En bevisstgjøring som jeg synes at det kurset var veldig bra på.»* (Informant 3)

## 7.0 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke deltakeres erfaringer med livsstyrketrening. Hovedresultatene viser at informantenes erfaringer med livsstyrketrening var positive. Alle hadde det bedre og knyttet dette til en større aksept av sin egen situasjon og en optimisme for fremtiden. En annen positiv erfaring var fellesskapet som oppstod på samlingene. Dette ga mulighet for speiling av egne utfordringer og problemer, og perspektiv på egen situasjon. I tillegg opplevde deltakerne at de mestret livet i større grad, og at dette hadde å gjøre med at de mer enn før klarte å sette grenser for seg selv og styre livet i den retningen de ønsket.

I dette kapittelet presenteres først en drøfting av metoden, og deretter drøfting av funn. Sistnevnte vil bli diskutert opp mot de teoretiske perspektivene *opplevelse av sammenheng* og *empowerment*.

### 7.1 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg prosjektet og gå kritisk gjennom metoden som er brukt. Dette for å se styrker og svakheter, som kan si noe om studiens gyldighet. For å vurdere kvaliteten i en studie bruker man gjerne begrepene «reliabilitet» og «validitet» (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017; Skilbrei, 2019).

#### 7.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet, eller troverdighet som det ofte kalles i kvalitative studier, handler om hvorvidt funnene man har gjort er gjennomført på en pålitelig måte, slik at man kan stole på at det ikke er feil eller skjevheter som har påvirket resultatet (Skilbrei, 2019).

Kvalitativ metode ble valgt for å få en rikere innsikt i opplevelsene til informantene, med en dybde og åpenhet som vil kunne være vanskelig å få med for eksempel et gruppeintervju eller en kvantitativ metode (Malterud, 2017).

For å sikre reliabiliteten, ble metoden så tydelig som mulig beskrevet i metodekapittelet. For at man skal vite om funnene er gjort på en pålitelig måte må man også bruke en relevant analysemetode. Jeg kom i samsvar med min veileder fram til at Malteruds systematiske tekstkondensering ville være den mest hensiktsmessige analysemetoden. Dette fordi den er passende for nybegynnere, i tillegg til at den gir god mulighet for å vise trinn for trinn



gjennom hele analysen (Malterud, 2017). Jeg ble på denne måten tvunget til å gjennomføre alle ledd, og ikke falle for fristelsen til for tidlig å tro at jeg hadde funnet meningsinnholdet. Ved å følge metoden nøye måtte jeg flere ganger gå tilbake og endre koder og grupperinger fordi jeg oppdaget nye ting ved datamaterialet. For å vise tydelig hva analysen er bygget på er det brukt mange sitater som jeg mener viser essensen i funnene.

At forskerens rolle synliggjøres og reflekteres over, er en del av å sikre forskningens kvalitet og troverdighet (Skilbrei, 2019). For å unngå at reliabiliteten i denne oppgaven skal bli påvirket av forskerens forforståelse og for sikre transparens, og er forskerens bakgrunn og forforståelse beskrevet i et eget avsnitt under metodekapittelet.

### 7.1.2 Validitet

Man må vurdere validiteten til forskningen, altså hva den forteller noe om, og i hvilken grad det man har funnet kan overføres til andre situasjoner (Malterud, 2017). Det materialet man har skal være relevant for den målsetningen man har for forskningen. Man skal som forsker, gjennom alle ledd stille spørsmål om hvorvidt den kunnskapen man har funnet er det man tror det er, og under hvilke forhold denne kunnskapen har kommet til (Malterud, 2017).

*Intern validitet*, eller bekreftbarhet, omhandler at forskeren skal ha dekning i datamaterialet for de konklusjonene man tar. Man lurer på om intervjuobjektene har svart på det de faktisk har blitt spurt om (Malterud, 2017; Skilbrei, 2019).

For å oppnå dette, ble det lagt rette for at informantene kunne være åpne og ærlige ved å skape tillit, gi god informasjon og trygge omstendigheter slik at informantene følte det trygt å prate. Det var viktig at de var tilpass i situasjonen slik at de turte å spørre hvis de var usikre på hva jeg spurte om, og at de ga beskjed hvis de ikke ville gå inn på et tema. På denne måten mener jeg å ha gjort det jeg kan for at de ikke skulle bli påvirket av situasjonen. Der jeg opplevde at de ikke helt svarte på det jeg spurte om, spurte jeg på en annen måte, eller ventet for å se om vi kom inn på temaet igjen via andre spørsmål senere.

Som det ble nevnt tidligere viste det seg vanskeligere å få gode svar rundt allostatisk belastning enn forventet. Der deltakerne fikk spørsmål om rene fysiske målbare endringer, var det veldig varierende hvor tydelig de hadde kjent på dette. Dette tok jeg med i analysen, og

ved omtale av denne tematikken i analysen, ble det bare brukt klare og tydelige svar for at det skulle være sikkert at deltakerne hadde svart på det de faktisk har blitt spurt om.

*Ekstern validitet*, eller generaliserbarhet, handler mer om i hvilken grad kunnskapen man oppnår er overførbart til andre sammenhenger (Skilbrei, 2019). Det kan bli svak ekstern validitet hvis man kun forholder seg til dette konkrete funnet og ikke vurderer om det kan være overførbart til lignende situasjoner (Malterud, 2017). Å finne overførbare sammenhenger slik som i kvantitativ forstand, vil være vanskelig i kvalitativ forskning, og særlig med få intervjuer. I denne sammenheng snakker man her gjerne om overførbarhet i en analytisk forstand, altså at forskeren viser fram hva som er gjort og reflekterer rundt rammene for prosjektet (Skilbrei, 2019). Kvale og Brinkmann (2015), kritiserer også bruken av begreper som *validitet* og *reliabilitet* som mål i kvalitativ forskning på samme måte som i kvantitativ forskning, fordi de mener det vil være totalt uoppnåelig og heller ikke relevant. Det er hvordan forskeren har innhentet informasjon som er relevant for om den er gyldig. Kvalitativ forskning kan heller bidra med tilstandsbilder og forståelsesmodeller. Tilstandsbildene vil ha verdi basert på kvaliteten av og troverdigheten til beskrivelsen og forståelsesmodellene vil baseres på begrepene, teoriene og kategoriene forskeren kommer frem til, ifølge Andenæs (Referert i Skilbrei, 2019 s. 88). En måte å finne overførbare sammenhenger til andre personer og situasjoner vil kunne være at man er veldig åpen om utvalget og egne refleksjoner (Skilbrei, 2019).

Kvalitative data kan fortelle noe om forskjellige måter å leve på, og selv om ikke reaksjoner og opplevelser kan generaliseres, kan det likevel være gjenkjennbart for andre i lignende situasjoner (Skilbrei, 2019). Som nevnt under avsnittet om reliabilitet, er gjennomføringen av prosjektet forsøkt gjort rede for på en måte som gjør prosessen tydelig for leseren. Det er på den måten forsøkt å oppnå god ekstern validitet.

