



Forord

Etter en lærerik og utfordrende prosess er tiden her for å levere inn min masteroppgave. Jeg ønsker å benytte anledningen til å gi en stor takk til min hovedveileder Stipendiat Lina Harvold Dalskau ved NMBU for god veiledning, oppmuntring og uvurderlig hjelp gjennom hele prosessen. En takk går også til Professor Geir Aamodt ved NMBU for god hjelp og veiledning.

Takk til min kjære familie, Simen, Oda og Siri, som har støttet meg og gitt meg oppmuntring gjennom hele prosessen. Gjennom hyggelige avbrekk fra skriving og lesing har dere gitt meg energi og motivasjon til å fullføre oppgaven!

Kristin Sætre

Hagan, desember 2014

Sammendrag

Bakgrunn: Subjektive helseplager er vanlige, og en av hovedårsakene til dagens sykefravær og uførhet. Plagene medfører negative konsekvenser for enkeltindividers helse og velvære, og er en utfordring både fra et folkehelseperspektiv og samfunnsøkonomisk perspektiv.

Formål: Hensikten er å studere subjektive helseplager fra et bredere psykologisk perspektiv. Det er ønskelig å få en forståelse av hvordan personer med subjektive helseplager opplever tilfredshet med livet ved å se på de grunnleggende psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet.

Metode: Foreliggende data fra en nasjonal tverrsnittstudie er benyttet. Data var samlet inn blant deltakere i grønn omsorg-tilbud i Norge høsten 2011 og 2012 ved hjelp av et spørreskjema. 214 deltakere har svart på 21 påstander knyttet til opplevelse av behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet («Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S)»), opplevelse av 29 subjektive helseplager («The Subjective Health Complaints (SHC) Inventory») og 5 utsagn knyttet til tilfredshet med livet («The Satisfaction With Life Scale»). Korrelasjonsanalyse og hierarkisk multippel regresjon ble benyttet.

Resultater: Deltakerne rapporterte i gjennomsnitt 11.59 subjektive helseplager. Det viste seg at jo flere subjektive helseplager deltakerne hadde, jo lavere tilfredshet med livet rapporterte de. Funnet av lavere tilfredsheten med livet ved økende antall subjektive helseplager, viste seg å gå igjennom lavere tilfredsstillelse av behovene for autonomi og kompetanse hos deltakerne.

Konklusjon: Det å ha flere subjektive helseplager er knyttet til en opplevelse av lavere tilfredsstillelse av behovene for autonomi og kompetanse. Dette er knyttet til opplevelser av redusert evne til å mestre, samt utføre ønskede handlinger og å oppnå ønskede målsettinger som oppleves å være interessante eller av verdi for deltakerne. Funnene i oppgaven viser videre at disse opplevelsene knytter deltakernes subjektive helseplager til opplevelsen av lavere tilfredshet med livet. I tillegg kan subjektive helseplager skape en kontekst som gjør det vanskelig å tilfredsstille de psykologiske behovene. Ved å stå utenfor arbeidslivet kan deltakerne oppleve at deres hverdagsaktiviteter ikke stemmer overens med deres ønsker og verdier. De mister også tilgang til en viktig arena der de kan oppleve utfordringer og få tilbakemeldinger som gir en følelse av kompetanse, samt et sosialt fellesskap som gir tilhørighet.

Abstract

Background: Subjective health complaints are common, and one of the main causes of today's sickness absence and disability. These complaints entail negative consequences for individuals' health and well-being, and are therefore a challenge both from a public health perspective and a socioeconomic perspective.

Purpose: The purpose is to study subjective health complaints from a wider psychological perspective. I want to achieve an understanding of how individuals with subjective health complaints experience satisfaction with life, by looking at the basic psychological needs for autonomy, competence and relatedness.

Methods: Data from a national cross-sectional study was used. Data was collected from individuals participating in on-going prevocational training programs on care farms in Norway autumn 2011 and 2012 using a questionnaire. 214 participants responded to 21 statements related to the experience of the needs for autonomy, competence and relatedness ("Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S)"), experience of 29 subjective health complaints ("The Subjective Health Complaints (SHC) Inventory") and 5 statements related to satisfaction with life ("The satisfaction with life Scale"). Correlation analysis and hierarchical multiple regression were performed.

Results: Participants reported an average of 11.59 subjective health complaints. It turned out that an increasing number of subjective health complaints were related to decrease in satisfaction with life. The finding of lower satisfaction with life when the number of subjective health complaints increased appeared to go through the participants' experience of lower satisfaction of the needs for autonomy and competence.

Conclusion: Having several subjective health complaints is linked to an experience of lower satisfaction of the needs for autonomy and competence. This is related to experiences of having reduced ability to cope and perform desired actions and achieve desired objectives that can be perceived interesting or of value for participants. The findings also show that these experiences link the participants' subjective health complaints to the experience of lower satisfaction with life. In addition subjective health complaints can create a context that interferes with the satisfaction of psychological needs. Standing outside the workforce, participants can experience their everyday activities do not correspond with their desires and values. They also lose access to an important arena where they can experience challenge and get feedback that gives a sense of competence, as well as a social community that provides a sense of belonging.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
2.0 Teori og empiri.....	7
2.1 Subjektive helseplager.....	7
2.1.1 Subjektive helseplager som årsak til å falle ut av arbeidslivet.....	7
2.1.2 Subjektive helseplager og psykologiske faktorer.....	9
2.2 Selvbestemmelsesteorien og behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet.....	9
2.2.1 Autonom og kontrollert motivasjon.....	10
2.2.2 Behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet.....	10
2.3 Grunnleggende psykologiske behov og velvære.....	11
2.3.1 Tilfredshet med livet.....	12
2.4 Problemstilling.....	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Studiedesign.....	13
3.2 Utvalg.....	14
3.3 Variablene og måleinstrumenter.....	15
3.3.1 Subjektive helseplager.....	15
3.3.2 De grunnleggende psykologiske behovene.....	16
3.3.3. Tilfredshet med livet.....	16
3.3.4. Bakgrunnsvariabler.....	17
3.4 Statistiske analyser.....	17
3.4.1 Forutsetninger for bruk av statistiske analyser.....	18
3.5 Etikk.....	20
4.0 Resultater.....	21
4.1 Deskriptive data.....	21
4.1.1 Demografiske data og bakgrunnsvariabler.....	21
4.1.2 Subjektive helseplager.....	22
4.1.3 Grunnleggende psykologiske behov.....	24
4.1.4 Tilfredshet med livet.....	24

4.2 Bivariate korrelasjoner	25
4.3 Hierarkisk multippel regresjon	27
5.0 Diskusjon.....	30
5.1 Metodologiske overveielser	30
5.1.1 Validitet.....	30
5.1.2 Reliabilitet	34
5.2 Diskusjon av resultater	35
5.2.1 Oppsummering av hovedfunn	35
5.2.2 Helsetilstand og funksjonsnivå.....	35
5.2.3 Subjektive helseplager og grunnleggende psykologiske behov	36
5.2.4 Konsekvenser av nedsatt behovstilfredsstillelse	38
5.2.5 Deltakernes livssituasjon.....	39
5.3 Styrker og svakheter	40
6.0 Konklusjon	42
Referanser.....	44

VEDLEGG:

- Vedlegg 1: Den nasjonale spørreundersøkelsen om deltakeres erfaringer med inn på tunet- eller andre grønn omsorg-tilbud.
- Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

1.0 Innledning

Subjektive helseplager er vanlige plager, der det er vanskelig å dokumentere objektive funn og sette en sikker diagnose som er i overensstemmelse med pasientenes plager (Eriksen & Ursin 2004; Ihlebæk et al. 2002). Det eksisterer ikke noen tydelig overgang mellom normale plager og mer alvorlige plager (Eriksen et al. 1998; Ihlebæk et al. 2002; Poulsen et al. 2013; Roelen et al. 2010), men plagene er en hovedårsak til at mennesker faller ut av arbeid gjennom sykefravær og uførhet (Eriksen et al. 1998; Eriksen et al. 1999; Ihlebæk et al. 2002; Ihlebæk et al. 2007; NAV 2014; St.meld. nr. 20 (2006-2007)).

Å være lenge ute av arbeid har vist seg å være ugunstig for vår psykiske og fysiske helse (Waddell & Burton 2006). Videre har studier pekt på at nedsatt helse gjør det vanskelig å komme tilbake eller forbli i arbeidslivet (Waddell & Burton 2006). Når mennesker faller ut av arbeid på grunn av flere subjektive helseplager, kan derfor veien tilbake til arbeid bli langvarig og kompleks.

Fordi subjektive helseplager ser ut til å ramme mennesker og påvirke deres muligheter til å delta i samfunnet i en så stor grad, er det av interesse å studere opplevelsen av å ha subjektive helseplager og deres sammenheng med psykologiske faktorer nærmere. For å oppnå dette benyttes selvbestemmelsesteorien. Teorien beskriver hvordan grunnleggende psykologiske behov er viktige for velvære og god helse (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b). Denne forståelsen kan være nyttig for å utarbeide gode tilbud og tiltak ovenfor personer som står i fare for eller har falt ut av arbeid på grunn av subjektive helseplager. Dette er også viktig fra et folkehelseperspektiv fordi det kan bidra i folkehelsearbeidet som skal arbeide «... for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir de enkelte individ og grupper mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon» (NOU 1998:18 s. 91).

Oppgaven er skrevet som en monografi. Først vil jeg beskrive subjektive helseplager, og subjektive helseplager som en hovedårsak til at mennesker faller ut av arbeid. Deretter vil verdien av arbeid og konsekvenser av tid ute av arbeidslivet beskrives. I tillegg vil selvbestemmelsesteorien, og hvordan grunnleggende psykologiske behov er nødvendig for velvære, eller tilfredshet med livet som benyttes i denne oppgaven, beskrives.

2.0 Teori og empiri

2.1 Subjektive helseplager

Subjektive helseplager er subjektive og vanlige plager som er ledsaget av få eller ingen objektive funn. Eksempler på plager er smerter i rygg eller nakke, mageknip, luftplager, allergi, tretthet, nedtrykthet og angst (Eriksen et al. 1999; Ihlebæk et al. 2002). Forekomsten av subjektive helseplager er høy blant normalbefolkningen. Studier som har sett på forekomst av subjektive helseplager i Norge og andre nordiske og europeiske land, har rapportert en prevalens for subjektive helseplager på mellom 75 og 96 prosent (Eriksen et al. 1998; Ihlebæk et al. 2002; Poulsen et al. 2013; Roelen et al. 2010). Det er i tillegg observert en høy grad av komorbiditet blant plagene (Eriksen et al. 1998). Forekomsten av subjektive helseplager, uavhengig av alvorlighetsgrad, var høyere blant kvinner enn menn (Eriksen et al. 1998; Eriksen et al. 1999; Poulsen et al. 2013).

Poulsen et al. (2013) tar opp at de ulike subjektive helseplagene i stor grad er uspesifikke, og at det som teller i forhold til sykefravær er antall symptomer. Dette er i tråd med funn gjort av Bruusgaard et al. (2012), der de fant en sterk sammenheng mellom antall selv-rapporterte symptomer og funksjonsnivå. Antall plager uansett størrelse fanget mer av variansen i funksjonsnivå, enn alvorlige plager alene. Roelen et al. (2010) fant en positiv sammenheng mellom antall subjektive helseplager og antall episoder med sykefravær. For muskelskjellett lidelser har også antall smertepunkter vist seg å være assosiert med nedsatt funksjonsnivå, samt å kunne predikere fremtidig arbeidsuførhet (Kamalari et al. 2008; Kamalari et al. 2009). En opptelling av antall symptomer kan derfor benyttes når man undersøker plager uten medisinsk årsak (Bruusgaard et al. 2012).

2.1.1 Subjektive helseplager som årsak til å falle ut av arbeidslivet

Subjektive helseplager utgjør en stor årsak til uttak av sykepenger, sykefravær og uførhet i Norge (Eriksen et al. 1998; Eriksen et al. 1999; Ihlebæk et al. 2002; Ihlebæk et al. 2007; NAV 2014). Dette til tross for at plagene i liten eller manglete grad lar seg dokumentere gjennom objektive funn og en sikker diagnose (Eriksen & Ursin 2004; Ihlebæk et al. 2002). Det finnes heller ingen klar grense som indikerer når plagene er av en slik art at behandling er nødvendig, og det er vanskelig å finne et svar på hvorfor enkelte ikke klarer å fortsette i arbeid på grunn av plagene, mens andre tilsynelatende ikke blir påvirket av helseplagene i særlig grad (Ihlebæk et al. 2002).

En Nederlandsk studie rapporterte at de deltakerne med flest subjektive helseplager, stod for 37 prosent av tapte arbeidsdager over en periode på to år (Roelen et al. 2010). Muskelskjellettplager er den plagen som rapporteres hyppigst (Eriksen & Ursin 1999; Ihlebæk et al. 2002; Tveito et al. 2004), og muskelskjellettplager og/eller dysfunksjon er hovedårsaken, blant de subjektive plagene, til sykefravær. Tidligere studier har funnet at muskelskjellett lidelser står for mellom 40 og 50 % av alle grunner til sykefravær (St.meld. nr. 20 (2006-2007) ; Tveito et al. 2002), og omtrent en tredjedel av årsakene til utbetaling av uførepensjon (Holtedahl 2006; Tveito et al. 2002). Ihlebæk et al. (2007) fant at en observert økning i sykefravær grunnet subjektive helseplager ikke kunne forklares av en økt forekomst av subjektive helseplager. De antyder at økningen i sykefravær, grunnet subjektive helseplager, kan forklares av endringer i hvordan vi oppfatter og forholder oss til plagene, samt endringer i arbeidslivet (Ihlebæk et al. 2007).

Subjektive helseplager er derfor en hovedårsak til at mennesker faller ut av arbeid, noe som påvirker helsen både psykisk og fysisk (Waddell & Burton 2006; Whiteford 2004). Arbeid er generelt bra for folks helse og materielle velferd, og personer som står utenfor arbeidslivet blir fratatt muligheten til å nyte godt av de positive helseeffektene arbeid fører med seg (Mæland 2010; Waddell & Burton 2006). I en review fant Waddell og Burton (2006) sterk sammenheng mellom det å stå utenfor arbeidslivet og dårlig helse. Effekten kan delvis skyldes en seleksjonseffekt, personer som forblir i arbeid klarer dette fordi de har god helse, mens dårlig helse fører til problemer med å komme ut eller forbli i arbeid. Men det å stå utenfor arbeidslivet er også alene en årsak til dårlig helse (Claussen et al. 1993; Claussen 1999; Waddell & Burton 2006). Blant personer ute av arbeid er det funnet en større sannsynlighet for langtidssykdom og generelt dårligere allmennhelse (Roos et al. 2005; Waddell & Burton 2006), en opplevelse av nedsatt velvære og helse (Korpi 1997; Overland et al. 2006; Roos et al. 2005), og økt dødelighet (Gerdtham & Johannesson 2003; Waddell & Burton 2006; Åhs & Westerling 2006). Studier har funnet at både arbeidsledighet og tid utenfor arbeidslivet på grunn av uførhet er assosiert med en høyere prevalens av psykiske lidelser eller symptomer på depresjon og angst (Claussen et al. 1993; Hammer 1993; Overland et al. 2006; Virtanen et al. 2003; Waddell & Burton 2006). Å være ute av arbeid svekker selvfølelsen, og fører ofte til sosial isolasjon (Blustein 2008; Mæland 2010). Av kroppslige plager er hodepine, fordøyelsesbesvær og tretthet vanlig (Mæland 2010).

På den andre siden ser man at lønnet arbeid skaper økonomisk trygghet. I tillegg kan deltakelse i arbeidslivet gi en opplevelse av medvirkning, inkludering, mening, tilknytning, mestring og av å være til nytte, og er således gunstig for vår psykiske helse. Arbeid er også en arena der vi kan dekke psykososiale behov (Mæland 2010; Rapport 2011: 1 ; St.meld. nr. 20 (2006-2007) ; Waddell & Burton 2006). Videre spiller arbeid en sentral rolle for vår identitet, selvfølelse, sosiale kontakt, sosiale rolle og sosiale status (Waddell & Burton 2006; Whiteford 2004).

2.1.2 Subjektive helseplager og psykologiske faktorer

Når deltakelse i arbeidslivet er av en så stor verdi, og subjektive helseplager er en hovedårsak til at mennesker faller ut av arbeid, er det av interesse å undersøke hvordan subjektive helseplager påvirker mennesker ved å se på underliggende psykologiske faktorer. Studier har vist at subjektive helseplager er vanlige hos personer med lav grad av mestring og høyt nivå av håpløshet og hjelpeløshet (Eriksen & Ursin 1999; Eriksen & Ursin 2004; Ree et al. 2014). Ihlebæk et al. (2002) stiller spørsmål ved hvorfor noen mestrer sine subjektive helseplager og lever et normalt liv, mens andre ikke gjør det. Det stilles spørsmål om årsaken til økt sykefravær på grunn av subjektive helseplager kan skyldes faktorer som endringer i arbeidssituasjon og arbeidsmengde, samt tanker og oppfattelse rundt sykdom (Ihlebak et al. 2002). Dette støttes av Ihlebæk et al. (2007) som også antydte at endringer i vår oppfattelse og holdning til subjektive helseplager kan forklare økt sykefravær. I en annen studie fant Ihlebæk og Eriksen (2003) at livsstil, samfunnsmessige- og yrkesfaktorer ga liten forklaring for variasjonen i subjektive helseplager. De antyder at subjektive helseplager kan påvirkes av individuelle faktorer som mestring, opplevelse av stress, psykologiske krav og andre psykologiske faktorer (Ihlebak & Eriksen 2003). Dette viser at flere studier antyder at subjektive helseplager kan relateres til psykologiske faktorer, men det ser ut til å være et behov for studier som undersøker opplevelsen av å ha subjektive helseplager, det vil si hvordan det å ha subjektive helseplager oppleves fra et bredere psykologisk perspektiv.

2.2 Selvbestemmelsesteorien og behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet

Selvbestemmelsesteorien kan være nyttig for å forstå hvordan mennesker med subjektive helseplager opplever plagene. Teorien belyser hvordan menneskers livssituasjon og sosiale kontekst påvirker deres velvære og helse. I følge teorien er en kontekst som fremmer

tilfredsstillelse av grunnleggende psykologiske behov positivt og nødvendig for god helse og velvære (Deci & Ryan 2000).

2.2.1 Autonom og kontrollert motivasjon

Selvbestemmelsesteorien tar for seg menneskets motivasjon, og skiller hovedsakelig mellom autonom og kontrollert motivasjon. Autonom motivasjon ses der personen handler ut fra interesse og/eller fordi personen har integrert ytre reguleringer, som oppfattes å være av verdi for samfunnet eller personens sosiale gruppe, til egne verdier. Dette medfører at personen ser verdien av hva som skjer eller identifiserer seg med adferden (Deci & Ryan 2000; Deci & Ryan 2008b). Ved kontrollert motivasjon har personen en oppfattelse av at handlingen er ytre styrt, at man blir presset til å oppføre seg, tenke eller føle på en bestemt måte. Dette kan skje gjennom trusler eller krav fra omgivelsene eller motiver som å unngå skam eller bli godtatt av andre (Deci & Ryan 2008b; Ryan & Deci 2000b). I tillegg til autonom og kontrollert motivasjon finnes også en umotivert tilstand. Ved manglende motivasjon skjer det ingen handling, personen mangler motivasjon og intensjon (Deci & Ryan 2008b).

2.2.2 Behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet

I følge teorien er det nødvendig å se på de grunnleggende psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet for å kunne forstå motivasjon (Deci & Ryan 2000). De grunnleggende psykologiske behovene utgjør de forhold i den sosiale konteksten som er nødvendige for optimal utvikling psykisk og sosialt, integritet, og en opplevelse av velvære og god psykisk helse (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b). Autonomi kan beskrives som behovet for at handlinger stemmer overens med personens egen selvoppfattelse, og at handlingen oppleves å være styrt av egne verdier og interesser. Behovet for kompetanse handler om å føle mestring, ha evne til å oppnå ønskede resultat, samt å kunne utøve en ønsket effekt på sine omgivelser. Tilhørighet refererer til et behov for å føle tilknytning til andre ved at man bryr seg og er glad i andre, samt at man blir tatt vare på og elsket (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013).

Gjennom tilfredsstillelse av de grunnleggende behovene kan autonom motivasjon for en handling økes. Behovene kan dekkes gjennom støttende sosiale relasjoner der kommunikasjon og tilbakemeldinger fører til en følelse av kompetanse. På samme måte er fravær av nedverdiggende vurderinger, samt optimale utfordringer sett på som positivt. Behovet for

autonomi er avgjørende for å utvikle en autonom motivasjon (Ryan & Deci 2000b). Muligheter for en egen retning, valg og å få anerkjennelse for følelser gir en større følelse av autonomi. Årsaken til autonom motivasjon er også, som tidligere påpekt, at atferden oppleves å ha verdi for eller utføres av andre betydningsfulle mennesker som man ønsker å identifisere seg med. Behovet for tilhørighet kan dekkes av en trygg tilhørighetsbase (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b). På den andre siden vil kontrollerende omgivelser eller situasjoner, som oppfattes å være for utfordrende eller der man opplever avvisende sosiale relasjoner føre til mer kontrollert motivasjon (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b). Grad av autonom eller kontrollert motivasjon har vist seg å være av betydning for vår opplevelse av velvære (Deci & Ryan 2000).

2.3 Grunnleggende psykologiske behov og velvære

Innenfor selvbestemmelsesteorien er ikke velvære likestilt med tilstedeværelse av positive følelser, men ses når en person er velfungerende. Velvære kan beskrives som en opplevelse av indre velbehag og en følelse av vitalitet. I følge teorien må alle de grunnleggende psykologiske behovene tilfredsstilles for å oppnå de beste forutsetninger for å fremme velvære og vitalitet hos personen. Dersom de kontekstuelle forholdene medfører at et eller flere behov neglisjeres eller hemmes, vil dette kunne medføre mindre autonom motivasjon og mindre velvære (Ryan & Deci 2000a; Ryan & Deci 2000b; Vansteenkiste & Ryan 2013). Når de grunnleggende psykologiske behovene hemmes over tid kan det medføre fremmedgjøring, utvikling av uheldige mestringsstrategier og forfølgelse av mål med ytre innhold, som alle kan medføre mindre opplevd velvære (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b; Vansteenkiste & Ryan 2013). Når forholdene ligger til rette for tilfredsstillelse av behovene forventer man å se optimal utvikling, integrasjon, god psykisk helse, personlig velvære og autonom motivasjon (Deci & Ryan 2000; Deci & Ryan 2008b; Ryan & Deci 2000b).

Autonom motivasjon har vist seg å medføre større grad av velvære, en sunnere atferd, engasjement og bedre utholdenhet (Deci & Ryan 2000; Deci & Ryan 2008a; Milyavskaya & Koestner 2011). Deci og Ryan (2008a) beskriver flere studier som har funnet en sammenheng mellom autonom motivasjon og psykisk velvære innenfor ulike kontekster som skole, arbeid og gjennom vennskap. Personer med autonom motivasjon har også mer tillit og interesse, sammenlignet med personer som har en eksternt kontrollert motivasjon. Mer tillit og interesse medfører en følelse av å ha det bra, økt utholdenhet og vitalitet (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b).

2.3.1 Tilfredshet med livet

For å forstå velvære i denne oppgaven vurderes respondentenes tilfredshet med livet. Opplevelsen av tilfredshet med livet beskrives som en kognitiv beslutningsprosess der individet gjør en intuitiv egenvurdering av livskvalitet basert på egendefinerte kriterier. Dette gir personen mulighet til å vekte hendelser og domener, og selv bedømme hva som er vesentlig (Diener 1984; Diener et al. 1985; Pavot & Diener 1993; Pavot & Diener 2008). Studier har funnet en sammenheng mellom tilfredshet med livet og blant annet subjektiv helse, arbeidsstatus, sivilstatus og sosial kontakt (Arrindell et al. 1991; Pavot & Diener 1993; Pavot & Diener 2008; Schimmack et al. 2002). En persons vurdering av tilfredshet med livet, ser ut til å påvirkes av domener som personen oppfatter som viktige. Endringer i disse domenene, store hendelser i livet og personlighetstrekk ser også ut til å påvirke opplevd tilfredshet med livet. En høy grad av opplevd tilfredshet med livet er relatert til blant annet god mental og fysisk helse (Pavot & Diener 2008).

2.4 Problemstilling

Når subjektive helseplager rammer mange og er en hovedårsak til at mennesker ikke kan delta i arbeidslivet, er det av interesse å se på hvordan mennesker med subjektive helseplager opplever plagene. Så langt jeg vet, finnes det ingen studier som ser på opplevelsen av å ha subjektive helseplager fra et bredere psykologisk perspektiv ved å benytte selvbestemmelsesteorien. Hensikten med denne oppgaven er å få en bedre forståelse av hvordan personer med subjektive helseplager opplever egen tilfredshet med livet, ved å se på de grunnleggende psykologiske behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet. Ved å se på plagene fra dette perspektivet kan det komme frem nyttig kunnskap om hvordan subjektive helseplager henger sammen med tilfredsstillelse av grunnleggende psykologiske behov, samt hvordan denne sammenhengen kan gi en forståelse av hvordan personer med subjektive helseplager opplever tilfredshet med livet. Økt kunnskap på dette området kan være nyttig for aktører som NAV, helse- og omsorgstjenesten og bedriftshelsetjenesten som utarbeider tilbud og tiltak for personer som står i fare for eller har falt ut av arbeidslivet på grunn av subjektive helseplager.

På bakgrunn av dette er det utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

Kan de grunnleggende psykologiske behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet forklare sammenhengen mellom subjektive helseplager og tilfredshet med livet?

3.0 Metode

Dataene som er benyttet i denne masteroppgaven kommer fra en spørreundersøkelse der respondentene har fylt inn et spørreskjema med penn og papir. Dette gjør at dataene egner seg til opptelling og bruk av statistiske analyser, og en kvantitativ metode er benyttet (Johannessen et al. 2010).

3.1 Studiedesign

Denne masteroppgaven er basert på data som er samlet inn i forbindelse med et stort forskningsprosjekt som omhandler arbeidstrening på gård. Prosjektet har mange samarbeidspartnere som Norges miljø- og biovitenskapelige universitetet (NMBU), Universitetet i Oslo (UiO), NAV og Bondeorganisasjonene (Norges Bondelag og Norges bonde- og småbrukarlag). Professor Camilla Ihlebæk ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitetet (NMBU) er ansvarlig for prosjektet. Fordi alle respondentene i denne oppgaven deltok i arbeidstrening på gård, vil slike tilbud presenteres kort.

Arbeidstrening på gård er en del av det man i internasjonal litteratur omtaler som grønn omsorg. Konseptet omhandler bruk av natur for å bedre eller fremme velvære, fysisk- og psykisk helse. Det rommer ulike intervensjoner som aktivt benytter seg av naturen og naturomgivelser som en ramme for aktiviteter som skal bidra til å opprettholde, forebygge eller fremme helse (Haubenhofer et al. 2010; Sempik et al. 2010). Et slikt tilbud i Norge er gårdsbruk med tradisjonell drift, som tilbyr arbeidstrening for mennesker som står utenfor arbeidslivet. I Norge har vi «Inn på tunet», som er et merkevarekonsept. Det finnes godkjente Inn på tunet-gårdsbruk over hele landet, som blant annet tilbyr tilrettelagte tilbud innenfor områdene arbeidstrening, rehabilitering, rus og psykisk helse. Typiske karakteristika for slike tilbud er varierte aktiviteter som gir deltakerne en følelse av å gjøre noe meningsfylt og nyttig. En positiv og personlig relasjon med gårdbruker der deltakerne føler seg sett, og en opplevelse av å være inkludert, akseptert og bekvem som deltaker i et fellesskap. Deltakerne har selv mulighet for å strukturere dagen og jobbe i eget tempo, og kontakten med grønne omgivelser er ofte vektlagt (Hassink et al. 2010; Pedersen et al. 2012). Tilbudene gis gjennom NAV eller kommunens helse- og omsorgstjeneste (Helsedirektoratet 2011; *Inn på tunet - Handlingsplan 2013-2017*). En type formalisert og strukturert arbeidstreningstilbud på gård er «Grønt arbeid» som gis gjennom NAV til personer med psykiske helseproblemer (NAV 2013).

Dataene som er benyttet i oppgaven kommer fra «Den Nasjonal spørreundersøkelsen om deltakeres erfaringer med inn på tunet- eller andre grønn omsorg-tilbud» (Vedlegg 1). Dette er en tverrsnittstudie der en egenutviklet spørreundersøkelse ble sendt ut høsten 2011 og 2012. Prosessen med datainnsamlingen er beskrevet under.

Det ble innledningsvis gjennomført en kartlegging av aktuelle gårder i Norge.

Kartleggingsprosessen startet med å innhente en oversikt over alle gårder med grønt arbeid fra NAV. Det ble sendt e-post til fylkesmannens kontaktperson for inn på tunet (IPT) i alle fylker med forespørsel om lister over tilbydere. Alle tilbydere som lå ute på IPT nettsiden ble også inkludert. I tillegg ble det sett på andre aktuelle nettsider med informasjon om tilbydere. På bakgrunn av dette ble det satt opp en liste over potensielle tilbydere. Disse ble kontaktet via telefon for å undersøke om de hadde et slikt tilbud og eventuelt hvor mange deltakere de hadde på gården innen rus/psykisk helse og/eller arbeidstrening. Det ble også satt opp en liste over tilbydere som var i en prosess der de kunne ha nye deltakere som samsvarte med studiens målgruppe innen 6-12 måneder. Disse ble så kontaktet før andre runde med utsendelser for å få med nye deltakere. Alle gårdene fra første runde med utsendelser ble også kontaktet, for å høre om de hadde fått noen nye deltakere på gården. Hvis det var mange deltakere som ikke hadde svart på spørreskjemaet i den første runden, ble gårdbruker spurt om hva som kunne være årsaken til dette. Spørreskjemaet ble delt ut to ganger for å få flest mulig respondenter. Første gang høsten 2011 og andre gangen høsten 2012. Gårdbrukeren fikk et følgebrev der det stod at han/hun skulle levere ut et spørreskjema til hver av deltakerne på gården som passet i målgruppen. I tillegg medfulgte et samtykkeerklæringsskjema (Vedlegg 2), som de deltakerne som ønsket å delta i studien måtte fylle ut, og en ferdig frankert svarconvolutt.

3.2 Utvalg

Kriteriene for deltakelse i prosjektet var følgende; Personer i yrkesaktiv alder (18-67 år), som mottar en form for trygdeytelse fra NAV og deltar i et tilbud innen rus, psykisk helse eller arbeidstrening på gård. I tillegg skal deltakerne har vært med i tilbudet i minimum 1 måned og de kan ikke være psykisk utviklingshemmede eller demente.

Av 216 personer som hadde besvart spørreundersøkelsen oppfylte 214 deltakere kriteriene.

Utvalget i denne masteroppgaven består av disse 214 deltakerne. Deskriptive data for utvalget er presentert i tabell 1 i kapittel 4.1.1.

3.3 Variablene og måleinstrumenter

Fra det foreliggende datamaterialet er det laget variabler for antall subjektive helseplager, gjennomsnittsverdier for autonomi, kompetanse, tilhørighet og tilfredshet med livet. I tillegg er også bakgrunnsvariablene utdanningsnivå, alder, kjønn, lengde for deltakelse i grønn omsorgstilbud og lengde ute av arbeid benyttet.

3.3.1 Subjektive helseplager

For Subjektive helseplager er den validerte og godkjente norske versjonen av skjemaet «The Subjective Health Complaints (SHC) Inventory» benyttet (Eriksen et al. 1999)(Vedlegg 1). Skjemaet lister opp 29 plager, somatiske og psykiske. Alvorlighetsgrad av plagen opplevd i løpet av de sist 30 dagene oppgis ved hjelp av en 4-punktskala (0=ikke plaget, 1=litt plaget, 2=en del plaget, 3=alvorlig plaget) (Eriksen et al. 1999). Plagene kan deles inn i fem kategorier/subskalaer: Muskelskjelletplager består av; hodepine, migrene, nakkesmerter, smerter øverst i ryggen, smerter i korsrygg, smerter i armer, smerter i skuldre og smerter i føttene ved anstrengelser (8 ledd, Cronbach's alpha = .824), pseudonevrologiske plager består av; hjertebank/ekstraslag, hetetokter, søvnproblemer, tretthet, svimmelhet, angst og nedtrykthet/depresjon (7 ledd, Cronbach's alpha = .814), gastrointestinale plager består av; sure oppstøt/halsbrann, sug eller svie i magen, magekatarr/magesår, mageknip, luftplager, løs avføring/diaré og forstoppelse (7 ledd, Cronbach's alpha = .715), allergi består av; astma, brystmerter, pustevansker, eksem og allergi (5 ledd, Cronbach's alpha = .617) og forkjølelse/influenza består av; forkjølelse/influenza og hoste/bronkitt (2 ledd, Cronbach's alpha = .647). For subjektive helseplager totalt, var Cronbach's alpha koeffisienten .888. De fem underkategoriene er basert på faktoranalyse, og har vist seg å være forskjellige, men også korrelerte. Særlig pseudonevrologiske plager og muskelskjelletplager er korrelerte faktorer (Eriksen et al. 1999).

I bearbeiding av datamaterialet til analysen er svarene for hver enkelt plage gjort dikotome; ingen plage (score 0) eller plage (score 1-3). Dette er gjort for å kunne lage et sumskår med totalt antall subjektive helseplager for hver enkelt respondent. Det ble laget en ny variabel med totalt antall subjektive helseplager.

3.3.2 De grunnleggende psykologiske behovene

Grunnleggende psykologiske behov ble målt med en norsk versjon av Deci og Ryan sitt skjema «Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S)» (BNSG; Gagné (2003); Johnston og Finney (2010))¹(Vedlegg1). Skjemaet inneholder 21 påstander om de grunnleggende behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Deltakerne ble bedt om å oppgi, på en likertskala fra 1 (slett ikke sant) til 7 (helt sant), hvor godt påstandene passet for deres liv. Eksempler på påstander er «Jeg føler jeg står fritt til selv å bestemme hvordan jeg skal leve livet mitt» (autonomi), «Jeg liker menneskene jeg omgås veldig godt» (tilhørighet) og «Jeg føler meg sjelden veldig kompetent» (kompetanse, reversert påstand) (Vedlegg 1). Intern konsistens, for utvalget, var for autonomi (7 ledd, Cronbach's alpha = .656), kompetanse (6 ledd, Cronbach's alpha = .622) og tilhørighet (8 ledd, Cronbach's alpha = .811). Av de 21 utsagnene er 9 påstander formulert i en negativ retning. Disse ble reversert før statistiske analyser. Skårene fra utsagnene ble summert sammen innenfor sine respektive kategorier (autonomi, kompetanse eller tilhørighet), før det ble laget nye variabler med gjennomsnittet av de summerte variablene. Kun der hvor fem eller flere av utsagnene knyttet til hver av de tre behovene var besvart, ble det regnet ut et gjennomsnittskår.

3.3.3. Tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet ble målt med en validert oversatt norsk versjon av «The Satisfaction With Life Scale» (SWLS) (Diener et al. 1985)(Vedlegg1). Skjemaet består av fem utsagn som omhandler tilfredshet med livet som helhet. Et eksempel er «På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt». Deltakerne oppga, ved hjelp av en likertskala fra 1 (stemmer dårlig) til 7 (stemmer perfekt), hvor enige de var med de ulike utsagnene (Diener et al. 1985). Intern konsistens for denne studiens utvalg er sjekket, og Cronbach alpha var .899.

Det ble laget en variabel med gjennomsnittet av de summerte skårene for alle de fem utsagnene. Bare de som hadde svart på minst fire av fem utsagn ble inkludert.

¹ Skjemaet er hentet fra Selvbestemmelsesteorien sin egen nettside (<http://www.selfdeterminationtheory.org/>). Siden vedlikeholdes av E. L. Deci and R. M. Ryan ved University of Rochester. Det bør bemerkes at endringer kan forekomme i websiden.