I dette prosjektet var det kun seks informanter. Det hadde likevel vært ønskelig med noen flere for å få en høyere overførbarhet, men det lot seg som beskrevet tidligere ikke gjøre. Det er derfor vanskelig å vite om man har nådd et metningsnivå. Det at ingen av informantene hadde store avvik i svarene sine om hvordan de opplevde kurset, kan likevel tyde på at man har kommet i nærheten av et metningspunkt på utvalget, og at det ikke hadde gjort noen forskjell om det hadde vært to-tre flere informanter. Valget av å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer forsterker også dette, ved at hvert enkelt intervju ga mye god informasjon.

Det er vanskelig å vite om det kun er de som er fornøyd med kurset som har sagt ja til å la seg intervjuet. Det kan ha blitt forsterket av at forespørselen kom fra kursholderen, men av personvern hensyn kunne ikke jeg få tilgang til hele deltakerlisten og ta kontakt med dem direkte. For å forsøke å motvirke dette var vi opptatt av å tydeliggjøre at det var jeg som skulle kontaktes direkte for alt som hadde med intervjuet å gjøre. Det kan likevel ikke utelukkes at de som meldte seg var de som var mest positive, og at resultatene derfor ikke gir et fullstendig bilde av alle deltakeres erfaringer.

Å finne overførbare sammenhenger er som nevnt vanskelig å få til med denne metoden, men det vil likevel kunne være en analytisk overførbart sammenheng. Ved at jeg har forsøkt å tydeliggjøre hva slags kurs dette er snakk om, åpenhet rundt prosessen og hvordan resultatet er funnet, mener jeg at det bidrar til at disse funnene vil kunne være relevant også for andre situasjoner. Umiddelbart tenker jeg det vil være relevant for andre kommuner som også har livsstyrketrening som en del av sitt tilbud, men også for andre kommuner som vurderer å innføre slike eller lignende tiltak.

Dette fører meg over i studiens *relevans*, som innebærer at selv om forskningsprosessen har fulgt alle retningslinjer og regler, så skal den også bringe relevans til forskningsfeltet. Altså at man kommer med ny kunnskap som er relevant for andre. Gjennom søkeprosessen av tidligere studier som var relevante til dette prosjektet, ble det funnet en god del forskning om lærings- og mestringskurs av forskjellige typer. Når det gjaldt livsstyrketrening og særlig med kobling mot opplevelse av sammenheng ble det funnet få relevante resultater, hvilket indikerer at kunnskap på dette feltet foreløpig er mangelfull. Dette gjør at resultatene i denne studien har høy relevans, og bidrar til ny kunnskap. I tillegg har den kvalitative tilnærmingen i denne studien tilført annen type kunnskap enn de i oppgaven nevnte eksisterende studier, som i stor grad har benyttet seg av mer kvantitative tilnærminger og som har gjort målinger på konkrete variabler.

## 7.2 Resultatdiskusjon

Diskusjonen rundt resultatene vil deles inn etter funnenes hovedkategorier *Å ha det bedre*, *Opplevelse av fellesskap* og *Mestring*, og drøftes mot eksisterende forskning og de teoretiske tilnærmingene *opplevelse av sammenheng* og *empowerment*.

### 7.2.1 Å ha det bedre

Et av hovedfunnene fra undersøkelsen var at informantene gjennomgående opplever å ha det bedre og kjenne på en større ro, og det er derfor interessant å diskutere mulige årsaker til dette fra et teoretisk perspektiv.

Som nevnt hadde de fleste informantene vanskeligheter med å påpeke direkte målbare fysiske endringer, men til tross for dette ble en uspesifisert følelse av å ha det bedre beskrevet.

Enkelte rapporterte likevel en opplevd bedring på fysiske parametre som puls og blodtrykk, og dette i kombinasjon med en generell følelse av å ha det bedre, kan være et resultat av lavere allostatisk belastning. Tatt i betraktning det man vet om allostatisk belastning ved gjentatte aktiveringer av stress, er det ikke urimelig å anta at en opplevelse av nyoppstått ro kan ha sammenheng med at de stressende situasjonene sjeldnere oppstår. Som nevnt har tidligere studier hatt problemer med å vise til slike resultater og man kan derfor mene at det ikke er et relevant fenomen (Greeson, 2019; Manigault, Woody, et al., 2018). Det finnes som nevnt en undersøkelse av Manigault og Scanlin (2018) med positive funn på kardiovaskulær sykdom og mindfulness som en buffer mot dette. Den undersøkelsen samsvarer med det Getz et al. (2011) beskriver om at opplevelse av støtte, anerkjennelse og tilhørighet påvirker den allostatiske belastningen. At enkelte informanter også i denne undersøkelsen kunne vise til en tydelig bedring, bygger opp om antakelsen om en slik mekanisme (Manigault, Scanlin, et al., 2018).

Følelsen av større ro etter endt kurs, samsvarer med tidligere erfaringer fra mindfulnesssterapi, som viser til redusert opplevelse av stress og bedre mental helse hos pasienter med spenningshodepine (Omidi & Zargar, 2015), og redusert emosjonelt stress hos pasienter med diabetes (Son et al., 2015). Forskning på livsstyrketrening som viser til økt livsglede (Steen & Haugli, 2000) og redusert emosjonelt stress og redusert psykisk stress, bekrefter også slike erfaringer (Zangi, 2012).

Den teoretiske tilnærmingen om *opplevelse av sammenheng* og den salutogene modellen, kan være en forklaring på hvorfor informantene har det bedre. Funnene fra denne undersøkelsen viser at informantene i stor grad føler seg mindre stresset, både fysisk og psykisk. De beskriver en større ro i kroppen, og følelse av å ha landet, i tillegg føler de mindre sinne. De har det bedre både med seg selv og omgivelsene. Dette kan tyde på at de har blitt forskjøvet noe på skalaen for opplevelse av sammenheng. For å se på en mulig forklaring, kan man se på kroniske stressfaktorer, som er svært relevant for disse menneskene, da de alle har levd med kroniske plager i mange år, og i så stor grad at de trenger hjelp for å få det bedre. Det stemmer med beskrivelsen av en kronisk stressfaktor som en livssituasjon, betingelse eller særtrekk som har stor påvirkning for en persons liv (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det er kanskje ikke mulig å fjerne den kroniske stressfaktoren en slik plage er, men ettersom deltakerne beskriver et generelt lavere stressnivå, kan det se ut som de gjennom kurset har lært seg i større grad å leve med den, slik at den ikke nødvendigvis blir en betydelig negativ stressfaktor likevel.

Noe som styrker antakelsen om at informantene har flyttet seg på skalaen for *opplevelse av sammenheng*, er beskrivelsen flere gir av hvordan de nå tror de vil møte større utfordringer som kan klassifiseres som stressende livsbegivenheter. Stressende livsbegivenheter påvirker livet i stor grad, men det er hvordan man takler dem som avgjør om det blir skadelig (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Flere av informantene hadde troen på at de nå var bedre rustet til å håndtere det som eventuelt skulle dukke opp. Videre forteller flere de at de er helt sikre på at negative hendelser vil dukke opp, og at de også vil bli lei seg eller reagere, men de er likevel helt trygge på at de vil tåle det, og at det vil gå over. Stressende livsbegivenheter og daglige irritasjonsmomenter har påvirket informantenes liv i så stor grad at det fremstår som kroniske stressfaktorer. Det at livet ble voldsomt påvirket av enkelthendelser, kan skyldes at de tidligere lå lavt på skalaen for opplevelse av sammenheng. Det faktum at informantene etter endt kurs rapporterer mindre slik påvirkning av enkelthendelser og irritasjonsmomenter, kan indikere en bedring i opplevelse av sammenheng. Dette samsvarer med Antonovskys (2012) beskrivelse av at sterk opplevelse av sammenheng gir personen en grunnleggende forventning om at det man møter av stressmomenter er *meningsfylte, forståelige og håndterbare*, og dermed omdannes ikke spenningen til stress. Økt grad av slike mestringsopplevelser hos deltakerne er helsebringende (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Opplevelsen av å ha det bedre har også resultert i bedre kommunikasjon mellom informantene og de rundt dem. Familien er en del av den sosiale støtten, og flere beskrev at de etter kurset hadde det bedre i nære relasjoner. Ifølge Idan et al. (2017), kan høyere kvalitet på nære

relasjoner bidra til bedre individuelle motstandsressurser, i tillegg til å ha en generell forebyggende effekt på helsen (Lin et al., 1985). Stabil sosial støtte betyr gjerne at man også har et stabilt fellesskap ellers i livet, og dette er også påvirkelig, hvilket styrker antakelsen om at det kan være noe av årsaken til at informantene har det bedre (Idan et al., 2017).

Informantenes beskrivelser av å ha det bedre, har også en tydelig sammenheng med hvordan de opplever smertene de plages av. Informantene mener å håndtere smertene bedre etter kurset etter kurset, hvilket stemmer med eksisterende forskning på mindfulness som tyder på at kvinner med blæresmerter følte bedre kontroll på smertene (Kanter et al., 2016) og lavere opplevelse av smerte hos pasienter med kroniske smerter som ryggsmarter, muskel- og skjelettplager og migrene (Majeed et al., 2018; Omid & Zargar, 2015). Også livsstyrketrening har vist dokumenterbar effekt på smertemestring, og også troen på egen mestring av smerter (Haugli et al., 2001; Steen & Haugli, 2000, 2001; Zangi, 2012; Zangi et al., 2011).

Troen på egen mestring av smerter var noe informantene var tydelige og samstemte på, og denne erfaringen kan tyde på høyere grad av *empowerment*. Gjennom kurset har de fått verktøy som gjør at de vet hva de skal gjøre når plagene kommer, og er derfor i større grad i stand til å ta kontrollen over situasjonen selv, hvilket er et viktig element i *empowerment* (Askheim & Starrin, 2007).

Videre virker bedre smertehåndtering å ha gitt informantene et mer positivt forhold til egen kropp, noe som er i tråd med Afrells (2007) forskning på aksept av kroppen med smerter. God kroppsbevissthet og kroppslig tillit kan tyde på at man kommer lenger i å akseptere sin totale livssituasjon, hvilket er svært relevant for livsstyrketrening (Afrell et al., 2007).

Å oppleve *aksept*, handler ifølge informantene ikke bare om å akseptere smertene og plagene når de dukker opp, men det å akseptere hele livssituasjonen med det den innebærer av utfordringer. Funnene viste at informantene har oppnådd høyere grad av aksept gjennom beskrivelser av en generell aksept for at situasjonen er som den er, der de ikke lenger føler like mye sinne, og de har akseptert at det er mye de ikke kan gjøre noe med. Dette er i samsvar med forskning på erfaringer med andre lærings- og mestringskurs (Stenberg et al., 2016), som viser til økt aksept av situasjonen og en forståelse av at endring er en prosess som tar tid.

Å akseptere sin egen livssituasjon, og fremfor å bruke energi på fortid og tanker om hvordan situasjonen heller skulle vært, virker også å gi større opplevelse av *begripelighet*, ved at man ser livet sitt i en større sammenheng og at det er forståelig og forutsigbart. Sterk *opplevelse av sammenheng* betyr ofte at man er i bedre stand til å leve med problemer som ikke lar seg løse (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Aksept kan ha ført til mer *begripelighet*, men på det kan også ha motsatt årsakssammenheng, nemlig at økt aksept kan være et resultat av man gjennom kurset har fått en mer begripelig livssituasjon.

Begge ovennevnte avsnitt er i tråd med forskningen gjort av Oris (2018) som sier at man har flere stadier for hvordan man forholder seg til egen sykdom, og aksept er et av disse. Man evner da å forholde seg til sykdommen og situasjonen, men lar seg ikke overvelde av den (Oris et al., 2018). Videre har tidligere funn fra livsstyrketrening vist at det har gitt deltakerne høyere anerkjennelse av seg selv, sine sykdomsrelaterte følelser og egne behov (Zangi, 2012). Det er tydelige sammenhenger mellom sistnevnte forskning og funn fra denne studien, da deltakerne i stor grad rapporterte slike opplevelser etter kurset i livsstyrketrening.

Økt aksept hos informantene virker også å ha gitt sterkere opplevelse av *empowerment*. Funnene viser at deltakerne opplever større grad av aksept i livet og medfølgende bedre livsmestring. Askheim et al. (2007) beskriver at aksept er en måte å oppnå empowerment, ved å lære å leve med sin situasjon og mestre hverdagens utfordringer, hvilket stemmer overens med funn fra denne undersøkelsen. Å oppnå dette vil kunne gi en følelse av kontroll over eget liv og dermed større grad av opplevelse av empowerment.

Utover dette innebar en del av opplevelsen av *å ha det bedre*, ifølge informantene større tro på fremtiden og en ny følelse av *optimisme*.

Optimismen informantene uttrykte i etterkant av kurset, kan på en side være et resultat av at man har gjort noe nytt, og at placeboeffekten ved å gjøre en endring kan være tilstede (Rashidi, 2020), men at det vedvarer over tid, styrker antakelsen om at optimismen handler om noe mer.

Flere beskriver en mestringstro knyttet til å snu situasjoner som tidligere har vært vanskelige, og å mestre smerter og plager, og derav se mer positivt på fremtiden. Dette er i samsvar med eksisterende forskning på livsstyrketrening som viser til økt tro på egen mestring av smerter og økt livsglede (Haugli et al., 2001; Steen & Haugli, 2000, 2001).

Optimismen kan skyldes at informantene virker å oppleve utfordringene som mer *begripelige*, ved at de evner å se dem i sammenheng, og både forutse og akseptere dem. Egne reaksjoner på utfordringer vil føles *håndterbare*, ved at man med riktige verktøy vet mer om hvordan man bør møte dem. Videre kan utfordringene føles *meningsfulle* ved at man forstår i større grad hvorfor det må være sånn. Ved at alle tre komponentene tilsynelatende har økt, kan det tyde på at deltakerne opplever en større *opplevelse av sammenheng* og at dette kan være mye av grunnen til økt optimisme for informantene.

Informantenes følelse av optimisme, som skyldtes troen på håndtering av smerter og andre utfordringer, kan indikere at informantene også har oppnådd en større grad av *empowerment*, ved at de har tro på fremtiden og vet mer om hvordan de skal styre den når den blir vanskelig.