3.3.4. Bakgrunnsvariabler

Fra spørreskjemaet er det også benyttet bakgrunnsvariabler. Kjønn ble målt ved at respondenten ble bedt om å krysse av for kvinne eller mann. Alder ble målt ved at respondenten ble bedt om å oppgi fødselsår. Variabelen ble deretter endret til en kontinuerlig variabel for alder oppgitt i år. Oppnådd utdanning ble målt ved hjelp av 4 kategorier (grunnskolenivå, videregående skole, universitet/høyskole eller annet). Respondenten ble bedt om å sette et kryss for høyeste avsluttede allmennutdannelse. Her ble svarene i annet kategorien gått igjennom, dersom svaret ikke passet inn i en av de tre første kategoriene ble det satt som «missing». Det ble også spurt om hvor lenge respondenten hadde deltatt i tilbudet (grønn-omsorg). Variabelen er kategorisk med 7 svar-kategorier (Vedlegg 1). Variabelen «lengde ute av arbeid» ble målt ved å be respondenten oppgi hvor lenge de hadde vært helt eller delvis ute av arbeid før de startet i tilbudet. Variabelen bestod av 9 svar-kategorier (Vedlegg 1).

3.4 Statistiske analyser

For statistisk analyse av dataene ble SPSS for Windows, versjon 22 brukt. P-verdier under 0.05 ble sett på som statistisk signifikante.

Før arbeidet med dataanalyse ble datamaterialet undersøkt for eventuelle feil og uteliggere. Det ble kjørt deskriptiv statistikk for å få informasjon om hver enkelt variabel. Antallet respondenter som hadde besvart spørsmålene tilknyttet de ulike analysene fremkommer av «n» i tabeller, figurer og fortløpende tekst, det vil derfor ikke kommenteres ytterligere antall «missing». Deskriptive data for kontinuerlige variabler er presentert med gjennomsnittsverdier og standardavvik (SD) som spredningsmål. Ordinale variabler presenteres ved antall og prosentandel av utvalget (n).

Det ble utført bivariate korrelasjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom utfallsvariabelen (tilfredshet med livet) og de andre variablene (uavhengige variabler og bakgrunnsvariabler). Sammenhengen mellom de ulike uavhengige variablene ble også undersøkt. Her ble Pearsons korrelasjonskoeffisient (r) benyttet for korrelasjonsanalyse av kontinuerlige og dikotome variabler (subjektive helseplager, tilfredshet med livet, autonomi, tilhørighet, kompetanse, alder og kjønn). Spearmans rho ble brukt for å undersøke sammenhengen mellom ordinale variabler (utdanning, tid ute av arbeid og tid i grønn omsorg-tilbud), og mellom ordinale og kontinuerlige variabler.

Det var ønskelig med ytterligere informasjon om sammenhengen mellom variablene. Hierarkisk multippel regresjon ble benyttet, da det gir mulighet for å legge inn variablene i flere blokker. Dette gjør det mulig å vurdere hvor mye av den totale variansen i tilfredshet med livet som kan forklares av modellen i sin helhet, samt hvor mye av variansen hver enkelt blokk og hver enkelt variabel forklarer, etter at det er justert for bakgrunnsvariabler og variabler som er lagt inn i foregående blokker (Pallant 2010). Tilfredshet med livet ble brukt som avhengig variabel. I følge Pallant (2010) bør variabler som er svakt korrelert med den avhengige variabelen ($<.3$) vurderes med tanke på om de bør fjernes fra regresjonsmodellen. På bakgrunn av at tid ute av arbeid og tid i grønn omsorg-tilbud var svakt korrelert med tilfredshet med livet, ble ikke disse variablene tatt med i regresjonsmodellen. Rekkefølgen for de uavhengige variablene i regresjonsanalysen var som følger: (1) Bakgrunnsvariablene kjønn, alder og utdanning, (2) subjektive helseplager, (3) autonomi, kompetanse og tilhørighet. Effektstørrelser som er benyttet i masteroppgaven er ustandardiserte *b*-verdier med 95 % konfidensintervall og standardiserte Beta. De ustandardiserte *b*-verdiene indikerer hvor mye hver enkelt uavhengig variabel bidrar i modellen, samt hvordan sammenhengen er mellom den enkelte uavhengige variabelen og den avhengige variabelen når alle andre uavhengige variabler holdes konstante. Standardiserte Beta-koeffisienter gjør det enklere å sammenlikne og få en forståelse for hvordan de ulike variablene bidrar til å forklare modellen. Dette fordi Beta-verdien er målt i antall standardavvik (Bjørndal & Hofoss 2004; Laake et al. 2007; Pallant 2010).

3.4.1 Forutsetninger for bruk av statistiske analyser

Det ble utført innledende analyser for å undersøke forutsetningene om normalfordeling, linearitet, multikollinearitet og homoskedastisitet. Multippel regresjon liker ikke multikollinearitet, dette ble derfor testet, og ingen brudd på antakelsen ble funnet, dvs ingen av variablene hadde en innbyrdes bivariat korrelasjon på 0.7 eller mere, Tolerance var større enn 0.10 og VIF var under 10 (Pallant 2010). Fordelingsegenskaper til residualene, uteliggere, linearitet og homoskedastisitet ble undersøkt ved å inspisere normalfordelingsplott (P-P-plott) til standardiserte residualer og spredningsdiagram til residualene. I en lineær regresjonsmodell skal residualene være tilnærmet normalfordelte (Laake et al. 2008; Pallant 2010).

Normalfordelingsplottet viste ingen store avvik fra den rette diagonale linjen. Dette tyder på at det ikke forekommer store avvik fra normalfordelingen. Innmaten i spredningsdiagrammet bør grovt sett fordele seg i en rektangulær form med flest skår konsentrert rundt nullpunktet. Ved

inspeksjon av spredningsdiagrammet, som ble generert under analysen, er hovedvekten av residualene konsentrert rundt midten, og det observeres ingen uteliggere som har et standardisert residual på mer enn 3.3 eller mindre enn -3.3 (Pallant 2010). Leverage verdier ble undersøkt for å undersøke om det var enkelte deltakere som hadde spesielt stor innvirkning på resultatene i modellen. For to deltakere var Leverage verdiene større enn de burde, og en ny modell ble tilpasset uten disse. Resultatene endret seg imidlertid i svært liten grad.

For at regresjonsligningen skal være pålitelig, noe som er vesentlig for å kunne generalisere resultatene, må utvalget være av en viss størrelse i forhold til antallet prediktorer. Ved bruk av multippel regresjonsanalyse er en vanlig regel at man skal ha 15 respondenter for hver av prediktorene (Pallant 2010). For regresjonsanalysen som utføres i denne masteroppgaven trengs det da 105 respondenter. Utvalgsstørrelsen i denne studien var på 214, og resultatene fra analysen kan derfor anses pålitelige med tanke på utvalgsstørrelse. Manglende data ble håndtert ved valget «Exclude cases pairwise» i SPSS. Dette innebærer at respondenten bare tas ut av de analysene der det mangler data fra respondenten (Pallant 2010).

I forkant av korrelasjonsanalysene ble det også gjort undersøkelser av variablene for å se på normalitet, linearitet og homoskedastisitet. Det forutsettes at innsamlede data er uavhengige av hverandre (Pallant 2010). Det er samlet inn data ved to tidspunkter i studien, men det er ikke samlet inn data fra samme person to ganger. I utgangspunktet er det et krav at dataene er normalfordelt, men dette er sjelden tilfellet i virkeligheten. Mange skalaer er skjevfordelte, ved at fordelingen har en lengre hale mot høyre enn venstre, uten at dette indikerer at det er noe galt med måleinstrumentet. Skalaen reflekterer bare den underliggende naturen til fenomenene som måles (Pallant 2010). For de kontinuerlige variablene ble gjennomsnitt og 5 % trimmet gjennomsnitt sammenlignet, det var ingen store forskjeller mellom disse for noen av variablene noe som indikerer at ekstreme verdier ikke har noen stor innvirkning på gjennomsnittet (Pallant 2010). Normalfordelingsplott for de kontinuerlige variablene ble inspisert og det ble ikke observert store avvik fra den diagonale linjen. Før korrelasjonsanalysen ble også spredningsdiagram inspisert for å se på linearitet og homoskedastisitet mellom den avhengige og de uavhengige variablene. Spredningsdiagrammene viste ingen innlysende bevis for brudd på antakelsene.

3.5 Etikk

I følge prinsipper beskrevet i Helsinkdeklarasjonen og Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora er det viktig å tenke igjennom deltakernes rettigheter med tanke på autonomi og selvbestemmelse, respekt for deltakernes privatliv samt ansvaret for å unngå belastning eller skade hos deltakere (Johannessen et al. 2010; Wormnæs 1996). Alle deltakerne i prosjektet ga et skriftlig samtykke til deltagelse i spørreundersøkelsen.

Respondentene ble informert om hensikten med spørreundersøkelsen, at det var frivillig å svare på spørreskjemaet, at data ville bli behandlet konfidensielt, og at de kunne trekke seg fra studien til enhver tid. Deltakerne ble også informert om at resultatene ville bli presentert på en måte som gjør det umulig å identifisere enkeltpersoner, og at alle som jobber i prosjektet var bundet av taushetsplikt. Studien som dataen er hentet fra har søkt og fått godkjenning fra

Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det var ikke behov for ytterligere tillatelser for gjennomføring av denne masteroppgaven. Spørreskjemaene blir oppbevart innelåst og er anonymisert. I masteroppgaven er det kun benyttet anonymiserte data, og dataen har blitt behandlet på en passord-beskyttet pc.

4.0 Resultater

4.1 Deskriptive data

4.1.1 Demografiske data og bakgrunnsvariabler

Tabell 1 viser detaljert fordeling av utvalget med hensyn til variablene Kjønn, Utdanningsnivå, Tid ute av arbeid, Tid i grønn omsorg-tilbud og Alder.

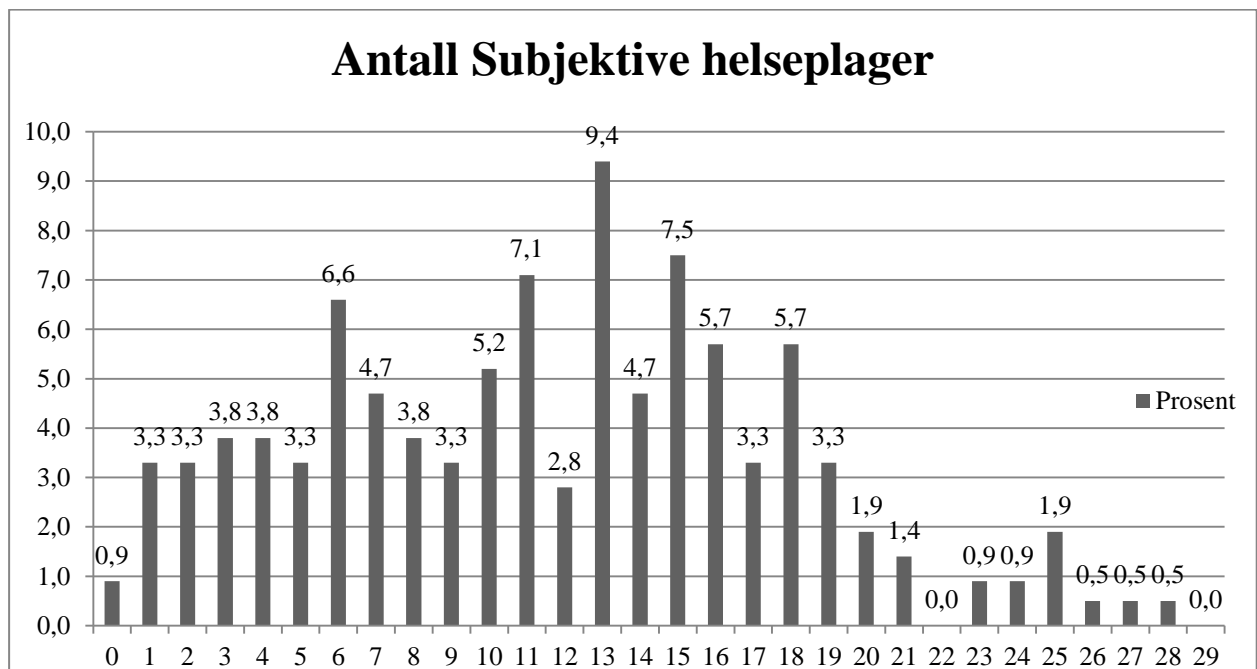
Tabell 1: Kjønn, Utdanningsnivå, Tid ute av arbeid og Tid i grønn omsorg-tilbud. Antall og prosent av utvalget (n). Gjennomsnitt og SD for Alder for utvalget (n).

	n	Antall (%)	Gjennomsnitt	SD
KJØNN	213			
Kvinner		115 (54.0)		
Menn		98 (46.0)		
UTDANNING	202			
Grunnskole		85 (42.1)		
Videregående skole		99 (49.0)		
Universitet/Høyskole		18 (8.9)		
TID UTE AV ARBEID	209			
0-6 måneder		22 (10.5)		
6 måneder-1 år		25 (11.9)		
1-1.5 år		17 (8.1)		
1.5-2 år		17 (8.1)		
2-5 år		43 (20.6)		
Mer enn 5 år		52 (24.9)		
Ingen arbeidserfaring		33 (15.8)		
TID I GRØNN OMSORG	214			
1-6 måneder		78 (36.5)		
7-12 måneder		42 (19.6)		
1-1.5 år		30 (14.0)		
1.5-2 år		19 (8.9)		
Mer enn 2 år		45 (21.0)		
ALDER	214		35.79	12.06

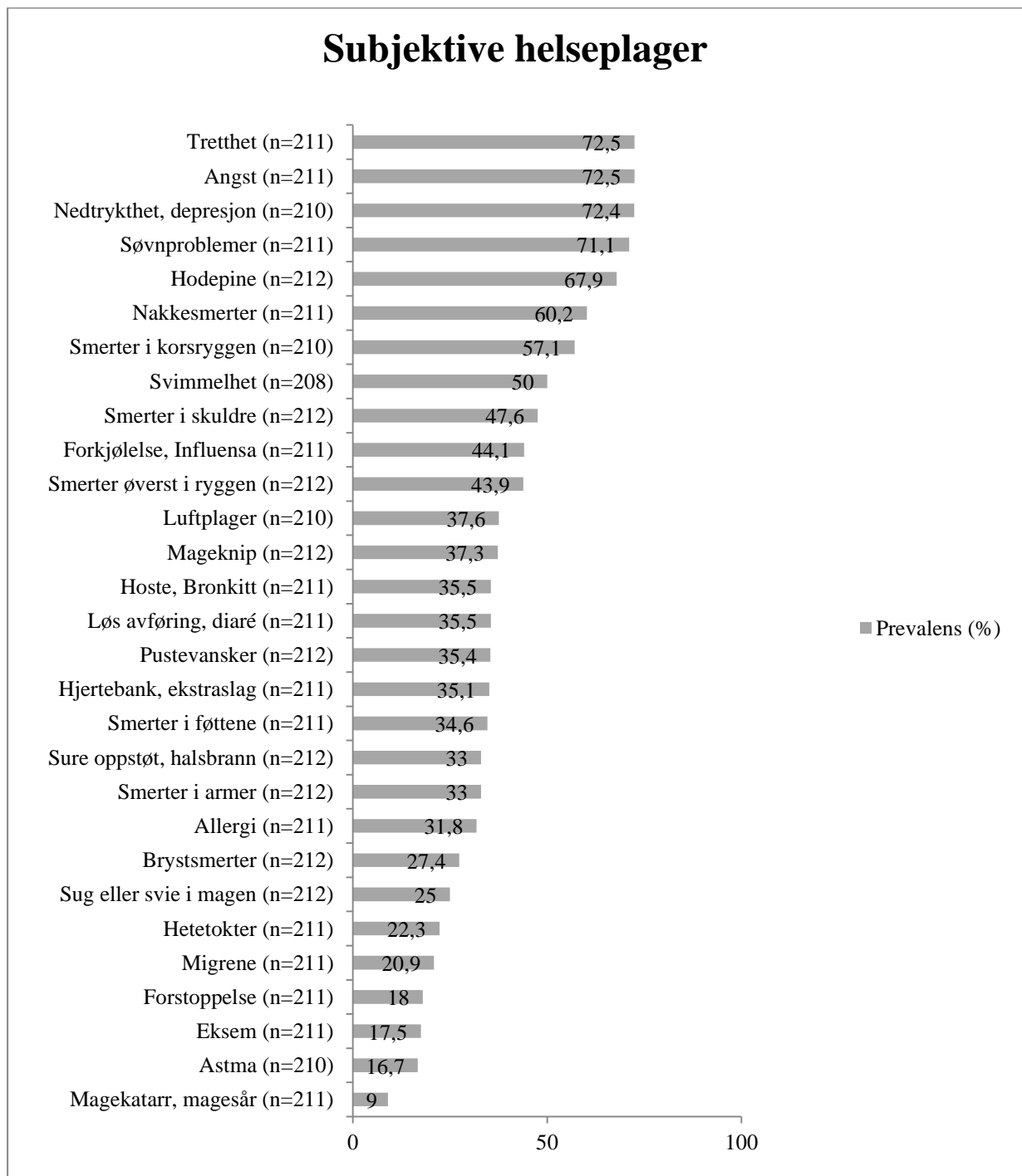
4.1.2 Subjektive helseplager

Gjennomsnitt antall helseplager for utvalget (n=212) var 11.59 (SD= 6.17), med en spredning fra 0 til 28 helseplager. Prevalensen for subjektive helseplager i utvalget var høy; 99,1 % rapporterte om minst 1 av 29 subjektive helseplager siste 30 døgner. Mange respondenter rapportert flere plager, 84,9 % rapporterte 5 eller flere plager siste 30 døgner, mens 63,2 % rapporterte 10 eller flere plager siste 30 døgner. Tidligere studier av subjektive helseplager har pekt på at det er forskjeller mellom kvinner og menn i antall helseplager. Det ble derfor utført en t-test for å sammenlikne gjennomsnittet for antall subjektive helseplager for menn og kvinner. T-testen viste en signifikant forskjell i antall subjektive helseplager for menn og kvinner. Kvinner hadde signifikant flere plager enn menn; (gj.sn. menn =10.21, sd =6.47) (gj.sn. kvinner =12.72, sd=5.71; $p < .05$). Figur 1 viser den prosentvise fordelingen i forhold til antall subjektive helseplager. Figur 2 viser hvordan utvalget fordelte seg med hensyn til de ulike subjektive helseplagene. De plagene som forekom hyppigst var tretthet, angst, nedtrykthet/depresjon, søvnproblemer og hodepine.

Figur 1: Fordeling i forhold til antall subjektive helseplager i prosent (n=212).



Figur 2: Prevalens av de ulike subjektive helseplagene blant utvalget (n).



4.1.3 Grunnleggende psykologiske behov

Deskriptive data for variablene Autonomi, Kompetanse og Tilhørighet presenteres i tabell 2.