### 7.2.2 Opplevelse av fellesskap

Funnene viste en tydelig enstemmig positiv opplevelse av det å være en del av en gruppe. Informantene opplevde det som viktig at man var minst seks personer i gruppen, og at dette ga rom for at noen hadde dårlige dager der de enten ikke var til stede, eller ikke hadde overskudd til å bidra, uten at det påvirket fellesskapet som oppstod. Fellesskapet ga også en tilhørighet, i form av at opplevelsene man fikk gjorde at man følte seg sammensveiset. På tross av store forskjeller i bakgrunn, alder, og årsak til å være på kurset, fant man likheter og støtte i hverandre.

Fellesskapet ble en stor sosial støtte, og denne tryggheten gjorde at mange delte historier og opplevelser de aldri hadde delt før, eller som var så vanskelige at de ikke hadde fått pratet nok om dem. Dette bekreftes også i tidligere forskning på mestringskurs, som sier at fellesskapet skapte trygge omgivelser der folk lytter, og at man da ender med å dele ting man ikke engang har delt med sine nærmeste (Haugli & Steen, 2001; Haugstvedt et al., 2011; Steen & Haugli, 2001; Stenberg et al., 2016).

Også forskning på livsstyrketrening viser at gruppen er tydelig viktig, det gir et fellesskap og trygge omgivelser som lytter og er mottakelige for reaksjonene som kommer (Haugli & Steen, 2001; Steen & Haugli, 2001) og at det er viktig med gruppesamtaler der man får lov til å ta egne følelser på alvor (Haugstvedt et al., 2011). Disse tidligere funnene stemmer i stor grad med det informantene selv forteller også i denne studien.



Ifølge teorien om *opplevelse av sammenheng* har man et behov for motstandsressurser for å tåle de livssituasjonene som dukker opp. Gruppetilhørighet og mellommenneskelige relasjoner er elementer som kalles generelle motstandsressurser, og vil kunne gjøre individet bedre rustet til å tåle stressende livssituasjoner. Sosial støtte er helsefremmende i den forstand at det fungerer som en buffer mot konsekvensene av stress (Lin et al., 1985). Å finne tilhørighet og støtte i gruppen er noe som kan bidra til at man hever seg på skalaen for opplevelse av sammenheng, fordi man opplever at de generelle motstandsressursene har økt. Et viktig element for at dette skal fungere er at selv om denne ressursen er tilgjengelig, må den enkelte klare å utnytte den (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Historiene informantene forteller om en større ro og mestring av livet, kan tyde på at de har klart nettopp det, ved å bruke det fellesskapet som oppstod til noe positivt for sin egen helse og opplevelse av sammenheng.

Fellesskapet bidro til åpenhet for å dele erfaringer, og gjorde at informantene kunne *speile* seg i hverandre. Ved å se andre få veiledning eller høre deres historier, kunne de selv forstå mer av egen situasjon og reaksjoner. Det ga muligheten til å bearbeide opplevelser på en annen måte enn før. Denne erfaringen er i tråd med forskningen til Hedlund og Landstad (2011) som fant at gruppefellesskapet i selvhjelpsgrupper gjorde at man lærte mer om eget reaksjonsmønster gjennom å høre andres historier og å dele selv (Hedlund & Landstad, 2011).

Denne beskrivelsen kan tyde på at de fikk en større *opplevelse av sammenheng* ved at situasjonen deres på denne måten både ble mer begripelig, både fordi de forstod at andre stod i lignende situasjoner, og hvorfor det har blitt sånn. I tillegg kan det kan ha ført til større håndterbarhet, fordi de ved å speile seg i andre kan se deres reaksjoner, og dermed styre sine egne reaksjoner bedre (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Gjennom fellesskapet fikk informantene større *perspektiv* på seg selv og sin situasjon når de erfarte hvordan andre hadde det. Også funnene til Stenberg et al. (2016) viser at deltakelse på lærings- og mestringskurs ga perspektiv på eget liv ved at man fant glede av å høre andres erfaringer og at man kjente at man ikke var alene om å ha utfordringer.

Opplevelsen av å få et større perspektiv virker i tillegg til å ha påvirket *opplevelsen av sammenheng*. Noen opplevde dette som at livet ble mer *håndterbart* bare ved å se seg selv utenfra, at de kanskje hadde mindre å håndtere enn de først trodde, eller at det ikke var mye som skulle til for at de selv taklet situasjonen bedre. Det at det kanskje ikke var så mye som skulle til for endring, var en erkjennelse som kan ha gjort at folk både følte det mer

*meningsfullt* å stå i en vanskelig situasjon, og mer *begripelig* ved at det ble mer system i kaoset, hvilket kan tyde på en høyere opplevelse av sammenheng.

Fellesskapet virker å ha ført til en større opplevelse av *empowerment* ved at informantene forteller om alle de positive opplevelsene de har av å ha vært i en slik trygg gruppe.

Samspillet i gruppa har gjort at de gjennom speiling og perspektiv, fått erfaringer som gjør at de selv i større grad håndterer livet bedre.

Det ville være interessant å se om fellesskapet førte til oppnådd empowerment på gruppenivå, men det er vanskelig å si noe om blant denne oppgavens funn. Det er likevel mye som kan tyde på at det positive som har skjedd i gruppesituasjonen har gitt en trygghet og rom for å bygge hverandre opp, og dermed er sjansene større for at også gruppen kunne fått til noe sammen hvis det var behov for det (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

### 7.2.3 Mestring

Funnene viser at informantene i større grad mestrer livet, gjennom opplevelser og teknikker som gjør dem bedre rustet til å styre livet i retningen de ønsker og sette grenser som er riktige for dem selv.

Flere av informantene hadde et stort behov for å finne ut hva som er viktig for seg, noe som indikerte at mange av dem ikke følte de hadde makten i sitt eget liv. Ved å bli bevisst dette, og gjennom kurset lære seg hva som skal til for at de selv har det bra, gjorde at de i mye større grad følte at de styrte livet selv.

Alle informantene forteller om opplevelser der de føler at de mestrer livet generelt, og enkeltsituasjoner spesielt, bedre enn før. De opplever situasjoner der de tidligere hadde latt seg rive med av negative tanker, men nå bruker de verktøyene de har lært og evner å snu situasjoner til det bedre. Det kan være å klare å stå opp på en dårlig dag, eller reagere annerledes når noe negativt skjer, eller å håndtere smerter og plager på en mer konstruktiv måte. Å oppleve mestring ved å håndtere smertene bedre, er i samsvar med forskningen til Stenberg et al. (2016) som viser at deltakelse på lærings- og mestringskurs har gjort at man opplever færre symptomer og at man håndterer dem bedre.

Økt opplevelse av *å styre livet selv*, kom som en konsekvens av å *sette egne grenser* for at hverdagen skulle bevege seg i ønsket retning. Flere hadde tidligere hatt problemer med å si

nei og å sette seg selv først. Det å kjenne etter om det man skal bruke tid på, gir eller tar energi i en utfordrende livssituasjon, er det flere av informantene som opplever positivt. Både det at de styrer livet i større grad selv og selv setter grenser for hva de kan og skal gjøre, virker å ha gitt dem en større myndighet i eget liv. Funnene stemmer med forskning på lærings- og mestringskurs som sier at deltakere har blitt bevisst egne behov og lært og sette grenser for seg selv (Stenberg et al., 2016), i tillegg til funn på livsstyrketrening, har som vist at det har ført til høyere anerkjennelse av deg selv, og dermed i større grad anerkjenne sine egne behov (Zangi, 2012; Zangi et al., 2011).