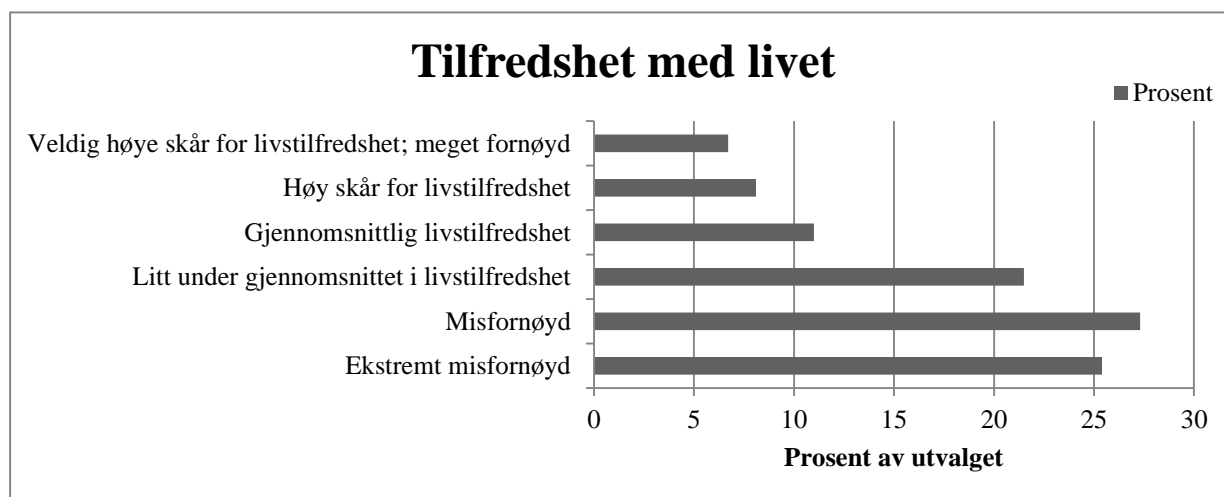
Tabell 2: Gjennomsnitt, minimum, maksimum og standardavvik for variablene Autonomi, Kompetanse og Tilhørighet for utvalget (n).

	n	Gj.sn.	SD	Minimum	Maximum
Autonomi	206	4.69	1.00	1.86	6.71
Kompetanse	197	4.42	1.06	1.33	7.00
Tilhørighet	206	5.14	1.07	1.63	7.00

4.1.4 Tilfredshet med livet

Resultatet fra den deskriptive analysen viste at ca. 74 % av utvalget lå under det som er definert som «Gjennomsnittlig livstilfredshet». Gjennomsnittsskår for utvalget (n=209) for variabelen Tilfredshet med livet gjennomsnitt var 3.25 (SD=1.57). Figur 3 viser prosentvis fordeling av utvalget i forhold til de ulike kategoriene av tilfredshet med livet. Kategoriene har følgende inndeling i forhold til gjennomsnittsskår: Veldig høye skår for livstilfredshet; meget fornøyd (gjennomsnittsskår 6-7), Høye skår for livstilfredshet (gjennomsnittsskår 5-6), Gjennomsnittlig livstilfredshet (gjennomsnittsskår 4-5), Litt under gjennomsnittet i livstilfredshet (gjennomsnittsskår 3-4), Misfornøyd (gjennomsnittsskår 2-3) og Ekstremt misfornøyd (gjennomsnittsskår 1-2) (Diener 2006).

Figur 3: Prosentvis fordeling av utvalget (n=209) for Tilfredshet med livet fordelt på seks kategorier etter grad av tilfredshet med livet.



4.2 Bivariate korrelasjoner

For å vurdere sammenhengen mellom de ulike variablene ble det i første omgang utført korrelasjonsanalyser. Følgende retningslinjer ble fulgt når grad av styrke på korrelasjonene skulle avgjøres: svak korrelasjon $r = .10$ til $.29$, moderat korrelasjon $r = .30$ til $.49$, sterk korrelasjon $r = .50$ til 1.0 (Pallant 2010).

Resultatene fra den bivariate korrelasjonsanalysen er presenter i tabell 3. Analysen viste en moderat, negativ korrelasjon mellom subjektive helseplager og tilfredshet med livet, $r = -0.30$, $n = 208$, $p < .01$, der flere subjektive helseplager samvarierer med lavere tilfredshet med livet.

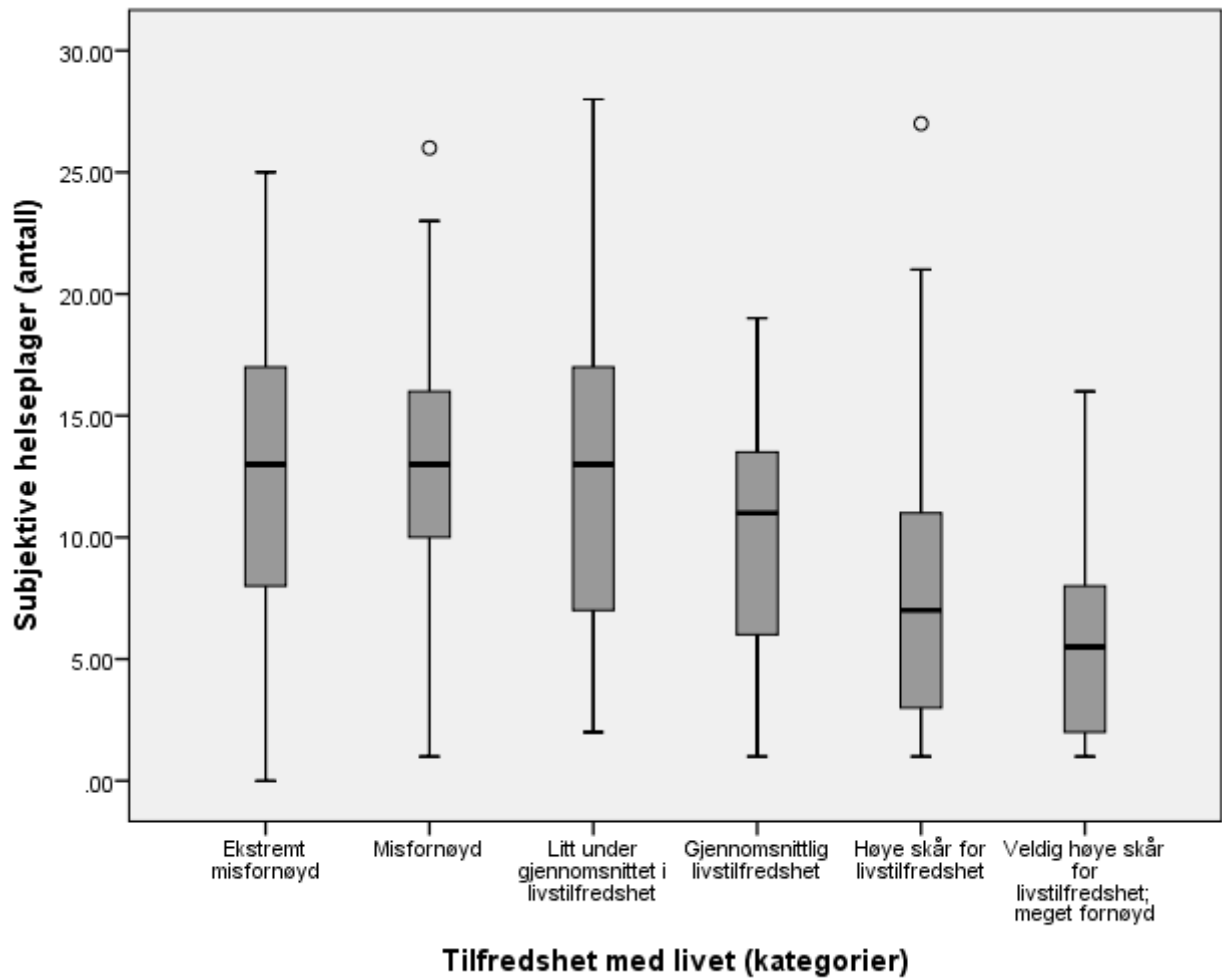
Tabell 3: Korrelasjoner mellom variablene undersøkt med Pearson r og Spearman ρ for henholdsvis kontinuerlige og ordinale variabler.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Kjønn	-	-.15*	-.03	.00	.02	.20**	.09	-.08	.07	-.01
2 Alder		-	.15*	.33**	.23**	.02	.06	.05	-.01	.02
3 Utdanning			-	.04	.02	.05	.06	.09	.12	-.07
4 Tid i grønn omsorg				-	.18**	-.10	.21**	.15*	.21**	.19**
5 Tid ute av arbeid					-	-.06	.03	-.02	-.05	.00
6 Subjektive helseplager						-	-.31**	-.26**	-.22**	-.30**
7 Autonomi							-	.62**	.66**	.57**
8 Kompetanse								-	.62**	.49**
9 Tilhørighet									-	.45**
10 Tilfredshet med livet										-

** $p < .01$ (2-sidig test) * $p < .05$ (2-sidig test)

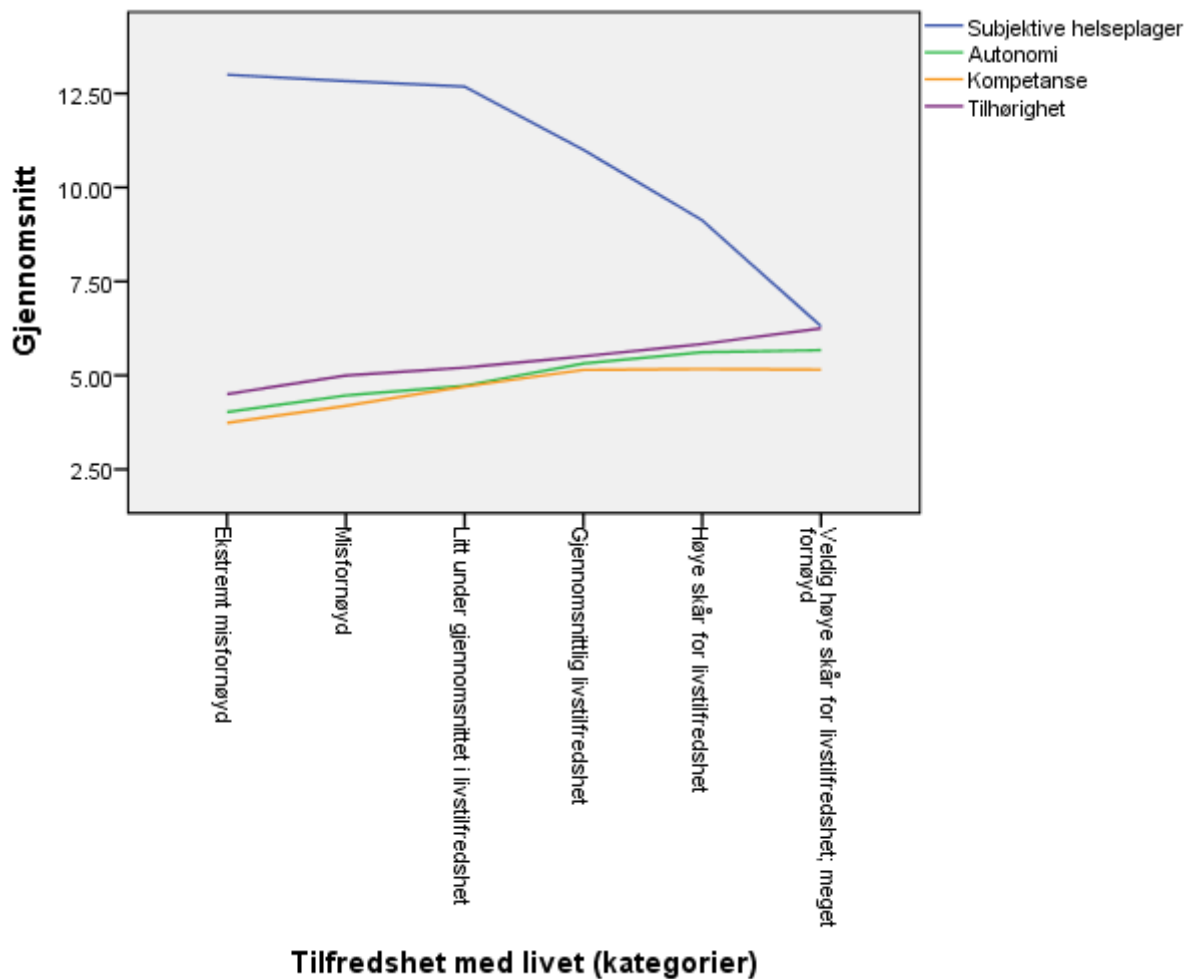
Figur 4 viser hvordan antall subjektive helseplager fordelte seg i forhold til kategoriene innenfor tilfredshet med livet. De grunnleggende behovene kompetanse ($r=0.49$, $n=195$, $p<.01$) og tilhørighet ($r=0.45$, $n=203$, $p<.01$) viste en signifikant moderat, positiv sammenheng med tilfredshet med livet. Behovet autonomi var høyt korrelert med tilfredshet med livet ($r=0.57$, $n=203$, $p<.01$). Økende grad av tilfredsstillelse av grunnleggende behov samvarierer med økt tilfredshet med livet.

Figur 4: Antall rapporterte subjektive helseplager siste 30 dogn i forhold til tilfredshet med livet.



Figur 5 viser gjennomsnitt av variablene subjektive helseplager og behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet i forhold til kategoriene for tilfredshet med livet. Subjektive helseplager og de grunnleggende psykologiske behovene autonomi ($r=-0,31$, $n=205$, $p<.01$), kompetanse ($r=-0.26$, $n=196$, $p<.01$) og tilhørighet ($r=-0.22$, $n=206$, $p<.01$) var signifikant svakt til moderat, negativt korrelert, det vil si flere subjektive helseplager var assosiert med nedsatt tilfredsstillelse av grunnleggende psykologiske behov.

Figur 5: Gjennomsnitt av variablene subjektive helseplager og behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet i forhold til kategoriene for tilfredshet med livet.



4.3 Hierarkisk multipl regressjon

Etter korrelasjonsanalysen kom det frem at Subjektive helseplager og de psykologiske behovene hadde en korrelasjon på 0.30 eller mer med variabelen tilfredshet med livet (tabell 3). På bakgrunn av dette ble Subjektive helseplager og behovene tatt med i regresjonsmodellen, dette ble også bakgrunnsvariablene kjønn, utdanning og alder. Tabell 4 presenterer standardiserte Beta og ustandardiserte b -verdier med 95 % konfidensintervall og p -verdier for den avhengige variabelen tilfredshet med livet, samt Justert R^2 og endring i R^2 .

Tabell 4: Standardiserte beta og ustandardiserte *b*-verdier med 95 % KI og p-verdier for den avhengige variabelen Tilfredshet med livet. Justert R² og endring i R² for de tre modellene.

Uavhengige variabler	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	Kjønn, alder, utdanning			Modell 1 + subjektive helseplager			Modell 2 + de psykologiske behovene		
	Stand. Beta	Ustand. <i>b</i> (95% KI)	Sig.	Stand. Beta	Ustand. <i>b</i> (95% KI)	Sig.	Stand. Beta	Ustand. <i>b</i> (95% KI)	Sig.
Kjønn	-.009	-.029 (-.489 til .431)	.901	.055	.172 (-.278 til .622)	.452	-.013	-.041 (-.428 til .347)	.837
Alder	.027	.003 (-.016 til .023)	.721	.039	.005 (-.013 til .024)	.584	.004	.001 (-.015 til .016)	.947
Utdanning	-.093	-.230 (-.592 til .132)	.211	-.079	-.195 (-.541 til .152)	.269	-.123	-.304 (-.597 til -.011)	.042
Subjektive helseplager				-.306	-.078 (-.114 til -.041)	≤.001	-.109	-.028 (-.060 til .004)	.090
Autonomi							.361	.563 (.297 til .830)	≤.001
Kompetanse							.191	.282 (.043 til .522)	.021
Tilhørighet							.089	.130 (-.116 til .377)	.298
Justert R ²		-.007			.078*			.357*	
Endring i R ²		.009			.089*			.283*	

*: p-verdi < .05

Etter at subjektive helseplager antall ble lagt inn i blokk 2, forklarte modellen i sin helhet 7.8 % av den totale variansen i tilfredshet med livet $F(4, 182) = 4.95, p < .05$. Subjektive helseplager var statistisk signifikante på .05nivå. Subjektive helseplager forklarte 8.9 % av variansen i tilfredshet med livet etter at det statistisk ble kontrollert for kjønn, utdanning og alder, endring i $R^2 = 0.089$, endring i $F(1, 182) = 17.99, p < .05$. I blokk 3 ble variablene autonomi, kompetanse og tilhørighet lagt inn i modellen. Modellen i sin helhet forklarte etter dette 35.7 % av variansen i tilfredshet med livet $F(7, 179) = 15.75, p < .05$. Behovene forklarte 28.3 % av variansen i tilfredshet med livet etter at kjønn, utdanning, alder og subjektive helseplager var kontrollert for, endring i $R^2 = 0.283$, endring i $F(3, 179) = 27.30, p < .05$. I denne modellen var ikke subjektive

helseplager statistisk signifikant lenger. Av behovene var kun autonomi og kompetanse statistisk signifikante, og autonomi hadde noe høyere beta verdi enn kompetanse. Fra de tidligere utførte korrelasjonsanalysene viste det seg at subjektive helseplager var lavt til moderat korrelert med alle de psykologiske behovene $p < .05$. På bakgrunn av dette kan man anta at den samvariasjonen som subjektive helseplager deler med tilfredshet med livet ser ut til å gå gjennom behovene (manglende behovstilfredsstillelse). Opplevd tilfredshet med livet i forhold til antall subjektive helseplager ser ut til å gå gjennom opplevd tilfredsstillelse av behovet for autonomi og kompetanse som begge var statistisk signifikante i modell 3.

På bakgrunn av at tidligere studier har rapportert forskjeller mellom kjønnene for subjektive helseplager, og fordi kvinner hadde statistisk signifikant flere helseplager sammenlignet med menn i dette utvalget, ble det utført en ny hierarkisk multippel regresjonsanalyse der kjønn og subjektive helseplager ble lagt inn som et interaksjonsledd. Dette ble gjort for å undersøke effektmodifisering, om en økning eller reduksjon av subjektive helseplager virket på ulik måte avhengig av kjønn (Laake et al. 2007). Analysen viste at forskjellen i tilfredshet med livet når subjektive helseplager økte med en enhet, ikke var signifikant forskjellig mellom menn og kvinner ($p > .05$). Den opprinnelige regresjonsanalysen uten interaksjonsleddet ble derfor beholdt.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodologiske overveielser

5.1.1 Validitet

Validitet omhandler hvor godt de observerte data representerer virkeligheten. Det er vanlig å skille mellom ulike former for validitet, de tre hovedtypene er begrepsvaliditet, intern- og ekstern validitet (Johannessen et al. 2010; Laake et al. 2008).

5.1.1.1 Begrepsvaliditet

Hvor godt våre målevariabler gjenspeiler de variablene vi er ute etter å måle kan uttrykkes gjennom begrepsvaliditet (Laake et al. 2008). Det omhandler hvor godt våre data, gjennom den operasjonaliseringen som er utført, representerer det generelle fenomenet vi ønsker undersøkt (Johannessen et al. 2010). Det er mulig å gjennomføre validitetstester av de enkelte måleinstrumentene, men dette har ikke vært en del av hensikten ved denne masteroppgaven. For måleinstrumentet «The Satisfaction With Life Scale» (SWLS) er det tidligere gjort flere undersøkelser av konvergerende og divergerende validitet. SWLS er utarbeidet med tanke på å fange opp individets tilfredshet med livet som helhet, der personens egen helhetsvurdering av sitt liv ligger til grunn. Det er funnet en moderat sterk sammenheng mellom SWLS og andre måleinstrumenter som er konstruert for å måle subjektivt velvære. Det er også funnet høy korrelasjon mellom SWLS og personlighetsfaktorer som man antar har betydning for tilfredshet med livet (Diener et al. 1985; Pavot et al. 1991; Pavot & Diener 1993). Tilfredshet med livet målt med SWLS har vist seg å være et godt egnet utfallsmål innenfor forskning på helse og livskvalitet (Pavot & Diener 2008). Johnston og Finney (2010) utførte en studie hvor de blant annet så på validiteten til «Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S)». De fant at de tre behovene var tydelig forskjellige fra hverandre, og at de generelt har vært relatert til utenforstående faktorer (andre måleinstrumenter og personlighetsfaktorer) på en meningsfull måte. Subjektive helseplager blir målt ved å spørre respondentene om egen opplevelse av helseplager siste 30 dager, og det er dette fenomenet, subjektive helseplager, det er ønskelig å undersøke (Ihlebak et al. 2004).

5.1.1.2 Intern validitet

Intern validitet er knyttet til en studies evne til å kunne påvise en mulig årsakssammenheng mellom variabler (Johannessen et al. 2010). Da det i denne masteroppgaven er benyttet data fra en tverrsnittstudie, er det ikke mulig å trekke noen konklusjoner angående en mulig årsakssammenheng. Intern validitet omhandler også hvorvidt våre resultater er gyldige for den populasjonen vårt utvalg er hentet fra, og om vi måler det fenomenet vi er ute etter å undersøke. Den interne validiteten vil påvirkes av utvalgsskjevhet, informasjonsskjevhet og statistisk validitet (Laake et al. 2007).

Utvalgsskjevhet

Utvalgsskjevhet er et resultat av at respondentene i utvalget ikke representerer eller avviker fra studiepopulasjonen på en måte som gjør at resultatet ville blitt et annet hvis et annet utvalg ble trukket (Laake et al. 2007). I studien der dataene er hentet fra ble spørreskjemaene sendt til gårdene og ikke til deltakerne direkte. Dette gjør det vanskelig å si noe om svarresponsen på undersøkelsen. Det var vanskelig å få god oversikt over hvem som delte ut alle skjemaene og hvor mange deltakere som var på gårdene. På bakgrunn av kartlegging er det estimert en svarprosent på rundt 45 %. Mange av deltakerne som ikke ville svare synes det ble for mye arbeid å fylle ut et så langt skjema. I tillegg var det deltakere som hadde «skjema-skrekk» og ikke ønsket å oppgi navn og personnummer. Noen deltakere syntes skjemaet var vanskelig å fylle ut, disse måtte få hjelp av gårdbrukeren og i tillegg ta det over flere dager. Dette kan ha ført til at de med dårligst helse i populasjonen ikke har greid å svare på spørreskjemaet. På bakgrunn av dette kan det ikke utelukkes at seleksjonsskjevheter, i form av at det skiller seg ut grupper av studiepopulasjonen som ikke er tilstrekkelig representert i utvalget, påvirker resultatene av undersøkelsen.

Informasjonsskjevhet

Informasjonsskjevhet er et resultat av at respondentene oppgir feilaktige svar eller at det gjøres feil under innsamlingen, eller ved registrering av informasjon. Ved bruk av spørreskjema er det, for å forhindre unødvendig informasjonsskjevhet i form av systematiske målefeil, viktig å benytte seg av tidligere validerte skjema og måleinstrumenter (Laake et al. 2007). I studien er det for subjektive helseplager og tilfredshet med livet benyttet validerte norske versjoner av skjemaene. For de grunnleggende psykologiske behovene er det benyttet en norsk versjon av

skjemaet som er oversatt og tilbake-oversatt. Det foreliggende datamaterialet er innhentet gjennom en spørreundersøkelse der det er benyttet selvutfyllingsskjema. I følge Laake et al. (2007) er det ved bruk av selvutfyllingsskjema og graderingsskalaer grunn til å vurdere data kritisk. Resultatene bør kun ses som et mål på det underliggende fenomenet, og svarene kan være påvirket av at respondenten ikke har forstått spørsmålene rett eller har mistet konsentrasjonen underveis. Selvutfyllingsskjema kan også være sårbare for respondentens utfyllingsstil. Noen personer kan foretrekke midtverdier på skalaen mens andre har en tendens til å svare på ytterpunktene (Laake et al. 2007). For subjektive helseplager ble respondenten bedt om å oppgi hvor plaget de har vært av 29 ulike helseplager de siste 30 døgn på en skala fra 0 (ikke plaget) til 3 (alvorlig plaget). I denne masteroppgaven er intensiteten på plagene imidlertid ikke tatt med. Dette er gjort på bakgrunn av at tidligere studier har antydnet at en opptelling av antall plager er velegnet ved studier av subjektive helseplager (Bruusgaard et al. 2012; Poulsen et al. 2013). Men inndelingen i «plaget» eller «ikke plaget» vil medføre at noe data går tapt, minimale plager uten noen særlig effekt på personens livskvalitet teller, ved denne inndelingen, like mye som alvorlige plager. Dette kan være relevant å ta med når resultatene vurderes. Selvutfyllingsskjema har også fordeler. I denne masteroppgaven har det vært av interesse å undersøke deltakernes subjektive opplevelser, selvutfyllingsskjema gir mulighet for å innhente slike data. Selvutfyllingsskjema kan også gjøre det enklere å svare på sensitive spørsmål (Laake et al. 2007).

Statistisk validitet

Statistisk validitet kan vurderes ved å se på hvilke statistiske tester og effektmål som er benyttet, og i hvilken grad de er egnet for det aktuelle datamaterialet og studiens forskningsspørsmål. Den statistiske validiteten kan også trues dersom det ikke justeres for aktuelle konfunderende variabler (Laake et al. 2007). Hierarkisk multippel regresjon ble valgt på bakgrunn av at variabelen tilfredshet med livet er en kontinuerlig variabel, og fordi det var ønskelig å se på sammenhengen mellom tilfredshet med livet og flere uavhengige variabler; subjektive helseplager, autonomi, kompetanse og tilhørighet. Det ga også mulighet for å justere for bakgrunnsvariablene kjønn, alder og utdanning. Ved å legge variablene inn i blokker var det mulig å se hvordan sammenhengen mellom tilfredshet med livet og subjektive helseplager endret seg når behovene ble lagt inn i siste blokk. Ved bruk av Multippel regresjonsanalyse og korrelasjonsanalyse følger det flere antagelser vedrørende data som benyttes, forutsetningene er beskrevet i kapittel 3.4.1.

Effektstørrelse er oppgitt med 95 % konfidensintervall eller SD ($<.05$) der dette var tilgjengelig. P-verdier ble sett på som signifikante ved $p < .05$. Med dette følger det at man med 95 % sikkerhet kan anta at resultatene ikke skyldes utvalgstilfeldigheter (Bjørndal & Hofoss 2004). Ved dette signifikansnivået er det 5 % risiko for at man konkluderer med at sammenhengen er signifikant, selv om den skyldes en ren tilfeldighet. Dette omtales som en type 1 feil. Risikoen for type 1 feil kan reduseres ved å sette et strengere signifikansnivå, men dette vil medføre en større sjanse for en type 2 feil der man overser signifikante statistiske sammenhenger (Bjørndal & Hofoss 2004).

Tidligere forskning på subjektive helseplager har pekt på forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder antall og grad av helseplager. På bakgrunn av dette er det justert for kjønn ved å ta variabelen med som bakgrunnsvariabel i regresjonsanalysen. I tillegg er regresjonsanalysen gjentatt med kjønn og subjektive helseplager som interaksjonsledd, se kapittel 4.3. Det er også justert for variablene utdanning og alder, da de er vanlige konfunderende faktorer, ved å ta variablene med som bakgrunnsvariabler i regresjonsanalysen. Men muligheten for at en annen variabel som ikke er tatt med i analysen kan påvirke de variablene som ses på bør tas i betraktning. Dette kan være psykisk, somatisk helse, sivilstatus, ansvar for barn eller andre pleietrengende, ønsker i forhold til å komme tilbake i arbeid, kvaliteter ved bosted og nærmiljøfaktorer.

5.1.1.3 Ekstern validitet

Det er ønskelig å kunne generalisere konklusjoner fra et utvalg utover studiepopulasjonen. Ekstern validitet omhandler i hvilken grad dette er mulig. En forutsetning for ekstern validitet er intern validitet (Laake et al. 2007). Se kapittel 5.1.1.2 for diskusjon av intern validitet. Som tidligere beskrevet var den antatte svarprosenten i studien på rundt 45 %. Mer en 50 % i svarprosent kan, i følge Johannessen et al. (2010) sies å være en bra svarrespons, men den kan likevel utgjøre et problem med tanke på generalisering fra utvalg til populasjon. Den estimerte svarresponsen på 45 % i studien kan derfor utgjøre en svakhet med tanke på generalisering. Som beskrevet over utgjør dette også en trussel for den interne validiteten med fare for seleksjonsskjevhet. Respondentene i studien var personer i yrkesaktiv alder (18-67 år), de mottok en form for trygdeytelse fra NAV, og de deltok i et tilbud innen rus, psykisk helse eller arbeidstrening på gård. Utvalget var relativt jevnt fordelt med tanke på kjønn. For utdanning var utvalget overrepresentert av personer med lavere utdanning, det vil si grunnskole og

videregående utdanning. Omtrent 70 % av utvalget hadde vært ute av arbeid i mer enn 1,5 år eller hadde ingen arbeidserfaring. Dette medfører at utvalget er lite representativt for populasjoner som er i stabile arbeidsforhold og har høyere utdanning. På bakgrunn av overnevnte opplysninger, og ut fra vurderinger av intern validitet og svarprosent kan det tenkes at resultatene kan generaliseres til personer som deltar i arbeidstreningstilbud, og det er også mulig de kan generaliseres til å gjelde personer som har vært ute av arbeid over en viss tid uten at de nødvendigvis deltar i en form for arbeidstrening. Men det er behov for ytterligere studier som undersøker sammenhengen mellom subjektive helseplager og grunnleggende psykologiske behov innenfor ulike utvalg, kontekster og populasjoner for å få en bedre forståelse av sammenhengen.

5.1.2 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler hvor pålitelige dataene våre er. Det har med hvor nøyaktig data er innhentet, innsamlingsmetode, bearbeiding av data, repeterbarhet og hvilke data som benyttes (Johannessen et al. 2010). Reliabilitet kan undersøkes på ulike måter. En måte er å gjenta samme undersøkelse med 2 til 3 ukers mellomrom med det samme utvalget, omtalt som test-retest-reliabilitet. Høy grad av samsvar mellom de to undersøkelsene indikerer høy reliabilitet. Det er også vanlig å undersøke måleinstrumenters interne konsistens, i hvilken grad spørsmålene som utgjør skjemaet måler den samme underliggende egenskapen. Cronbach's alpha er en av de mest brukte indikatorene for dette (Johannessen et al. 2010; Pallant 2010). De ulike måleinstrumentene og verdier for intern konsistens for studiens utvalg er beskrevet under kapittel 3.3. Det er ønskelig av Cronbach's alpha ligger over 0.7 (Pallant 2010). For denne studien hadde de fleste instrumentene en tilfredsstillende Cronbach's alpha, men for autonomi, kompetanse og to av underkategoriene av subjektive helseplager (allergi og forkjølelse/influensa) var verdien for Cronbach's alpha litt under 0.7. Dette er, i følge Pallant (2010), ikke uvanlig når skalaene utgjør færre enn ti ledd. Cronbach's alpha for studiens utvalg lå mer eller mindre i samme område som for tidligere rapporterte studier der måleinstrumentene er benyttet (Diener et al. 2013; Eriksen et al. 1997; Eriksen et al. 1999; Indregard et al. 2013; Johnston & Finney 2010; Pavot & Diener 1993). For «The Subjective Health Complaints (SHC) Inventory» har test-retest-reliabiliteten vist seg å være høy (Eriksen et al. 1997). «The Satisfaction With Life Scale» (SWLS) har også vist seg å ha en høy reliabilitet i de fleste utvalg. Test-retest-reliabilitet har vist seg å være høy for kortere intervall for så gradvis å minke over lengere tid. Dette antyder at utfylling av skjemaet i liten grad blir påvirket av svingninger i for eksempel humør over kortere perioder,

men at større endringer i våre liv blir fanget opp av skjemaet, noe som er ønskelig når man måler opplevd tilfredshet med livet (Diener et al. 2013; Pavot & Diener 1993).

5.2 Diskusjon av resultater

5.2.1 Oppsummering av hovedfunn

Funnene viste at det er en sammenheng mellom subjektive helseplager og tilfredshet med livet. Deltakere med flere helseplager var mindre tilfreds med livet. I denne masteroppgaven var det ønskelig med en dypere forståelse av sammenhengen, og selvbestemmelsesteorien ble benyttet til dette. Det kom frem at sammenhengen mellom subjektive helseplager og tilfredshet med livet går igjennom behovene for autonomi og kompetanse. Flere subjektive helseplager var assosiert med lavere tilfredsstillelse av behovet for autonomi og kompetanse som igjen var knyttet til en lavere tilfredshet med livet. Dette kan derfor gi oss en bedre forståelse av hvordan helseplagene kan ha en negativ påvirkning på hverdagen til mange mennesker.

Først vil jeg diskutere utvalgets generelle helsetilstand og funksjonsnivå, deretter vil jeg se på subjektive helseplager og tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene. Videre vil konsekvensene av nedsatt behovstilfredsstillelse i forhold til tilfredshet med livet diskuteres. Til slutt vil jeg se på hvordan subjektive helseplager kan lede til kontekster eller livssituasjoner som kan ha betydning for deltakernes tilfredsstillelse av grunnleggende psykologiske behov og tilfredshet med livet.

5.2.2 Helsetilstand og funksjonsnivå

Før hovedfunnene i oppgaven diskuteres vil jeg si noe om helsetilstanden til deltakerne i studien. I følge Bruusgaard et al. (2012) er det en sterk sammenheng mellom antall helseplager og funksjonsnivå, flere helseplager var knyttet til redusert funksjonsnivå i form av begrensninger eller problemer med fysisk form, daglige aktiviteter, følelser og/eller sosiale aktiviteter. Deltakerne i denne studien hadde mange subjektive helseplager med et gjennomsnitt som lå mellom 11 og 12 plager. I et utvalg med personer i arbeid fant Svensen et al. (2007) til sammenligning et gjennomsnitt på 5 til 6 subjektive helseplager blant personer som var fornøyd i sin jobb, og 8 til 9 plager blant misfornøyde ansatte. Bruusgaard et al. (2012) fant et gjennomsnitt på 6 plager, når de så på forekomst av 23 helseplager hos et utvalg av befolkningen i Ullensaker i Norge. Funnet i denne oppgaven viste også at prevalensen for subjektive helseplager

var høy, hele 99,1 % rapporterte om minst en subjektiv helseplage siste 30 døgn. Til sammenligning har tidligere studier blant ulike grupper av normalbefolkningen rapportert en prevalens mellom 75 og 96 % (Eriksen et al. 1998; Ihlebæk et al. 2002; Poulsen et al. 2013; Roelen et al. 2010). Dette viser at utvalget i denne oppgavens studie skiller seg ut ved å ha en høyere forekomst og flere plager enn hva som er funnet i studier som har undersøkt utvalg med personer som er i arbeid og studier av den generelle befolkningen. I tidligere studier av subjektive helseplager har muskelskjelettplager vært mest utbredt (Eriksen & Ursin 1999; Ihlebæk et al. 2002; Tveito et al. 2004). Også for dette utvalget var forekomsten av muskelskjelettplager høy. Hodepine, nakkesmerter og smerter i korsryggen var de plagene innenfor muskelskjelett-kategorien som forekom hos flest deltakere. I følge en studie av Kamaleri et al. (2009) kan antall smertepunkter hos personer med muskelskjelettlidelser gi en indikasjon på fremtidig uførhet. Den høye forekomsten sammen med det høye antallet plager antyder at utvalget har et lavt funksjonsnivå og er en sårbar gruppe i forhold til befolkningen generelt, noe som kan være av betydning for deres mulighet for aktiv deltakelse i samfunnet.

Det høye antallet rapporterte helseplager betyr at menneskene i dette utvalget har et lavt funksjonsnivå og en økt sannsynlighet for å oppleve sykdom og nedsatt velvære. Dette reflekteres også av det lave nivået av tilfredshet med livet som deltakerne rapporterer. Omtrent 74 % av utvalget lå lavere enn det som, i følge Diener (2006), er definert som gjennomsnittlig tilfredshet med livet. Dette betyr at disse deltakerne opplever å være et sted mellom misfornøyd og ekstremt misfornøyd med livet. I følge Diener (2006) vil mennesker som opplever å være vesentlig misfornøyd med livet ofte bli distraheret av egen ulykkelighet, noe som vil påvirke deres evne til å fungere optimalt i dagliglivet, og de kan trenge hjelp fra andre for å få det bedre.