Tidligere undersøkelser indikerer at *empowerment* er en viktig del av rehabiliteringsprosessen (Haugli & Steen, 2001). Det er derfor interessant å se om funnene viser at grunnen til at informantene har det bedre, også kan skyldes økt *empowerment*.

Funnene tyder på at det i stor grad har skjedd en endring i opplevelse av *empowerment* hos informantene, da de etter kurset selv har tatt styringen og valgt hva som er riktig og viktig for dem. De håndterer smerter og vanskelige situasjoner bedre, og de styrer livet i den retningen de selv ønsker.

Erkjennelsen av at det kun er dem selv som kan gjøre denne endringen åpenbarte seg for flere, og det å se ut at det ikke var mye som skulle til for å oppnå en endring virker å ha ført til at følelsen av maktesløshet opphører, og at det føles mer håndterbart. Dette kan tyde på både økt grad av opplevd *empowerment* og høyere score på skalaen for *opplevelse av sammenheng*.

Det er likevel kun på individnivå man ser en tydelig er en endring i *empowerment* i denne studien. Samtlige informanter beskriver positive opplevelser av å være i gruppe, men det er ingen som i samtale har gitt uttrykk for *empowerment* på gruppe- eller samfunnsnivå. Fellesskapet som oppstod i gruppesituasjonen ga mange positive opplevelser mens kurset pågikk, men det er ingen som har sagt noe om at fellesskapet har ført til noe felles engasjement utover dette. Samtidig er det heller ikke slik at denne gruppen er satt sammen for å oppnå noe på samfunnsnivå, så en slik endring er derfor heller ikke å forvente. Det er mulig at konsekvensene av å føle seg viktig i eget liv gjør at man tar større del i samfunnslivet, men det blir kun spekulasjoner. Ifølge (NOU 1998:18) vil økt *empowerment* hos individet kunne føre til økt *empowerment* på gruppe- og samfunnsnivå. Videre kan man vurdere funnene opp mot komponentene som Zimmermann (1992) beskriver, for å se om informantene er på vei mot *empowerment* på høyere nivå. Hvis man vurderer den *intrapersonelle* komponenten, tyder funnene på at deltakerne har opplevd både motivasjon, mestring, og i noen grad bedre

selvtillit, og dermed er på god vei til å oppleve at man har mulighet til å påvirke livet. Ved å se på komponenten *interactional*, kan man fra funnene se at flere av informantene har innsett hva som hindrer dem i å ta kontroll og dermed har de et bedre utgangspunkt for å kommunisere dette tydeligere overfor omgivelsene. Den siste komponenten, *behavioral*, sier ikke funnene noe om, men ved å delta i en organisert selvhjelpsgruppe for å få det bedre med seg selv, kan det tyde på at man har tatt grep for å utøve innflytelse (Zimmerman, 1992).

WHO (1986) beskriver helsefremmende arbeid som å sette både individet og fellesskapet i stand til økt kontroll over det som påvirker helsen. Empowerment på samfunnsnivå er en måte for den enkelte å føle at man styrer livet (Barstad & Sandvik, 2015), men det å oppnå empowerment er ikke noe den enkelte alene skal ha ansvar for (Wallerstein, 1993). Ettersom det er et mål å oppnå empowerment på alle nivå, er det noe man må bestrebe å få til som samfunn (Sørensen et al., 2002).

#### 7.2.4 Oppsummering av drøfting

Det er hensiktsmessig å oppsummere, før en endelig konklusjon og teoretiske og praktiske implikasjoner blir gjort rede for. De overordnede funnene er tydelige på at informantene har det bedre etter deltakelsen på kurs i livsstyrketrening.

Hvorvidt funnene viser en faktisk forskyvning på skalaen for *opplevelse av sammenheng* er vanskelig å fastslå i en oppgave som denne. Antonovsky (2012) mener som nevnt at det er små muligheter for en slik forflytning i voksen alder, men små endringer kan likevel gjøre store utslag. Endringene som beskrives gjennom analysen, tyder likevel på at forskyvning på skalaen i noen grad har skjedd.

Informantene opplever totalt sett *å ha det bedre*, gjennom erfaringene de har fått i å oppleve *aksept* og *optimisme*. I tillegg opplever de *fellesskap* som gjennom trygge omgivelser ga muligheter for *speiling* og *perspektiv*, og til sist *mestring av livet ved å ta styringen selv*. Denne positive endringen kan det tyde på at de har opparbeidet seg evnen til å ta i bruk egne motstandsressurser og spille på dem, og dermed forflyttet seg oppover skalaen for *opplevelse av sammenheng* (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Sistnevnte indikerer at helsepersonellet som har vært involvert, i dette tilfellet kurslederne, har vært bevisst forholdet mellom psykososiale faktorer og helse. I tillegg har de vært bevisst det de gjør og sier ved å arbeide på en måte som skaper indre sammenheng, en balanse i

belastning og en mulighet for medbestemmelse. Det kan også tyde på at helsepersonellet har lyktes i å gjøre personen selv i stand til å finne og bruke sine egne motstandsressurser. De nevnte forhold kan ha bidratt positivt til å forskyve deltakernes opplevelse av sammenheng oppover skalaen (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Walseth & Malterud, 2004).

En faktor som kan svekke antakelsen om at det var selve kurset som gjorde at deltakerne fikk det bedre, kan være at de faktisk har hatt initiativ nok i seg til å melde seg på kurset, noe som kan tyde på at de var på vei til å flytte seg oppover aksene for helsekontinuum allerede før kurset. Det å ta i bruk spesifikke motstandsressurser som å kontakte helsevesenet og å være i helsefremmende miljøer kan tyde på at man har høyere generelle motstandsressurser (Mittelmark et al., 2017).

Overordnet er det som sagt funnet at informantene har det bedre etter deltakelsen på kurs i livsstyrketrening. Hvis man skal se funnene samlet under ett og om de har gitt informantene mer *empowerment*, må man se på hva som er målet ved å oppnå empowerment. Ifølge Askheim og Starrin (2007) er empowerment å lære å leve med sin situasjon og å mestre hverdagens utfordringer. Gjennom å akseptere livet, oppleve økt optimisme på grunn av bedre håndtering av livet, en følelse av å håndtere situasjoner bedre fordi man har speilet sine reaksjoner og fått perspektiv, og ikke minst ved at man føler stor mestring over å ta kontrollen over eget liv gjennom å styre det og sette egne grenser, er det rimelig å anta at informantene i stor grad har økt sin følelse av empowerment.

Hvis man skal se på empowerment som behandlingsmål for livsstyrketrening, vil det være rimelig å påstå at dette i stor grad er oppnådd når man ser på beskrevne funn.

Livsstyrketrening er mer et mestringskurs enn en behandling, men det er noe man har meldt seg på i håp om å få det bedre og det kan derfor tolkes i retning av at kurslederne skulle «behandle» personene som deltar. Funnene som kommer fram av studien kan tyde på at de som driver kursene har lyktes i å oppnå empowerment for deltakerne. Det ser ut til at de i stor grad har latt deltakerne selv finne ut hva de trenger for å få det bedre, uten selv å skulle fortelle dem hva som er riktig fra et behandlerperspektiv (Stang, 2003; Walseth & Malterud, 2004). På den måten har de hørt på informantene og oppmuntret dem til å finne ut hva som er viktig for dem (Askheim & Starrin, 2007).

Funnene gjort i denne oppgaven samsvarer i stor grad med eksisterende forskning fra lignende kurs. Særlig i forbindelse med gruppefellesskapet bekrefter informantene fra dette kurset med stor overbevisning eksisterende funn. Der det ikke har kommet frem funn, som for eksempel

på redusert behov for helsehjelp, har det heller ikke vært tema under intervjuene og derfor vanskelig å si noe om. Ingen funn fra denne oppgaven står i motsetning til eksisterende funn.

Å vurdere om informantene gjennom sin deltakelse på kurs i livsstyrketrening har fått bedre helse i samsvar med WHO's (1946) definisjon vil være urimelig å skulle svare på, men funnene kan likevel tyde på at de opplever en høyere livskvalitet, noe som må kunne anses som en positiv erfaring ved å delta på et slikt kurs.

## 8.0 Konklusjon og implikasjoner

Hensikten med oppgaven var å undersøke erfaringene deltakere på kurs i livsstyrketrening i Asker kommune satt igjen med i etterkant. Motivasjonen var å se om det opplevdes som positivt for dem å delta og om det utgjorde noen forskjell i deres liv. Seks deltakere ble intervjuet. For å se om det fantes forklaringer på funnene ble de sett opp mot teoretiske perspektivene *opplevelse av sammenheng* og *empowerment*, og også opp mot tidligere forskning.

Funnene viste entydig at informantene hadde det bedre. Det var flere måter de beskrev dette på, men de positive funnene var overbevisende. Større ro, aksept av plager, smerter, og egen livssituasjon og økt optimisme for fremtiden, er faktorer som tyder at informantene har forskjøvet seg oppover i helsekontinuumet, og dermed oppnådd høyere *opplevelse av sammenheng*.

Fellesskapsfølelsen som oppstod, har enstemmig blitt opplevd positiv av informantene, og gitt dem tilhørighet, sosial støtte og trygge rom for å prate. De har på denne måten bygget seg opp motstandsressurser til å takle negative situasjoner gjennom den sosiale støtten de har i ryggen, og dermed økt sin *opplevelse av sammenheng*.

Det å være i et fellesskap gjorde også at de fikk speilet seg i andres situasjon og fikk perspektiv på eget liv. Dette førte for mange til at de så at det var lite som skulle til for at de selv kunne ta styring over livet og få den endringen de ønsket, og på denne måten oppnådd *empowerment*.

Denne endringen av maktforhold, gjennom økt *empowerment* kom også tydelig til syne gjennom funnene som omhandlet mestring. Det var tydelig at informantene opplevde at de i større grad hadde makten over eget liv, gjennom at de mer enn før klarte å sette grenser for seg selv, og styre livet på en måte som gjorde at hverdagen fungerte best for dem.

Avslutningsvis er det interessant å se hvilke implikasjoner denne studien har. Ettersom dette er en kvalitativ studie med kun seks informanter, kan man ikke generalisere eller si at dette gjelder for alle slike kurs. Funnene kan likevel være overførbare til lignende situasjoner der man kan dra nytte av erfaringene. Dette styrkes av at funnene fra denne undersøkelsen bekrefter tidligere forskning og bygger opp under denne. Til tross for vanskeligheter med å dra generaliserbare konklusjoner basert på et slikt design, vil funnene gi klare indikasjoner om hvordan deltakerne på slike kurs faktisk opplever dem, og hvilken påvirkning det har på deres

liv i etterkant. Som nevnt eksisterer det lite forskning på livsstyrketrening, men denne undersøkelsen bidrar med mer nødvendig og relevant kunnskap om emnet. Dette vil være til nytte for de som driver kurset i Asker kommune, men også svært relevant for andre kommuner eller institusjoner som ønsker å tilby lignende kurs.

Det er likevel elementer som gjerne skulle vært forsket mer på, blant annet om en slik type mestringskurs kan påvirke den allostatiske belastningen og dermed også helsen, rent fysisk. I tillegg hadde det vært interessant å se om økt empowerment på individnivå kan føre til økt empowerment på gruppe- og samfunnsnivå.



## 9.0 Referanser

- Afrell, M., Biguet, G., & Rudebeck, C. E. (2007). Living with a body in pain – between acceptance and denial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 291-296. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00475.x
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*  
*En oversettelse av "Unraveling the Mystery of Health: How people Manage Stress And Stay Well" (1987)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Asker kommune. (2015). *Kommunedelplan for folkehelse 2015-2026*. Asker Retrieved from [https://www.aker.kommune.no/contentassets/e8cd92177ee9432c92c3a5265554d214/kommunedelplan-for-folkehelse-2015-2026\\_vedtatt\\_pdfa.pdf](https://www.aker.kommune.no/contentassets/e8cd92177ee9432c92c3a5265554d214/kommunedelplan-for-folkehelse-2015-2026_vedtatt_pdfa.pdf)
- Asker kommune. (2019, 27.01.2020). Livsstyrketrening. Retrieved from <https://www.aker.kommune.no/helse-og-omsorg/opptrening-og-rehabilitering/fysioterapi-for-voksne/kurs-og-gruppetilbud-fra-fysioterapitjenesten/livsstyrketrening/>
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barstad, A., & Sandvik, L. (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene.
- DNL, D. N. L. (2013). Helsinkideklarasjonen. Retrieved from <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Arbeid og helse i Noreg. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/arbeid-og-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten - kortversjon*. Oslo: Folkehelseinstituttet Retrieved from <https://fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Folkehelseinstituttet. (2019a). Faktaark om livskvalitet og trivsel. Retrieved from <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Folkehelseinstituttet. (2019b). Folkehelseprofil Asker. Retrieved from <https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0220&sp=1&PDFaar=2019>
- Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29), (2011).
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(7), 683-687.
- Goth, U.-G. S., & Berg, J. E. (2014). *Folkehelse i et norsk perspektiv : Ursula Småland Goth (red.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Greenson, J. (2019). *Moderating effects of trait mindfulness & compassion on biological responses to emotional stress: Implications for CVD risk*. Paper presented at the Psychosomatic Medicine. Conference: 76th Annual Meeting of the American Psychosomatic Society, APS 2018. United States.  
<https://insights.ovid.com/crossref?an=00006842-201905000-00011>
- Haugli, L., & Steen, E. (2001). *Kroniske muskel/skjelettsmerter og selvforståelse : utvikling og evaluering av en læringsmodell som vektlegger kroppen som meningsbærer*. Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Institutt for medisinske atferdsfag, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo Unipub, Oslo.
- Haugli, L., Steen, E., Lærum, E., Nygard, R., & Finset, A. (2001). Learning to have less pain — is it possible?: A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling*, 45(2), 111-118. doi:10.1016/S0738-3991(00)00200-7
- Haugstvedt, K. T. S., Hallberg, U., Graff-Iversen, S., Sørensen, M., & Haugli, L. (2011). Increased self-awareness in the process of returning to work. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 762-770. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00891.x
- Hedlund, M., & Landstad, B. J. (2011). Forskning på selvhjelp og selvhjelpsgrupper: Helsepolitikk, empowerment og positiv helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Meld. St. 16. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Meld. St.19 Folkehelsemeldinga 2018-2019 Sammen for et bedre samfunn*. Oslo
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30), (2011).
- Helsedirektoratet. (2016). Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud. In: Helsedirektoratet.
- Hofgaard, T. (2010). En ny definisjon av helse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(4), 362.
- Hæhre, E. (2013). "Du trener på å få styrke til livet" : betydningen av mestringsfremmende kommunikasjon og veiledning i rehabilitering. Retrieved from: <https://livsstyrkehuset.no/materoppgave-ellen-haerhe/>
- Idan, O., Eriksson, M., & Al-Yagon, M. (2017). The salutogenic model: the role of generalized resistance resources. In *The handbook of salutogenesis* (pp. 57-69): Springer, Cham.