5.2.3 Subjektive helseplager og grunnleggende psykologiske behov

Et høyt antall subjektive helseplager er knyttet til både lavt funksjonsnivå og dårlig helsetilstand. Resultatene i denne studien bekrefter også dette, jo flere helseplager deltakerne rapporterte, jo lavere var deres tilfredshet med livet. På bakgrunn av dette er det derfor interessant å forstå hvordan subjektive helseplager er knyttet til deltakernes tilfredshet med livet. For å få denne forståelse vil subjektive helseplager diskuteres i forhold til deltakernes opplevelse av tilfredsstillelse av de tre grunnleggende psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet, som er beskrevet i selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan 2000).

Autonomi var det behovet som forklarte den største andelen av variansen i deltakernes tilfredshet med livet, og flere subjektive helseplager var assosiert med lavere tilfredsstillelse av behovet for autonomi. Behovet for autonomi er derfor vesentlig for å forstå hvordan subjektive helseplager er knyttet til en lavere tilfredshet med livet. I følge selvbestemmelsesteorien vil fravær av ytre press og muligheter for egen retning og valg føre til en opplevelse av autonomi. Aktiviteter og situasjoner som tilfredsstillende behovet for autonomi medfører en opplevelse av at det som skjer er i overensstemmelse med, og eventuelt styrt av, egne verdier og/eller interesser (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013; Ryan & Deci 2000b). Ut fra dette kan det se ut til at personer med mange subjektive helseplager i mindre grad opplever at deres egne verdier og interesser er styrende for deres handlinger (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b).

Behovet for kompetanse ser også ut til å spille en viktig rolle i forhold til å forstå hvordan subjektive helseplager er knyttet til en lavere tilfredshet med livet. Kompetanse kjennetegnes av et behov for å oppleve mestringsfølelse og en opplevelse av at egne handlinger fører til ønskede resultater (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013). På bakgrunn av dette kan det tolkes dit hen at deltakere med flere plager i mindre grad opplevde mestring eller en følelse av å kunne utføre ønskede handlinger eller oppnå ønskede resultater (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013).

Det viste seg at deltakernes tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet ikke kunne knyttes til deltakernes tilfredshet med livet i forhold til antall subjektive helseplager. Tilhørighet er behovet for å føle tilknytning til andre, og en opplevelse av gjensidig omtanke og omsorg (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013). Deltakerne i studien deltok i et grønn omsorg-tilbud på gård. Det er mulig at kvaliteter ved dette tilbudet, som opplevelsen av å ha en god relasjon med gårdbruker og å være inkludert og akseptert i et fellesskap (Hassink et al. 2010), kan ha vært av betydning for deltakernes opplevelse av tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet, men dette vet vi ikke nok om. Selv om behovet for tilhørighet ikke kunne relateres til deltakernes tilfredshet med livet i forhold til antall subjektive helseplager, er allikevel flere subjektive helseplager knyttet til en opplevelse av lavere tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet, noe som også er tilfelle for de andre grunnleggende psykologiske behovene.

5.2.4 Konsekvenser av nedsatt behovstilfredsstillelse

Når subjektive helseplager viser seg å være assosiert med lavere tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene er det viktig å se på konsekvensene av nedsatt behovstilfredsstillelse. Mange av deltakerne i denne studien hadde flere subjektive helseplager, og dette var assosiert med lavere tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene. I følge litteratur innenfor selvbestemmelsesteorien er tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene nødvendig for velvære. Behovene fremmer internalisering av reguleringer og verdier som eksisterer innenfor samfunnet og vår sosiale gruppe, og fører således til økt autonom motivasjon som har vist seg å være positivt for velvære og en god psykisk helse (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya & Koestner 2011; Ryan & Deci 2001). Funn i denne masteroppgaven viste at lavere tilfredshet med livet hos deltakere med flere subjektive helseplager kunne forstås gjennom deltakernes opplevelse av lavere tilfredsstillelse av behovet for kompetanse og autonomi. Dette er i samsvar med selvbestemmelsesteorien som sier at lavere tilfredsstillelse av behovene kan resultere i mindre autonom motivasjon og svekke opplevelsen av velvære og funksjonalitet (Ryan & Deci 2000a; Ryan & Deci 2000b; Vansteenkiste & Ryan 2013). I følge teorien, vil mennesker som opplever at den sosiale konteksten de befinner seg i hemmer tilfredsstillelse av behovene over tid, utvikle mer kontrollert motivasjon eller komme i en umotivert tilstand. Kontrollert motivasjon har vist seg å være assosiert med mindre tillit og lavere interesse for å delta i aktiviteter. I tillegg fører det ofte til ugunstige mestringsstrategier som vil påvirke muligheten for videre behovstilfredsstillelse. Av uheldige mestringsstrategier er det blant annet observert kompensierende atferd som rigide handlingsmønstre (gjennom for eksempel å sette uoppnåelige standarder for eget liv), en defensiv væremåte, økt selvopptatthet og mindre selvbeherskelse, noe som igjen vil medføre nedsatt velvære og vitalitet (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b; Vansteenkiste & Ryan 2013).

Når man ser på konsekvensene av en lavere tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene blir det tydelig hvorfor det å leve med flere subjektive helseplager kan oppleves vanskelig og er knyttet til lavere tilfredshet med livet hos deltakerne.

Teorien gjør det også klart at behovstilfredsstillelse er en kontinuerlig dialektisk prosess som blir hemmet eller fremmet av den konteksten man befinner seg i (Deci & Ryan 2000). Det kan derfor virke som subjektive helseplager påvirker menneskers livssituasjon på en måte som hemmer muligheten for behovstilfredsstillelse.

5.2.5 Deltakernes livssituasjon

Subjektive helseplager skaper en kontekst. Blant annet er subjektive helseplager en hovedårsak til at mennesker, gjennom uførhet eller sykefravær, faller ut av arbeidslivet (Eriksen et al. 1998; Eriksen et al. 1999; Ihlebæk et al. 2002; Ihlebæk et al. 2007; NAV 2014; St.meld. nr. 20 (2006-2007)). Som vist tidligere var alle deltakerne i denne studien ute av arbeid og avhengige av trygdeytelser fra NAV.

Selv om vi ikke vet hva som var årsaken til at deltakerne i denne studien falt ut av arbeid, vil tid utenfor arbeidslivet, sammen med opplevelsen av flere subjektive helseplager, skape en kontekst som kan hemme deltakernes mulighet for å tilfredsstille grunnleggende psykologiske behov (Ryan & Deci 2000a), grad av autonom motivasjon og velvære (Deci & Ryan 2000). Omtrent 60 % av utvalget hadde vært ute av arbeid i mer enn to år eller manglet arbeidserfaring. Det å stå utenfor arbeidslivet har i tidligere studier blitt knyttet til økt forekomst av symptomer på både angst og depresjon (Blustein 2008; Claussen et al. 1993; Virtanen et al. 2003; Waddell & Burton 2006). Tretthet er også beskrevet som en vanlig plage hos personer ute av arbeid (Mæland 2010). Dette viste også funn i denne studien ettersom tretthet, angst, nedtrykthet, depresjon og søvnproblemer var de helseplagene som ble hyppigst rapportert. På den andre siden, spiller arbeid en viktig rolle for vår sosiale kontakt og status, identitet og selvfølelse, samt vår opplevelse av deltakelse og medvirkning i samfunnet (St.meld. nr. 20 (2006-2007) ; Waddell & Burton 2006; Whiteford 2004). Autonomi er et behov for at våre handlinger styres av våre egne verdier og er i overensstemmelse med vår egen selvoppfattelse (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013). Arbeid ses som en viktig verdi i samfunnet, og det er for mange en del av deres identitet (Whiteford 2004). Når man faller ut av arbeid kan det medføre at handlinger i løpet av hverdagen stemmer dårlig overens med egne og samfunnets verdier, og det kan følgelig antas at redusert eller manglende deltakelse i arbeidslivet kan medføre at behovet for autonomi blir hemmet. Gjennom arbeid kan man også oppleve mestring og mening (Rapport 2011: 1). I følge selvbestemmelsesteorien kjennetegnes kompetanse blant annet av mestringsfølelse (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013). Tidligere studier har observert en sammenheng mellom subjektive helseplager og mestring. Eriksen og Ursin (1999) fant at personer med lav mestring hadde en høyere andel subjektive helseplager enn personer med høy grad av mestring. I en studie av Ree et al. (2014), fant de en sammenheng mellom subjektive helseplager og en opplevelse av hjelpeløshet og håpløshet. Gjennom deltakelse i arbeidslivet kan behovet for kompetanse tilfredsstilles gjennom positive tilbakemeldinger fra andre, og gjennom en følelse av at man har

evner til å utføre sitt arbeid og ta utfordringer (Ryan & Deci 2000b). Deltakelse i arbeidslivet kan også bidra til en følelse av tilknytning og inkludering (Rapport 2011: 1 ; St.meld. nr. 20 (2006-2007)). Behovet for tilhørighet er knyttet til et behov for å føle tilknytning til andre (Deci & Ryan 2000), og ved å stå utenfor arbeidslivet mister deltakerne i denne studien således en viktig arena for tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet. Det å stå utenfor arbeidslivet ser derfor ut til å være en kontekst som hemmer deltakernes mulighet for tilfredsstillelse av alle de grunnleggende psykologiske behovene. En stor andel av deltakerne i studien hadde stått lenge utenfor arbeidslivet, og det kan følgelig antas at denne konteksten har hemmet deltakernes mulighet til å tilfredsstille grunnleggende psykologiske behov. I følge selvbestemmelsesteorien vil dette ha konsekvenser i form av nedsatt vitalitet og mindre velvære (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000b; Vansteenkiste & Ryan 2013).

I tillegg til arbeid vil også mulighet for deltakelse i andre aktiviteter være av betydning for deltakernes behovstilfredsstillelse og tilfredshet med livet. Funn fra denne oppgaven viste at deltakere med flere subjektive helseplager opplevde lavere tilfredsstillelse av alle de grunnleggende behovene. I følge selvbestemmelsesteorien er de grunnleggende psykologiske behovene knyttet til et behov for å føle gjensidig omsorg og tilknytning til andre. Det er i tillegg nødvendig med en opplevelse av å ha evne til å utføre handlinger som er i overensstemmelse med egne interesser og verdier (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013). Det kan se ut til at jo flere helseplager deltakerne opplever, jo mindre opplever de at de kan utføre ønskede aktiviteter. Dette er i tråd med funn gjort av Bruusgaard et al. (2012), der de fant at flere subjektive helseplager var assosiert med et lavere funksjonsnivå, som blant annet kan innebære begrensninger i forhold til daglige aktiviteter og/eller sosiale aktiviteter. Det kan se ut som subjektive helseplager og et lavt funksjonsnivå kan skape en kontekst, som begrenser muligheten for aktiv deltakelse i arbeidslivet og ulike hverdagsaktiviteter som oppleves å være av verdi for personen. Dette kan knyttes til lavere tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene. Dette vil, i følge selvbestemmelsesteorien, medføre mindre velvære (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci 2000a). I denne studien var lavere tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene knyttet til lavere tilfredshet med livet hos deltakerne.

5.3 Styrker og svakheter

Oppgaven er basert på en stor nasjonal spørreundersøkelse som omhandler arbeidstrening på gård. Ved å studere et utvalg av deltakere i disse grønn omsorg-tilbudene er det mulig å

undersøke, hvordan disse deltakerne som befinner seg utenfor arbeidslivet opplever det å ha subjektive helseplager, på en annen måte enn hva som ville vært mulig i en større spørreundersøkelse der man favner den norske befolkning i sin helhet.

En annen styrke ved studien er at bruk av spørreskjema ved hjelp av penn og papir kan, sammenlignet med bruk av personlig intervju, gi rom for svar som omhandler private eller sensitive tema, og det kan gi en større følelse av frivillighet i forhold til å svare på spørsmålene. Dette kan bidra til oppriktige svar på spørsmålene (Laake et al. 2007).

På den andre siden utgjør den lave svarprosenten på 45 % en svakhet med tanke på å kunne generalisere resultatene. Det at oppgaven benytter data fra en tverrsnittstudie medfører også at det ikke er mulig å trekke kausale slutninger i oppgaven (Johannessen et al. 2010; Laake et al. 2007).

Det er ikke kontrollert for alle mulige konfunderende faktorer i oppgaven. Somatisk sykdom, funksjonsnivå, familiesituasjon, deltakelse i arbeid eller andre aktiviteter og sosialt nettverk er eksempler på mulige konfunderende faktorer. At det ikke er kontrollert for disse faktorene eller andre mulig konfunderende faktorer utgjør en svakhet ved oppgaven (Laake et al. 2007).

Deltakelse i grønn omsorg-tilbud er også en kontekst som deltakerne befinner seg innenfor, og som nevnt er konteksten vi befinner oss i avgjørende for grad av behovstilfredsstillelse (Deci & Ryan 2000). Tidligere studier har pekt på at deltakelse i grønn omsorg-tilbud på gård omhandler positive sosiale relasjoner (Gonzalez et al. 2011; Hassink et al. 2010; Pedersen et al. 2012), og en mulighet for selvstendig arbeid og selv å strukturere dagene (Hassink et al. 2010; Pedersen et al. 2012). Det kan derfor antas at deltakelse i tilbudet har hatt en innvirkning på funnene i denne oppgaven.

6.0 Konklusjon

Subjektive helseplager rammer mange og er en stor årsak til at mennesker faller ut og blir værende ute av arbeidslivet. Allikevel finnes det lite kunnskap om hvorfor subjektive helseplager er knyttet til et lavt funksjonsnivå og nedsatt velvære. Funn fra denne oppgaven viser at et økende antall subjektive helseplager var knyttet til lavere tilfredshet med livet ved at tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene for autonomi og kompetanse gikk ned. En lav tilfredsstillelse av behovet for autonomi betyr at deltakerne opplever at egne handlinger og aktiviteter i liten grad er basert på egne interesser, verdier eller stemmer overens med deres selvoppfattelse. I tillegg er lav tilfredsstillelse av behovet for kompetanse knyttet til lavere mestringsfølelse, der man i mindre grad opplever å ha evne til å utføre ønskede handlinger og/eller oppnå ønskede målsettinger (Deci & Ryan 2000; Milyavskaya et al. 2013). Funnene i denne oppgaven viser derfor at det er disse opplevelsene som knytter deltakernes subjektive helseplager til en opplevelse av lavere tilfredshet med livet.

En grunn til at subjektive helseplager er knyttet til lavere tilfredshet med livet gjennom de psykologiske behovene, kan være fordi subjektive helseplager er en av hovedårsakene til at mennesker faller ut og forblir ute av arbeid. Alle deltakerne i denne studien sto utenfor arbeidslivet. Arbeid ses ofte som en viktig verdi og del av vår identitet, noe som kan medføre at deltakerne, ved å stå utenfor arbeidslivet, opplever at deres aktiviteter i hverdagen stemmer dårlig overens med deres ønsker og verdier. Ved å stå utenfor arbeid mister deltakerne også en viktig arena der de kan oppleve utfordringer og få tilbakemeldinger som gir en følelse av kompetanse, samt et sosialt fellesskap som gir tilhørighet. Subjektive helseplager kan derfor skape en kontekst som gjør det vanskeligere å tilfredsstille de psykologiske behovene. Når den sosiale konteksten hemmer tilfredsstillelse av behovene sier teorien at dette resulterer i mindre autonom motivasjon og svekker opplevelsen av velvære og funksjonalitet (Ryan & Deci 2000a; Ryan & Deci 2000b; Vansteenkiste & Ryan 2013).

Fra et folkehelseperspektiv er en persons helsetilstand avhengig av personens evne og mulighet til blant annet å tilfredsstille behov, og å mestre egen situasjon og omgivelsene vedkommende befinner seg i. Denne kapasiteten er ikke kun avhengig av personens egne ressurser, men påvirkes også av de kontekster personen befinner seg i (Naidoo & Wills 2009; World Health Organization 1986). Funnene belyser derfor at det er viktig å legge til rette for kontekster som kan bidra til å fremme tilfredsstillelse av grunnleggende psykologiske behov hos mennesker som

opplever nedsatt funksjonsnivå og står i fare for eller har falt ut av arbeid på grunn av subjektive helseplager. Dette fordi det vil fremme velvære og bedre funksjonalitet. Denne kunnskapen kan benyttes av ulike helse- og omsorgstjenester, NAV, bedriftshelsetjenesten og ulike arbeidstreningstilbud i forbindelse med utarbeiding og utvikling av tilbud og tiltak overfor gruppen.

Referanser

- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L. & Huyse, F. J. (1991). The satisfaction with life scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12 (2): 117-123.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk. 269 s.
- Blustein, D. L. (2008). The Role of Work in Psychological Health and Well-Being: A Conceptual, Historical, and Public Policy Perspective. *American Psychologist*, 63 (4): 228-240.
- Bruusgaard, D., Tschudi-Madsen, H., Ihlebæk, C., Kamaleri, Y. & Natvig, B. (2012). Symptom load and functional status: results from the Ullensaker population study. *BMC Public Health*, 12: 1085.
- Claussen, B., Bjørndal, A. & Hjort, P. F. (1993). Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47 (1): 14-18.
- Claussen, B. (1999). Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27 (2): 94-100.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4): 227-268.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008a). Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. *Canadian Psychology*, 49 (1): 14-23.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008b). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49 (3): 182-185.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95 (3): 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1): 71-75.
- Diener, E. (2006). *Understanding Scores on the Satisfaction with Life Scale*. Tilgjengelig fra: <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Understanding%20SWLS%20Scores.pdf> (lest 10.09.2014).
- Diener, E., Inglehart, R. & Tay, L. (2013). Theory and Validity of Life Satisfaction Scales. *Social Indicators Research*, 112 (3): 497-527.
- Eriksen, H. R., Oloff, M. & Ursin, H. (1997). The CODE: a revised battery for coping and defense and its relations to subjective health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38 (3): 175-182.
- Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G. & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health*, 8 (4): 294-298.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C. & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scand J Public Health*, 27 (1): 63-72.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (1999). Subjective health complaints: is coping more important than control? *Work and Stress*, 13 (3): 238-252.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (4): 445-448.
- Gagné, M. (2003). The Role of Autonomy Support and Autonomy Orientation in Prosocial Behavior Engagement. *Motivation & Emotion*, 27 (3): 199-223.
- Gerdtham, U.-G. & Johannesson, M. (2003). A note on the effect of unemployment on mortality. *Journal of Health Economics*, 22 (3): 505-518.

- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W. & Kirkevold, M. (2011). A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (2): 119-129.
- Hammer, T. (1993). Unemployment and mental health among young people: a longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 16 (4): 407-420.
- Hassink, J., Elings, M., Zweekhorst, M., van den Nieuwenhuizen, N. & Smit, A. (2010). Care farms in the Netherlands: Attractive empowerment-oriented and strengths-based practices in the community. *Health & Place*, 16 (3): 423-430.
- Haubenhof, D. K., Elings, M., Hassink, J. & Hine, R. E. (2010). The Development of Green Care in Western European Countries. *Explore*, 6 (2): 106-111.
- Helsedirektoratet. (2011). *Grønn omsorg*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/aktiv-omsorg/Sider/gronn-omsorginn-pa-tunet.aspx> (lest 16.09.2014).
- Holtedahl, R. (2006). Fysisk helsetilstand hos personer som søker uføretrygd. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126 (20): 2654-7.
- Ihlebak, C., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health*, 30 (1): 20-29.
- Ihlebak, C. & Eriksen, H. R. (2003). Occupational and social variation in subjective health complaints. *Occupational Medicine*, 53 (4): 270-278.
- Ihlebak, C., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2004). SHC - et måleinstrument for subjektive helseplager. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41 (5): 385-387.
- Ihlebak, C., Brage, S. & Eriksen, H. R. (2007). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occupational Medicine*, 57 (1): 43-49.
- Indregard, A.-M. R., Ihlebak, C. M. & Eriksen, H. R. (2013). Modern Health Worries, Subjective Health Complaints, Health Care Utilization, and Sick Leave in the Norwegian Working Population. *Int J Behav Med*, 20 (3): 371-377.
- Inn på tunet - Handlingsplan 2013-2017*. (2013). Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet, Landbruks- og matdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/LMD/Vedlegg/Brosjyrer_veiledere_rapporter/Inn_paa_tunet_Handlingsplan_2013-2017_M-0745_B.pdf (lest 16.09.2014).
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag. 436 s.
- Johnston, M. M. & Finney, S. J. (2010). Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluations of the Basic Needs Satisfaction in General Scale. *Contemporary Educational Psychology*, 35 (4): 280-296.
- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebaek, C. M. & Bruusgaard, D. (2008). Localized or widespread musculoskeletal pain: does it matter? *Pain*, 138 (1): 41-46.
- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebaek, C. M. & Bruusgaard, D. (2009). Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *European Journal of Pain*, 13 (4): 426-430.
- Korpi, T. (1997). Is utility related to employment status? Employment, unemployment, labor market policies and subjective well-being among Swedish youth. *Labour Economics*, 4 (2): 125-147.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (red.). (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal akademisk. 551 s.
- Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (red.). (2008). *Forskning i medisin og biofag*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. 550 s.
- Milyavskaya, M. & Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences*, 50 (3): 387-391.

- Milyavskaya, M., Philippe, F. L. & Koestner, R. (2013). Psychological need satisfaction across levels of experience: Their organization and contribution to general well-being. *Journal of Research in Personality*, 47 (1): 41-51.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget. 234 s.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion*. 3. utg. Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier. 314 s.
- NAV. (2013). *Grønt arbeid*. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+av+arbeidssokere/Relatert+informasjon/Gr%C3%B8nt+arbeid.346973.cms> (lest 20.11.2014).
- NAV. (2014). *Legemeldte sykefraværstilfeller 1. kvartal 2005–2014. Diagnose og kjønn. Antall og prosent*: NAV. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Tabeller/Lagemeldte+sykefrav%C3%A6rstilfeller+1+kv+2005-2014.+Diagnose+og+kj%C3%B8nn.+Antall..383461.cms> (lest 10.09.2014).
- NOU 1998:18. *Det er bruk for alle*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Statens trykning. 503 s.
- Overland, S., Glozier, N., Mæland, J. G., Aarø, L. E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC Public Health*, 6: 219.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. 4 utg. Maidenhead: McGraw-Hill. 345 s.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction with Life Scale - Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57 (1): 149-161.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5 (2): 164-172.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3 (2): 137-152.
- Pedersen, I., Ihlebæk, C. & Kirkevold, M. (2012). Important elements in farm animal-assisted interventions for persons with clinical depression: a qualitative interview study. *Disability and Rehabilitation*, 34 (18): 1526-1534.
- Poulsen, O. M., Persson, R., Kristiansen, J., Andersen, L. L., Villadsen, E. & Ørbæk, P. (2013). Distribution of subjective health complaints, and their association with register based sickness absence in the Danish working population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41 (2): 150-157.
- Rapport 2011: 1. *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf> (lest 17.09.2014).
- Ree, E., Odeen, M., Eriksen, H. R., Indahl, A., Ihlebæk, C., Hetland, J. & Harris, A. (2014). Subjective Health Complaints and Self-Rated Health: Are Expectancies More Important Than Socioeconomic Status and Workload? *Int J Behav Med*, 21 (3): 411-420.
- Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C. & Groothoff, J. W. (2010). Subjective health complaints in relation to sickness absence. *Work*, 37 (1): 15-21.
- Roos, E., Lahelma, E., Saastamoinen, P. & Elstad, J.-I. (2005). The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33 (4): 250-260.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000a). The Darker and Brighter Sides of Human Existence: Basic Psychological Needs as a Unifying Concept. *Psychological Inquiry*, 11 (4): 319-338.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000b). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1): 68-78.

- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52: 141-166.
- Schimmack, U., Diener, E. & Oishi, S. (2002). Life-Satisfaction Is a Momentary Judgment and a Stable Personality Characteristic: The Use of Chronically Accessible and Stable Sources. *Journal of Personality*, 70 (3): 345-384.
- Sempik, J., Hine, R. & Wilcox, D. (red.). (2010). *Green Care: A Conceptual Framework, A Report of the Working Group on the Health Benefits of Green Care, COST Action 866, Green Care in Agriculture*. Loughborough: Loughborough University. 119 s.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement*. 90 s.
- Svensen, E., Arnetz, B. B., Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2007). Health Complaints and Satisfied With the Job? A Cross-Sectional Study on Work Environment, Job Satisfaction, and Subjective Health Complaints. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49 (5): 568-573.
- Tveito, T. H., Halvorsen, A., Lauvålien, J. V. & Eriksen, H. R. (2002). Room for everyone in working life? 10% of the employees - 82% of the sickness leave. *Norsk Epidemiologi*, 12 (1): 63-68.
- Tveito, T. H., Passchier, J., Duivenvoorden, H. J. & Eriksen, H. R. (2004). Subjective Health Complaints and health related quality of life in a population of health care workers. *Psychology & Health*, 19 (2): 247-259.
- Vansteenkiste, M. & Ryan, R. M. (2013). On Psychological Growth and Vulnerability: Basic Psychological Need Satisfaction and Need Frustration as a Unifying Principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23 (3): 263-280.
- Virtanen, P., Liukkonen, V., Vahtera, J., Kivimäki, M. & Koskenvuo, M. (2003). Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology*, 32 (6): 1015-1021.
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO. Tilgjengelig fra: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwrb-is-work-good-for-you.pdf (lest 15.09.2014).
- Whiteford, G. (2004). Occupational Deprivation: Understanding Limited Participation. I: Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (red.) *Introduction to Occupation: The art and science of living*, s. 303-328. New Jersey: Pearson Education International.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Geneva: World Health Organization. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (lest 15.11.2014).
- Wormnæs, O. (1996). Vitenskap og Etikk. I: Wormnæs, O. (red.) *Vitenskap - enhet og mangfold*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Åhs, A. M. H. & Westerling, R. (2006). Mortality in relation to employment status during different levels of unemployment. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (2): 159-167.

**DEN NASJONALE
SPØRREUNDERSØKELSEN OM**



**DELTAKERES ERFARINGER MED INN PÅ TUNET-
ELLER ANDRE GRØNN OMSORG-TILBUD**

--	--	--	--	--

Hensikten med dette forskningsprosjektet er å kartlegge dine erfaringer med det Inn på tunet (IPT)- eller grønn omsorg-tilbudet du deltar i. Vi er interessert i din opplevelse rundt å delta i et slikt tilbud og hvordan det har påvirket din fysiske og psykiske helse, livssituasjon og dagligliv.

Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB), Universitetet i Oslo (UiO), NAV og bondeorganisasjonene (Norges Bondelag og Norges bonde- og småbrukarlag). Ansvarlig for prosjektet er professor Camilla Ihlebæk ved UMB.

Det er mange spørsmål i skjemaet. Det er ingen riktige eller gale svar. Les spørsmålene nøye og forsøk å beskrive det som passer best for deg. Det utfylte skjemaet er konfidensielt og anonymt. Resultatene vil ikke bli presentert på en måte som gjør det mulig å identifisere den enkelte svargiver og alle som jobber med prosjektet er bundet av taushetsplikt. Undersøkelsen er godkjent av Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Spørreundersøkelsen vil bli sendt ut fire ganger (vår og høst 2011 og 2012). Det er derfor en sjanse for at du vil bli bedt om å fylle ut spørreundersøkelsen flere ganger i løpet av denne perioden.

Det er helt frivillig å svare på undersøkelsen og du kan når som helst trekke deg. Prosjektet vil bidra til informasjon og kunnskap som kan være med å utvikle og gjøre slike grønne tilbud bedre. Fordi dine erfaringer er viktige håper vi du vil ta deg tid til å besvare.

Dersom du har spørsmål om prosjektet må du gjerne ta kontakt med oss.

Prosjektleder

Camilla Ihlebæk

Professor

Universitetet for miljø- og biovitenskap

Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap (IHA)

Boks 5003

1430 Ås

Tlf. 64 96 51 08

e-post camilla.ihlebak@umb.no

Prosjektmedarbeidere

Bente Berget

Forsker PhD

Tlf. 64 96 52 26

e-post bente.berget@umb.no

Lina Harvold Dalskau

PhD student

Tlf. 64 96 51 61

e-post lina.dalskau@umb.no



NORGES BONDELAG



Fyll inn ditt personnummer (11 siffer):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Del 1

Del 1 av spørreskjemaet skal kun fylles ut første gang du besvarer undersøkelsen.
Har du fylt ut spørreskjemaet tidligere, skal du hoppe direkte til Del 2, spørsmål 15.

1. I hvilket fylke ligger gården du er på? (Sett ett kryss)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oslo og Akershus | <input type="checkbox"/> Sogn og Fjordane |
| <input type="checkbox"/> Østfold | <input type="checkbox"/> Møre og Romsdal |
| <input type="checkbox"/> Vestfold | <input type="checkbox"/> Sør-Trøndelag |
| <input type="checkbox"/> Telemark | <input type="checkbox"/> Nord-Trøndelag |
| <input type="checkbox"/> Aust- Agder | <input type="checkbox"/> Hedmark |
| <input type="checkbox"/> Vest-Agder | <input type="checkbox"/> Buskerud |
| <input type="checkbox"/> Rogaland | <input type="checkbox"/> Nordland |
| <input type="checkbox"/> Hordaland | <input type="checkbox"/> Troms |
| <input type="checkbox"/> Oppland | <input type="checkbox"/> Finnmark |

2. Er det dyr på gården? (flere svar mulig)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nei, det er ingen dyr på gården | <input type="checkbox"/> Storfe (melkeproduksjon) |
| <input type="checkbox"/> Geit | <input type="checkbox"/> Storfe (kjøttproduksjon) |
| <input type="checkbox"/> Hest | <input type="checkbox"/> Fjørfe (høner, kyllinger og slaktekylling) |
| <input type="checkbox"/> Gris (purker, smågris og slaktegris) | <input type="checkbox"/> Hund |
| <input type="checkbox"/> Kaniner | <input type="checkbox"/> Katt |
| <input type="checkbox"/> Sau | <input type="checkbox"/> Andre (hvilke?)_ |

3. Hvordan opplever du gårdsomgivelsene? (flere svar mulig)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ryddig | <input type="checkbox"/> Koselig |
| <input type="checkbox"/> Rotete | <input type="checkbox"/> Kaotisk |
| <input type="checkbox"/> Skittent | <input type="checkbox"/> Vakkert |
| <input type="checkbox"/> Rolig | <input type="checkbox"/> Annet (hva?)_ |

4. Hvem presenterte deg for tilbudet du nå deltar i? (Flere svar mulig)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fastlege eller annen allmennlege | <input type="checkbox"/> Attføringsbedrift |
| <input type="checkbox"/> Psykiater | <input type="checkbox"/> Kommunehelsetjeneste |
| <input type="checkbox"/> NAV | <input type="checkbox"/> Gårdbruker |
| <input type="checkbox"/> Bedriftshelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Eget initiativ |
| <input type="checkbox"/> Annen terapeut (f. eks; psykolog, psykiatrisk sykepleier, klinisk sosionom) | <input type="checkbox"/> Andre (hvem?)_ |

5. Hvor lenge hadde du vært delvis eller helt ute av arbeid da du startet i dette tilbudet? (Sett ett kryss)

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0-3 mnd | <input type="checkbox"/> 1-1 ½ år |
| <input type="checkbox"/> 3-6 mnd | <input type="checkbox"/> 1 ½ -2 år |
| <input type="checkbox"/> 6-9 mnd | <input type="checkbox"/> 2-5 år |
| <input type="checkbox"/> 9 mnd-1år | <input type="checkbox"/> Mer enn 5 år |
| | <input type="checkbox"/> Har aldri vært i lønnet arbeid (hopp til spørsmål 11) |

6. Omtrent hvor mange år har du vært i yrkeslivet totalt? år

7. I hvilken yrkeskategori arbeidet du da du sist ble sykemeldt? (Sett ett kryss)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administrative ledere og politikere | <input type="checkbox"/> Yrker innen jordbruk, skogbruk og fiske |
| <input type="checkbox"/> Akademiske yrker | <input type="checkbox"/> Kontor- og kundeservice |
| <input type="checkbox"/> Salgs-, service-, og omsorgsykker | <input type="checkbox"/> Yrker uten krav til utdanning |
| <input type="checkbox"/> Håndverkere og lignende | <input type="checkbox"/> Militære yrker og uoppgitt |
| <input type="checkbox"/> Yrker med kortere høyskole- og universitetsutdanning og teknikere | <input type="checkbox"/> Prosess- og maskinoperatør, transportarbeider mv. |

(Sett ett kryss for hver linje)

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Opplevde du jobben du sist ble sykemeldt fra som fysisk belastende?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Opplevde du jobben du sist ble sykemeldt fra som psykisk belastende?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med jobben du sist ble sykemeldt fra? (Sett ett kryss)

Svært
misfornøyd

Misfornøyd

Verken fornøyd
eller misfornøyd

Fornøyd

Svært
fornøyd

11. Hva var dine største helseproblemer/plager/symptomer da du startet i dette tilbudet?

(Oppgi maks to) _

12. Har du fått en diagnose av legen?

Nei

Ja

Hvis ja: Hva var din diagnose? _

13. Hva er din sivilstand? (Sett ett kryss)

Ugift

Gift/partnerskap

Samboer

Enke-/enkemann

Skilt

Separert

14. Hva er din høyeste avsluttede allmennutdannelse? (Sett ett kryss)

Grunnskolenivå (Barne- og ungdomsskole)

Videregående skole

Universitet/høyskole

Annet (hva?)_

Fyll inn ditt personnummer (11 siffer):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Del 2

Del 2 av spørreskjemaet skal fylles ut av alle også, om du har besvart undersøkelsen tidligere.

15. Dato for utfylling av spørreskjema (dd mm åååå)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. Er du:

Kvinne

Mann

17. Når er du født? (Fyll inn fødselsår)

1	9		
---	---	--	--

18. Hva heter gården du er på? _

19. Hvor lenge har du deltatt i dette tilbudet? (Sett ett kryss)

1-3 mnd

1-1 ½ år

4-6 mnd

1 ½-2 år

7-9 mnd

mer enn 2 år

10-12 mnd

20. Hvor ofte er du på gården? (Sett ett kryss)

Hver 14. dag eller mindre

3 ganger i uken

1 gang i uken

4 ganger i uken

2 ganger i uken

5 ganger i uken eller mer

21. Holder du på med en utdanning eller har du for tiden et arbeidsforhold?

(er du ansatt et sted) (flere svar mulig)

Nei

Ja, i et arbeidsforhold_

%

Ja, tar en utdanning_

%

22. Hva er din stønadssituasjon? (Sett ett kryss)

Sykepenger _

%

Kvalifiseringsstønad

Arbeidsavklaringspenger

Varig uførepensjon

%

Dagpenger (arbeidsledighetstrygd)

Annet (hva?)_

23. Angi hvor mange måneder du samlet har vært ute av arbeid

på grunn av skade/sykdom det siste året: _ mnd. (sett 0 hvis dette ikke gjelder deg)

24. Mottar du annen form for behandling nå?

Nei Ja

Hvis ja: Hvilke behandlingstilbud mottar du? (flere svar mulig) Behandling

- hos psykolog / psykiater (individuell eller gruppeterapi)
- Fysioterapi, manuell terapi og/eller kiropraktikk
- Medikamentell behandling
- Alternativ behandling (akupunktur, homeopat, osteopat, naprapat)
- Arbeidsrettet rehabilitering
- Annet (hva?)_

25. Dersom du forventer å komme helt eller delvis tilbake i arbeid,

hvor lang tid tror du det tar? (Sett ett kryss)

- Umiddelbart (i løpet av 2 uker)
- Innen 1 måned
- Innen 2 måneder
- Innen 3 måneder
- Innen 6 måneder
- Innen 1 år
- Mer enn 1 år
- Har ikke som mål å komme tilbake til arbeid (hopp til spørsmål 27)

26. Nedenfor følger en rekke påstander knyttet til dine følelser omkring det å bli klar til å komme tilbake i arbeid. Angi hvor enig eller uenig du er i påstandene?

(Sett ett kryss for hver linje)	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
a. Jeg gjør alt jeg kan for å fortsette å arbeide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg er ikke klar til å begynne å arbeide igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg gjør noe aktivt for å kunne begynne å arbeide igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg tror ikke at jeg noensinne vil kunne begynne å arbeide igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HELSE OG MESTRING

27. Nedenfor er det fem utsagn om tilfredshet med livet som helhet. Angi hvor godt eller dårlig de fem påstandene stemmer for deg og ditt liv ved å sette en ring rundt det tallet du synes stemmer best

(Sett ring rundt ett tall for hver linje)	Stemmer dårlig							Stemmer perfekt
a. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt.....	1	2	3	4	5	6	7	
b. Mine livsforhold er utmerkede.....	1	2	3	4	5	6	7	
c. Jeg er tilfreds med livet mitt.....	1	2	3	4	5	6	7	
d. Så langt har jeg fått de viktigste tingene jeg ønsker i livet.....	1	2	3	4	5	6	7	
e. Hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret på noe.....	1	2	3	4	5	6	7	

Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985).

28. Påstandene under beskriver hvordan du reagerer når du blir konfrontert med eller står overfor problemer eller ubehagelige hendelser. Angi hvor riktig eller gal hver påstand er for deg ved å sette ring rundt det tallet som passer best.

(Sett ring rundt ett tall for hver linje)	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
1 Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok.	1	2	3	4
2 Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.	1	2	3	4
3 Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine.	1	2	3	4
4 Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte.	1	2	3	4
5 Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner.	1	2	3	4
6 Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det.	1	2	3	4
7 Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min.	1	2	3	4
8 Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det.	1	2	3	4
9 Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut.	1	2	3	4
10 Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det.	1	2	3	4

Røysamb E, Schwarzer R & Jerusalem M (1998)

29. Les påstandene nedenfor nøye og marker hvor godt dette passer for deg og ditt liv.

(Sett ring rundt ett tall for hver linje)

	Slett ikke sant			Litt sant			Helt sant
	1	2	3	4	5	6	7
a. Jeg føler jeg står fritt til selv å bestemme hvordan jeg skal leve livet mitt	1	2	3	4	5	6	7
b. Jeg liker menneskene jeg omgås veldig godt	1	2	3	4	5	6	7
c. Jeg føler meg sjelden veldig kompetent	1	2	3	4	5	6	7
d. Jeg føler meg presset i livet mitt	1	2	3	4	5	6	7
e. Mennesker jeg kjenner forteller meg at jeg er flink i det jeg gjør	1	2	3	4	5	6	7
f. Jeg går overens med folk jeg kommer i kontakt med	1	2	3	4	5	6	7
g. Jeg holder meg stort sett for meg selv og har ikke så mange sosiale kontakter	1	2	3	4	5	6	7
h. Stort sett føler jeg at jeg står fritt til å uttrykke mine ideer og meninger	1	2	3	4	5	6	7
i. Jeg anser de menneskene jeg omgås regelmessig som mine venner	1	2	3	4	5	6	7
j. Jeg har nylig hatt muligheten til å lære nye interessante ferdigheter	1	2	3	4	5	6	7
k. I mitt daglige liv må jeg ofte gjøre det jeg blir fortalt	1	2	3	4	5	6	7
l. Menneskene i livet mitt bryr seg om meg	1	2	3	4	5	6	7
m. Vanligvis får jeg en følelse av å ha prestert noe gjennom det jeg driver med	1	2	3	4	5	6	7
n. Mennesker jeg omgås daglig pleier å ta hensyn til mine følelser	1	2	3	4	5	6	7
o. I livet mitt får jeg ikke ofte muligheten til å vise hvor dyktig jeg er	1	2	3	4	5	6	7
p. Det er ikke mange mennesker som står meg nær	1	2	3	4	5	6	7
q. Til daglig føler jeg stort sett at jeg kan være meg selv	1	2	3	4	5	6	7
r. Menneskene jeg omgås regelmessig ser ikke ut til å like meg noe særlig	1	2	3	4	5	6	7
s. Jeg føler ofte at jeg ikke strekker til	1	2	3	4	5	6	7
t. Jeg har liten mulighet til selv å bestemme hvordan jeg gjør ting i mitt daglige liv	1	2	3	4	5	6	7
u. Mennesker er vanligvis ganske vennlige mot meg	1	2	3	4	5	6	7

30. Nedenfor er en liste som beskriver en rekke helseproblemer. Angi hvor plaget du har vært av disse helseproblemene de siste 30 døgn ved å sette ring rundt det tallet som passer best for deg.

(Sett ring rundt ett tall for hver linje)

	Ikke plaget	Litt plaget	Endel plaget	Alvorlig plaget
1. Forkjølelse, influensa.....	0	1	2	3
2. Hoste, bronkitt.....	0	1	2	3
3. Astma	0	1	2	3
4. Hodepine	0	1	2	3
5. Nakkesmerter	0	1	2	3
6. Smerter øverst i ryggen	0	1	2	3
7. Smerter i korsrygg	0	1	2	3
8. Smerter i armer.....	0	1	2	3
9. Smerter i skuldre	0	1	2	3
10. Migrene.....	0	1	2	3
11. Hjerterbank, ekstraslag.....	0	1	2	3
12. Brystsmerter	0	1	2	3
13. Pustevansker	0	1	2	3
14. Smerter i føttene ved anstrengelser.....	0	1	2	3
15. Sure oppstøt, "halsbrann"	0	1	2	3
16. Sug eller svie i magen	0	1	2	3
17. Magekatarr, magesår	0	1	2	3
18. Mageknip	0	1	2	3
19. "Luftplager"	0	1	2	3
20. Løs avføring, diaré	0	1	2	3
21. Forstoppelse	0	1	2	3
22. Eksem	0	1	2	3
23. Allergi	0	1	2	3
24. Hetetokter	0	1	2	3
25. Søvnproblemer	0	1	2	3
26. Tretthet.....	0	1	2	3
27. Svimmelhet	0	1	2	3
28. Angst	0	1	2	3
29. Nedtrykthet, depresjon.....	0	1	2	3

AKTIVITET OG ARBEIDSOPPGAVER PÅ GÅRDEN

Nedenfor vil du finne spørsmål om din deltakelse i aktiviteter og arbeidsoppgaver i det tilbudet du er med i.

31. Hvilke typer arbeidsoppgaver og aktiviteter og har du deltatt i på gården?

(sett ett kryss for hver linje)	Aldri	Sjeldent	Av og til	Ofte	Svært ofte
a. Dyrestell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Plante og/eller hagestell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vedproduksjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Skogskjøtsel (ungskogpleie, rydding, hogst).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Skjøtsel av utmark (gjerding, rydding og slått av beiter)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vedlikehold av bygninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vedlikehold av maskiner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fiske.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Husflid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Matlaging.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Salg av produkter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Andre (hvilke?) _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Ranger fra 1-3 hvilke tre aktiviteter som betyr mest for deg

(1 = den aktiviteten som betyr mest, 2 = den som betyr nest mest osv.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dyrestell | <input type="checkbox"/> Vedlikehold av maskiner |
| <input type="checkbox"/> Plante-/hagestell | <input type="checkbox"/> Fiske |
| <input type="checkbox"/> Vedproduksjon | <input type="checkbox"/> Husflid |
| <input type="checkbox"/> Skogskjøtsel | <input type="checkbox"/> Matlaging |
| <input type="checkbox"/> Skjøtsel av utmark | <input type="checkbox"/> Salg av produkter |
| <input type="checkbox"/> Vedlikehold av bygninger | <input type="checkbox"/> Annet (hva?)_ |

33. Nedenfor følger en rekke påstander om hvordan du opplever aktivitetene og arbeidsoppgavene på gården. Angi hvor enig eller uenig du er i påstandene.

(Sett ett kryss for hver linje)	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
a. Det er alltid noe meningsfylt å gjøre for meg her.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aktivitetene her er alltid godt organisert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hvis det er noe jeg ikke får til, får jeg hjelp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Innimellom arbeidsoppgaven er det nok tid til avslapning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg kan selv velge hvilke aktiviteter jeg vil gjøre her.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jeg er fornøyd med at aktivitetene er varierte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jeg synes at aktivitetene noen ganger er for fysisk krevende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg synes at aktiviteten noen ganger er for mentalt krevende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Aktivitetene har vært i samsvar med mine interesser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Aktivitetene har vært fleksible i forhold til min dagsform og situasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Jeg føler at jeg er en likeverdig del av et arbeidslag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. På gården er det lett å føle at jeg er til nytte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Jeg føler ikke at jeg strekker til på gården.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. I hvilken grad har aktivitetene og arbeidsoppgavene på gården gitt deg:

(Sett ett kryss for hver linje)	I svært liten grad	I liten grad	I noe grad	I stor grad	I svært stor grad
a. bedre mestringsopplevelse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. bedre selvfølelse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. mer optimisme for fremtiden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. bedre humør?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. bedre fysisk form?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. bedre psykisk helse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Er det vært dyr på gården du har vært på?

Nei (Hopp direkte til spørsmål 37) Ja

KONTAKT OG ARBEID MED DYRENE

36. Nedenfor følger noen påstander om din kontakt og arbeid med dyrene. Les hver påstand nøye og tenk igjennom hvor godt dette passer for deg.

(Sett ett kryss for hver linje)

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
a. Arbeidsoppgavene med dyrene er viktige for meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Den fysiske kontakten med dyrene er viktig for meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kontakten med dyrene gjør meg rolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Det er godt å gi dyrene omsorg og nærhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg får mer enn jeg gir når jeg arbeider med dyrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dyrene krever ikke mer enn jeg kan gi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOSIALE AKTIVITETER

Nedenfor er det spørsmål om de sosiale aktivitetene du har deltatt i og menneskene du har vært sammen med på gården.

37. Hvilke typer av sosiale aktiviteter deltar du i på gården? (flere svar mulig)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeid sammen med andre | <input type="checkbox"/> Turgåing sammen med andre |
| <input type="checkbox"/> Måltider sammen med andre | <input type="checkbox"/> Annet (hvilke?)_ |
| <input type="checkbox"/> Friluftsliv sammen med andre | |

38. Er det andre deltakere på gården samtidig med deg?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nei (Hopp til spørsmål 40) | <input type="checkbox"/> Ja |
|---|-----------------------------|

Hvis ja:

a. Hvor mange deltakere er det på gården samtidig med deg?_ deltakere

b. Hvor ofte er du sammen med andre deltakere på gården? (Sett ett kryss)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært sjeldent | Sjeldent | Av og til | Ofte | Svært ofte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. Nedenfor er noen påstander om dine opplevelser av å være sammen med de andre deltakerne i tilbudet. Les hver påstand nøye og tenk igjennom hvor godt den passer for deg. Svar så hvor enig eller uenig du er i hver påstand.

(Sett ett kryss for hver linje)	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
a. Jeg føler meg komfortabel sammen med de andre deltakerne på gården.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg er fornøyd med kontakten jeg har med de andre deltakerne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg liker stemningen her.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg synes størrelsen på gruppen er ok.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg føler at jeg hører til i gruppa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Hvem har hovedansvaret for deg når du er på gården? (sett ett kryss)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gårdbruker | <input type="checkbox"/> Andre ansatte på gården |
| <input type="checkbox"/> Gårdbrukers ektefelle/samboer | <input type="checkbox"/> Andre (hvem?) |
| <input type="checkbox"/> Ansvarlig for arbeidsmarkedsbedrift | |

41. Nedenfor er noen påstander om din opplevelse av hvordan du samarbeider med gårdbruker eller den (de) som har ansvaret for deg på gården? Les hver påstand nøye og svar så hvor enig eller uenig du er i hver påstand.

(Sett ett kryss for hver linje)	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
a. Jeg føler meg verdsatt av gårdbruker/arbeidsleder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vi har et godt samarbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vi snakker sammen om alt som har med gården å gjøre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gårdbruker/arbeidsleder motiverer meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De gjør for mye for meg og gir meg en følelse av at jeg ikke mestrer ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gårdbruker/arbeidsleder tar utgangspunkt i mine muligheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gårdbruker/arbeidsleder er der hvis jeg trenger dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg tør å spørre gårdbruker/arbeidsleder om hjelp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gårdbruker/arbeidsleder tar tilstrekkelig hensyn til hva jeg ønsker å lære på gården.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gårdbruker/arbeidsleder behandler meg som en vanlig kollega.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Nedenfor er noen påstander som handler om å få sosial støtte fra andre mennesker. Hver påstand beskriver en måte mennesker kan støtte deg på. Angi hvor typisk hver påstand er for den støtten **du** har mottatt fra den personen som har hatt **hovedansvaret** for deg på gården.

(Sett ring rundt ett tall for hver linje)		Slett ikke typisk				Svært typisk
		1	2	3	4	5
1	Viser interesse for hvordan du har det.....	1	2	3	4	5
2	Løser problemer for deg.....	1	2	3	4	5
3	Spør om du trenger hjelp.....	1	2	3	4	5
4	Tar seg av dine problemer.....	1	2	3	4	5
5	Gjør det lett for deg å snakke om alt som du synes er viktig.....	1	2	3	4	5
6	Sier at du skal være stolt av deg selv.....	1	2	3	4	5
7	Samarbeider med deg for å få ting gjort.....	1	2	3	4	5
8	Presser deg til å gjøre ting.....	1	2	3	4	5
9	Spør deg hvordan du har det.....	1	2	3	4	5
10	Gir deg klare råd om hvordan du skal takle problemer.....	1	2	3	4	5
11	Gir deg informasjon slik at du forstår hvorfor du gjør ting.....	1	2	3	4	5
12	Forteller deg hva du skal gjøre.....	1	2	3	4	5
13	Er tilgjengelig for samtale når som helst.....	1	2	3	4	5
14	Peker på skadelige eller tåpelige måter du ser på ting på.....	1	2	3	4	5
15	Tilbyr en rekke forslag.....	1	2	3	4	5
16	Lar deg ikke dvele ved opprørende tanker.....	1	2	3	4	5

OMGIVELSENE PÅ OG RUNDT GÅRDEN

43. Hva slags naturomgivelser er det rundt gården? (flere svar mulig)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eng og jorder | <input type="checkbox"/> Fjellområde |
| <input type="checkbox"/> Skogkledd | <input type="checkbox"/> Bebyggelse |
| <input type="checkbox"/> Vann | |

44. Nedenfor er en rekke påstander om din opplevelse av omgivelsene på og rundt gården du er på. Les hver påstand nøye og tenk igjennom hvor godt dette passer for deg? 0 betyr ikke enig i det hele tatt og 10 betyr fullstendig enig.

Ikke enig i det hele tatt	1	Veldig lite enig	2	Lite enig	3	Mye enig	4	Veldig mye enig	5	Fullstendig enig	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					

(Sett ring rundt ett tall for hver linje)

- | | |
|--|--|
| Dette stedet gir beskyttelse fra uønskede forstyrrelser..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Dette stedet er fascinerende..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Jeg opplever lite krav til å konsentrere meg når jeg er her..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Å være her gir meg et avbrekk fra min daglige rutine..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Jeg blir fort interessert i det som foregår her..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| På dette stedet kommer jeg meg vekk fra ting som vanligvis krever min oppmerksomhet..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Å være her hjelper meg til å la være å tenke på ting jeg må få gjort..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Dette stedet vekker min nysgjerrighet..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Det er mye å utforske og oppdage her..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Min oppmerksomhet blir ledet mot mange interessante ting her..... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |
| Dette stedet er som en egen verden i seg selv... | 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 |

45. Hvor viktig eller uviktig er omgivelsene på og rundt gården for deg? (sett ett kryss)

Svært
uviktig

Ganske
viktig

Verken uviktig
eller viktig

Ganske
viktig

Svært
viktig

Andre kommentarer:

Her kan du skrive kommentarer du har angående tilbudet du deltar i og/eller andre tanker du har til spørreundersøkelsen.

Tusen takk!

Vi setter stor pris på at du tok deg tid til å svare på denne spørreundersøkelsen



Kontaktinformasjon:

Prosjektleder:

Camilla Ihlebæk

Professor

Tlf. 64 96 51 08

e-post camilla.ihlebak@umb.no

Prosjektmedarbeidere:

Bente Berget

Forsker PhD

Tlf. 64 96 52 26

e-post bente.berget@umb.no

Lina Harvold Dalskau

PhD student

Tlf. 64 96 51 61

e-post lina.dalskau@umb.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Grønne tilbud for mennesker som er ute av arbeidslivet; effekter på helse og arbeidsdeltakelse”

Hensikt med studien

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke og kartlegge **dine erfaringer** med å delta i et grønt tilbud og hvordan du har opplevd at dette har påvirket din fysiske og psykiske helse, livssituasjon og dagligliv.

Studien blir gjennomført som en spørreundersøkelse hvor du skal krysse av i rubrikker for de enkelte spørsmålene. Spørreskjemaet inneholder ulike spørsmål om tilbudet du har deltatt i samt en del spørsmål som handler om opplevde helseplager, mestring og sosial støtte.

Undersøkelsen er et samarbeid mellom Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB), Universitetet i Oslo, NAV og bondeorganisasjonene (Norges Bondelag og Norges bonde- og småbrukarlag). Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra Norges forskningsråd og er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk (REK) og Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD).

Mulige fordeler og ulemper

Studien vil gi viktig informasjon om hva du som deltaker vurderer som bra og dårlig i det tilbudet du har deltatt i. Dette er informasjon som kan bidra til å gjøre slike tilbud målrettede og gode. Studien innebærer ingen ulemper, belastninger eller risiko for deg. Spørreskjemaet inneholder et spørsmål om diagnose som for noen kan oppleves som ubehagelig, men alle opplysninger vil bli anonymisert og vil ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg vil kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet anonymt og konfidensielt. For å kunne registrere tilbakeføring til annet arbeid etter deltagelse i et grønt tilbud, ønsker vi å kople opplysningene fra spørreskjemaet mot registerdata fra NAV. For å kunne gjøre disse registreringene må vi derfor få oppgitt ditt personnummer. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har også rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert, og du har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til ditt personnummer og som kan finne tilbake til deg. Disse opplysningene vil bli slettet når studien er avsluttet ved utgangen av 2018. Alle prosjektmedarbeiderne er underlagt taushetsplikt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du denne samtykkeerklæringen på baksiden. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker andre tiltak eller annen behandling du måtte ha. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Samtykkeerklæring

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte forsker og prosjektkoordinator Bente Berget, tlf. 64 96 52 26, e-post: bente.berget@umb.no eller stipendiat Lina Dalskau, tlf. 64 96 51 61, e-post: lina.dalskau@umb.no

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Forskningsprosjektet vil bli gjennomført i tidsperioden 2010 – 2014. Deltakere som deltar i grønne tilbud vil få utlevert spørreskjemaet av hovedansvarlig for tilbudet på gården. Det er viktig at du fyller ut spørreskjemaet så utfyllende og komplett som mulig innen den tidsfristen som blir antydnet. Dette vil være **innen to uker etter at du har fått spørreskjemaet**. Du har ingen utgifter knyttet til studien. Spørreskjemaet vil bli tilsendt med en ferdigfrankert konvolutt.

Samtykke til deltakelse i studien

Sendes i frankert svarkonvolutt sammen med utfylt spørreskjema

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, og jeg er villig til å delta i studien

Sted, dato _____

Signatur av prosjektdeltaker _____



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no