- Ihlebak, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(1), 20-29.
- Indregard, A.-M. R., Ihlebæk, C. M., & Eriksen, H. R. (2013). Modern health worries, subjective health complaints, health care utilization, and sick leave in the Norwegian working population. *International journal of behavioral medicine*, 20(3), 371-377.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483. doi:10.1007/s12671-015-0456-x
- Kanter, G., Komesu, Y., Qaedan, F., Jeppson, P., Dunivan, G., Cichowski, S., & Rogers, R. (2016). Mindfulness-based stress reduction as a novel treatment for interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a randomized controlled trial. *Including Pelvic Floor Dysfunction*, 27(11), 1705-1711. doi:10.1007/s00192-016-3022-8
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, T. B., & Gammersvik, Å. (2012). *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- Lillefjell, M., Maass, R., & Ihlebæk, C. (2017). The application of salutogenesis in vocational rehabilitation settings. In *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 319-324): Springer, Cham.
- Lin, N., Woelfel, M. W., & Light, S. C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 247-263.
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 79-83. doi:10.1016/j.ajp.2017.11.025
- Major, E. F., Dalgard, O., Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. (2011). *Bedre føre var-Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Manigault, A. W., Scanlin, M., Slepian, M., Strauss, C., Haynes, E., Bryant, A., . . . Zoccola, P. M. (2018). *Participation in a 6-week mindfulness based stress reduction intervention uniquely predicts blood pressure recovery from repeated acute stress*. Paper presented at the 76th Annual Meeting of the American Psychosomatic Society, APS 2018. United States. <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006842-201804000-00013>

- Manigault, A. W., Woody, A., Zoccola, P. M., & Dickerson, S. S. (2018). Trait mindfulness predicts the presence but not the magnitude of cortisol responses to acute stress. *Psychoneuroendocrinology*, *90*, 29-34. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.01.022
- McEwen, B. (1998). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *840*(1), 33-44. doi:10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
- McEwen, B. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, *8*(4), 367.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research : a guide to design and implementation* (4th ed. ed.). San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (2017). *The handbook of salutogenesis*: Springer.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion - E-Book* (Fourth edition. ed.): United Kingdom: Elsevier.
- NAV. (2019, 05.09.19). Utviklingen i sykefraværet, 2. kvartal 2019. Retrieved from <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar/Sykefravar+Statistikknotater>
- NOU(1998:18). (1998). *Det er bruk for alle : styrking av folkehelsearbeidet i kommunene : utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 16. juli 1997 : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 17. november 1998*. (8258304631). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning
- Omidi, A., & Zargar, F. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and psychological health in patients with tension headache. *Journal of Research in Medical Sciences*, *20*(11), 1058-1063. doi:10.4103/1735-1995.172816
- Oris, L., Luyckx, K., Rassart, J., Goubert, L., Goossens, E., Apers, S., . . . Moons, P. (2018). Illness identity in adults with a chronic illness. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *25*(4), 429-440.
- Rashidi, K. (2020). *Kanskje er du frisk? En bok om alt det syke vi gjør for helsa vår*. Oslo: Vigmostad Bjørke.
- Ringdal, T., & Zangi, H. (2016). *Program for kurs i Livsstyrketrening*. In V. v. høgskole (Ed.), *Veiledningsprogram basert på oppmerksomt nærvær(mindfulness) og ulike livstema i grupper*. Retrieved from <https://docplayer.me/32423572-Vid- vitenskapelige-hogskole-program-for-kurs-i-livsstyrketrening.html>
- Schulz, A. J., Israel, B. A., Zimmerman, M. A., & Checkoway, B. N. (1995). Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health Education Research*, *10*(3), 309-327. doi:10.1093/her/10.3.309

- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder : planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Slinning, M. (2019). [Informasjon i mail].
- Solvang, G. L. (2018). *Saksfremlegg saksnummer 18/46 Asker* Retrieved from <https://innsyn4.asker.kommune.no/motedag?offmoteid=9874>
- Son, J., Nyklíček, I., Nefs, G., Speight, J., Pop, V., & Pouwer, F. (2015). The association between mindfulness and emotional distress in adults with diabetes: Could mindfulness serve as a buffer? Results from Diabetes MILES: The Netherlands. *Journal of Behavioral Medicine, 38*(2), 251-260. doi:10.1007/s10865-014-9592-3
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *St.meld.nr 21. (1998-1999) Ansvar og meistring. Mot en heilscapeleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial og helsedepartementet
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse : en innføring i begrepet og "empowermenttenkningen" relevans for ansatte i velferdsstaten. In (pp. s. 141-161). Bergen: Fagbokforl., cop. 2003.
- Steen, E., & Haugli, L. (2000). The body has a history: an educational intervention programme for people with generalised chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling, 41*(2), 181-195. doi:10.1016/S0738-3991(99)00077-4
- Steen, E., & Haugli, L. (2001). From pain to self-awareness — a qualitative analysis of the significance of group participation for persons with chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling, 42*(1), 35-46. doi:10.1016/S0738-3991(00)00088-4
- Steen, E., Haugli, L., & De Vibe, M. F. (2018). *Når livet setter seg i kroppen : oppmerksomt nærvær, muligheter, valg* (4. utg. ed.). Oslo: Bazar.
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F., & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling, 99*(11), 1759-1771.
- Stenberg, U., Øverby, M. H., Fredriksen, K., Kvisvik, T., Westermann, K. F., Vågan, A., & Olsson, A. B. S. (2017). Utbytte av lærings-og mestringstilbud. *Sykepleien, 105*(4), 52-55.
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 121*(6), 720-724.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen, 122*, 2379-2383.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

- VID. (2019a). Hva er gestaltterapi? Retrieved from <https://www.vid.no/sporsmal-og-svar/faglig/hva-er-gestaltterapi/>
- VID. (2019b). Hva er konfluent pedagogikk? Retrieved from <https://www.vid.no/sporsmal-og-svar/faglig/hva-er-konfluent-pedagogikk/>
- Wallerstein, N. (1993). Empowerment and health: the theory and practice of community change. *Community development journal*, 28(3), 218-227.
- Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(1), 65-66.
- WHO, W. H. O. (1946). Constitution. Retrieved from <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- WHO, W. H. O. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Paper presented at the First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Zangi, H. A. (2012). Vitality Training - a group-based intervention for persons with rheumatic diseases : Experiences, methodological aspects and clinical effects. Retrieved from <https://www.duo.uio.no/handle/10852/34674>
- Zangi, H. A., Hauge, M.-I., Steen, E., Finset, A., & Hagen, K. B. (2011). "I am not only a disease, I am so much more". Patients with rheumatic diseases' experiences of an emotion-focused group intervention. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 419-424. doi:10.1016/j.pec.2010.12.032
- Zimmerman, M. A., Israel, B. A., Schulz, A., & Checkoway, B. (1992). Further explorations in empowerment theory: An empirical analysis of psychological empowerment. *American journal of community psychology*, 20(6), 707-727.

## 10.0 Vedlegg

### 10.1 Vedlegg 1 intervjuguide

#### Intervjuguide

Før selve intervjuet begynner vil jeg kort si:

- Informasjon om meg selv og prosjektet.
- Gjentar at det er frivillig å delta, at det er mulig å trekke seg når som helst og hvordan man eventuelt gir beskjed om det.
- I tillegg vil jeg spørre informanten om aldersgruppe og kjønn.

Deretter vil jeg starte intervjuet med spørsmål innenfor denne rammen:

#### Forventninger

- Hvordan ble du kjent med Livsstyrketrening?
- Hva slags forventninger hadde du og føler du at de har blitt innfridd?

#### Arbeidssituasjon

- Var du i jobb før kurset? Eventuelt hvor mye jobbet du?
- Har din livssituasjon noe med valg av jobb å gjøre?
- Hvordan er din jobbsituasjon etter kurset? Hvordan har du det med det?

#### Livssituasjon

- Kan du beskrive hvordan du har det nå sammenlignet med tidligere?
- Hvordan påvirker din livssituasjon livet ditt? Med tanke på jobb, familieliv, andre sosiale relasjoner?
- Har din konkrete årsak til at du tok dette kurset gitt deg andre helsemessige konsekvenser? For eksempel hjerte- og karproblemer, blodsukkerendringer, hormonforstyrrelser.
- Eller motsatt, har du opplevd noe tidligere i livet som du selv tror kan ha vært medvirkende til situasjonen du er i nå?

## Empowerment

- På hvilken måte føler du at kurset gir deg en følelse av kontroll over eget liv?
- Har kurset gitt deg noen muligheter til å hente frem ressurser i deg selv?
- Har kurset på noen måte gitt deg større tro på egne muligheter?

## Kursets temaer

- Er det noen temaer du opplevde som mer relevante eller viktige for deg? Eventuelt hvordan?
- Var det noen temaer som var vanskeligere for deg enn andre?
- Er det noe du skulle ønske var annerledes med kurset?
- Hva tenker du om at kurset er i grupper? Har du noen tanker om hvordan det ville være å få individuell veiledning? Følte du noen form for felleskap eller gjenkjennelse hos andre?
- Har du kontakt med andre deltakere i dag?
- Vil du anbefale andre å dra på et slikt kurs?



## 10.2 Vedlegg 2 Samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Erfaringer ved å delta i Livstyrketrening i Asker kommune»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan du som kursdeltaker har opplevd kurset i Livstyrketrening i Asker kommune. Vi ønsker å få vite mer om hvordan du opplevde kurset og erfaringene du har gjort deg ved å delta på dette kurset. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan du som deltaker opplevde kurset Livstyrketrening, hvilke erfaringer har du gjort deg i etterkant, og hvordan dette kurset eventuelt har bidratt til endringer for deg. Prosjektet blir gjennomført som et mastergradsprosjekt i folkehelsevitenskap ved Norges Miljø – og Biovitenskapelige Universitet (NMBU).

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Prosjektet gjennomføres av masterstudent i folkehelsevitenskap Mariann Børsum Haugen. Prosjektansvarlig og veileder er professor Camilla Ihlebæk, NMBU. Aktiv Fritid i Asker kommune er samarbeidspartner, men vil ikke være del av selve forskningsprosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i prosjektet fordi du har deltatt på kurset «Livstyrketrening» i 2019.

Alle som har deltatt på kurset dette året vil bli spurt.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du sier ja til å delta vil du bli invitert til et intervju. Intervjuet blir gjort av masterstudenten. Samtalen vil dreie seg om hvordan du som deltaker opplevde kurset, hvilke erfaringer du har gjort deg og hvordan du tenker om dette når det har gått noen måneder. Intervjuet vil ta omtrent 45-60 minutter. Det vil bli gjort lydopptak av samtalen.

Informasjonen som kommer fram i intervjuet vil bli brukt i masteroppgaven slik at du ikke kan identifiseres.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Om du sier ja eller nei til å delta, eller hva du eventuelt forteller i intervjuet vil ikke påvirke ditt forhold til Aktiv Fritid. Selv om forespørselen har kommet fra kursleder vil de ikke få vite hvem som har sagt ja til å delta i prosjektet.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dine personopplysninger (navn, mobilnummer), vil kun bli brukt til å komme i kontakt for å avtale intervju, og ikke knyttes opp til opplysningene som kommer frem i intervjuet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode i den transkriberte teksten, og kobling mellom navn og kode lagres på egen liste adskilt fra øvrige data. Lydopptakene fra samtalen vil bli slettet så fort informasjonen er registrert. Det vil kun være masterstudenten og veileder ved NMBU som har tilgang til informasjonen du gir. Alle opplysninger blir registrert på passordbeskyttet område på NMBUs server. Når de formidles i prosjektrapporten vil det ikke være mulig å knytte informasjon og person.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31. desember 2020. Etter dette vil alle data slettes.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NMBU- Norges miljø- og biovitenskapelige universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent i Folkehelsevitenskap ved masterstudent i Folkehelsevitenskap ved NMBU- Norges miljø- og biovitenskapelige universitet Mariann Børsum Haugen, mobilnummer 93863080 og mail [mariannbhaugen@hotmail.com](mailto:mariannbhaugen@hotmail.com).
- Veileder ved NMBU: Camilla Martha Ihlebæk, [camilla.ihlebak@nmbu.no](mailto:camilla.ihlebak@nmbu.no)
- Vårt personvernombud: Hanne Pernille Gulbrandsen, [personvernombud@nmbu.no](mailto:personvernombud@nmbu.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Camilla Ihlebæk  
(Professor/veileder)

Mariann Børsum Haugen  
(Masterstudent i folkehelsevitenskap)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Opplevelser og erfaringer ved kurs i Livsstyrketrening*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å la meg intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet i juni 2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato

## 10.3 Vedlegg 3 Bekreftelse fra NSD

Kopi av digital bekreftelse fra NSD:

NSD Personvern

20.11.2019 07:48

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 334763 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 20.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11

og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17



**Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway