



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2023 30 stp
Fakultetet for landskap og samfunn

Eldre og fysisk aktivitet

- Hva fremmer eller hemmer eldres deltakelse i fysisk aktivitet

Cecilie Bøgh

Master i Folkehelsevitenskap – natur og miljø, helse og livskvalitet

Forord

Denne masteroppgaven markerer en avslutning på 4 år med deltidsstudier. En periode som har vært både engasjerende og inspirerende med mange dyktige forelesere, men samtidig også krevende ved å skulle kombinere studier med full jobb og til tider stor arbeidsmengde. Da jeg startet på masterstudiet hadde jeg jobbet som fysioterapeut i mange år, noen av de erfaringene jeg hadde med meg har blitt styrket, mens andre har blitt revurdert og endret underveis i studieløpet. Oppsummert vil jeg si jeg har vært heldig som har fått lov til å videreutvikle meg både faglig og personlig, og kan ta med denne erfaringen og kunnskapen videre i mitt daglige virke.

Aller først vil jeg takke dere som sa ja til å delta i denne studien. Det at dere satte av tid og delte av deres erfaringer har vært helt grunnleggende for at det har vært mulig for meg å gjennomføre denne masterstudien. Ekstra fint har det vært å få tilbakemelding om at deltakelsen i studien i etterkant har ført til at flere av dere har blitt mer fysisk aktive i hverdagen.

Dernest vil jeg rette en stor takk til Sheri Bastien for god veiledning og oppmuntrende ord underveis i arbeidet. Gode, faglige og konstruktive tilbakemeldinger har hjulpet meg til å holde oppe troen på at dette er noe jeg kan få til.

Til slutt vil jeg takke min fine familie, mine venner og mine kollegaer for at dere har vært rause og tålmodige med meg underveis i denne prosessen. Tusen takk for at dere har støttet meg og hjulpet meg til å se fremover i perioder hvor målstreken har følt uendelig langt unna.

Cecilie Bøgh

Skedsmokorset, april 2023.

Sammendrag

Bakgrunn: Den demografiske globale utviklingen viser at det vil bli langt flere eldre og i 2050 vil en av fem være 60 år eller eldre på verdensbasis. I Norge fører denne utviklingen til at det i løpet av det neste tiåret vil være flere eldre over 65 år enn yngre i aldersgruppen 0-19 år, noe som på sikt vil gi en befolkningssammensetning med flere i pensjonsalder enn i arbeidsfør alder. Denne utviklingen har gitt en økt oppmerksomhet mot at en aldrende befolkning med god helsetilstand vil gi en mindre aldringsbyrde og en mer bærekraftig utvikling av samfunnet. Medisinsk behandling fører til at eldre kan leve med god funksjon og livskvalitet, men til tross for dette er det fremdeles mange eldre som opplever dårligere helse enn vi vet er mulig. Ofte er disse helseutfordringer et resultat av sykdommer og tilstander som kan forebygges eller utsettes gjennom gode helsevalg, og forskning viser at fysisk aktivitet er et viktig helsevalg i denne sammenhengen.

Formål: Studien har hatt til hensikt å få økt kunnskap om hva som skal til for at eldre når helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet, med fokus på hva som fremmer eller hemmer at eldre er fysisk aktive.

Metode: Studien benytter kvalitativ metode for å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser eldre har med fysisk aktivitet, og hva de opplever at kan fremme eller hemme at de er fysisk aktive. Data ble samlet inn gjennom fokusgrupper, hvor til sammen 13 deltakere fordelt på tre fokusgrupper ble intervjuet. Systematisk tekstkondensering ble benyttet i analysen av materialet.

Funn: Studien viser at eldre opplever fysisk aktivitet som en viktig kilde til både livskvalitet og funksjon. Det å være fysisk aktiv gir de en god følelse, bedre psykisk helse, samt fører til at de mestrer hverdagen og fortsatt kan gjøre det som er viktig for dem. Det som kan påvirke om de er fysisk aktive er blant annet sosial støtte, tidligere erfaringer med fysisk aktivitet, frykt for tap av selvstendighet og kunnskap om fysisk aktivitet. Eldre opplever at de har tilfredsstillende kunnskap om fysisk aktivitet og de opplever seg heller ikke i målgruppen for informasjon rettet mot eldre.

Konklusjon: Eldre opplever at fysisk aktivitet er nødvendig slik at de kan opprettholde selvstendighet og gjøre det som er viktig for dem, som er grunnleggende for deres livskvalitet. For at de skal være fysisk aktive må aktiviteten de oppsøker oppleves som

lystbetont og meningsfylt. Den største motivasjonsfaktoren for å være fysisk aktiv er det sosiale aspektet ved å treffe andre. I studien kom det også frem at eldre ikke oppsøker informasjon rettet mot eldre, da de ikke opplever å være i denne målgruppen. I et folkehelseperspektiv vil resultatene i denne studien kunne være en ressurs med tanke på å skape tilbud som fører til at eldre oppsøker fysisk aktivitet. Videre vil det også være hensiktsmessig å involvere eldre når det gjelder å kartlegge hvilken type informasjon de opplever at de trenger, samt hvordan informasjonen bør formidles for at de skal oppsøke og ta informasjonen til seg.

Abstract

Background: The demographic global trend shows that there will be far more elderly people in the future, and in 2050 one in five will be 60 years or older worldwide. In Norway, this development means that over the next decade there will be more elderly people over the age of 65 than younger people in the 0-19 age group, which in the long run will lead to more people of retirement age than of working age. This change in the composition of the population has brought increased attention to the fact that an ageing population in good health will result in a reduced burden of an aging population and therefore a more sustainable development of society. Improved access to medical treatment means that older people can live with good function and quality of life, but despite this there are still many older people who experience poorer health than we know is possible. Often these challenges are the result of diseases and conditions that can be prevented or postponed through healthier choices, and research shows that physical activity is an important health choice in this context.

Purpose: The aim of this study was to gain increased knowledge about what it takes for older people to meet the Norwegian Directorate of Health's recommendations in relation to physical activity, with focus on what promotes or inhibits older people being physically active.

Method: The study uses a qualitative method to examine what experiences and knowledge older people have with physical activity, and what promotes or inhibits them from being physically active. Data were collected through focus groups, where a total of 13 participants divided into three focus groups were interviewed. Systematic Text Condensation was used in the analysis of the material.

Findings: The study shows that the elderly experience physical activity as an important source of both quality of life and function. Being physically active gives them a good feeling, better mental health, and leads to them mastering everyday life and still being able to do what is important to them. Aspects that can influence whether they are physically active include social support, previous experiences with physical activity, fear of loss of independence and knowledge about physical activity. Older people feel that they have

satisfactory knowledge about physical activity, and they also do not feel that they are in the target group for information aimed at older people.

Conclusion: Older people feel that physical activity is central to maintaining independence and having the opportunity to do what you want when you get older, both of which are fundamental to their quality of life. In order for them to be physically active, the activity they seek out must be experienced as pleasurable and meaningful. The biggest motivating factor for being physically active is the social aspect of meeting others. The study also revealed that elderly do not seek out information aimed at the elderly, as they don't perceive themselves as being elderly. From a public health perspective, the results of this study could be a resource with a view to developing interventions and strategies that lead to older people seeking out physical activity. Furthermore, it would also be appropriate to involve the elderly when it comes to mapping out what type of information they feel they need, as well as how the information should be communicated so that they seek out and actively make use of the information in their daily lives.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	STUDIENS FORMÅL	2
1.2	PROBLEMSTILLING	3
1.3	AVGRENSNING	3
1.4	OPPGAVENS OPPBYGNING	3
2	BAKGRUNN	5
2.1	HELSEBEGREPET	5
2.2	SUBJEKTIV HELSE OG LIVSKVALITET	6
2.3	UTVIKLINGEN AV HELSEFREMMEDE ARBEID	7
2.4	GLOBALT HELSEFREMMEDE ARBEID I FORHOLD TIL ELDRE	9
2.5	HELSEFREMMEDE ARBEID I FORHOLD TIL ELDRE I NORGE	9
2.6	ALDRING	10
2.7	ALDRING OG FYSISK AKTIVITET	11
2.8	HVA ER ANBEFALINGEN OM FYSISK AKTIVITET?	11
2.9	HVA TREKKER FORSKNINGEN FREM SOM BARRIERER OG MOTIVATORER FOR FYSISK AKTIVITET	12
2.9.1	<i>Barrierer</i>	13
2.9.2	<i>Motivatorer</i>	16
2.9.3	<i>Pensjonering og fysisk aktivitet</i>	18
3	TEORETISK RAMMEVERK	19
3.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEORI	19
3.2	SALUTOGENESE	19
3.2.1	<i>Opplevelsen av sammenheng og helsefremming</i>	22
4	METODE	24
4.1	BAKGRUNN FOR VALG AV METODE	24
4.2	UTVALG	25
4.3	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	26
4.4	REKRUTTERING	27
4.5	PRESENTASJON AV DELTAKERNE OG FORDELING I GRUPPE	27
4.6	INTERVJUGUIDEN	30
4.7	GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPENE	31
4.8	TRANSKRIBERING	33
4.9	ANALYSE	34
4.10	MIN EGEN ROLLE OG MITT STÅSTED SOM FORSKER	37
4.11	ETIKK	38
5	RESULTATER	40
5.1	PRESENTASJON AV RESULTATENE	40
5.2	TEMA: «DETTE BETYR FYSISK AKTIVITET FOR MEG»	41
5.2.1	<i>Fysisk aktivitet som kilde til livskvalitet</i>	41
5.2.1.1	God følelse	42
5.2.1.2	Lystbetont	42
5.2.1.3	Få luftet hodet	43
5.2.2	<i>Fysisk aktivitet som kilde til funksjon</i>	43
5.2.2.1	Mestre hverdagen	43
5.2.2.2	Kunne gjøre det jeg vil	44
5.2.2.3	Selvfølelse	45
5.3	TEMA: DETTE KAN PÅVIRKE OM JEG ER FYSISK AKTIV	46
5.3.1	<i>Betydningen av sosial støtte</i>	47

5.3.1.1	Noen å være sammen med	47
5.3.1.2	Drahjelp	48
5.3.2	<i>Betydningen av erfaringer</i>	48
5.3.2.1	Tidligere vaner	49
5.3.2.2	Gode rutiner	49
5.3.2.3	Tid	50
5.3.3	<i>Betydningen av kunnskap</i>	50
5.3.3.1	Veiledning	51
5.3.3.2	Frykt	52
6	DISKUSJON	53
6.1	DETTE BETYR FYSISK AKTIVITET FOR MEG	53
6.2	DETTE KAN PÅVIRKE OM JEG ER FYSISK AKTIV	57
6.3	METODEDISKUSJON	60
6.4	OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE	66
	REFERANSELISTE	68
	VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	71
	VEDLEGG 2: KATEGORISERING AV INTERVJUSPØRSMÅL	73
	VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV/SAMTYKKEERKLÆRING	75
	VEDLEGG 4: MELDESKJEMA FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER	78

Tabelliste

TABELL 1 - TEMA 1	40
TABELL 2 - TEMA 2	40

Definisjoner

Yngre eldre: de som er mellom 65 -79 år (Folkehelseinstituttet, 2014b).

Fysisk aktivitet: fysisk aktivitet er definert som enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i energiforbruk utover hvilenivå (Folkehelseinstituttet, 2014a). Fysisk aktivitet omfatter trening og sport, samt fysiske aktiviteter som utføres som en del av dagliglivet, yrket, fritiden eller som aktiv transport (Langhammer et al., 2018).

Trening: trening defineres som fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert og gjentas regelmessig, og som har som mål å bedre eller vedlikeholde fysisk form (Langhammer et al., 2018)

Inaktivitet: definisjonen av inaktivitet er noe inkonsistent i forskningslitteraturen, men beskrives som en så lav fysisk aktivitet at det ikke er tilstrekkelig for å opprettholde kroppens sammensetning eller funksjoner på normalt nivå (Helsedirektoratet, 2022a).

Fysisk funksjon: fysisk funksjon er individets evne til å utføre de fysiske aktivitetene i dagliglivet (Langhammer et al., 2018).

Funksjonsevne omfatter flere aspekter, slik som evnen til å utføre grunnleggende daglige aktiviteter som å kle seg, lage mat, bruke det man har lært, ta egne beslutninger, bevege seg, være sosial og ha muligheten til å bidra i samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2014b)

1 Innledning

Den demografiske globale utviklingen viser at det vil bli langt flere eldre. For første gang i historien kan de fleste forvente å leve til 60-års alderen, og i 2050 vil en av fem være 60 år eller eldre på verdensbasis (World Health Organization, 2015). I Norge er forventet levealder i dag 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn (2020) og i 2060 vil dette øke til 89 år for kvinner og 86 år for menn. I 2016 var 1 million nordmenn over 60 år, i 2060 vil hver femte person være 70 år eller mer og antallet over 80 år dobles (Folkehelseinstituttet, 2014a). For Norge betyr dette at det i løpet av det neste tiåret vil være flere eldre over 65 år enn det vil være yngre i alderen 0-19 år (Folkehelseinstituttet, 2014a). Eldrebrøken i Norge vil fortsette å øke og etter hvert vil vi ha flere i pensjonsalder enn i arbeidsfør alder (Folkehelseinstituttet, 2014a).

Denne endringen i befolkningssammensetning har gitt økt oppmerksomhet mot at en aldrende befolkning med god helsetilstand vil gi en mindre aldringsbyrde og en mer bærekraftig utvikling av samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2014b). I sin strategi for et aldersvennlig samfunn skriver regjeringen at god helse og funksjonsevne er en forutsetning for aktivitet, livskvalitet og en mer bærekraftig utvikling av samfunnet. Strategiens visjon er at fremtidens eldre skal kunne bidra og delta, og at *«alle skal kunne leve et langt og meningsfylt liv med aktiv og sunn aldring»* (Departementene, 2016, p. 8). Det understrekes at aktivitet er en investering i helse og at vi skal ha et samfunn som legger til rette for flere aktive år, med mulighet for mestring og livskvalitet (Departementene, 2016).

Nyere studier, blant annet HUNT-studien, viser at eldre i Norge er selvhjulpne lengre nå enn tidligere, slik at økt levelengde følges av flere funksjonsfriske år (Folkehelseinstituttet, 2014b). Medisinsk behandling fører til at mange eldre, til tross for sykdommer og funksjonsnedsettelse, kan ha en sunn aldring, med god funksjon og livskvalitet i hverdagen. Til tross for denne overordnede positive trenden er det fremdeles mange eldre som opplever dårligere helse enn hva vi vet er mulig, hvor helseutfordringene ofte er et resultat av sykdommer og tilstander som vi vet kan forebygges eller utsettes gjennom gode helsevalg (Eckstrom et al., 2020; World Health Organization, 2015). Hvis eldre opplever å ha god helse de ekstra leveårene er det lite som vil skille deres evne til å gjøre ting fra de yngre (Helsedirektoratet, 2022b; Langhammer et al., 2018; World Health Organization, 2015).

Forskning viser at fysisk aktivitet er et viktig tiltak for mental helse, sosialt velvære, kognitiv funksjon, selvstendighet og evnen til å utføre daglige aktiviteter, samt forebygge sykdom og skade som blant annet fallulykker (Langhammer et al., 2018; World Health Organization, 2015; Zaleski et al., 2016). I folkehelsemeldingen trekkes det frem at fysisk aktivitet er et av de gode helsevalgene det legges til rette for i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, p. 10).

Til tross for at helseeffektene av fysisk aktivitet er godt dokumentert både fysisk og psykisk, viser forskning at nivået av fysisk aktivitet blant eldre er under det anbefalte nivået, samt at inaktivitet er en økende utfordring i samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2014a; Shaikh & Dandekar, 2019). Globalt er det anslått at rundt 45 % av de over 60 år og 75 % av de over 75 år ikke møter anbefalingene om fysisk aktivitet, og i handlingsplanen for fysisk aktivitet 2020 – 2029, vises det til at kun 3 av 10 eldre i Norge er aktive nok (Folkehelseinstituttet, 2014a). Det vil si at andelen eldre over 65 år som ikke oppnår anbefalingene om fysisk aktivitet er rundt 70 %. Dette er en raskt økende utfordring da befolkningen over 65 år er forventet å tredoble seg de neste 30 årene (Folkehelseinstituttet, 2014a; Zaleski et al., 2016)

Verdens helseorganisasjon definerer fysisk inaktivitet som en av fremtidens store helseutfordringer og rangerer det blant topp 10 risikofaktorer for den globale sykdomsbyrden, samt den største risikofaktoren for tidlig død (Franco et al., 2015). 9 % av alle dødsfall i verden (3,2 millioner) og 2,8 % av de totale disability adjusted life years skyldes inaktivitet (Franco et al., 2015). Inaktivitet er dermed en folkehelseutfordring både helsemessig for individet, i tillegg til sosialt, miljømessig og økonomisk for samfunnet (Zaleski et al., 2016). Dersom vi klarer å flytte de inaktive til å bli fysisk aktive er helsegevinstene store både for individet og samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2014b; Zaleski et al., 2016). I Norge kategoriseres de som ikke oppnår anbefalinger om fysisk aktivitet som fysisk inaktive, det er dermed viktig med kunnskap om hvilke faktorer som kan øke aktivitetsnivået blant eldre (Folkehelseinstituttet, 2014b, 2017).

1.1 Studiens formål

Regjeringen skriver i folkehelsemeldingen (2018-2019) «gode liv i et trygt samfunn» at det i et effektivt og kunnskapsbasert folkehelsearbeid er viktig å følge med på utvikling i helsetilstand og risikofaktorer og at det i den forbindelse er nødvendig å forske på årsaker og gode virkemidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Når den demografiske utviklingen viser at det blir flere eldre, blir eldre sin helse og funksjon et viktig perspektiv innen folkehelse. Å ha en god fysisk helse gir et grunnlag for selvstendighet i alderdommen, mulighet for å delta aktivt i samfunnet og fortsatt opprettholde aktiviteter som er viktig for den enkelte. Eldre som er fysisk aktive og i god fysisk form vil i større grad kunne klare seg selvstendig og bo hjemme lengre (Folkehelseinstituttet, 2014b). Betydningen av at mennesker har det bra og fungerer godt anerkjennes nå innenfor en rekke områder, og har spesiell relevans innenfor folkehelsearbeidet (Carlquist, 2015). Med bakgrunn i dette er formålet med min oppgave å få økt kunnskap om eldre og fysisk aktivitet i et helsefremmende perspektiv.

1.2 Problemstilling

Hva skal til for at eldre møter helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet?

Underspørsmål:

1. Hva opplever eldre som barrierer for å være fysisk aktive?
2. Hva motiverer eldre til å være fysisk aktive?
3. Hvilken kunnskap har eldre om helsegevinstene av fysisk aktivitet?

1.3 Avgrensning

Det er mange faktorer som virker inn på livskvalitet og opprettholdelse av god helse når man blir eldre. Det vil selvfølgelig også være flere faktorer som til sammen virker inn på om en person er fysisk aktiv. For at oppgaven ikke skal bli for omfattende har jeg valgt å fokusere på fysisk aktivitet som et viktig tiltak innen helsefremming for å opprettholde fysisk funksjon og selvstendighet. Dernest er problemstillingen spisset mot hva eldre opplever at fremmer eller hemmer deres mulighet for å oppnå anbefalingene om fysisk aktivitet, uavhengig av disse faktorene. I oppgaven har jeg inkludert eldre i alderen 65-74 år.

1.4 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er bygget opp som en monografi og delt inn i 6 kapitler. Første kapittel inneholder oppgavens innledning, bakgrunn for valg av tema og kort om oppgavens oppbygning og struktur. I andre kapittel redegjør jeg mer utdypende bakgrunnen for oppgavens tema. Her ser jeg på helsebegrepet, subjektiv helse og livskvalitet samt helsefremming som grunnlag for oppgaven. Videre vil jeg, i samme kapittel, gå inn på hva tidligere forskning viser til. Kapittel tre omhandler teoretisk valg for oppgaven, deretter beskriver jeg metode i kapittel fire. I kapittel fem presenterer jeg oppgavens resultater.

Sjette og siste kapittel inneholder en diskusjon av studiens resultater med bakgrunn i oppgavens teori og bakgrunn, før jeg avslutter med oppsummering og veien videre.

Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet presenteres i punkt 2.8.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet presenterer jeg teori rundt helsebegrepet, ser på subjektiv helse og livskvalitet, for deretter å trekke inn folkehelse og helsefremming i forhold til eldre både globalt og i Norge. Deretter knytter jeg aldring og betydningen av fysisk aktivitet som et helsefremmende tiltak sammen, før jeg til slutt viser til tidligere forskning i forhold til hva som fremmer eller hemmer at eldre er fysisk aktive.

2.1 Helsebegrepet

Helsebegrepet er bredt og kan favne flere forståelser. Verdens helseorganisasjon har en holistisk tilnærming og definerer helse som: «*en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom og lyte*» (World Health Organization, 1946). Definisjonen viser til at det er flere dimensjoner i et menneskes liv som virker inn på helsen, både indre dimensjoner som emosjonelle, fysiske og mentale, samt ytre samfunnsdimensjoner som sosiale- og miljømessige forhold. Denne tilnærmingen til helsebegrepet går i retning begrepet well-being, som beskriver hva som gjør livet godt (Naidoo & Wills, 2016). I vår vestlige del av verden har det tradisjonelle biomedisinske synet på helse som fravær av sykdom (patogenese) har vært dominerende. Denne tilnærmingen definerer helse mer ut fra hva det ikke er, og har ført til et fokus på årsaker og risikofaktorer (Naidoo & Wills, 2016).

Antonovsky var kritisk både til det patogenetiske helsesyntet, men også til WHO sin helsedefinisjon som han så på som utopisk. I sin teori om Salutogenese var han opptatt av å se på hva som fremmer god helse og mente at det som er felles for de helsefremmende faktorene er at de gir individet en opplevelsen av sammenheng (Sense of coherence) i livet (Lindström & Eriksson, 2016; Naidoo & Wills, 2016). Opplevelsen av sammenheng er en grunnholdning som sier noe om i hvilken grad man har tillit til at situasjoner man møter i livet er forståelige, verdt å engasjere seg i, og til at man har ressurser til å håndtere de. En sterk opplevelse av sammenheng vil hjelpe individet til å mobilisere ressurser og håndtere situasjoner på en måte som fører til en opplevelse av mestring og god helse (Naidoo & Wills, 2016).

I en kvalitativ studie fra begynnelsen av 2000-tallet fant Fugelli og Ingstad at helse for nordmenn handlet om å ha funksjon, overskudd, humør, oppleve trivsel og mestring, samt å ha muligheten til å være i naturen (Fugelli & Ingstad, 2001). Trivsel og betydningen av å ha

en kropp som fungerte ble oftest vektlagt, noe som kan gjenspeile opplevelsen av å ha livskvalitet og et godt liv. Deltakerne i studien opplevde ikke at det å ha en skade eller sykdom var uforenelig med opplevelsen av å ha god helse, derimot kom det frem at tap av selvstendighet kunne være forbundet med redusert livskvalitet (Fugelli & Ingstad, 2001).

Legen Peter Hjort definerte god helse som: «*evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav*» (Lunde, 2001, p. 25).

Folkehelseinstituttet viser til at livskvalitet og det å fungere godt i hverdagen er viktig for opplevelsen av å ha god helse. Videre sier de at helsebegrepet er mangesidig og kan handle om trivsel, energi, mestring, velvære, natur, funksjon og evnen til å kunne gjøre ting. Ut ifra denne måten å se på helse, nærmer helsebegrepet seg definisjonen på livskvaliteten (Folkehelseinstituttet, 2014b).

Alle de overnevnte tilnærmingene til helsebegrepet viser at den subjektive opplevelsen av hva helse er, inneholder både helse som en ressurs og som en totalopplevelse.

2.2 Subjektiv helse og livskvalitet

Livskvalitet er en subjektiv opplevelse av hvordan man har det, men begrepet inneholder både subjektive og objektive komponenter, og deles dermed i subjektiv og objektiv livskvalitet. Subjektiv livskvalitet handler om hvor fornøyd man er med livet, om å ha engasjement og mening i det man gjør, oppleve mestring, få realisert sitt potensial, og i tillegg oppleve positive følelser som ro og glede (Nes, 2016; Støren & Rønning, 2021).

Objektiv livskvalitet omhandler faktorer som trygghet, helse, samt muligheten for selvutvikling, og er ikke kun en subjektiv opplevelse av disse faktorene, men omfatter også samfunnspolitiske beslutninger som tilrettelegger for denne muligheten (Støren & Rønning, 2021). Forskning viser en sterk sammenheng mellom livskvalitet og helse, hvor høy livskvalitet henger sammen med god helse og hvor god helse er noe av det viktigste for livskvaliteten. Faktorer som virker på opplevelsen av livskvalitet medvirker igjen til en helseatferd og livsstil som virker positivt på den fysiske og psykiske helsetilstanden (Nes, 2016).

I sin strategi for et aldersvennlig samfunn skriver regjeringen at god helse og funksjonsevne er en forutsetning for aktivitet, livskvalitet og en mer bærekraftig utvikling av samfunnet. Strategiens visjon er at fremtidens eldre skal kunne bidra og delta, og at «alle skal kunne leve

et langt og meningsfylt liv med aktiv og sunn aldring» (Departementene, 2016, p. 8). Verdens helseorganisasjon definerer sunn aldring som:

“The process of developing and maintaining the functional ability that enables wellbeing in older age” (World Health Organization, 2020).

I Folkehelseloven har regjeringen, i formålsparagrafen, understreket at folkehelsearbeidet både skal redusere risiko for sykdom, men også fremme livskvalitet og trivsel (Folkehelseloven, 2012).

I min oppgave har jeg valgt å se på hva som fremmer helse med utgangspunkt i en subjektiv opplevelse av helse, hvor livskvalitet og opplevelsen av å ha det godt, trekkes inn som en viktig del av helsebegrepet.

2.3 Utviklingen av helsefremmende arbeid

I Norge er det overordnede folkehelsearbeidet nedfelt i Folkehelseloven fra 2012, hvor det i formålsparagrafen står: «*Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse*» (Folkehelseloven, 2012§ 1).

Helsefremmende arbeide er prosessen med å sette mennesker i stand til å øke kontrollen over og forbedre helsen sin (World Health Organization, 2023). Det er en myndiggjøring av individet med mål om at de skal forstå, ta kontroll over og påvirke de determinantene som virker inn på deres helse. Ved å legge til rette for gode helsevalg kan individet forbedre sin helse og leve et aktivt liv med god livskvalitet i tråd med Ottawa-charteret (Lindström & Eriksson, 2016; Naidoo & Wills, 2016).

Helsefremmende arbeid ble først satt på agendaen på Verdens helseorganisasjon sin konferanse i Alma Ata i 1977, hvor København-dokumentet «*helse for alle 2000*» ble nedfelt. Her ble prinsippene for det helsefremmende arbeidet forskjøvet fra å kun handle om tilbudet i helsetjenestene til å være en overordnet prosess for å endre de sosiale, politiske og økonomiske forholdene som påvirker folks liv og gjennom det sette individet i stand til å ta kontroll over egen helse (Naidoo & Wills, 2016). Søkelyset ble blant annet rettet mot sosial rettferdighet og like muligheter for alle, en tilnærming som erkjenner at helse er mer enn fravær av sykdom. Her handler helsefremmende arbeid ikke kun om å legge år til livet,

men også om livskvalitet og å legge liv til årene (Lindström & Eriksson, 2016; Naidoo & Wills, 2016).

Den første internasjonale konferansen om helsefremming ble arrangert av Verdens helseorganisasjon i Ottawa i 1986, hvor helsefremmende arbeid ble definert som:

«En prosess der individer eller lokalsamfunn gjøres i stand til å få økt kontroll over forhold som har innvirkning på helsen, og på den måten forbedre sin egen helse»

(World Health Organization, 2023).

Det videre helsefremmende arbeidet ble nedfelt i Ottawa-charteret, og rettet mot strategier og politikk for å fremme en likeverdig helse (World Health Organization, 2023). I denne forbindelsen utviklet Dahlgren og Whitehead sin regnbuemodell, som med en holistisk tilnærming viser ulike faktorer som påvirker helsen, fra de overordnede strukturelle faktorene til de individuelle livsfaktorene som ligger nærmere individet. Modellen er satt opp med de genetiske faktorene som er konstante eller upåvirkelige i sentrum, utenfor der ligger faktorer som livsstil og levevaner, som både påvirkes av individet og av omgivelsene rundt individet. Deretter finner vi det sosiale nettverket i form av familie og venner, utenfor der igjen faktorer som levekår og ytterst finner vi de overordnede sosioøkonomiske, kulturelle og miljø-forholdene som påvirker individet. Modellen viser at helsefremmende arbeidet må forankres i de ulike sektorene og at alle lagene i modellen, bortsett fra de genetiske, kan påvirkes av myndighetens politikk gjennom strukturelle endringer for å bedre leve- og arbeidskår, styrke sosial- og samfunnsstøtte, og påvirke individuelle holdninger og livsstilsvalg (Dahlgren & Whitehead, 2021; Naidoo & Wills, 2016).

Antonovsky mente at det helsefremmende arbeidets største utfordring var mangel på en grunnleggende teori til å guide retning, og at teorien om salutogenese åpnet opp for en mer helsefremmende tankegang. Et salutogent perspektiv på det helsefremmende arbeidet handler om å få sektorer til å samarbeide om å skape strukturer som kan føre til en varig og sammenhengende orientering mot faktorer som er helsefremmende (Lindström & Eriksson, 2016). Gjennom å ha søkelys på ressurser og faktorer som fremmer helse, understøtter man individets mulighet til å velge en mer helsefremmende atferd som fører til livskvalitet, god helse og et godt liv (Antonovsky, 1996; Lindström & Eriksson, 2016; Vinje et al., 2017).

2.4 Globalt helsefremmende arbeid i forhold til eldre

Som nevnt i innledningen er aldringen av befolkningen global og dermed et viktig fokusområde for Forente nasjoner (FN) og Verdens helseorganisasjon (WHO). I 2002 lanserte FN en global strategi, «*Madrid International plan of action on aging*» (MIPAA), hvor de påpekte betydningen av å ha en tverrsektoriell tilnærming til eldrepolitikken (United Nations, 2002). I den forbindelse kom Verdens helseorganisasjon med det politiske rammeverket, «*Active aging: a policy framework*», som en bistand til politiske beslutningstagere i spørsmålene som angår eldre og livskvalitet, men som også skulle utfordre dem til å tenke nytt rundt eldre som en ressurs i samfunnet (World Health Organization, 2015).

I 2015 kom Verdens helseorganisasjon med en ny rapport, «*Aging and Health*» hvor de satte søkelys på folkehelseiltak for å oppnå det de beskriver som en sunn aldring. Sunn aldring defineres som; *prosessen med å utvikle og opprettholde den funksjonelle evnen som gjør at eldre mennesker kan gjøre de tingene som betyr noe for dem* (World Health Organization, 2015, p. 28). I rapporten understrekes det at samfunnskostnadene ved å gjøre disse tiltakene og investeringen nå, vil være mindre enn de utgiftene man på sikt vil få ved å ikke gjøre denne retningsendringen (World Health Organization, 2015). I sine bærekraftige utviklingsmål understreker FN at det er viktig at eldre ikke blir etterlatt i samfunnsutviklingen, men får mulighet til å bidra. I 2020 lanserte FN «*Tiåret for sunn aldring*» 2021-2030, som er et samarbeid mellom fagprofesjoner, regjering og private samfunnsaktører for å fremme lengre og sunnere liv. Et av innsatsområdene omhandler eldre sine behov i forhold til å selv kunne ivareta egen helse og livskvalitet (World Health Organization, 2022b).

2.5 Helsefremmende arbeid i forhold til eldre i Norge

Norge har sluttet seg til FN's globale bærekrafts mål, hvor hovedmål nummer tre er rettet mot det å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder, frem mot 2030.

Regjeringens mål for folkehelsearbeidet i Norge er:

- Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i befolkningen

Målsetningene for det helsefremmende arbeidet er nedfelt i flere stortingsmeldinger, og i folkehelsemeldingen (2014-2015) «*Mestring og muligheter*» fremmes en eldrepolitikk med vekt på aktivitet, deltakelse og mulighet for å mestre eget liv. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Arbeidet følges opp med utvikling av et aldersvennlig samfunn, forankret i strategien «*Flere år-flere muligheter*» fra 2016 og stortingsmelding 15 «*Leve hele livet*» fra 2017-2018 (Helsedirektoratet, 2022b). Her vektlegges en eldrepolitikk rettet mot muligheten til å leve et langt og meningsfylt liv med aktiv og sunn aldring, hvor eldre får brukt sine ressurser gjennom å delta og bidra i samfunnet. «*Å legge til rette for aktiv aldring i en moderne eldrepolitikk handler både om å gi enkeltmennesket økt livskvalitet og å skape en mer bærekraftig utvikling av samfunnet*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 8). I dagens samfunn med stadig flere eldre som går ut av arbeidslivet vil det være en økende andel eldre som kan bidra i samfunnet om de holder seg friske og aktive. I nasjonalt program for et aldersvennlig Norge fremheves det at eldre må planlegge sin egen alderdom, hvor betydningen av et aktivt liv for å opprettholde helse og funksjonsevne understrekes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

I sine innspill til den nye folkehelsemeldingen, som kommer våren 2023, skriver Regjeringen at vi, for å få en bærekraftig samfunnsutvikling, må investere i innbyggernes helse ved å satse på helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2022b). Når det er et helsemål at eldre skal være mer aktive, sunnere og leve lengre, er det viktig å satse på tiltak som fører til at eldre holder seg friske og selvhjulpne lengre (Helsedirektoratet, 2022b). Tidlig innsats kan legge til rette for flere friske leveår, noe som vil føre til at eldre kan bidra i samfunnet og samtidig gi et mindre press på helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2022).

2.6 Aldring

Aldring er en naturlig prosess med biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle endringer. Det er ikke nødvendigvis slik at økende alder innebærer avhengighet eller tap av selvstendighet, men risikoen for å utvikle sykdommer og tap av funksjonsevne er økende med økende alder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Hjort, 2000).

Endringsprosessene som skjer ved aldring, er verken lineære eller relatert til en persons alder. På lik linje med befolkningen ellers er det et mangfold av kapasitet og helseutfordringer hos eldre og dette henger ofte sammen med hendelser og livsvalg

gjennom livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 31; Hjort, 2000; World Health Organization, 2015).

2.7 Aldring og fysisk aktivitet

Selv om aldringsprosessen er naturlig, kan følgene av en aldringsprosess påvirkes i betydelig grad (Hjort, 2000; WHO, 2015/2023; Zaleski et al., 2016). Mange eldre opplever dårligere helse enn hva vi vet er mulig, og ofte er helseutfordringene et resultat av sykdommer og tilstander som vi vet kan forebygges eller utsettes gjennom gode helsevalg (Hjort, 2000; WHO, 2015/2023; Zaleski et al., 2016). Ikke-smittsomme sykdommer er blant de viktigste bidragsyterne til den globale sykdomsbyrden og skyldes i hovedsak risikofaktorer i relasjon til atferd som ikke er helsefremmende, blant annet inaktivitet, samt tobakk- og alkoholforbruk (Daskalopoulou et al., 2017).

Forskning viser at fysisk aktivitet kan virke positivt på aldring ved å påvirke og forbedre humøret, den mentale helsen og opplevelsen av å ha det bra, reduserer risikofaktorer for kardiovaskulære sykdommer, samt gir bedre utholdenhet og økt kapasitet. Fysisk aktivitet styrker og forbedrer funksjonen i muskulaturen som bedre balanse, evnen til å utføre daglige aktiviteter og klare seg selvstendighet. Fysisk aktivitet kan virke positivt på kognitiv funksjon, forebygge skrøpeligheit, sykdom og skade, som for eksempel fallskader som kan være en trussel mot selvstendighet (Devereux-Fitzgerald et al., 2016; Langhammer et al., 2018; World Health Organization, 2023; Zaleski et al., 2016). Fysisk aktivitet har også vist seg å forbedre immunforsvaret og forebygge utvikling av demens (Devereux-Fitzgerald et al., 2016; Fernández-Ballesteros et al., 2021).

Verdens helseorganisasjon har lansert begrepet iboende kapasitet som et mål på kroppens fysiske og mentale ressurser. Hvor det å opprettholde og bedre sin iboende kapasitet vil ha betydning for muligheten til å være sosial, aktiv og deltakende i samfunnet, som er viktige grunnlagsdimensjoner for en sunn aldring. Redusert kapasitet kan være en naturlig følge av aldring, men kan også fremskyndes av en passiv livsstil med blant annet lite fysisk aktivitet (Folkehelseinstituttet, 2014b).

2.8 Hva er anbefalingen om fysisk aktivitet?

I mai 2022 lansert Helsedirektoratet nye oppdaterte faglige råd i forhold til fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2022a).

- Alle voksne og eldre bør være regelmessig fysisk aktive.
- Voksne over 65 år bør hver uke være fysisk aktive i minst 150 – 300 minutter med moderat intensitet, minst 75 – 100 minutter i høy intensitet eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet.
- Voksne og eldre bør gjennomføre styrke- og balansetrening som en del av denne trening minst 2 – 3 ganger pr. uke.
- Voksne og eldre bør begrense stillesitting.
- Voksne over 65 år bør kompensere for de negative effektene av mye stillesitting ved å være ekstra aktive den øvrige tiden.

Moderat intensitet defineres som aktivitet som medfører raskere pust enn vanlig, f.eks. rask gange, dans og hagearbeid.

Høy intensitet defineres som aktivitet som medfører mye raskere pust enn vanlig, f.eks. rask gange i stigning, ergometersykling eller svømming.

Lett intensitet defineres som aktiviteter som ikke medfører økning i pust, som f.eks. sakte gange eller lett husarbeid.

I rådene fokuserer de på at all aktivitet teller og at litt er bedre enn ingenting. Rådene om å trene styrke er nå inkludert i anbefalingen om å være fysisk aktiv i 150 minutter i uken, men det forutsetter da at aktiviteten er av en viss belastning.

(Helsedirektoratet, 2022a)

2.9 Hva trekker forskningen frem som barrierer og motivatorer for fysisk aktivitet

For å finne litteratur og tidligere forskning som omhandler faktorer som fremmer eller hemmer deltakelse i fysisk aktivitet, søkte jeg i databasene CINAHL, PubMed og Medline med søkeordene: elderly/elderly people/elderly individuals/aged/older people, physical activity, barriers, motivators/facilitators/benefits, participation, retirement, habits, healthy ageing, healthy lifestyle. Søkeordene jeg brukte ble utvidet etter hvert som jeg leste artikler og fant synonymer jeg så det kunne være aktuelt å bruke i søket. Siden jeg inkluderte eldre i aldersgruppen 65-74 år var jeg også interessert i å se på om litteraturen omhandlet en endring i fysisk aktivitet i overgangen fra yrkesaktiv til pensjonist. Dermed søkte jeg i tillegg på artikler som omhandlet pensjonering og fysisk aktivitet, og trakk inn retirement som søkeord.

I søkeresultatene var det mange studier som omhandlet viktigheten av å være fysisk aktiv når man blir eldre. Hovedvekten av studiene som så på faktorer som hemmer eller fremmer Eldres deltakelse i fysisk aktivitet var intervensjonsstudier rettet mot en spesifikk diagnose eller fallforebyggende trening som et tiltak i opptrening/rehabilitering, men jeg fant noen studier som var rettet generelt mot den eldre delen av befolkningen (Bauman et al., 2012; Franco et al., 2015; Moreno-Agostino et al., 2020; Spiteri et al., 2019; Yarmohammadi et al., 2019; Zaleski et al., 2016). I tillegg fant jeg studier som så på det å opprettholde en fysisk aktiv livsstil eller å unngå en sedat livsstil, som også omtalte barrierer og motivatorer for deltakelse i fysisk aktivitet (Collado-Mateo et al., 2021; Rawlings et al., 2019). Utover søkeresultatene i databasene, fant jeg også aktuelle artikler ved å lete i referanselisten til artiklene jeg leste, hvor det var mange av de samme artiklene som gikk igjen.

I en systematisk review fra 2015 fant forfatterne at det var seks hovedtemaer innen barrierer og motivatorer som gikk igjen i litteraturen; sosiale påvirkninger, fysiske begrensninger, konkurrerende prioriteringer, tilgjengelighet, fordeler med fysisk aktivitet, motivasjon og tro (Franco et al., 2015). I en review over kvalitative studier fra 2016 identifiserte Angela Devereux-Fitzgerald og medforfattere syv delvis overlappende temaer; motivasjon, personlige begrensninger, oppfatning av aldring, tilgang til oppmuntring, miljøfaktorer, kunnskap og tro (Devereux-Fitzgerald et al., 2016). I litteraturen jeg leste, var det i hovedsak disse temaene som gikk igjen, selv om ikke alle artiklene omhandlet alle temaene. Flere av temaene kan være både en barrierer og en motivator for deltakelse i fysisk aktivitet, og i tillegg kan motivatorer og barrierer variere med populasjon, geografi, utdanningsnivå, tilgjengelige ressurser og personlige preferanser (Shaikh & Dandekar, 2019).

2.9.1 Barrierer

Fysiske begrensninger trekkes frem som en barriere i de fleste studiene, og innbefatter blant annet helseutfordringer, nedsatt utholdenhet, svak muskelstyrke, tretthet og manglende energi. De fysiske begrensningene kan være et direkte resultat av sykdom eller skade, men også være forårsaket av inaktivitet. Mangel på kunnskap, latskap og frykt for å falle, skade seg eller oppleve smerter i forbindelse med fysisk aktivitet oppgis som årsaker til inaktivitet. (McGowan et al., 2018). En opplevelse av konflikt mellom det å opprettholde selvstendighet og samtidig aksepterer en økt fysisk sårbarhet, kan føre med seg en frykt for å ikke mestre, skade seg eller oppleve smerte ved å være fysisk aktiv (McGowan et al., 2018).

Manglende kunnskap om helseeffekten av fysisk aktivitet og helserisikoen ved inaktivitet, samt kunnskap om hvordan det er hensiktsmessig å være fysisk aktiv er en barriere (Zantinge et al., 2014). Denne manglende kunnskapen kan føre til at eldre ikke ser nytten av treningen og opplever den som unødvendig, det kan også skape en feiloppfattelse av at eldre skal hvile, samt en frykt for at fysisk aktivitet er skadelig. Mange eldre har også en forståelse av at aldring er en prosess som skjer uten at de kan påvirke den (Franco et al., 2015; McGowan et al., 2018; Rawlings et al., 2019; Spiteri et al., 2019; Yarmohammadi et al., 2019; Zantinge et al., 2014). Tilgang på rollemodeller og veiledning kan påvirke Eldres kunnskap om aldring, fysisk aktivitet og sedat livsførsel. En studie fra Irland viste en sammenheng mellom helsekompetanse og det å være i daglig fysisk aktivitet, og i en metaanalyse fra 2021 fant forfatterne at eldre med utilstrekkelig helsekompetanse hadde nærmere førti prosent mindre sannsynlighet for å være fysisk aktive sammenlignet med eldre med tilstrekkelig kunnskap (Gibney & Doyle, 2017; Lim et al., 2021; Yarmohammadi et al., 2019).

Noen studier viser til at eldre ikke forstår forskjellen på fysisk aktivitet og trening og tror at fysisk aktivitet handler om å trene, noe de opplever som lite lystbetont og upassende for deres alder. Fokus på intensitet i forbindelse med fysisk aktivitet kan dermed begrense deres deltakelse i fysisk aktivitet, og også ha en sammenheng med nedgang i fysisk aktivitet blant eldre (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; McGowan et al., 2018).

Tilgang på treningsfasiliteter og transportmuligheter, samt økonomi og kostnader forbundet med fysisk aktivitet er en mulig barriere (McGowan et al., 2018; Rawlings et al., 2019). Det er også opplevelsen av hvor tilrettelagt nabolaget er for fysisk aktivitet og hvor trygge de føler seg her. Forskning har vist at det å tilrettelegge et nabolag for eldre, er en nøkkelfaktor i forhold til å få eldre til å være fysisk aktive (Friedman, 2020). Noen studier trekker også frem vær og klima som en barriere for å være fysisk aktiv (Franco et al., 2015; Rawlings et al., 2019; Spiteri et al., 2019).

Sosial støtte som en mulig barriere fremheves i alle artiklene, både når det gjelder å starte med, men også opprettholde fysisk aktivitet (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; Franco et al., 2015; Rawlings et al., 2019; Spiteri et al., 2019). Spesielt viktig for eldre er opplevd støtte fra familie og venner, men de trekker også frem at det å ikke ha noen å være aktiv sammen med, ikke føle seg inkludert i en gruppe eller det sosiale miljøet også er begrensende faktorer (McGowan et al., 2018). På samme måtes som tilgang på veiledning og

rollemodeller henger sammen med kunnskap er det også en barrierer for å komme i gang med fysisk aktivitet. For eldre betyr det mer å ha likesinnede som rollemodeller enn helsearbeidere, men helsearbeidere er spesielt viktig med tanke på å øke deres kunnskap om fysisk aktivitet (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; Franco et al., 2015; Rawlings et al., 2019).

Self-efficacy eller manglende tillit og tro på egen mestring når det gjelder å være fysisk aktiv er en barriere som trekkes frem i alle artiklene (Franco et al., 2015; McGowan et al., 2018). Troen på egen mestring henger også i stor grad sammen med den kunnskapen eldre har om fordelene ved å være fysisk aktiv og påvirker i tillegg den indre motivasjonen for å være fysisk aktiv (Collado-Mateo et al., 2021).

For en del eldre er barrierene mer holdningsmessige, og kan for eksempel handle om at fysisk aktivitet oppleves som tidkrevende og ikke passer inn i deres tidsplan, eller at fysisk aktivitet er nederst på prioriteringslisten, oppleves som bortkastet tid, irrelevant eller upassende i forhold til deres alder. Det å bli eldre fører ofte med seg endrede verdier og roller, og fysisk aktivitet konkurrerer dermed med andre ting de heller vil eller må gjøre, blant annet omsorgsoppgaver som må prioriteres (McGowan et al., 2018; Shaikh & Dandekar, 2019). Hvilke fordeler eldre oppfatter med det å være fysisk aktiv, og hvilken verdi disse fordelene har for dem er også en mulig barriere (Azizan et al., 2013; Franco et al., 2015; Lee et al., 2008; Shaikh & Dandekar, 2019; Zaleski et al., 2016). Flere studier finner at eldre ikke er så opptatt av langsiktige helsemål, men at det å oppleve kortsiktige fordeler av fysisk aktivitet fører til en større aksept og gir en større verdi for dem (McGowan et al., 2018). En økt selvstendighet gir en mulighet for å hjelpe andre og delta i frivillighet, som igjen gir en opplevelse av å være nyttig og en større aksept for fysisk aktivitet (McGowan et al., 2018).

Studier viser til at mange eldre oppfattet fysisk aktivitet som et middel til å nå et mål og ikke som målet i seg selv. De ser ikke på fysisk aktivitet som en hovedaktivitet, men noe de oppnår gjennom andre aktiviteter som for eksempel husarbeid eller hagearbeid (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; McGowan et al., 2018). Eldre er heller ikke opptatt av å nå anbefalingene om fysisk aktivitet, men mer opptatt av å finne aktiviteter de trives med og som også bidrar til at de får vært sosiale. De fleste er klar over helseeffektene ved å være fysisk aktiv, men ønsker ikke å drive med fysisk aktivitet kun som et middel for å oppnå noe annet (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; McGowan et al., 2018).

Hvor aktive de har vært før og hvilket forhold de har til fysisk aktivitet fra tidligere kan være en barriere. Eldre som identifiserer seg som fysisk aktive og som har et ønske om å opprettholde denne identiteten, har et bedre utgangspunkt for å opprettholde en fysisk aktiv livsstil. De som derimot har negative erfaringer med fysisk aktivitet eller idrett, som for eksempel har opplevd å ikke være god nok i ungdommen, kan ha dette som en barriere for å være fysisk aktiv i eldre år (Bauman et al., 2012; McGowan et al., 2018; Shaikh & Dandekar, 2019; Zantinge et al., 2014). Det å ikke ha med seg gode vaner og rutiner med tanke på fysisk aktivitet fra man er yngre, gjør det mer utfordrende å være fysisk aktiv når man blir eldre (Devereux-Fitzgerald et al., 2018).

Noen eldre opplever at samfunnets syn på aldring og det å bli eldre fører til at deres rolle i samfunnet nedgraderes. De kan oppleve at de avskrives som unyttige, noe som igjen kan påvirke deres deltakelse i fysisk aktivitet (McGowan et al., 2018). Andre eldre opplever derimot at det å bli eldre gjør det både mer tillatt og akseptert å ha en mer sedat livsførelse.

2.9.2 Motivatorer

Litteraturen trekker frem at en viktig motivator for fysisk aktivitet er at det forebygger helseplager og gjør at de kommer i bedre form. Frykten for å bli syk, få helseplager eller falle og skade seg på den ene siden og ønsket om å opprettholde god helse og selvstendighet på den andre siden er faktorer som fremmer deltakelse i fysisk aktivitet (Spiteri et al., 2019). De fleste artiklene viser til at det er viktig for eldre å opprettholde funksjonell evne slik at de kan mestre hverdagsaktiviteter og gjøre det som er viktig for dem (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; McGowan et al., 2018). Eldre vektlegger det å være autonome, så de kan ta vare på seg selv og være uavhengig av bistand fra andre. Det å opprettholde funksjonell evne gjør at de opplever mer kontroll og tillit til egen mestring, som igjen er viktig for følelsen av egenverdi og opprettholdelsen av et positivt selvbilde (Franco et al., 2015; McGowan et al., 2018; Shaikh & Dandekar, 2019; Spiteri et al., 2019). Selvstendighet fører også til at de føler seg mer verdifulle og nyttige i samfunnet ved at de kan ta vare på og bistå andre, noe som i tillegg er en kilde til sosial kontakt (McGowan et al., 2018).

En annen motivasjonsfaktor er at fysisk aktivitet hjelper eldre til å holde vekten og bidrar til at de føler seg sunne, som igjen gir en opplevelse av å se godt ut og en økt selvfølelse (Franco et al., 2015; Rawlings et al., 2019). Fysisk aktivitet fører til en bedre søvnkvalitet og gir økt energi. I tillegg er det en kilde til glede, bedre humør, psykisk velvære og mental

helse, som virker inn på opplevelsen av å ha det bra (de Maio Nascimento et al., 2023; Franco et al., 2015; Rawlings et al., 2019; Shaikh & Dandekar, 2019; Zantinge et al., 2014).

I en systematisk review av kvalitative studier fra 2016 fant forfatterne at eldre spesielt så betydningen av fysisk aktivitet hvis de hadde vært utsatt for sykdom, da dette økte deres kunnskap om og forståelse for viktigheten av fysisk aktivitet (Devereux-Fitzgerald et al., 2016). Lim og medforfattere fant en sammenheng mellom økt nivå av helsekompetanse og deltakelse i fysisk aktivitet (Lim et al., 2021). Litteraturen viser til at eldre opplever fokus på kortsiktig gevinst som mer motiverende enn fokus på den langsiktige gevinsten av fysisk aktivitet (Devereux-Fitzgerald et al., 2016). For eksempel så førte en opplevelse av økt selvstendighet her og nå til at de kunne bidra i frivillighet og hjelpe andre, som ga en følelse av å være verdifull (McGowan et al., 2018). Gode rollemodeller øker deres tro på de selv kan delta i fysisk aktivitet og at det er nyttig å holde på med (McGowan et al., 2018). Økt bevissthet om, tro på og tillit til egen mestring fører til økt deltakelse i fysisk aktivitet, og jo høyere denne troen er jo større sannsynlighet er det for at eldre er fysisk aktive (Devereux-Fitzgerald et al., 2018). I tillegg synes flere eldre at det er viktig å være fysisk aktive, så de kan være gode rollemodeller for sine nærmeste, spesielt sine barn (Spiteri et al., 2019).

Tilgjengelighet til treningsfasiliteter og et nabolag som innbyr til å være fysisk aktive, slik at eldre kan innlemme fysisk aktivitet som en del av hverdagsaktiviteten fremmer gjennomføring (Collado-Mateo et al., 2021). Frisk luft og det å oppleve fysisk aktivitet som gøy, er også viktige faktorer som interagerer med økende alder og gir en opplevelse av well-being og økt livskvalitet (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; Franco et al., 2015; Lim et al., 2021).

Det å oppleve sosial støtte, spesielt fra venner og familie, kan oppmuntre eldre til å være fysisk aktive, øke deres tro på egen mestring og gi selvtillit i forhold til deltakelse i fysisk aktivitet (Collado-Mateo et al., 2021). Troen på egen mestring øker også den indre motivasjonen for å være fysisk aktiv (Collado-Mateo et al., 2021). Det å være i fysisk aktivitet sammen med andre er en viktig kilde til sosial kontakt, og det gir også en mulighet for å skape nye sosiale relasjoner (Shaikh & Dandekar, 2019; Spiteri et al., 2019). Spesielt trekker litteraturen frem betydningen av å være en del av en gruppe og føle tilhørighet, som motiverende for å delta i fysisk aktivitet (Franco et al., 2015; Spiteri et al., 2019).

Det å identifisere seg som en person som er vant til å være fysisk aktiv virker inn på holdninger til fysisk aktivitet og ønsket om å opprettholde en fysisk aktiv livsstil. Eldre som har vært aktive fra de var yngre, og som har god erfaring med dette, trekker frem at gode vaner og rutiner er en motivator for fortsatt være fysisk aktiv (Rawlings et al., 2019; Spiteri et al., 2019).

2.9.3 Pensjonering og fysisk aktivitet

Oppgaven min er rettet mot yngre eldre og for mange i denne aldergruppen vil overgangen til pensjonisttilværelsen være en viktig livshendelse, jeg valgte derfor også å søke på litteratur som så på sammenhengen mellom pensjonering og deltakelse i fysisk aktivitet.

Det å ha en fysisk aktiv atferd fluktuerer og endrer seg gjennom livet, hvor endringene kan ha sammenheng med overganger og livshendelser (Gropper et al., 2020; Zantinge et al., 2014). En del studier viser at overgangen til å bli pensjonist gir en umiddelbar økning i generell fysisk aktivitet, men samtidig at denne livsstilen faller igjen på lengre sikt (Gropper et al., 2020; Zantinge et al., 2014). Ved pensjonering er det en naturlig nedgang i arbeidsrelatert fysisk aktivitet og fysisk aktivitet i forbindelse med transport til og fra arbeidet. Samtidig viser litteraturen at overgangen til pensjonisttilværelsen kan gi mer tid og dermed kan være et vindu for å danne nye vaner med fysisk aktivitet (Gropper et al., 2020). Litteraturen viser til at den betydningen fysisk aktivitet har hatt i individets liv tidligere, i tillegg til holdningen til det å være fysisk aktiv, påvirket sannsynligheten for å opprettholde en fysisk aktiv livsstil (Walsh et al., 2019). Etter pensjonering kan en arbeidshverdag erstattes av fysisk aktivitet, som både kan fylle tiden, samt skape nye rutiner, reetablere en form for kontroll og gi en ny mening (Barnett et al., 2012; Spiteri et al., 2019). Overgangen til pensjonering gjør eldre oppmerksomme på egen aldring og det faktum at tiden løper ut, noe som kan føre til økt fysisk aktivitet for å forbedre helse og velvære. Det har også vist seg at overgangen til pensjonering er et vendepunkt som bestemmer fysisk aktiv adferd senere i livet (Barnett et al., 2012).

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenterer jeg og redegjør for valg av Salutogenese som teoretisk grunnlag for å besvare oppgavens problemstilling. Deretter utdyper jeg teoriens relevans i forhold til helsefremming noe mer.

3.1 Bakgrunn for valg av teori

Helsefremmende arbeide er prosessen med å sette mennesker i stand til å øke kontrollen over og forbedre helsen sin, med mål om å kunne leve et aktivt og produktivt liv med god livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2016; World Health Organization, 2023). Helsefremmende arbeid kan forklares ut ifra en salutogen tenkemåte, hvor det handler om å forstå (begripe) hvilke ressurser man har til rådighet for å kunne bruke disse (håndtere) til å skape et godt liv (meningsfylt) (Lindström & Eriksson, 2016). Med bakgrunn i dette perspektivet har jeg valgt å bruke teorien om Salutogenese som teorigrunnlag i min oppgave.

3.2 Salutogenese

I sin teori om Salutogenese fremhever Antonovsky at det gir en større helsegevinst å se på hva som fremmer god helse, fremfor å være orientert mot sykdomsfaktorer og det som gir uhelse. Til forskjell fra det dominerende patogentiske synet på helse, så ikke Antonovsky dikotomi mellom helse og sykdom, men helse som noe vi til enhver tid har og som befinner seg på et kontinuum mellom god og dårlig helse. Gjennom å stille det salutogene spørsmålet om hva som er helsens opprinnelse, ønsket Antonovsky å finne frem til de faktorene som kan fremme helse, og som kan forklare hvorfor noen bevarer sin plass eller beveger seg mot helseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012; Lindström & Eriksson, 2016). Som svar på spørsmålet, kom Antonovsky frem til at fellesnevneren er faktorer som på forskjellige måter bidrar til å gi individet en opplevelse av sammenheng i livet (Sense of coherence). Livet er dynamisk og individet vil stadig møte endringer og utfordringer, om individet beveger seg i retning helse eller uhelse på kontinuumet avhenger av hvordan individet forstår, samt finner strategier og ressurser til å mestre de belastningene de blir utsatt for (Antonovsky, 2012; Lindström & Eriksson, 2016; Vinje et al., 2017).

Antonovsky så opplevelsen av sammenheng (OAS) som en livsinnstilling, eller en måte å tenke, være og handle på som skaper mål og mening med livet. En opplevelse av sammenheng gir en trygghet på at man klarer å håndtere de utfordringene man møter på en

hensiktsmessig måte, samt en tillit til at man mestrer de slik at det vil gå bra (Lindström & Eriksson, 2016). Antonovsky definerer sense of coherence som:

«en generell innstilling som sier noe om i hvilken grad man har en gjennomgående, bestandig, men også dynamisk tillit til at (1) stimuli i ens indre og ytre miljø er strukturert, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til å kunne håndtere kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er vel verd å engasjerer seg i (Lindström & Eriksson, 2016, p. 28)

I boken «Health, stress and coping» fra 1979, presenterer Antonovsky de to viktigste nøkkelbegrepene i sin Salutogene teori; opplevelsen av sammenheng (OAS) og generelle motstandsressurser (GMR) (Antonovsky, 1979).

Opplevelsen av sammenheng (OAS)

Opplevelsen av sammenheng dannes av dimensjonene begripelighet (comprehensibility), håndterbarhet (manageability) og meningsfullhet (meaning);

Begripelighet - er en kognitiv evne til å forstå og rasjonelt vurdere en situasjon, slik at stress (ytre eller indre) oppleves som klar informasjon, ikke bare uforståelig og uventet støy, som dermed fører til at man klarer å sette det som skjer inn i en forståelig sammenheng (Antonovsky, 2012). At man forstår det som skjer, er ikke det samme som å si at det som oppstår er ønskelig, men betyr at de som skårer høyt på denne dimensjonen har med seg erfaringer som gjør at de kan sette stimuli de møter inn i en forståelig sammenheng (Antonovsky, 2012). At en situasjon forstås, er grunnlaget for å ta i bruk hensiktsmessige ressurser for å håndtere situasjonen. Individuer som ikke forstår eller begriper en situasjon kan i større grad oppleve at situasjonen de står ovenfor er noe de urettferdig har blitt utsatt for, og dermed lettere havne i en offerrolle (Antonovsky, 2012).

Håndterbarhet - handler om i hvilken grad man opplever å ha tilgjengelige ressurser til å håndtere de stimuli og krav man utsette for. Ressurser kan være noe man har selv eller noe som er tilgjengelig gjennom andre, for eksempel gode relasjoner som gir sosial støtte eller materielle ressurser som penger (Antonovsky, 2012). Opplever man å kunne håndtere de stimuli man møter, er det mindre trolig at man vil oppleve seg urettferdig behandlet eller som et offer for en situasjon, selv når livet butter. At en situasjon oppleves håndterbar henger sammen med at den oppleves begripelig, da en forutsetning for å oppleve å ha

ressurser til å møte situasjonen, henger sammen med at man forstår kravene den stiller (Antonovsky, 2012).

Meningsfullhet - alle har områder i livet som de opplever som viktig for dem, og som fører til at det gir mening og verdi i å engasjere seg i utfordringer på disse områdene. Den subjektive opplevelsen av mening og verdi gir dimensjonen et følelsesmessig aspekt, som trekker inn motivasjon og skaper drivkraften i OAS (Antonovsky, 2012; Lindström & Eriksson, 2016). Det at individet opplever noe som meningsfullt, betyr ikke at det som skjer nødvendigvis er positivt, men det gjør situasjonen verdt å engasjere seg i, for å forsøke å finne en mening og komme seg gjennom den på best mulig måte (Antonovsky, 2012).

Alle de tre dimensjonene virker sammen i dannelsen av opplevelsen av sammenheng og er dermed uløselig knyttet sammen. Antonovsky trekker frem meningsfullhet som den viktigste dimensjonen, fordi den inneholder motivasjonsfaktoren som er selve drivkraften i livet (Antonovsky, 2012). Hvis man ser det meningsfulle i en situasjon, er det sannsynlig at man vil lete etter ressurser og dermed styrke de to andre dimensjonene (Lindström & Eriksson, 2016). Dersom dimensjonene til sammen gir en lav OAS vil individets helse være i nedre del av kontinuumet, men gir de til sammen en sterk OAS, vil den være i øvre del. Det er ikke nødvendigvis slik at et individ skårer like høyt på alle dimensjonene, det kan være situasjoner hvor individets erfaringer plasserer de høyt eller lavt, både generelt i livet og i spesielle situasjoner (Antonovsky, 2012).

Generelle motstandsressurser (GMR)

Generelle motstandsressurser er ressurser som blir til og formes gjennom erfaringer individet gjør seg i yngre år. Gjennom å møte situasjoner som er i tråd med ens forventninger, som gir mening og i en viss grad rom for å være med å bestemme og forme resultatet, får man livserfaringer som er meningsfulle og sammenhengende (Antonovsky, 2012). Livserfaringene, sammen med evnen til å benytte seg av de generelle motstandsressursene, er en forutsetning for å håndtere utfordrende situasjoner og grunnlaget for å skape, utvikle og styrke OAS (Lindström & Eriksson, 2016). Generelle motstandsressurser er ressurser som er tilgjengelige for individet, for eksempel materielle, emosjonelle, kognitive eller relasjonelle (Lindström & Eriksson, 2016).

For å utvikle en sterk OAS må det, i følge Antonovsky, være en balanse mellom over- og underbelastning, slik at det ikke blir for mange stimuli for individet å håndtere på en gang, samtidig med at det også må være en grad av medbestemmelse i møte med utfordrende situasjoner (Lindström & Eriksson, 2016).

3.2.1 Opplevelsen av sammenheng og helsefremming

I teorien om salutogenese vil det å oppfatte livet som forståelig, håndterlig og meningsfylt gi en sterk opplevelse av sammenheng (OAS). En sterk OAS gir tillit til at ting vil ordne seg og hjelper individet til å mobilisere ressurser til å håndtere stressfulle situasjoner på en god måte, som igjen leder til helse (Antonovsky, 1996, 2012). Det å oppleve en situasjon som begripelig og håndterbar handler om å ha en realistisk forståelse av situasjonen og se de ressurser man har tilgjengelig for å komme frem til en løsning, om situasjonen er meningsfylt handler om i hvilken grad man mener det er hensiktsmessig å løse den (Maass, 2019).

Dimensjonene er flettet i hverandre, men hvordan man opplever de forskjellige dimensjonene kan gi ulik opplevelse av situasjonen. Det vil for eksempel være forskjell om man har innsikt i situasjonen og tilgjengelige ressurser, men mangler motivasjon for å bruke sine ressurser, eller om man er motivert, men mangler forståelse eller ressurser for å gjøre noe med situasjonen (Maass, 2019).

Forskning viser at en sterk OAS er knyttet sammen med ressurser som optimisme, robusthet, kontroll og mestring. Dette er ressurser som påvirker helseatferd og som igjen predikerer god helse og livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2016). OAS beskrives som evnen til å evaluere egen atferd og gjenkjenne sine ressurser, slik at man kan bruke disse hensiktsmessig ved å for eksempel engasjere seg i helsefremmende atferd (Lindström & Eriksson, 2016). Når verden oppfattes begripelig, håndterbar og meningsfull, gir det en større mulighet for å håndtere den, enn hvis den oppleves kaotisk, overveldende og uhåndterlig. En med sterk OAS vil derfor med større sannsynlighet bruke en hensiktsmessig mestringsstrategi og gjennom dette realiserer de mulighetene som finnes (Antonovsky, 2012). De med en sterk OAS vil allerede før de går inn i en situasjon ha troen på at dette er noe de vil de mestre, som fører til at de i større grad velger å gå inn i situasjoner. Det medfører at de med større sannsynlighet velger den mest hensiktsmessige mestringsstrategien for å håndtere stressfaktoren, som igjen fører til at situasjonen utløser opplevelsen av meningsfullhet og følelser som fører til mestring (Lindström & Eriksson,

2016). De med svak OAS vil derimot i møte med en situasjon sannsynligvis være overbevist om at de ikke vil mestre den, som kan føre til at de blir handlingsløse, trekker seg tilbake og unngår situasjonen eller bruker forsvarsmekanismer. De vil nok i større grad være tilbøyelig til å gi opp allerede i utgangspunktet eller gjøre et mer halvhjertet mestringsforsøk (Lindström & Eriksson, 2016).

Med utgangspunkt i denne forståelsen vil det innen helsefremmende arbeid være hensiktsmessig å påvirke, styrke og forme individets OAS for å hjelpe de i retning helseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012). Får individet en opplevelse av at en situasjon er meningsfylt, kan det utløse et ønske om å oppsøke mer av det samme. Gjentatte erfaringer kan utvikle forståelsen og evnen til å bruke sine ressurser i nye situasjoner, gi mestring og på den måten påvirke utviklingen av OAS positivt (Maass, 2019). En forutsetning for å kunne påvirke en persons OAS, er å forstå dens historie og forutsetninger for å gjøre endringer. Det holder ikke kun å ha ressursen til rådighet, man må også kunne bruke de på en måte som gagnar helsen for å gå i den riktige retningen på kontinuumet (Antonovsky, 2012; Vinje et al., 2017).

4 Metode

4.1 Bakgrunn for valg av metode

Hensikten med studien var å få økt kunnskapen om og forstå hva som hemmer eller fremmer at eldre er fysisk aktive. På bakgrunn av dette har jeg valgt kvalitativ metode som tilnærming, da kvalitativ metode brukes når en vil forstå et fenomen gjennom å få innsikt i menneskers perspektiver, erfaringer, holdninger og motiver som ligger til grunn for handlinger (Malterud, 2017; Merriam & Tisdell, 2016; Sverderup, 2021).

Vitenskapsteori er den delen av filosofien som reflekterer over vitenskapelig fremgangsmåte, hva som er kriterier for gyldig kunnskap, og hvordan man oppnår dette. Hvilken vitenskapsteoretisk tradisjon man tilhører legger føringer for hvordan man ser verden og hvilke spørsmål man stiller (Malterud, 2017). Vitenskapsteoretisk er den kvalitative forskningen forankret i det fortolkende paradigmet, hvor subjektet settes i sentrum og forskeren er en del av forskningen. I min studie er grunnforståelsen fenomenologisk, hvor jeg som forskeren er opptatt av å forstå verden slik den enkelte erfarer den ut i fra sine erfaringer og ståsted (Malterud, 2017). Gjennom samhandling og refleksjon får forskeren frem ulike versjoner av virkeligheten, som gir en induktiv tilnærming til kunnskapsutviklingen ved at forskeren trekker slutninger fra det individuelle til det allmenne (Malterud, 2017).

I min studie ønsket jeg kunnskap om Eldres erfaringer, holdninger og synspunkter rundt temaet fysisk aktivitet, og fokusgruppeintervju som metode er godt egnet til dette formålet (Malterud, 2012). I en fokusgruppe møtes mennesker til diskusjon og dialog rundt et tema som jeg som forsker ønsker å utvikle mer kunnskap om. Gjennom interaksjonen i gruppen, hvor det er mulighet for å utdype og følge opp hverandres utsagn, er det tenkt at man vil få frem en annen type fortellinger og erfaringer som gir kunnskap av en annen karakter enn det man vil få frem i et individuelt intervju (Malterud, 2017). Bakgrunnen for mitt valg av fokusgruppe var at jeg så for meg at det å samhandle i gruppe ville gi en fellesskapsfølelse, slik at intervjuet opplevdes mer som en hverdagsamtale og dermed gjøre det lettere for deltakerne å åpne seg og dele erfaringer (Malterud, 2012). Samtidig tenkte jeg at de i mindre grad vil bli sittende fast i personlige historier og være mer konsentrert om, og holde seg til temaet de samtalte rundt. I studien var jeg opptatt av interaksjonen og samhandlingen som en metode for å få frem mer kunnskap, ikke å studere selve samhandlingen. Det har ført til

at jeg i resultatdelen i liten grad har valgt å gå i dybden på interaksjonen, men heller fokuserer på innholdet i fokusgruppene (Halkier, 2016).

Valget av fokusgruppe som metode var i utgangspunktet ikke et valg i forhold til effektivitet, men litteraturen trekker også frem at man gjennom bruk av gruppe som metode kan få tilbakemeldinger fra flere deltakere enn om man gjennomfører individualintervjuer (Malterud, 2017).

4.2 Utvalg

I kvalitativ metode trenger ikke utvalget å være så stort, men utvalgets sammensetning bestemmer hva forskningen kan si noe om. Utvalget får betydning for hva forskningen er gyldig om, i hvilken sammenheng den er gyldig, og legger føring for overførbarheten av kunnskapen. Det at forskning fører til at andre forstår noe mer, eller får ny innsikt som de kan bruke i andre sammenhenger, sier noe om overførbarheten av resultatet (Malterud, 2017). I en kvalitativ studie er ikke overførbarheten av kunnskapen proporsjonal med utvalgets omfang, her er det utvalgets informasjonsstyrke som kan gi kunnskap og innsikt utover konteksten studien gjennomføres i (Malterud, 2017). Det blir dermed viktig at deltakerne velges ut ifra at de tenkes å ha kunnskap som kan bidra med god informasjon om temaet man studerer (Malterud, 2017; Merriam & Tisdell, 2016). Et strategisk utvalg som ikke er for homogent, men har bredde og mangfold, kan gi god informasjonsstyrke og et godt grunnlag for ny kunnskap (Malterud, 2017; Merriam & Tisdell, 2016). For å minske utvalgsbias er det også viktig å se på ens forforståelse, slik at deltakere ikke velges ut i fra og kun bekrefter denne (Malterud, 2017). God informasjonsstyrke og ny innsikt kan utfordre forskerens forforståelse eller det etablerte, og få frem motsigelser og paradokser som kan utfordre forskeren til å ikke slå seg til ro med det første og beste svaret (Malterud, 2017).

Det er også informasjonsstyrken i utvalget som avgjør hvor mange deltakere man trenger, og i kvalitative studier bruker man ofte metning som et kriterium for å avgrense antall deltakere. Metning har man oppnådd når man opplever at det å innhente nytt materiale ikke tilfører ny kunnskap (Malterud, 2017). Har man et utvalg med høy informasjonsstyrke betyr det at man ikke nødvendigvis trenger så mange deltakere og motsatt (Malterud, 2017). I kombinasjon med utvalgets informasjonsstyrke er også en velformulert problemstilling og et relevant teorigrunnlag med på å sikre at man både får de riktige, men også det rette antall informanter. Utvalget skal være stort nok til å belyse problemstillingen, men samtidig ikke så

stort at materialet blir for omfattende. I en kvalitativ studie er datagrunnlaget ofte basert på mellom 10-25 deltakere, men behovet for flere deltakere bør vurderes underveis i analysen av materialet (Malterud, 2017).

4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da jeg skrev prosjektoppgaven var planen å inkludere hjemmeboende eldre mellom 65 og 74. Deltakerne skulle ikke være under opptrening/rehabilitering etter sykdom eller skade, ikke ha behov for ganghjelpemiddel og ikke oppnå anbefalingene om fysisk aktivitet. Ettersom jeg fordypet meg mer i arbeidet med oppgaven opplevde jeg at inklusjonskriteriene var snevre med hensyn til hva jeg ønsket å få informasjon om, slik at de i stedet for å være gode inklusjonskriterier i større grad skape en kunstig ekskludering. Ut ifra dette valgte jeg derfor kun å beholde aldersgruppen 65 – 74 år, samt kravet om at deltakerne ikke skulle være under aktiv opptrening eller rehabilitering.

Bakgrunnen for valget om å beholde aldersgruppen var at en stor andel eldre i denne perioden går fra yrkesaktiv alder til å bli pensjonist, en endring som medfører at den faste rutinen med å gå på jobb blir borte. Denne overgangen kan føre til at mange blir mindre fysisk aktive, samtidig som det å slutte i jobb kan frigi tid til å ta opp fritidsinteresser og bli mer fysisk aktiv (Gropper et al., 2020; Zantinge et al., 2014). Forskning viser at andelen tid brukt på fysisk aktivitet går ned etter 65-års alder, og at den går ytterligere ned etter 75 års alder (Folkehelseinstituttet, 2014a). I en systematisk review fra 2016 som gjennomgikk kvalitative studier fra 24 land, fant forfatterne at ca. 45 % av de over 60 år ikke møter anbefalingene om fysisk aktivitet og at dette tallet øker til 75 % for de over 75 år (Franco et al., 2015). Dette viser at det er en fordel å nå denne aldersgruppen slik at de kan lage seg gode vaner med tanke på fysisk aktivitet.

Jeg valgte også å beholde kriteriet om at deltakerne ikke skulle være under aktiv rehabilitering eller opptrening, fordi jeg så for meg at dette ville virke inn på hvilket forhold man har til fysisk aktivitet på det tidspunktet man deltar i prosjektet.

Jeg valgte derimot å gå bort fra kriteriet om at de som deltok ikke skulle ha ganghjelpemiddel. Dette fordi anbefalingene om fysisk aktivitet gjelder selv om man har bevegelsesutfordringer og fordi det ikke er unaturlig at en del i denne aldersgruppen kan ha bevegelsesutfordringer av ulike slag og dermed behov for et ganghjelpemiddel.

Til sist valgte jeg også å gå bort fra kriteriet om at utvalget ikke skulle tilfredsstillende helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet. I og med at jeg ønsket å se på hva som hemmer og fremmer at eldre er fysisk aktive, så jeg at det ville være mer riktig å både ha med deltakere som oppnår anbefalingene og deltakere som ikke gjør det.

Malterud skriver at et strategisk utvalg skal være sammensatt ut ifra tanken om at det best mulig skal kunne besvare eller belyse problemstillingen, og jeg opplevde at mine endringer i større grad oppfylte dette kravet (Malterud, 2017). Resultatet var at jeg i min søknad til NSD (referansenummer 670369) kun søkte om å inkludere deltakere i aldersgruppen 65 – 74 år.

4.4 Rekruttering

Med hensyn til rekrutteringen av deltakere, så var min opprinnelige plan å forhøre meg med eldre som bruker kafeene på de to største kjøpesentrene i kommunen. Da jeg startet å rekruttere var jeg innom kafeene i tre runder og henvendte meg til de som var der. Flere var interessert i informasjon om prosjektet og syntes det hørtes spennende ut, men de ønsket av ulike grunner ikke å delta. De hyppigste årsakene som gikk igjen var mangel på tid, at de ikke trente eller at de hadde ikke lyst til å forplikte seg. Jeg klarte nesten å rekruttere en gjeng med menn ved å tilby å gjennomføre intervjuet på kafeen, men da to skulle reise utenlands valgte de andre å trekke seg. Etter å ha delt mine frustrasjoner over manglende rekruttering hos min frisør, tilbød hun seg å hjelpe ved å høre med sin mor, som hun mente var i målgruppen. Dette førte til at jeg, gjennom moren til frisøren min, en tidligere arbeidskollega av en venninne, og storesøsteren til en kollega av meg, fikk hjelp til å rekruttere deltakere. Da jeg kontaktet dem, foreslo de en annen jeg også kunne spørre om deltakelse, som igjen foreslo en deltaker til. Så ved å forhøre meg i nettverket til de som allerede hadde takket ja til å delta, fikk jeg rekruttert deltakere til tre fokusgrupper. Denne måten å rekruttere på kalles snøballteknikk, og gir meg et tilgjengelighetsutvalg, det vil si deltakere som det var mulig å få tak i (Malterud, 2017).

4.5 Presentasjon av deltakerne og fordeling i gruppe

Totalt var det sytten personer som takket ja til å delta i studien, tolv damer og fem menn. Av disse var det seks som fremdeles var yrkesaktive, de resterende var pensjonister. Jeg snakket med alle deltakerne i forkant og avklarte at de ikke var under aktiv rehabilitering/opptrening. Under samtalen var det tre deltakere som fortalte at de trente på treningssenter 2-3 ganger i uken og som dermed mest sannsynlig møtte anbefalingene om

fysisk aktivitet. Alle de andre deltakerne opplyste om at de gikk et par turer i uken, men utover det var de ikke spesielt aktive.

Da jeg skulle fordele deltakerne i grupper, var det viktig for meg at gruppene ikke var for store slik at jeg kunne klare å ha oversikt over dynamikken i gruppen. Jeg ønsket å sørge for at alle kom til ordet og samtidig klare å følge med og styre samtalen mot temaer som ble tatt og som burde utdypes eller utforskes mer. I litteraturen anbefales det mellom 5-8 deltakere i en gruppe (Malterud, 2017). Ut ifra at jeg ikke hadde gjennomført fokusgrupper tidligere, så jeg for meg at fem eller seks deltakere i hver gruppe ville være overkommelig, og deltakerne ble dermed fordelt i tre grupper. Sammensettingen av gruppe en og tre ble gjort ut ifra når det passet for deltakerne, september og oktober er tydeligvis måneder hvor mange i aldersgruppen 65 – 74 reiser utenlands. Gruppe to besto av deltakere som kjente hverandre og som syntes det var greit å kunne få delta sammen.

Etter fordelingen så gruppene slik ut;

Gruppe 1: besto av fem damer i alderen 67 – 71 år. Her var to fremdeles yrkesaktive, men skulle gå av med pensjon i løpet av året, og tre var pensjonister. I denne gruppen kjente alle deltakerne en av de andre deltakerne, men ingen kjente alle. Deltakerne hadde alle opplyst om at de gikk tur et par ganger i uken.

Gruppe 2: besto av tre damer og tre menn i alderen 67 – 73 år. Her var to fremdeles yrkesaktive, men skulle gå av med pensjon i løpet av året, og fire var pensjonister. I denne gruppen kjente alle til hverandre. Her trente to av deltakerne på treningsstudio to-tre ganger i uken, de andre gikk tur et par ganger i uken.

Gruppe 3: besto av tre damer og tre menn i alderen 68 – 74 år. Her var alle pensjonister. I denne gruppen kjente tilfeldigvis to av damene hverandre perifert, de andre var nye for hverandre. Her var det en som trente på treningsstudio tre til fire ganger i uken, en som gikk korte turer med hunden hver dag og de resterende gikk et par turer i uken.

Av de sytten deltakerne som hadde takket ja til å delta, var det fire deltakere, to damer og to menn, som meldte avbud samme dagen eller dagen før. To av deltakerne oppga sykdom som årsak, de andre to informerte om at det hadde kommet opp noe som gjorde at de ikke kunne delta. Det førte til at det var to færre enn tenkt, en mann og en dame, i gruppe 2 og 3. De som meldte avbud, var de som under samtalen i forkant, hadde uttrykt at de ikke

hadde så stor interesse for å være fysisk aktive. Om dette hadde en sammenheng med at de meldte avbud til et gruppeintervju som omhandlet fysisk aktivitet, kan jeg bare spekulere i.

Ved gjennomføring så gruppene slik ut;

Gruppe 1: besto av fem damer i alderen 67 – 71 år. Her gikk alle tur et par ganger i uken.

Gruppe 2: besto av to damer og to menn i alderen 67 – 73 år. Her trente to av deltakerne på treningsstudio, de andre to gikk tur et par ganger i uken.

Gruppe 3: besto av to damer og to menn i alderen 68 – 74 år. Her var alle pensjonister. Her var det en som trente på treningsstudio tre til fire ganger i uken, en gikk korte turer med hunden hver dag, de to andre gikk tur et par ganger i uken.

I litteraturen om fokusgrupper er det stor variasjon i hva som anbefales som rett totale antall deltakere i en kvalitativ studie (Malterud, 2012). I sin bok «fokusgrupper som forskningsmetode for medisin- og helsefag» fra 2012 viser Malterud til at valg av antall grupper ofte begrunnes med metning. Metning eller «Saturation» er et begrep som stammer fra Grounded Theory, og som beskriver det punktet hvor ny data ikke gir ny kunnskap om emnet (Malterud, 2012). For meg handlet mitt valg av antall deltakere om flere forhold. Siden jeg er nybegynner når det gjelder å gjennomføre et forskningsprosjekt var det viktig for meg å ha et realistisk forhold til den tiden det tar å gjennomføre fokusgruppene, i tillegg til å ha et overkommelig materiale å transkribere og analysere i etterkant med tanke på at dette er en 30 studiepoengs masteroppgave. Jeg var også opptatt av at studien skulle være gjennomførbar for meg, jeg har under hele masterutdanningen vært i full jobb, så tidsplanen for gjennomføringen av masteroppgaven måtte gå opp med mine arbeidsoppgaver.

Under rekrutteringen opplevde jeg at det å ikke var så enkelt å rekruttere deltakere og at det tidsmessig derfor var fornuftig for meg å holde meg til de sytten deltakerne som takket ja til å delta. Malterud skriver i sin bok at hun ofte har to grupper og deretter kan supplere med en eller to grupper til om de to første ikke gir nok datagrunnlag (Malterud, 2017). På bakgrunn av overnevnte årsaker opplevde jeg at tre grupper var tilstrekkelig i min masterstudie.

4.6 Intervjuguiden

Intervjuguiden laget jeg først etter å ha lest en del litteratur om eldre og fysisk aktivitet. Jeg brukte tid på dette, da jeg syntes det var utfordrende å lage spørsmål som både favnet det jeg ønsket å utforske, og som samtidig var åpne nok til å gi rom for å utdype temaet. Etter hvert valgte jeg å lage en intervjuguide med hovedspørsmål og støttespørsmål til hvert hovedspørsmål. Støttespørsmålene laget jeg for meg selv, for å ha som hjelp til å forklare spørsmålet eller for å kunne utdype deler av spørsmålet.

Før jeg gjennomførte fokusgruppene prøvde jeg ut intervjuguiden på en gruppe kolleger og på familien min. Begge steder fikk jeg god hjelp til å formulere mer åpne og presise spørsmål.

Etter å ha gjennomført første fokusgruppe og deretter transkribert lydopptaket, opplevde jeg at noen av spørsmålene mine var formulert slik at enkelte av deltakerne stilte oppklarende spørsmål før de svarte. I følge Malterud er det ikke uvanlig at problemstillingen ofte blir til i et mer teoretisk språk enn det som egner seg i møte med deltakerne (Malterud, 2017). Jeg forsøkte derfor å formulere spørsmålene tydeligere i de to neste gruppene, uten å endre på intervjuguiden, men jeg syntes ikke helt at jeg fikk det til og endte med å beholde spørsmålene i sin opprinnelige form. Min største utfordring i utformingen av spørsmålene var nok at de spørsmålene jeg hadde i hodet, ikke ble så gode og forståelige når jeg forsøkte å formulere de skriftlig. Her tror jeg kanskje at jeg «snublet» litt i min forforståelse og mitt ønske om å ikke styre deltakerne gjennom spørsmålene. Det er mulig jeg hadde gjort det lettere for meg selv, ved å først skrive konkret det jeg ønsket svar på, for så å forsøke å gjøre spørsmålet mer åpent. I etterkant ser jeg at jeg med fordel kunne tatt med meg intervjuguiden tilbake til de samme gruppene jeg prøvde ut spørsmålene på i forkant av fokusgruppene, og bedt om bistand. Her må jeg bare innrømme at tiden mellom gruppene og tidspress på jobb, både for meg og mine kollegaer, førte til at det ikke ble gjort.

Intervjuguiden ble lagt opp etter spørsmålene i problemstillingen, totalt 13 spørsmål fordelt på fire hovedkategorier, hvor noen av spørsmålene dekket flere av kategoriene. Den første kategorien inneholdt innledningsspørsmål for å klargjøre for deltakerne hva vi snakker om når vi snakker om fysisk aktivitet, og få en form for felles forståelsesramme for intervjuet. De tre andre kategoriene omhandlet underspørsmålene i problemstillingen. I tillegg hadde jeg

laget hjelpespørsmål til hvert spørsmål som jeg kunne bruke hvis det ble behov for å utdype eller forklare et spørsmål ytterligere, men disse ble ikke benyttet.

Intervjuguiden er vedlagt; vedlegg 1 og 2

4.7 Gjennomføring av fokusgruppene

Fokusgruppe en og tre ble gjennomført på min arbeidsplass, gruppe to ble gjennomført hjemme hos en av deltakerne etter ønske fra deltakerne.

For de to gruppene som ble gjennomført på min arbeidsplass hadde jeg rigget til lokalet så vi satt tre personer på to sider av bordet, slik at jeg ikke var i fokus ved å sitte på enden, da dette var anbefalt i litteraturen (Malterud, 2012). Ved gruppen som ble gjennomført hos en deltaker ble jeg sittende på enden av bordet etter ønske fra dem, men vi satt likevel så tett at jeg var en inkludert del av gruppen.

Jeg hadde lastet ned og installert diktafon-appen på mobilen, og brukte den som opptaker under fokusgruppene. I gruppe en spurte jeg i tillegg om tillatelse til å ta opptak på min Mac som stod i bakgrunnen fordi jeg var bekymret for at noe skulle gå feil med diktafon-appen, noe deltakerne syntes var greit. Da jeg hadde fått sendt inn opptaket i nettskjemaet og sjekket at jeg kunne lytte på det, slettet jeg opptaket på min Mac umiddelbart. Ved gjennomføringen av gruppe to tok jeg ikke backup-opptak og der hadde jeg store problemer med å få sendt inn opptaket til nettskjemaet. Det løste seg heldigvis da jeg kunne åpne det nettskjemaet jeg laget til den første fokusgruppen og sende opptaket dit. Det førte til at jeg, klok av skade, fikk tillatelse til å ta backup-opptak ved gjennomføringen av gruppe tre. Som ved gruppe en, slettet jeg dette opptaket da jeg hadde sjekket at innleveringen av opptaket hadde gått greit.

Jeg serverte kaffe, te, mineralvann og kaker som deltakerne forsynte seg med før og underveis i intervjuet.

Før vi startet opp signerte de som ikke hadde gjort det fra før på samtykkeerklæringen, og jeg informerte de igjen om at de kunne trekke seg om de ønsket det.

Som en introduksjon til intervjuet, gjennomgikk jeg i korte trekk hva prosjektet mitt går ut på, i hovedsak den samme informasjonen som stod i informasjonsskrivet de hadde mottatt. Jeg informerte de også om at jeg hadde laget en PowerPoint-presentasjon om prosjektet

som jeg kunne gjennomgå etter intervjuet om de var interessert i dette. Jeg brukte litt tid på å snakke om at gruppe som metode handler om samhandlingen de mellom, og at denne samhandlingen er av betydning for det materialet jeg får. Jeg forklarte dem at det er fint å være nysgjerrig på og følge opp det de andre sier, komme med historier også videre. Jeg oppfordret de til å vente på tur og la andre snakke ferdig, da det er utfordrende å transkribere når de snakker samtidig. Jeg tok også opp den gjensidige respekten for at alle har taushetsplikt i forhold til det som deles i gruppen (De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK), 2018) .

Jeg opplevde gjennomføringen av de tre fokusgruppene veldig forskjellig. De to første gruppene syntes jeg at i stor grad gjorde seg selv. I begge gruppene var deltakerne svært engasjerte, alle delte mye, og de var flinke til å følge opp det andre sa med egne opplevelser, men også med å komme med oppfølgingsspørsmål til hverandre. I den siste fokusgruppen opplevde jeg at det var vanskelig å få et par av deltakerne til å holde seg til temaet, samt å få en tredje deltaker til å dele egne erfaringer, og ikke bare uttrykke seg på generelt grunnlag. Etter den gruppen var jeg derfor litt motløs i forhold til hvor rikt dette materialet var på informasjon, men under transkriberingen så jeg likevel at jeg hadde god informasjon også fra denne gruppen.

Under intervjuet var deltakerne stort sett flinke til å gi hverandre tid til å reflektere og snakke ferdig, men innimellom ble de veldig ivrige, glemte seg og snakket i munnen på hverandre. Noen hadde også tendens til å avbryte for å få fortelle sin egen historie. I alle gruppene var deltakerne flinke til å bekrefte hverandre, skryte av hverandre og vise omsorg for hverandre. I to av gruppene var det deltakere som viste sterke følelser som sorg og frykt, og da var de andre deltakerne ivaretagende, forståelsesfulle og støttende. Det samme skjedde da en av damene snakket om at hun følte seg litt unyttig i samfunnet etter pensjonering, hvor de andre var opptatt av å få frem hvor stor samfunnsressurs hun hadde vært gjennom mange år og fremdeles var gjennom pass av barnebarn. Jeg opplevde at de var nysgjerrige på og utforsket hverandres utsagn noe, men de var nok oftere inne og bekreftet det andre sa enten med bekreftende lyder/ord eller ved å fortelle egne lignende historier.

I alle gruppene ble det livlige diskusjoner og spesielt i den ene gruppen hvor det var to deltakere som utfordret de andre deltakerne med tanke på det de opplevde var

«unnskyldninger for ikke å være fysisk aktiv». Dette endte med en engasjert diskusjon rundt hva som var meningsfylt og godt nok i forhold til fysisk aktivitet. Jeg opplevde at deltakerne selv, stort sett, klarte å holde seg til temaet eller hente hverandre inn igjen når det skled ut. Det var mange av de samme temaene som gikk igjen i gruppene, men det kom også frem, om ikke ny informasjon, så informasjon med en annen vinkling eller betydning. Jeg vil tro at dette henger sammen med min intervjuguide og min uerfarenhet som moderator, samt det at jeg kanskje ikke var flink nok til å utforske det enkelte deltakerne fortalte i gruppen. Som moderator var jeg først og fremst opptatt av å være en oppmerksom lytter som forsøkte å gi nonverbal tilbakemelding når de snakket. Jeg var fokusert på at jeg som moderator skulle holde meg tilbake og at det var deltakerne som skulle utforske hverandres utsagn, dermed var det bare noen få ganger jeg spurte om deltakerne kunne utdype det de sa. Jeg var relativt låst til intervjuguiden, noe som også kan ha ført til at jeg ikke fulgte opp utsagn det hadde vært lurt å følge opp. Underveis i intervjuet kommenterte jeg ikke det de sa, men når jeg fikk direkte spørsmål sa jeg at vi kunne ta det opp etter gruppen. Jeg ble nok noe bedre til å følge opp utsagn etter hvert som jeg gjennomførte fokusgruppene, spesielt da jeg gjennomførte den siste fokusgruppen hvor jeg måtte styre deltakerne noe for å få de til å holde seg til temaet.

I sin bok trekker Malterud frem «påfugl-effekten», som handler om at der det både er menn og kvinner i en gruppe, så dominerer mennene. Jeg var bevisst på det i de to gruppene hvor det både var menn og kvinner, men erfaringen i begge disse gruppene var at det heller var kvinnene som dominerte og snakket mye (Malterud, 2012).

Etter intervjuet fikk alle deltakerne en liten oppmerksomhet som takk for at de tok seg tid til å delta på prosjektet mitt.

4.8 Transkribering

Transkribering handler om å gjøre om det muntlige materialet til skriftlig form. Litteraturen beskriver at det allerede i denne prosessen skjer en reduksjon av dataene, spesielt fordi vi muntlig uttrykker oss både språklig, men også nonverbalt med kroppsspråk. Dette gjør det utfordrende å tilpasse beskrivelsene i det muntlige språket til skriftlig form, til tross for dette er det likevel viktig å forsøke å bevare meningsinnholdet så langt det er mulig (Halkier, 2016; Malterud, 2017). Det er samtidig viktig å ha et bevisst forhold til at den fortolkningen man gjør ved en transkribering, nettopp en fortolkning, hvor man omformer den kunnskapen

man har mottatt muntlig i gruppene, til tekst og mening. Dermed vil det transkriberte materialet bli et begrenset bilde av virkeligheten hvor den filtrering jeg som forsker gjør, kan føre til at mening endrer seg eller blir borte (Malterud, 2017).

Det var viktig for meg å starte transkriberingen så raskt som mulig etter at fokusgruppeintervjuet var gjennomført, slik at jeg kunne gjengi dialogen fra fokusgruppen best mulig. Jeg transkriberte alle lydopptakene selv og startet arbeidet allerede samme kvelden som jeg hadde gjennomført fokusgruppen. Transkribering var en mye mer tidkrevende jobb enn forventet, men samtidig var det en verdifull jobb når det gjelder å få oversikt over materialet. Dette førte til at da jeg startet på analysen, allerede hadde en formening om mulige temaer, som er første del av analysen i Systematisk tekstkondensering.

I transkriberingen forsøkte jeg å være mest mulig lojal mot det opprinnelige materialet ved å skrive det deltakerne formidlet så korrekt som jeg klarte (Malterud, 2017). Malterud påpeker at det muntlige språket kan være vanskelig å omsette til skriftlig og at man i den prosessen ikke må latterliggjøre deltakerne i hvor direkte man skriver den muntlige uttrykksmåten (Malterud, 2017). Jeg opplevde at flere av deltakerne ofte uttrykket seg i halve setninger og med lyduttalelser som «eh» og «mhm», som gjorde at det var en del tale uten meningsinnhold. I transkriberingen forsøkte jeg å overholde oppfordringen til Malterud med å redigere forsiktig uten å miste meningsinnholdet, ved at jeg i det transkriberte materialet tok jeg med disse uttrykkene, samtidig noterte jeg der det var mye latter og skrev kommentar der det var umulig å tyde hva som ble sagt på grunn av at deltakerne snakket samtidig. Jeg startet transkriberingen med å gi alle deltakerne pseudonym og videre i materialet satte jeg kun forbokstaven foran hvert utsagn.

Etter transkribering satt jeg igjen med mellom 60 og 70 sider med materiale fra fokusgruppene. Gjennom analysen opplevde jeg at deler av materialet var «dødt» materiale, det vil si materiale som ikke gir noe i forhold til problemstillingen (Malterud, 2017).

4.9 Analyse

For å sammenfatte informasjon fra deltakerne ved bruk av intervju som metode er det vanlig å bruke tverrgående analyse (Malterud, 2017). I min oppgave valgte jeg å bruke induktiv tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering (STC), da metoden er systematisk og anbefales for nybegynnere. Den passer også bra i min oppgave da jeg ikke følger

informanter over tid, men sammenfatter informasjon fra flere forskjellige informanter (Malterud, 2017). I en tverrgående analyse fortolkes og sammenfattes følelser, holdninger, erfaringer og likhetstrekk mellom informantene. Systematisk tekstkondensering er en analysemetode hvor analysen foregår gjennom fire trinn (Malterud, 2017).

De fire trinnene i analysen er:

Trinn 1 – få et helhetsinntrykk

Trinn 2 – identifisere meningsbærende enheter

Trinn 3 – abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene

Trinn 4 – sammenfatte betydningen av dette

Trinn 1: Første trinn handler om å få en oversikt over materialet gjennom transkribering, og via denne danne seg en tanke om mulige temaer eller fokusområder materialet kan deles i. Disse fokusområdene bør stå i forhold til spørsmålene i intervjuguiden og her er det viktig å forsøke å legge sin forforståelse til side (Malterud, 2017).

Gjennom transkriberingen hadde jeg allerede en formening om mulige temaer som jeg opplevde gikk igjen i fokusgruppene. Jeg fulgte Malterud sin anbefaling om å sette meg ned og lese gjennom materialet i flere runder, samtidig som jeg skrev ned temaer jeg opplevde at markerte seg (Malterud, 2017). Etter første trinn hadde jeg åtte temaer; trivsel (grønn), lufte hodet (rød), treffe andre (brun), motivasjon (blå), rutiner/vaner (oransje), begrensninger (rosa), mestre hverdagen (svart) og selvfølelse (gul). I tillegg så jeg at det var interessante utsagn som ikke umiddelbart passet inn i noen av kategoriene og som dermed havnet i kategorien «tja».

Trinn 2: På dette trinnet gikk jeg gjennom materialet for å identifisere meningsbærende enheter og kode disse i forhold til de temaene jeg valgte ut (Malterud, 2017). Her går man fra foreløpige temaer til sortering og koder for å se på hvordan disse eventuelt kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017). I denne delen av prosessen satte jeg meg ned med fargetusjer og brukte god tid på å lese gjennom materialet. Jeg startet med å gi hvert av temaene en farge, deretter gikk jeg nøye gjennom og sorterte (kodet) teksten ved å understreke deler av materialet med fargen på temaet jeg opplevde teksten hørte inn under. På den måten plasserte jeg de delene av teksten som jeg opplevde hørte sammen under

samme tema og kunne skille det jeg opplevde som relevant fra ikke relevant (Malterud, 2017). Da jeg hadde gjort det, laget jeg et nytt dokument i Word hvor jeg kopierte og flyttet inn tekstbiter under de ulike temaene. Koding er en systematisk dekontekstualisering, som viser til at man tar deler av materialet ut av sammenhengen (Malterud, 2017).

Trinn 3: På dette trinnet skal de meningsbærende enhetene sammenfattes og kondenseres. Det gjøres ved at man ser på hver av de meningsbærende enhetene i hvert tema for å se på hvor aktuelle de er i forhold til problemstillingen, samt vurdere om de er under riktig tema eller hører til under et annet tema. Her kan økt innsikt, etter hvert som man går dypere inn i teksten og får en større forståelse, føre til en endring av temaene eller grupper, ved at de eventuelt blir flere eller færre (Malterud, 2017).

I denne delen av prosessen gikk jeg gjennom materialet i flere runder, og brukte tid på å flytte meningsbærende enheter fra ett tema til et annet. Etter hvert så jeg at noen av temaene ikke var selvstendige temaer, men at de hørte til under et annet tema for eksempel som en subgruppe. Jeg vurderte blant annet om «trivsel» og «lufte hodet» skulle være i temaene livskvalitet og mental helse, eller om mental helse skulle inn under livskvalitet.

Videre går man gjennom kodegruppene og sorterer teksten i hver kodegruppe i subgrupper. Deretter kondenserte jeg det materialet jeg hadde under subgruppene, som betyr at man lager et kunstig sitat, skrevet i jeg-form. Sitatet skal være en sammenfatning av de meningsbærende enhetene i en mer generell form, som gjenforteller innholdet i subgruppene (Malterud, 2017).

Trinn 4: I det fjerde og siste trinnet, syntese, skal de bitene man har delt materialet i settes sammen igjen til beskrivelser, begreper og resultater som blir en helhet som ivaretar informantenes stemme og som gir kunnskap som kan deles med andre. Her skal man også ta med gullsitater for å utdype det man trekker frem og presenterer (Malterud, 2017).

Dette trinnet brukte jeg lang tid på og opplevde at jeg manglet kreativitet og ikke knekte koden på det å lage nye beskrivelser. Jeg gikk mye tilbake i de foregående trinnene for å se om jeg hadde gjort en riktig inndeling i temaer, om jeg hadde kalt temaene det riktige, og om jeg hadde fått med meg det som var viktigst å få frem. Jeg leste kapittelet om Systematisk tekstkondensering i Malterud flere ganger, samt tidligere masteroppgaver for å få hjelp. Til slutt fant jeg ut at jeg bare måtte stole på meg selv og ta en avgjørelse, selv om

beskrivelsene i resultatdelen ikke er veldig kreative. Det jeg kom frem til er presentert i Tabell 1 og Tabell 2 under resultater.

4.10 Min egen rolle og mitt ståsted som forsker

Ved bruk av kvalitativ forskningsmetode har man en vitenskapsteoretisk bakgrunn i det fortolkende paradigmet, som sier at forskeren ikke er nøytral i sin forskning, men gjennom seg selv vil påvirke forskningsprosessen. Forskeren blir en del av forskningen og dermed både deltaker og tilskuer til egen forskning (Malterud, 2017; Merriam & Tisdell, 2016). Det fører blant annet til at forskerens faginteresse og personlige erfaringer påvirker valg av tema, problemstilling, hvilke resultater som forfølges og hvordan konklusjonen formuleres (Malterud, 2017). I et forskningsprosjekt er det derfor viktig at man hele veien har et bevisst forhold til sin egen forforståelse, det vil si de forutsetninger og erfaringer man har med seg inn, og hvordan dette vil påvirke ens forskning. Malterud sier at man som forsker ikke skal forsøke å eliminere sin egen rolle, men at man skal utøve refleksivitet ved å identifisere og være kritisk til hvordan egen rolle påvirker samhandlingen og det som skapes i prosessen (Malterud, 2017). I kvalitativ metode er det den som forsker som beskriver, analyserer og fortolker karaktertrekk ved det en forsøker å forstå, noe som også stiller store krav til intersubjektivitet ved at man synliggjør og begrunner de valg som er tatt før og underveis i forskningsprosessen (Malterud, 2017; Merriam & Tisdell, 2016).

Som forsker må man også være bevisst på sitt ansvar for å ivareta deltakerne, så de føler seg trygge og man får en intervjusetting basert på tillit. Dette vil være en forutsetning for å få deltakerne til å dele sin kunnskap slik at man får et rikt og relevant datamateriale (Malterud, 2017). I en gruppe er det spesielt viktig å være oppmerksom på å forebygge asymmetriske maktforhold og unngå krenkelser (Malterud, 2012).

Bakgrunnen for valg av tema og problemstilling er min utdanning og mangeårige yrkesaktive liv som fysioterapeut. Som fysioterapeut møter jeg som oftest mennesker først når de har fått en funksjonsnedsettelse og har behov for bistand til å komme seg igjen. Min opplevelse er at en stor andel av de som henvender seg er inaktive og som gjennom et økt fysisk aktivitetsnivå kunne unngått funksjonsfall og klart seg mer selvstendig i hverdagen. I min forforståelse ligger det ikke en oppfatning av at fysisk aktivitet er det eneste saliggjørende i livet, men at fysisk aktivitet er et viktig tiltak for å fortsatt kunne klare seg selvstendig og bo hjemme, samt gjøre det som betyr noe for en selv, faktorer som igjen påvirker livskvalitet

(Helsedirektoratet, 2021; Hjort, 2000). Denne forforståelsen har jeg med meg i oppgavens valg av tema og problemstilling, noe jeg har forsøkt å ha et bevisst forhold til hele veien. Spesielt måtte jeg tenke meg godt om da jeg lagde spørsmålene til min intervjuguide så min forforståelse ikke skulle hindre meg i å stille åpne spørsmål som kunne øke min forståelse og ikke nødvendigvis bekrefte min forforståelse (Malterud, 2017).

4.11 Etikk

Et forskningsprosjekt skal være etisk vurdert, og underlagt forskningsetiske retningslinjer som omhandler etikk innen forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK), 2018). Dette er viktig for å sikre etisk god og forsvarlig forskning, med pålitelig kunnskapsutvikling og god ivaretagelse av deltakere. Man skal være bevisst sitt overordnede samfunnsansvar i forhold til at forskningens skal være relevant og komme samfunnet til gode (De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK), 2018; Malterud, 2017). I enhver forskning som omhandler eller involverer mennesker må man gjøre gode etiske overveielser i forkant av og underveis i forskningsprosjektet for å ivareta deltakernes integritet. Forskning som innbefatter møte mellom mennesker skal kun gjennomføres dersom formålet er viktigere enn den risikoen og belastningen det innebærer for deltakerne (Malterud, 2017). I min studie møttes forsker og deltakere i en intervjusituasjon, men selv om temaet i min studie handlet om den enkeltes forhold til og erfaring med fysisk aktivitet, opplevde jeg ikke at intervjuet ville utgjøre en større belastning for deltakeren enn det som var formålet. Det var likevel viktig for meg å informere deltakerne om at de var invitert til å delta og at de når som helst kunne takke nei, hvis de ombestemte seg, hvilket noen av deltakerne gjorde (De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK), 2018; Malterud, 2017).

Helsinkideklarasjonen fra 1964, som omhandler etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker, viser til at man skal sørge for å ivareta deltakerne i forskningsprosjekter gjennom at det *frie informerte samtykket* er ivaretatt (De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK), 2018). Med bakgrunn i meldeplikt for forskningsprosjekter hvor det innhentes personopplysninger, ble studien søkt til og godkjent av *Norsk senter for forskningsdata* (NSD), nå *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør* (SIKT), før innsamlingen av forskningsdata ble igangsatt (Malterud, 2017).

I forskning er det viktig å respektere deltakernes rett til konfidensialitet, ved å sikre at deltakerne ikke kan gjenkjennes i studien, men også ved at man følger regler for

oppbevaring av data (De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK), 2018). I min studie har jeg hatt behov for personopplysninger som navn, alder, adresse og telefonnummer for å kunne invitere deltakere og gjennomføre fokusgruppeintervjuet, denne type ikke-sensitive personopplysninger klassifiseres som gule forskningsdata (Fossum-Raunehaug, 2014). Det ble i forkant av studien utarbeidet et informasjonsskriv og et samtykkeskjema som ble sendt til deltakerne som kunne tenke seg å delta, vedlegg 3. Her ble de informert om hensikten med studien og hva det ville bety å delta i studien. Det ble også informert, både muntlig og skriftlig, om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å måtte begrunne dette.

I følge Datatilsynet er opptak, registrering og lagring av personopplysninger regulert av personopplysningsloven (Datatilsynet, 2019). For å ivareta deltagerens sikkerhet, konfidensialitet og personvern ble deltakerne informert om at dette ble gjort i tråd med retningslinjene i Personopplysningsloven og Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, 2022, 1. januar; Personopplysningsloven, 2000). Intervjuet ble tatt opp med diktafonappen og lydfilene er oppbevart og lagret via Nettskjema (Universitetet i Oslo), en sikker løsning for datainnsamling via nett (Universitetet i Oslo). Det transkriberte materialet er lagret på mitt hjemmeområde på NMBU OneDrive (Fossum-Raunehaug, 2014; Universitetet i Oslo). Både lydfilene og det transkriberte materialet vil bli slettet etter at sensur på oppgaven foreligger.

God etisk forskning er basert på samtykke, opparbeidet fortrolighet, antatte konsekvenser for deltakerne, men også en bevissthet rundt forskerens rolle i forskningen (Malterud, 2017). Som forsker skal man respektere den enkeltes unike historie og forvalte den på en måte slik at resultatene samsvarer med det som ble sagt. Det er også forskerens ansvar å fremstille dataene uten å påvirke eller endre de, slik at de kan lede til pålitelig og gyldig kunnskap (Malterud, 2017). I en kvalitativ studie hvor forsker og deltaker møtes for at deltakeren skal gi forskeren innsikt i sin historie og kunnskap, er det spesielt viktig å vise respekt og skape en gjensidig tillit mellom partene (Malterud, 2017). For meg har det vært viktig å ha et bevisst forhold til dette, ved å gjøre gode etiske refleksjoner hele veien gjennom prosjektet, men jeg var kanskje spesielt opptatt av å forsøke å skape en god og trygg intervjusituasjon.

5 Resultater

5.1 Presentasjon av resultatene

I dette kapittelet presenterer jeg oppgavens resultater som er basert på materialet fra de tre fokusgruppene og utarbeidet gjennom systematisk tekstkondensering.

Etter analysen var det fem kodegrupper og tretten subgrupper som tydeliggjorde seg ut ifra spørsmålene i min problemstilling. Temaene er som følger; «*dette betyr fysisk aktivitet for meg*» og «*dette kan påvirke om jeg er fysisk aktiv*». I utgangspunktet hadde jeg et eget tema som dekket det siste spørsmålet i problemstillingen om hvilken kunnskap har eldre om fysisk aktivitet. Da jeg satte opp resultatene etter analysen, så jeg at dette temaet inngikk som en del av tema 2, og videre vil det derfor bli presentert under dette temaet.

Under tabellene vil hvert tema med tilhørende kodegrupper og subgrupper bli presentert. Utvalgte meningsbærende enheter vil bli presentert under subgruppene for å underbygge de forskjellige temaene og gi deltakerne en stemme inn i resultatene.

Tabell 1 - Tema 1

Tema 1: Dette betyr fysisk aktivitet for meg	
Kodegruppe	Subgruppe
Kodegruppe 1: Fysisk aktivitet som kilde til livskvalitet	<ol style="list-style-type: none">1. God følelse2. Lystbetont3. Få luftet hodet
Kodegruppe 5: Fysisk aktivitet som kilde til funksjon	<ol style="list-style-type: none">1. Mestre hverdagen2. Kunne gjøre det jeg vil3. Selvfølelse

Tabell 2 - Tema 2

Tema 2: Dette kan påvirke om jeg er fysisk aktiv	
Kodegruppe	Subgruppe
Kodegruppe 2: Betydningen av sosial støtte	<ol style="list-style-type: none">1. Noen å være sammen med2. Drahjelp
Kodegruppe 4: Betydningen av erfaringer	<ol style="list-style-type: none">1. Tidligere vaner2. Gode rutiner3. Tid
Kodegruppe 3: Betydningen av kunnskap	<ol style="list-style-type: none">1. Veiledning2. Frykt

5.2 Tema: «Dette betyr fysisk aktivitet for meg»

Det første temaet som jeg har kalt «*Dette betyr fysisk aktivitet for meg*», tar jeg for meg kodegruppene «*Fysisk aktivitet som kilde til livskvalitet*» og «*Fysisk aktivitet som kilde til funksjon*» med tilhørende subgrupper.

I alle de tre fokusgruppene jeg gjennomførte var det kodegruppene under dette temaet som ble mest diskutert og fremhevet som de viktigste grunnene til å være fysisk aktiv. Deltakerne uttrykte at det var en sammenheng, en gjensidig avhengighet, mellom god funksjon og livskvalitet. Hvor opplevd livskvalitet henger sammen med evnen til å kunne gjøre det de vil, og denne evnen igjen henger sammen med det å ha en fysisk funksjon til å mestre det de vil.

Både under analysen og da jeg skrev resultatdelen brukte jeg litt tid på om subgruppene under kodegruppe 1 skulle presenteres som tre subgrupper eller om de egentlig hørte til sammen under en subgruppe. Jeg valgte til slutt å beholde de som tre subgrupper da deltakerne snakket om det som tre separate temaer, men også som temaer som er nært knyttet til og virker inn på hverandre.

5.2.1 Fysisk aktivitet som kilde til livskvalitet

I alle gruppene var det gjennomgående at subgruppene under livskvalitet ble trukket frem som de aller viktigste for å være fysisk aktiv. Det var unison enighet om at det å holde på med en form for fysisk aktivitet som de opplevde som gøy eller lystbetont, ga en god følelse som er helt essensielt for å ha det bra i livet. Samtidig var det gjennomgående at det var den gode følelsen de var opptatt av, ikke om den aktiviteten de bedrev hadde en trenings- eller helsefremmende effekt. De få gangene mengde, intensitet eller effekt av den fysiske aktiviteten kom opp som tema, handlet det som oftest om dårlig samvittighet for at det de gjorde sikkert ikke var bra nok. Generelt var det lite fokus på intensitet eller mengde, selv om det kom frem at de alle hadde en bevissthet om at det helsemessig var anbefalt med en viss mengde fysisk aktivitet. De fleste av deltakerne var opptatt av at det å komme seg ut på tur var lavterskel og den enkleste aktiviteten å gjennomføre for dem.

Videre vil jeg presentere subgruppene som beskriver hva det er ved fysisk aktivitet deltakerne opplever at bidrar til deres livskvalitet. Subgruppene er: «*God følelse*», «*Lystbetont*» og «*Få luftet hodet*».

5.2.1.1 God følelse

Samtlige deltakere i studien opplevde at det å være fysisk aktiv ga dem en god følelse, som de beskrev som en form for glede og tilfredshet. Denne gode følelsen var en viktig kilde til livskvalitet og et godt liv, flere brukte ordet «*livsglede*» for å beskrive den gode følelsen de opplevde.

«det å være i fysisk aktivitet er viktig for hele livsgleden. Ja, for det å ha et godt liv» (Karin, gruppe 1)

«når jeg er i aktivitet blir jeg gladere, blidere og lettere» (Kari, gruppe 2)

De fleste trakk frem at den gode følelsen spesielt hadde sammenheng med muligheten til å komme seg ut i frisk luft og gå tur, helst i skog og mark. Det å gå tur og glede seg over fine naturopplevelser var for alle en kilde til godt humør.

«jeg er en sånn som elsker å ta bilder og som må stoppe opp når jeg tenker; å, gud det bare må jeg ta bilde av, det er en opplevelse det også bare det å se fin natur» (Sissel, gruppe 3)

I tillegg trakk alle deltakerne frem at de syntes det var godt å kjenne på den gode følelsen av å være fornøyd med egen innsats når de hadde vært i aktivitet, uavhengig av om man er mest glad i å gå på tur eller i å gå på treningssenter. Som en dame sa;

«den følelsen av at du er fornøyd med og litt stolt av deg selv, jeg synes den følelsen er viktig også jeg» (Inger, gruppe 3)

5.2.1.2 Lystbetont

For alle deltakerne var det svært viktig at det å være fysisk aktiv var lystbetont, de måtte holde på med noe de syntes var gøy. Dette kom de stadig tilbake til, var det ikke gøy, var det ikke meningsfylt. Det å være aktiv bare for treningens skyld, opplevde de mindre meningsfylt og syntes ikke at det ga det samme overskuddet. Setningen; «*det er viktig at man liker og trives med det man holder på med*» gikk igjen i alle gruppene. Flere snakket om at selv om de visste at det er bra å være fysisk aktive, orket de ikke holde på med noe bare fordi det var bra for dem, det måtte være noe de likte. Dette kom også frem når de snakket om hva de brukte tid på, de prioriterte kun det som var viktig og ga mening for dem.

«gleden ved å være aktiv, det er grunnleggende. Man trener vel kanskje fordi man har lyst og ikke bare tenker nå skal jeg bli sprek. Nei, det må være noe vi trives med» (Edel, gruppe 1)

5.2.1.3 Få luftet hodet

I alle gruppene kom deltakerne stadig tilbake til at det var viktig for dem å komme seg ut og gå tur. De opplevde at det å komme seg ut og få frisk luft, som flere av de kalte å «*luftet hodet*», var helt nødvendig for det de beskrev som psyken og den mentale helsa. Det å få «*luftet hodet*» og koble av gjorde at de fikk ryddet i hodet og førte til at de kunne tenke mer rasjonelt rundt ting som opptok dem. I tillegg førte fysisk aktivitet til at de fikk tankene over på andre ting som var med på å sette ting i perspektiv og gjorde at de ofte så annerledes på ting etterpå. Flere av deltakerne var også opptatt av at de måtte ut hver dag, uansett vær, de opplevde det som «skadelig» for hodet og den mentale helsa å ikke få luft hver dag. De trengte ikke være ute så lenge, men hodet måtte luftes. En av deltakerne sa;

«hvis jeg synes ting er tungt, hjelper det å være aktiv, da blir hodet mitt litt lettere og jeg ser plutselig litt annerledes på ting» (Sonja, gruppe 2)

En av de andre deltakerne sa:

«Det å være ute og kjenne at jeg bruker kroppen, gir en god følelse rett og slett, jeg kjenner meg bedre etter det. Når man er mer aktiv, så merker man at man blir mindre sliten i huet, det blir mindre tankevirksomhet» (Leif, gruppe 3)

5.2.2 Fysisk aktivitet som kilde til funksjon

I alle gruppene var deltakerne opptatt av at det var svært viktig for dem å opprettholde en god funksjon når de ble eldre. Alle snakket om noen de kjente, naboer eller venner, som ikke klarte seg uten bistand hjemme, og at dette var noe de absolutt ikke ville oppleve selv. Det å kunne bo hjemme, klare seg selvstendig og fortsatt kunne gjøre det som var viktig for dem, var det et stort engasjement rundt. Også for de som beskrev seg selv som relativt lite fysisk aktive, var det å bli avhengig av hjelp fra andre, en trussel ved det å bli eldre.

5.2.2.1 Mestre hverdagen

Det å opprettholde sin selvstendighet og ikke måtte være avhengig av hjelp fra andre var et tema som skapte stort engasjement. Deltagerne kjente alle på at de hadde blitt eldre og at dette hadde medført en frykt for å miste sin selvstendighet, en frykt som i seg selv var en viktig motivasjonsfaktor for å være fysisk aktivt. Det å opprettholde sin funksjon slik at de fortsatt kunne bo selvstendig hjemme ble trukket frem som en grunnleggende kilde til livskvalitet.

«Det å være fysisk aktiv og klare seg i hverdagen henger sammen, det merker jeg på meg selv. Det er viktig å kunne gjøre det dagligdagse tinga som krever at jeg er sånn noenlunde i kroppen» (Leif, gruppe 3)

«det å være fysisk aktiv er bra for hukommelse og for at vi skal klare dagliglivet bedre, også unngår vi å få dårlig balanse for vi vil jo bo hjemme, det er livskvaliteten vår» (Kari, gruppe 2)

5.2.2.2 *Kunne gjøre det jeg vil*

Gjennomgående i alle gruppene var det at de merket at de var blitt eldre og at de kjente det på kroppen, både i forhold til den fysiske funksjonen, men også at det skjedde noe med energinivået. Det å bli eldre så de i utgangspunktet ikke negativt på, det var flere som opplevde at de var i en livsfase hvor de var mye positivt i livet deres, noe som gjorde at de var ekstra opptatt av å fortsatt kunne ha denne opplevelsen. Som nevnt i forrige punkt, var frykten for å ikke lengre kunne gjøre det som var viktig for dem en motivasjonsfaktor for å være fysisk aktiv. Likevel kom det frem, da dette ble diskutert, at nesten alle ville prioritere bort fysisk aktivitet, hvis det kun handlet om å være fysisk aktiv og ikke ga de noe mer enn det, det var ingen av de som ønsket å gå i skogen kun for treningens skyld.

«jeg vil så gjerne at kroppen min skal fungere, føre meg dit jeg selv vil, ikke få noen hinder» (Karin, gruppe 1)

I alle gruppene diskuterte de også frykten for å få helseutfordringer.

«ser andre som har begrensninger, har ikke lyst til å komme dit hvis jeg kan gjøre noe selv» (Edel, gruppe 1)

«når man ser på andre så blir man redd for hvordan det kan bli, jeg vil ikke at det skal bli noe som stenger for oss» (Inger, gruppe 3)

I alle gruppene var deltakerne opptatt av at fysisk aktivitet bidro til at de kjente seg i form, noe som ga en visshet om at de kan mestre ting, og fortsatt være en ressurs som kan bidra til samfunnet. Et par av deltakerne syntes det hadde vært vanskelig å slutte i jobb, da de opplevde at de fremdeles hadde mye å bidra med og var redde for å føle seg unyttige. Men de fleste opplevde at de fremdeles var en viktig ressurs for familie og venner, og flere snakket om muligheten for å kunne være sammen med og passe barnebarna. Når det kom til frivillig innsats i samfunnet, var det delte meninger blant deltakerne om dette. Flere sa at de

kunne tenke seg å bidra, men samtidig ønsket de ikke å binde seg til noe fast, spesielt nå som de opplevde å ha fått mer tid. De ville først kunne prioritere å gjøre det de hadde lyst til selv, før de forpliktet seg til å hjelpe andre. For meg som moderator, så det ut som disse meningene var relatert til om deltakerne bodde alene eller sammen med en partner, da de som bodde alene i større grad uttrykte at de kunne tenke seg å være frivillig.

«vi er oppegående og kan bidra til samfunnet, man kan regne med oss. Når jeg blir pensjonist om noen uker, vil jeg gjerne bidra, det at noen trenger meg er meningsfylt for meg» (Sonja, gruppe 1)

5.2.2.3 *Selvfølelse*

Som nevnt, i subgruppen over, kjente alle deltakerne på at det å bli eldre førte med seg kroppslige endringer, både med tanke på funksjon og energinivå, men også med hensyn til utseende. De som var jevnlig fysisk aktive snakket mye om at det var svært viktig for de å kjenne seg sterk og i god form og hvilken betydning dette hadde for selvfølelsen og troen på egen mestring. Flere av deltakerne hadde blitt mer aktive etter at det ble pensjonister, og de syntes det gjorde godt å oppleve at de følte seg sprekere nå enn for ti år siden. De kjente at de klarte mer i hverdagen og hadde mer energi, noe som motiverte de til å fortsatt være fysisk aktive.

«det at du føler deg i bra form, at du føler at det hjelper og at du gjør ting bedre, det er kanskje den største motivasjonsfaktoren» (Magne, gruppe 2)

Et par av deltakerne som hadde eller har hatt helseutfordringer var også opptatt av hva det hadde gjort for helsen å være fysisk aktiv. Ting som hadde vært vanskelig å gjøre før eller som de hadde sluttet med, var blitt enklere eller mulig å gjøre igjen. De opplevde at dette hadde sammenheng med at de både hadde blitt sterkere og mer utholdende, men også med at helseplager hadde minsket eller forsvunnet. Spesielt et par av deltakerne var svært opptatt av hva økt fysisk aktivitet kunne gjøre i forhold til helseplager. En av mennene som deltok i gruppen hadde fått beskjed om å være mer aktiv i påvente av en operasjon, noe som hadde ført til at han slapp å operere og i tillegg til at han nå opplevde at han var i bedre form enn han hadde vært i yngre år. En annen deltaker hadde kunnet slutte på blodtryksregulerende medisiner etter at han begynte å være mer fysisk aktiv.

«før har jeg hatt vondt i ryggen etter en halv time når jeg plukker bær, nå holdt jeg på i 1,5 time» (Ann-Katrin, gruppe 2)

«jeg slapp operasjon for jeg hadde trent meg så godt opp før operasjonen så de ville ikke operere» (Magne, gruppe 2)

Flere av deltakerne, spesielt damene, snakket om at de følte seg sterkere og i bedre form som førte til at de ikke var engsteligw for at de ikke skulle klare ting, og at det var viktig for selvfølelsen og lysten til å være med på ting i hverdagen.

«når man holder seg i form, så tenker man at dette fikser jeg og blir ikke redd for å prøve ting. Hadde jeg ikke trena eller vært i aktivitet så hadde jeg ikke turt å prøve SUP-brett sammen med barnebarna, men jeg tenker at jeg er i bra form, så dette fikser jeg» (Inger, gruppe 3)

Et par av de kvinnelige deltakerne snakket også om at det var viktig for dem å fortsatt se bra ut for å opprettholde selvbildet. I gruppen med bare kvinner var de alle enige om at utseende var noe de aldri kom til å slutte å bry seg om. De syntes det var viktig å føle seg vel og ikke minst passe inn i klærne sine. Dette ble også tatt opp av en kvinnelig deltaker i den ene gruppen hvor det var både menn og kvinner, hvor begge kvinnene var enige, men mennene ikke kommentert på dette.

«når du føler at kroppen sitter bedre på plass, da føler du deg mye bedre i hverdagen» (Edel, gruppe 1)

5.3 Tema: Dette kan påvirke om jeg er fysisk aktiv

Under dette temaet, som omhandler hva deltakerne opplevde kunne begrense de når det gjelder å være fysisk aktive, var det delte meninger mellom deltakerne. Noen kunne finne flere faktorer de mente kunne være begrensende, andre mente at det var få reelle begrensinger og mest unnskyldninger for å ikke være fysisk aktiv. Innen temaet ble subgruppene trukket frem som faktorer som både kunne fremme og hemme deltakelse i fysisk aktivitet, ved at faktorene enten var til stede eller fraværende. Temaet er delt inn i kodegruppene: betydningen av *sosial støtte*, *betydningen av erfaringer* og *betydningen av kunnskap*.

5.3.1 Betydningen av sosial støtte

5.3.1.1 Noen å være sammen med

I alle gruppene snakket deltakerne mye om betydningen av det å ha et sosialt nettverk. For de som bodde alene var det spesielt viktig å ha et godt nettverk, men også de som bodde med en partner betonet viktigheten av dette. De var ikke bare opptatt av det å treffe andre for sin egen del, men snakket også om betydningen av å vite at man er viktig for andre og oppleve at man kan gjøre en forskjell for dem. De fleste deltakerne var opptatt av å få frem at den sosiale faktoren i forbindelse med fysisk aktivitet betydde mer for dem enn helseeffekten av aktiviteten, men at de så på det som en bonus å få begge deler samtidig.

Deltakerne var unisont enige om at det å ha muligheten til å være fysisk aktiv sammen med andre var det de foretrakk aller mest. At det å for eksempel gå en tur sammen med en venn var veldig verdifullt og førte til at de både opplevde samhold, tilhørighet, støtte og at de hadde noen som brydde seg om dem. I tillegg var det godt å vite at man betyr noe for og er viktig for andre.

«det sosiale betyr like mye som treningen, også er det litt sosialt og godt at andre har bruk for deg» (Ann-Katrin, gruppe 2)

Deltakerne var opptatt av at det å treffe en venn og ha noen å prate med, gjorde dagen lettere, var positivt for humøret og viktig for psyken. De som gikk på treningssenter fremhevet hvor viktig de syntes det var at de hadde muligheten for å drikke kaffe og prate med andre etter treningen. De trakk også frem at det å være en del av en gruppe førte til at de opplevde å høre til, slik at de følte seg verdifulle. Hvis en deltaker ikke var på trening en dag, sjekket de andre om noen hadde hørt fra vedkommende, eller de tok direkte kontakt med hverandre. Samholdet på treningen hadde også ført til at de traff hverandre utenom treningen og de opplevde å knytte nye vennskap. Flere av deltakerne snakket om at mange eldre er ensomme og mente at det var treningstilbud med muligheten for å være sosial etterpå, som var nøkkelen til å få eldre til å være fysisk aktive.

«også er det kaffe etterpå da for de som vil være med på det. For da får du det sosiale og samholdet, det er det ikke alle som har» (Magne, gruppe 2)

Et par av deltakerne var ikke så opptatt av det sosiale i forbindelse med fysisk aktivitet, men mente selv at det sannsynligvis handlet om at de fremdeles var i jobb og hadde mye sosial kontakt der.

5.3.1.2 Drahjelp

I alle gruppene snakket de om at det er lettere å være fysisk aktiv når man har noen å være det sammen med. I tillegg til at man får den sosiale faktoren som nevnt i subgruppen over, er det også lettere å komme seg ut og være aktiv når man har gjort avtale om å møte noen, enn hvis man skal holde på for seg selv. Ikke bare er det hyggeligere, men det forplikter mer og gjør det lettere å pushe seg selv. En av damene sa;

«å gjøre det hjemme det greier jeg ikke, så da måtte jeg ha møtt noen, at to stykker holdt på. Det å treffe en venn, det gjør treninga lettere, å få den skravlinga om stort og smått» (Tove, gruppe 1)

Det var også flere som snakket om at det å ha gode rollemodeller. Det å se at andre får til ting var inspirerende, ga de tro på egen mestring og var en form for drahjelp for dem. Et par av damene tenkte at de hadde behov for å komme i gang med styrketrening, men hadde ikke tro på at de kunne klare det. Da var de som trente på treningssenter ivrige på å forklare at man må gjennom opplæring for å få bruke treningsfasilitetene, og at de ansatte er gode og inspirerende veiledere. Selv opplevde de det som veldig inspirerende å se andre, gjerne de som var eldre enn de selv, som trente og var i bedre form enn de selv. Det ga de tro på at de også kunne klare å fortsette med trening og oppleve mestring når de ble eldre.

«Jeg trener sammen med spreke damer som er ti år eldre enn meg og de gir meg trua på at jeg fremdeles har en fremtid, de er skikkelige forbilder. Når de klarer det, så skal jeg klare det» (Inger, gruppe 3)

Noen av deltakerne snakket om at det også var viktig for dem å være gode rollemodeller for sine nærmeste, spesielt barn og barnebarn, slik at de også ville komme i gang med og opprettholde en fysisk aktiv livsstil.

5.3.2 Betydningen av erfaringer

Deltakerne snakket mye om hvor fysisk aktive de hadde vært i yngre år. De fleste hadde vært aktive i barne- og ungdomsårene, men da de ble voksne og fikk familie og jobb, ble de for opptatt til å tenke på at de skulle være aktive for sin egen del. Da de var unge og spreke,

hadde de heller ikke tenkt så mye over behovet for å være fysisk aktiv, men mente at de fikk dette gjennom jobb og oppfølging av barna i hverdagen. De av deltakerne som var glad i å bruke naturen og som så på seg selv som aktive, sa at det hadde vært naturlig for de å ta med familien ut i naturen da de var yngre. De opplevde kanskje i større grad at det å være fysisk aktive lå naturlig for dem og at det var en del av deres identitet. De som ikke hadde det samme forholdet til fysisk aktivitet, så viktigheten av det nå som de var blitt eldre, men opplevde at det ikke var så enkelt å komme i gang og skape seg gode vaner nå.

5.3.2.1 Tidligere vaner

De fleste av deltakerne hadde periodevis vært fysisk aktive gjennom livet, hvor de i enkelte perioder hadde måttet gi for eksempel jobb eller familie høyere prioritet. Likevel mente de at de hadde vært tilstrekkelig fysisk aktive gjennom hverdagen. Derimot opplevde flere at denne mangelen på vaner i yngre år hadde ført til at de ikke hadde med seg gode vaner inn i eldre år, noe som gjorde det mer utfordrende å skape seg gode vaner nå som de var blitt godt voksne. Generelt var det enighet om at det å ha gode vaner ved å ha vært fysisk aktiv fra yngre dager, gjorde det lettere å opprettholde en fysisk aktiv livsstil når man ble eldre og pensjonist.

«når vi var unge var vi udødelige, da tenkte vi ikke på at vi burde ha gode vaner for å holde på med trimming og sånt, da var det full fart hele tiden, men nå kjenner du det på kroppen»
(Bjørn, gruppe 3)

«jeg burde ha gjort det, men jeg har ikke hatt den vanen tidligere, så derfor er det veldig vanskelig for meg» (Tove, gruppe 1)

5.3.2.2 Gode rutiner

Deltakerne var opptatt av at det å være fysisk aktiv krever at man skaper seg gode rutiner for å få gode vaner, men de så på det som krevende å skulle endre på hverdagen sin for å få disse gode rutinene. De så at det var lett å prioritere bort fysisk aktivitet til fordel for andre ting, både noe de opplevde som mer lystbetont, men også oppgaver som måtte gjøres. Flere trakk frem at det å ha noe fast å gå til, noe som forpliktet, var avgjørende for at det skulle bli noe de gjorde jevnlig og ikke kun sporadisk. De som syntes at de hadde klart å skape seg gode rutiner var de som hadde vært fysisk aktive hele livsløpet og som mente at det å være fysisk aktiv var en del av deres identitet. I tillegg opplevde de som, av ulike helsemessige årsaker, hadde måttet øke sitt aktivitetsnivå at de hadde fått så god bedring at dette hadde

motivert de til å skape seg gode rutiner. Et par av deltakerne fortalte også at de hadde hatt et bevisst forhold til at de måtte finne noe annet å fylle dagen med da de gikk av med pensjon, og at trening hadde blitt en form for jobb som ga de en rutine i hverdagen. Både fordi de trengte å fortsatt ha rutiner i livet og fordi de trengte nye meningsfylte aktiviteter å erstatte jobbhverdagen med. Spesielt mennene, snakket også om at de var engstelig for at det å bare skulle gå hjemme ikke ville være bra for den mentale helsa deres.

«det hadde vært supert med rutiner, det har ikke jeg» (Randi, gruppe 1)

«treninga har blitt jobben min, det begynte jeg med da jeg slutt å jobbe, jeg måtte fortsette å ha gode rutiner» (Magne, gruppe 2)

5.3.2.3 Tid

I gruppene var det delte meninger om tid var en utfordring med tanke på å være fysisk aktiv. Etter litt diskusjon var de fleste deltakerne enige om at tid egentlig ikke er en begrensende faktor, men mer en prioritering eller en unnskyldning for å ikke være aktiv. Det de derimot var helt enige om var at fysisk aktivitet ikke skulle oppleves som et stressmoment i hverdagen, men noe som ga påfyll og overskudd. De opplevde alle at tiden går fortere når man blir eldre og at de har travle dager, noe som medfører at de må prioritere det de virkelig vil bruke tiden sin på. De som ikke så på seg selv som så fysisk aktive opplevde selv at de prioriterte bort fysisk aktivitet til fordel for andre ting de heller ville gjøre.

«tiden går fortere når jeg har blitt eldre, og jeg vil ikke at venner og familie skal gå på bekostning av at jeg skal trene» (Edel, gruppe 2)

5.3.3 Betydningen av kunnskap

Når det kom til deltakernes kunnskap om og deres behov for kunnskap om fysisk aktivitet, så opplevde både jeg og de selv at de var litt selvmotsigende. De sa at de syntes det var motiverende å få kunnskap om hva som er bra for dem, men samtidig sa alle at de opplevde å ha tilstrekkelig kunnskap om hva som var riktig å gjøre. Ingen av deltakerne følte behov for å oppsøke informasjon om fysisk aktivitet, de visste at det var noe som var anbefalt, men de hadde ikke behov for å sjekke hva som gjaldt.

«vi har et naturlig avslappet forhold til det, og vi har den kunnskapen vi synes skal til» (Bjørn, gruppe 3)

Da vi i starten av intervjusituasjonen snakket om hva deltakerne definerte som fysisk aktivitet var det kun en av deltakerne som tenkte at det ikke handlet om trening, men at også hverdagsaktiviteter som hus- og hagearbeidet er fysisk aktivitet.

«jeg ser på skrittelleren på mobilen at når jeg har holdt på i huset og i hagen, så har jeg gått nesten 10 000 skritt i løpet av dagen, da tenker jeg at jeg har trent den dagen» (Tove, gruppe 1)

De andre deltakerne var enige i at de kunne bli varm og sliten av denne type aktivitet, men mente at man måtte ut på tur eller på treningscenter for at det skulle gjelde som fysisk aktivitet.

«jeg tenker ikke at jeg har vært fysisk aktiv når jeg har holdt på i huset, støvsuget og sånn, nei man må ut på tur» (Randi, gruppe 1)

Noe av bakgrunnen for at de ikke oppsøkte informasjon kan være at alle deltakerne var helt enige om at de ikke følte seg som eldre og at de dermed ikke tenkte at informasjon rettet mot eldre gjaldt dem.

«jeg føler meg ikke eldre, så det handler ikke om meg» (Edel, gruppe 1)

5.3.3.1 Veiledning

De av deltakerne som trente, trakk frem at det å få veiledning og hjelp til å vite hva man skal gjøre, spesielt for å unngå skader, hadde vært viktig for dem da de begynte å trene. De opplevde at det å få denne kunnskapen og veiledningen hadde gitt dem økt motivasjon for å være mer fysisk aktive.

«det er veldig viktig med hjelp og veiledning, og det er jo lettere å gjøre noe når noen sier hva du skal gjøre» (Ann-Katrin, gruppe 2)

Samtidig kom det frem, som tidligere nevnt, at de fleste deltakerne ikke oppsøkte kunnskap med mindre det hadde skjedd noe, som for eksempel en skade. Et par av deltakerne snakket om at de burde begynne med styrketrening, men de mente at de ikke var sterke nok til å trene styrke på et treningsstudio. Siden de ikke var så sterke var de også ukomfortable med å oppsøke veiledning og så på det å gå inn på et treningsstudio som en barriere, fordi de ikke visste hva de skulle gjøre. De som allerede trente på treningsstudio, mente at det nettopp er derfor man trenger veiledning og at det å oppsøke veiledning gir økt kunnskap.

5.3.3.2 Frykt

De av deltakerne som hadde opplevd å ha eller hadde hatt helseutfordringer trakk frem at de kjente på en frykt for at fysisk aktivitet skulle være farlig eller skadelig for dem. En deltaker hadde vært på rehabiliteringsopphold og fortalte at det hadde vært et vendepunkt når det gjelder å stole på at han kunne være fysisk aktiv. Der hadde han lært hva som skjedde i kroppen når han trente, noe som gjorde at han var mindre engstelig for å utfordre seg selv. En deltaker som hadde vært innlagt med hjertearytmi fortalte at han var veldig engstelig når han gikk tur og kjente at hjertet begynte å slå fortere, det hadde ført til at han og kona ikke var så mye på tur sammen fordi hun var mye sprekere enn han og han ville ikke begrense henne. Deltakeren fikk mye sympati og støtte av de andre, men ble også oppfordret til å søke rehabilitering slik at han kunne lære mer om hva som var bra og ikke bra for han. De andre var bekymret for om deltakeren begrenset seg for mye og at dette gikk ut over livskvaliteten.

«når en presser kroppen og merker at pulsen begynner å akselerere mer enn normalt, da begynner en å tenke litt mer også får en angst. Da blir du redd og da stopper alt opp» (Leif, gruppe 3)

Noen av deltakerne snakket om at de, nå som de hadde blitt eldre, hadde begynt å begrense seg litt mer i forhold til fysisk aktivitet, de tok det for eksempel litt roligere i utforbakkene på ski eller syklet og gikk roligere. De syntes de hadde blitt litt mer forsiktig eller engstelig med årene, men opplevde ikke at det var en frykt, mer en naturlig tilpasning til at de ikke var fullt så spreke lengre.

6 Diskusjon

Hensikten med min studie har vært å få økt kunnskap om hva som skal til for at eldre møter Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet. Forskningsspørsmålet hadde tre underspørsmål som omhandlet hva eldre opplever motiverer dem til å være fysisk aktive, hva de opplever som barrierer for å være fysisk aktive og hvilken kunnskap de har om fysisk aktivitet.

På bakgrunn av datainnsamlingen og det som kom frem under analysen av materialet formulerte jeg to hovedtemaer som er presentert i resultatdelen og som er i tråd med problemstillingens tre underspørsmål. Temaene er: «*Dette betyr fysisk aktivitet for meg*» og «*Dette kan påvirke om jeg er fysisk aktiv*». Både i resultatdelen og her under drøftingen har jeg valgt å legge problemstillingens siste underspørsmål som omhandler «*Hvilken kunnskap eldre har om fysisk aktivitet*» under temaet «*Dette kan påvirke om jeg er fysisk aktiv*». Dette har jeg valgt å gjøre både fordi det kommer frem både i litteraturen og i min analyse at kunnskap om fysisk aktivitet kan ha en stor betydning for om eldre er fysisk aktive.

I lys av problemstillingen vil de valgte temaene bli drøftet opp mot relevant forskning og teorien om Salutogenese. Første del av diskusjonskapittelet vil omhandle temaene fra resultatdelen, mens andre del av kapittelet vil ta for seg en diskusjon av metodevalg, samt svakheter og styrker knyttet til oppgaven. Under hvert diskusjonstema har jeg valgt å diskutere subgruppene sammen, da jeg opplever at de overlapper noe, samt i stor grad påvirker og er avhengig av hverandre.

6.1 Dette betyr fysisk aktivitet for meg

I resultatdelen var det subgruppene under dette teamet som engasjerte deltakerne mest. Temaet skapte ikke så mye diskusjon, da det var stor enighet, men deltakerne var opptatt av å få frem hvor stor betydning disse subgruppene hadde for deres livskvalitet og helse.

Samtlige deltakere opplevde at det å være fysisk aktiv førte til at de ble i bedre humør, og samtidig var opplevelsen av å bli gladere, blidere og lettere i humøret en viktig grunn til at de var fysisk aktive. Det å oppleve positive følelser, trivsel og livskvalitet er i tråd med Verdens helseorganisasjons definisjon av helse, hvor en av dimensjonene er mentalt velbefinnende. Det at befolkningen skal oppleve trivsel og livskvalitet er også et viktig mål for det overordnede folkehelsearbeidet i Norge (Folkehelseloven, 2012; World Health Organization,

2023). I studien var det en overvekt av deltakere som hovedsakelig satte denne positive opplevelsen i sammenheng med det å være ute i naturen, og ikke med det å være i fysisk aktivitet, selv om de så at kombinasjonen var bra. Dette stemmer med det Fugelli og Ingstad fant i sin studie, hvor deltakerne satte helse i sammenheng med det å være i naturen og oppleve trivsel (Fugelli & Ingstad, 2001). Selv om det i min studie var bred enighet om at det var godt å være i naturen, kom det imidlertid frem at ikke alle satte de gode følelsene de fikk av å være fysisk aktiv i sammenheng med det å være i naturen, de som gikk på treningsstudio opplevde også de samme gode effektene på humøret. Helsefremming handler om at aktiviteter ikke bare skal legge år til livet, men også legge liv til årene hvor velvære og livskvalitet er viktige dimensjoner (Lindström & Eriksson, 2016). Forskning viser at fysisk aktivitet er en kilde til psykisk velvære, godt humør, bedre mental helse og livskvalitet, og at det å oppleve disse følelsene er en motivasjonsfaktor for å være fysisk aktiv (de Maio Nascimento et al., 2023; Franco et al., 2015; Rawlings et al., 2019; Shaikh & Dandekar, 2019; Zantinge et al., 2014). Subjektiv livskvalitet handler blant annet om å oppleve positive følelser som glede og tilfredshet, og spesielt forskning på psykisk helse trekker frem en positiv effekt av fysisk aktivitet på depresjonssymptomer og livskvalitet (Dension et al., 2020; Helsedirektoratet, 2021; Nes, 2021).

Samtlige deltakere i studien snakket om at de brukte fysisk aktivitet som et tiltak for å få «luftet hodet» og at det var viktig for deres psyke eller mentale helse. Deltakerne opplevde at det å være i fysisk aktivitet, uansett om det handlet om å komme seg ut i naturen eller gå på treningssenter, førte til at de fikk ryddet i hodet og satt det de opplever i perspektiv, noe som førte til at dette ble mer oversiktlig og forståelig for dem. I teorien om Salutogenese er begripelighet en av dimensjonene i opplevelsen av sammenheng (OAS), som handler om å kognitivt forstå det som skjer og sette det inn i en begripelig sammenheng (Antonovsky, 1996). Ved å sette det man står ovenfor inn i en forståelig sammenheng, vil man kunne ta inn over seg om situasjonen er verdt å engasjere seg i og bruke ressurser på for å håndtere. Det å forstå det som skjer, gir samtidig en større sannsynlighet for å kunne ta i bruk riktige ressurser for å løse situasjonen mest mulig hensiktsmessig. For Antonovsky er dette kjernen i OAS, hvor evnen til å håndtere situasjoner hensiktsmessig motvirker stress, slik at individet kan gå i retning helseenden på kontinuumet (Antonovsky, 1996; Maass, 2019). For deltakerne i studien gir det å få luftet hodet en helsefremmende effekt, ved at de

oppretholder eller bedrer sin psykiske helse. Dette er i tråd med forskning som sier at fysisk aktivitet forebygger og opprettholder en god psykisk helse, som blant fører til at fysisk aktivitet kan være en viktig del av behandlingen ved lettere psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2021).

I min studie er deltakerne delt mellom de som trener jevnlig på treningsstudio og de som helst er fysisk aktive ute i naturen, med overvekt av den siste kategorien. Uavhengig av hvor de foretrekker å være fysisk aktive, understreker de alle at det å være fysisk aktiv må være lystbetont for at det skal gi mening for dem å holde på med aktiviteten. Litteraturen viser til at betydningen av at aktiviteten er lystbetont også kommer frem i studier (de Maio Nascimento et al., 2023; Franco et al., 2015; Rawlings et al., 2019; Shaikh & Dandekar, 2019; Zantinge et al., 2014). Blant annet fant McGowan og medforfattere i en review fra 2018 at eldre var mer opptatt av hvor morsom en aktivitet er enn om den har langsiktige helseeffekter (McGowan et al., 2018). Dette kan sees i lys av opplevelsen av sammenheng, hvor meningsfullhet er en av de tre dimensjonene som til sammen danner OAS. I følge Antonovsky har vi alle områder i livet som betyr mer og har større verdi for oss, og som dermed fører til at vi opplever at det er verdt å engasjere oss i og bruke ressurser på disse områdene (Antonovsky, 1979). I OAS er det dimensjonen meningsfullhet som inneholder det følelsesmessige aspektet og som er motivasjonsaspektet i OAS, slik at det å oppleve noe som meningsfylt henger sammen med motivasjonen for å oppsøke det (Antonovsky, 1979). Opplever eldre fysisk aktivitet som noe lystbetont og noe som gir mening å engasjere seg i, er det større sjanse for at de vil oppsøke og bruke sine ressurser på å være fysisk aktiv. Hvis eldre derimot ikke opplever det som spesielt lystbetont, men forstår betydningen av det for egen helse, kan det føre til at det likevel blir meningsfylt for dem å bruke sine ressurser på å være fysisk aktive (Maass, 2019). Det å få gjentatte erfaringer med fysisk aktivitet kan gi mestring og dermed utvikle forståelsen og evnen til å bruke sine ressurser på å være fysisk aktiv, og gjennom det styrke OAS og en mer helsefremmende atferd (Maass, 2019).

I alle fokusgruppene snakket deltakerne om at de kjente at de var blitt eldre, noe som hadde ført med seg en oppmerksomhet på at kroppen endret seg og en frykt for å ikke klare å opprettholde sin selvstendighet. For samtlige var det svært viktig å fortsatt kunne bo hjemme og klare seg selv uten bistand, dette så de på som helt grunnleggende for deres livskvalitet. Dette gjenspeiler funn fra studien til Fugelli og Ingstad hvor deltakernes

betydning av å ha en kropp som fungerte var satt i sammenheng med å oppleve å ha helse og hvor de fant at tap av selvstendighet kunne redusere livskvaliteten (Fugelli & Ingstad, 2001). Verdens helseorganisasjon definerer helse til å være en positiv ressurs hvor fysisk kapasitet vektlegges som en viktig faktor for livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2016; World Health Organization, 2023). Litteraturen viser til at frykten for å miste sin selvstendighet er en viktig motivasjonsfaktor for eldre når det gjelder å være fysisk aktiv, noe som samstemte med deltakerne i min studie som alle opplevde at denne frykten førte med seg en bevissthet som ble en viktig motivasjonsfaktor for å være fysisk aktiv. (Fernández-Ballesteros et al., 2021; World Health Organization, 2022a; Zaleski et al., 2016). Antonovsky viser til at motivasjonen i OAS ligger i dimensjonen meningsfullhet og at motivasjon er selv drivkraften i livet (Antonovsky, 2012). Hvis det meningsfulle er å unngå helseutfordringer og opprettholde sin selvstendighet, vil denne frykten kunne være en motivator for å være fysisk aktiv og føre til at fysisk aktivitet blir et helsefremmende tiltak (Antonovsky, 2012). De av deltakerne som hadde opplevd at et økt fysisk aktivitetsnivå hadde bedret deres fysiske funksjon, så også denne bedringen som en stor motivator for å fortsette med en fysisk aktiv livsstil. Noe som er i tråd med det litteraturen viser, at økt fysisk aktivitetsnivå grunnet helsemessige årsaker, gir en større forståelse for betydningen av fysisk aktivitet og motiverer til opprettholdelse av denne livsstilen (Devereux-Fitzgerald et al., 2016). Gjentatte erfaringer med at fysisk aktivitet gir en bedring i funksjon, økt tro på egen mestring og selvfølelse, som kan styrke OAS og føre til en mer helsefremmende atferd (Maass, 2019). Det å opprettholde funksjon og selvstendighet er viktig for opplevelsen av livskvalitet, som igjen er viktig for opplevelsen av å ha god helse (Naidoo & Wills, 2016). Bedringen i funksjon og livskvalitet gjør fysisk aktivitet til en meningsfull aktivitet som det er verdt å bruke sine ressurser på å løse, jamfør opplevelsen av sammenheng (Antonovsky, 2012).

Sammen med betydningen av å opprettholde sin fysiske funksjon understreket deltakerne at det var svært viktig for dem å fortsette å kunne gjøre det de hadde lyst til. Det å ikke få noen begrensninger, men ha muligheten til å gjøre det de hadde lyst til, var en viktig motivasjonsfaktor for å være fysisk aktiv. Dette er i tråd med det litteraturen viser til, at hvis eldre opprettholder sin helse når de blir eldre er det mulighet for å kunne gjøre de samme tingene som yngre mennesker gjør (Helsedirektoratet, 2014; Langhammer et al., 2018). Om eldre har motivasjon til å fortsatt holde på med aktiviteter som betyr noe for dem og forstår

sammenhengen med fysisk aktivitet som et helsefremmende tiltak for å opprettholde denne muligheten, vil det være mer sannsynlig at de finner ressurser til å være fysisk aktive (Antonovsky, 2012). Forskning viser at mange av de helseutfordringene eldre opplever kan forebygges gjennom gode helsevalg (Eckstrom et al., 2020; World Health Organization, 2015). En fysisk aktiv livsstil gir et bedre utgangspunkt for å opprettholde funksjon og helse, og litteraturen viser at funksjon og selvstendighet er en motivasjonsfaktor for å være fysisk aktiv (Franco et al., 2015; McGowan et al., 2018; Shaikh & Dandekar, 2019; Spiteri et al., 2019). Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet er i tråd med regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn hvor de understreker at det å oppleve god funksjon og helse er en forutsetning for at eldre opplever en sunn og aktiv aldring. Flere eldre med god helse som kan bidra og delta i samfunnet muliggjør en mer bærekraftig samfunnsutvikling (Departementene, 2016; Folkehelseinstituttet, 2014b).

6.2 Dette kan påvirke om jeg er fysisk aktiv

Det var en del uenighet i gruppene om hva som kunne begrense dem fra å være fysisk aktive og de diskuterte om det som kom frem var reelle begrensinger eller om det var unnskyldninger for å ikke være fysisk aktiv. Uavhengig av om de opplevde faktorene som en begrensning eller en unnskyldning, var det en felles forståelse for at disse faktorene kunne være vanskelig å overkomme i hverdagen. De begrensende faktorene som ble tatt opp i gruppene ble diskutert både som en begrensning og som en mulig motivator hvis de var til stede, herunder drøfter jeg det med utgangspunkt i at faktoren ikke er til stede og dermed en begrensende faktor for å være fysisk aktiv.

Det sosiale aspektet i relasjon til fysisk aktivitet snakket de mye om i alle gruppene. Det å være fysisk aktiv alene var det kun tre av deltakerne i studien som syntes kunne være ok, de resterende opplevde at det var lite lystbetont og motiverende å være fysisk aktiv uten selskap. Litteraturen viser at det å ikke ha noen å være fysisk aktiv sammen med kommer høyt opp på listen som en barriere for å være fysisk aktiv, samt at det sosiale aspektet har en større betydning for eldre enn den rene fysiske helsegevinsten av å være fysisk aktiv, noe deltakerne i min studie understøttet (Devereux-Fitzgerald et al., 2016; McGowan et al., 2018). De var alle opptatt av at det var meningsfylt for dem å treffe en venn og ha noen å prate med, og blant deltakerne som gikk på treningssenter opplevde de å treffe andre i en gruppetrening som svært motiverende. I Salutogenese er det å drive med noe meningsfylt,

selve drivkraften og motivasjonen i OAS, og er dette ikke til stede er det sannsynligvis mindre verdifullt å holde på med aktiviteten (Antonovsky, 2012). De fleste i studien syntes det var vanskelig å motivere seg til å være fysisk aktiv alene, hadde de ingen å være sammen med, var det lettere å la det være. For eldre kan dette bety, at selv om de er klar over og forstår nytteverdien ved å være fysisk aktiv, kan fravær av det meningsfulle i sosialt samvær føre til at de ikke bruker tid på denne aktiviteten (Antonovsky, 1996). De av deltakerne som ikke var så opptatt av det sosiale aspektet ved den fysiske aktiviteten var fremdeles i jobb og mente selv at de fikk dekket sitt sosiale behov gjennom jobben. Deltakerne var også opptatt av at det å ha gjort avtaler forpliktet de mer enn om de skulle ut alene. Det å ha en avtale med en venn førte ikke bare til at de selv fikk sosial støtte, men ga de også en følelse av å være viktig for andre, noe som gjorde det ekstra meningsfylt å være fysisk aktiv sammen med andre. Med tanke på opplevelsen av sammenheng viser deltakerne til at både det å få sosialt påfyll for egen del samt det å bety noe for andre er verdifullt for dem, og gjør fysisk aktivitet sammen med andre til meningsfylt aktivitet. Tilgang til sosial støtte er altså en viktig ressurs som styrker opplevelsen av sammenheng, en tilstedeværelse av begge disse dimensjonene i forbindelse med fysisk aktivitet vil med større sannsynlighet motivere og legge til rette for at individet oppsøker mer av den samme aktiviteten og går i en helsefremmende retning på kontinuumet (Antonovsky, 1979). Funn i studier understøtter at gruppetrening kan være en motivator for å opprettholde trening, noe deltakerne i min studie trakk frem som viktig. Litteraturen viser derimot at gruppetrening også kan være en kilde til ekskludering, det kom ikke frem i min studie, noe som kan henge sammen med at det var relativt få av informantene som deltok i organisert gruppetrening (Franco et al., 2015; Spiteri et al., 2019). De som trente på treningssenter trakk frem at det å se andre, gjerne de som var eldre enn de selv, som fortsatt trente og klarte seg godt i hverdagen, ga de tro på egen mestring og deres mulighet til å fortsatt kunne opprettholde sin selvstendighet og livskvalitet. Det å ha gode rollemodeller i likesinnede var en ressurs som motiverte de til å fortsette med fysisk aktivitet, noe litteraturen støtter (McGowan et al., 2018; Spiteri et al., 2019). Fysisk aktivitetsnivå fluktuerer gjennom livet og er spesielt sårbart ved endringer som større livsoverganger (Gropper et al., 2020; Zantinge et al., 2014). Pensjonering er en stor livsovergang og her viser litteraturen at det fysiske aktivitetsnivået ofte øker i forbindelse med pensjonering, men deretter reduseres etter noen år (Barnett et al., 2012; Gropper et al., 2020; Zantinge et al., 2014). I tråd med at Eldres sosiale nettverk sannsynligvis endrer seg

ved pensjonering, i sammenheng med at vi vet at sosial støtte er en viktig faktor for å være fysisk aktiv, er dette en kombinasjon man bør ha søkelys på når man ønsker å få flere eldre til å øke sitt fysiske aktivitetsnivå.

Samtlige deltakere mente at det å ha med seg gode rutiner og vaner inn i eldre år var en fordel når det gjelder å ha en fysisk aktiv livsstil. Samtidig mente de av deltakerne som hadde klart å skape seg gode vaner ved overgangen til pensjonsalder, at det ikke var for sent å starte opp med fysisk aktivitet når man gikk inn i pensjonsalderen. Litteraturen støtter at det å ha gode vaner fra man er yngre henger sammen med det å opprettholde en fysisk aktiv livsstil når man blir eldre (Rawlings et al., 2019; Spiteri et al., 2019). Det å ha gode erfaringer med fysisk aktivitet, kan være en kilde til motstandsressurser og styrke OAS (Antonovsky, 1979). I sammenheng med det å ha gode vaner og rutiner, ble tid tatt opp som en mulig begrensning i min studie. Her var deltakerne uenige om tid var en begrensning eller en unnskyldning som ble brukt fordi man prioriterte bort fysisk aktivitet til fordel for andre ting man heller ville bruke tiden sin på. Litteraturen understøtter at fysisk aktivitet konkurrer med andre prioriteringer for eldre, både i forhold til ting man ønsker å gjøre, men også ting man må gjøre, som for eksempel ivaretagelse av omsorgsoppgaver (McGowan et al., 2018; Shaikh & Dandekar, 2019). Hvis eldre ikke opplever fysisk aktivitet som meningsfylt er det mindre sannsynlig at de, selv om de forstår viktigheten av det, vil prioritere å bruke ressurser og tid på å være fysisk aktiv (Maass, 2019). Noen av deltakerne snakket om at overgangen til pensjonisttilværelsen hadde gitt de et bevisst forhold til at de måtte skape seg nye rutiner for å ha noe fast å gå til og noe meningsfylt å fylle den nye tilværelsen med når de ikke lengre skulle gå på jobb. Forskning viser at pensjonering er en livsovergang som frigir tid og som dermed åpner en mulighet for å skape seg nye vaner (Gropper et al., 2020; Zantinge et al., 2014).

Litteraturen viser til at mange eldre ikke ser fysisk aktivitet som en primæraktivitet eller den aktiviteten de oppsøker, men at det å være fysisk aktiv er noe de oppnår gjennom andre aktiviteter de gjør (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; McGowan et al., 2018). Dette kom derimot ikke så tydelig frem i min studie, hvor det fremstod som de fleste hadde glede av en viss form for fysisk aktivitet, selv om den for de fleste var uløselig knyttet sammen med gode naturopplevelser eller sosialt samvær. Det som derimot var gjennomgående var at alle, bortsett fra de som gikk på treningsstudio, hadde lite søkelys på intensitet, mengde eller om

den aktiviteten de bedrev var i tråd med gjeldende anbefalinger i forhold til fysisk aktivitet. Noen av deltakerne mente at det de gjorde var godt nok. De som trente på treningsstudio derimot, var mer opptatt av at det må en viss mengde og intensitet til, men de hadde heller ikke behov for å sjekke om det de gjorde var i tråd med anbefalingene om fysisk aktivitet, men de regnet med at det var det. Verdens helseorganisasjon definerer de som ikke oppnår anbefalingene om fysisk aktivitet som inaktive, men studier viser også til at all fysisk aktivitet er bra for helsen, uansett på hvor lavt nivå det ligger (World Health Organization, 2022a).

Deltakerne så ikke et behov for å oppsøke kunnskap om fysisk aktivitet med mindre det skjedde noe uforutsett som gjorde dette nødvendig, da de ellers opplevde at de hadde nødvendig kunnskap. Det kommer frem i litteraturen at manglende kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet blant annet kan føre til liten forståelse for at aldringsprosessen kan påvirkes, og at fysisk aktivitet er et viktig helsefremmende tiltak i denne sammenheng (McGowan et al., 2018; Rawlings et al., 2019; Spiteri et al., 2019). Forskning viser at helsekompetanse påvirker helsefremmende beslutninger og at et høyere nivå av helsekompetanse har sammenheng med deltakelse i fysisk aktivitet (Lim et al., 2021). Studier viser også at det å ha helseutfordringer øker kunnskap og forståelse for at fysisk aktivitet er et viktig tiltak, noe de av deltakerne i min studie som hadde opplevd dette, også bekreftet (Devereux-Fitzgerald et al., 2018). De som hadde hatt fysiske begrensinger understreket at fysisk aktivitet hadde endret deres livskvalitet, og at det nå var viktig for dem å opprettholde den nye aktive livsstilen. En av deltakerne hadde vært på rehabilitering etter hjerteoperasjon og opplevde at det han hadde lært der var helt avgjørende for at han nå ikke var redd for å være fysisk aktiv. En annen deltaker uttrykte at helseutfordringer hadde gjort ham engstelig for å være fysisk aktiv, slik at han begrenset seg en del i hverdagen, men han hadde likevel ikke oppsøkt veiledning eller kunnskap i forbindelse med dette. Litteraturen viser at helseutfordringer kan være en direkte årsak til at eldre ikke er fysisk aktive, men også at inaktivitet kan handle om manglende kunnskap om kropp og fysisk aktivitet slik at frykten kan være en begrensning i forhold til å være fysisk aktiv (McGowan et al., 2018).

6.3 Metodediskusjon

Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk, kritisk refleksjon ved bruk av anerkjente fremgangsmåter innen forskning. Vitenskapelighet er ikke knyttet til en bestemt

metode, men handler om hvordan kunnskapen innhentes og håndteres, og på tvers av paradigmer er det en samforståelse for hvilke kriterier som skal ligge til grunn for forskningsprosessen (Malterud, 2017; Merriam & Tisdell, 2016). Hvilken metode man velger å benytte skal være i samsvar med hva som er best egnet for å besvare forskningsspørsmålet (Malterud, 2017). Kvalitetskravene er beskrevet i oppgavens metodedel, herunder vil jeg forsøke å vise hvilke refleksjoner jeg har gjort i forhold til disse kravene, samt om jeg opplever å ha oppnådd de og hvilke andre vurderinger jeg kunne ha gjort underveis.

I kvalitativ metode har man en åpen og induktiv tilnærming til forskningen hvor man ønsker å få frem kunnskap om hvordan mennesker konstruerer og opplever sin verden, samt hvordan de tolker og tillegger sine erfaringer mening (Malterud, 2017; Merriam & Tisdell, 2016). Her blir man som forsker en del av forskningen, hvor forskerens forforståelse vil være med å påvirke alt fra valg av tema og problemstilling, til spørsmålene man stiller, samt hvordan resultatene tolkes, noe som krever at man gjennom hele prosjektet har et bevisst forhold til og reflekterer rundt de valgene man har gjort ved gjennomføring av studien (Malterud, 2017). Forskeren skal aktivt utvise en kritisk refleksjon gjennom hele forskningsprosessen slik at leseren får innsikt i de kontekstuelle rammene kunnskapen er innhentet under og vise at det er gjort i samsvar med grunnleggende krav for en forskningsprosess (Malterud, 2017; Thomas & Magilvy, 2011). I denne studien er det jeg som forsker som har stått for valg og gjennomføring av prosessen, jeg har forsøkt å vise intersubjektivitet gjennom hele forskningsprosessen ved å synliggjøre alle valg som er gjort i forkant og underveis i prosessen (Malterud, 2017). I tillegg har jeg hele veien tilstrebet en bevissthet på om det jeg undersøker er i tråd med hensikten med min masterstudie, om problemstilling og valg av informanter er i overenskomst med problemstilling, samt om utvalget er hensiktsmessig med tanke på å gi resultater som svarer på mitt forskningsspørsmål. Det at jeg står for hele prosessen vil skape en nærhet til materialet, men denne nærheten kan også gjøre meg blind for deler av materialet, for eksempel resultater som utfordrer min forforståelse (Malterud, 2017).

Den forforståelse jeg har hatt med meg inn i dette masterløpet har først og fremst hatt betydning for valg av tema, og problemstilling, men gjennom det også virket inn på valg av fremgangsmåte, tolkningen jeg har gjort av materialet og de resultatene jeg har presentert (Malterud, 2017). Tema for oppgaven og problemstilling ble valgt på bakgrunn av mitt ønske

om å få økt kunnskap om hva eldre opplever at hemmer og fremmer at de er fysisk aktive. Valget springer, som tidligere forklart, ut fra min utdanning og yrkesbakgrunn som fysioterapeut, noe som selvfølgelig har dannet grunnlag for min forforståelse ved inngangen til denne masterstudien. Som fysioterapeut anser jeg bevegelsesglede og fysisk aktivitet som et viktig forebyggende og helsefremmende tiltak for å opprettholde god helse, noe som også har påvirket mitt valg av masterstudium i folkehelsevitenskap.

Fra starten av var det naturlig for meg å velge kvalitativ metode, da jeg med studien ønsket å få frem tanker, holdninger og erfaringer som deltakerne hadde gjort seg. Med dette som utgangspunkt var en kvantitativ fremgangsmåte utelukket (Malterud, 2017). Innenfor kvalitativ metode valgte jeg videre å bruke fokusgruppe som tilnærming, fordi jeg så for meg at det å samle flere informanter i en gruppe ville gi mer kunnskap om emnet enn ved å gjennomføre individualintervjuer. Fordelene med fokusgruppe er at deltakerne gjennom interaksjonen i gruppen kan følge opp og utdype hverandres utsagn slik at man forhåpentligvis kan få frem kunnskap av en annen karakter enn i et individuelt intervju (Malterud, 2012). Jeg så også for meg at dialogen i en gruppe i større grad blir en hverdagssamtale mellom deltakerne, slik at det blir lettere for dem å dele erfaringer (Malterud, 2012). Om man oppnår dette i gruppen har selvfølgelig sammenheng med i hvor stor grad man klarer å lage en intervjusituasjon som skaper trygghet og som åpner opp for at deltakerne ønsker å dele erfaringer, samt om man som moderator klarer å ha oversikt og involvere alle deltakerne i gruppen (Malterud, 2012). For meg, som var helt ny på dette området, var det viktig å forberede meg godt. Det gjorde jeg ved å følge tipsene om gjennomføring i boken «*Fokusgrupper som forskningsmetode for medisins- og helsefag*» av Kirsti Malterud, blant annet ved å planlegge settingen og tenke gjennom hvordan jeg skulle fungere som moderator (Malterud, 2012). Planen min var at jeg hovedsakelig skulle stille spørsmålene og la deltakerne i størst mulig grad styre samtalen selv, men selvfølgelig også hente inn igjen deltakerne hvis de skled ut. Selv om jeg brukte tid på å forberede gruppene, var det ikke alltid at gjennomføringen gikk som jeg hadde tenkt. I etterkant av gruppene så jeg at jeg med fordel kunne ha inntatt en mer aktiv rolle som moderator og i større grad fulgt opp det enkelte deltakere delte. Det hadde kanskje ført til at flere av informantene i større grad hadde sluppet til, samt at de hadde utforsket hverandres erfaringer mer. En mer aktiv moderatorrolle hadde muligens også ført til at enkelte deltakere hadde delt mer personlige

erfaringer i stedet for å uttale seg på generelt grunnlag, noe som kunne ha gitt et rikere materiale (Malterud, 2012). Fokusgrupper kan gi mye informasjon i forhold til ressursinnsats, men man skal være klar over at gruppedynamikken kan føre til at deltakerne ikke deler hvis de har meninger som avviker fra det de andre mener eller opplever (Malterud, 2017). Materialet kan også bli ensidig belyst hvis moderatoren ikke klarer å styre gjennomføringen, noe man eventuelt kan kompensere for ved å ha flere grupper (Malterud, 2017).

Min kanskje største utfordring i forbindelse med studien var å formulere gode intervju spørsmål som både favnet det jeg ønsket å utforske og samtidig var åpne nok til å la deltakerne reflektere rundt svarene sine. I forbindelse med første fokusgruppe opplevde jeg å måtte forklare eller utdype enkelte av spørsmålene jeg stilte. Jeg forsøkte dermed å endre ordlyden i spørsmålene til neste gruppe, men var redd for å endre spørsmålene så mye at jeg ikke spurte om det samme, så jeg endte med å la spørsmålene være i sin opprinnelige form. Det at spørsmålene var de samme i alle gruppene sikret i større grad at jeg spurte om det samme, bakdelen var at jeg, de gangene jeg måtte forklare et spørsmål, kanskje forklarte det forskjellig i gruppene, til tross for at jeg hadde laget forklarende eller utdypende underspørsmål til hvert spørsmål. Denne tilnærmingen til intervjuguiden kan ha ført til at jeg ble lite fleksibel og at materialet er mindre rikt (Malterud, 2012).

En annen begrensning i min studie kan være utvalget. Da min opprinnelige plan for rekruttering ikke førte frem, ble deltakerne rekruttert gjennom snøballmetoden, ved at en deltaker som hadde takket ja, anbefalte en annen person i sitt nettverk jeg kunne kontakte. Dette ga meg et tilgjengelighetsutvalg, sannsynligvis basert på hvem deltakerne selv tenkte kunne ha interesse av å delta i en studie om fysisk aktivitet (Malterud, 2017). Til tross for dette besto det opprinnelige utvalget både av deltakere som var jevnlig fysisk aktive og deltakere som ut ifra det de oppga var sjelden fysisk aktive. Dermed opplevde jeg at jeg hadde et noenlunde representativt utvalg fra befolkningen i relevant aldersgruppe, som heller ikke var for homogent da det bestod av både kvinner og menn. Før gjennomføring av fokusgruppene var det noen deltakere som trakk seg fra studien, og ut ifra informasjonen jeg hadde om deltakerne var dette de som hadde oppgitt av de var minst fysisk aktive. Om avbudet hadde sammenheng med studiens tema spurte jeg de ikke om, da de på forhånd var informert om at når som helst kunne trekke seg fra studien, jamfør invitasjonen til å delta i studien (Malterud, 2017). At disse deltakerne trakk seg fra studien, kan selvfølgelig være en

svakhet for resultatene av studien, men i kvalitativ metode er det slik at utvalget ikke trenger å være så stort hvis det har god informasjonsstyrke (Malterud, 2017). Da jeg transkriberte materialet så jeg at det var mye likt som kom frem i de tre fokusgruppene jeg gjennomførte. Dette kan selvfølgelig ha sammenheng med god informasjonsstyrke og metning, men jeg tror nok det i større grad er et resultat av min uerfarenhet som moderator og dertil manglende evne til å følge opp utsagn som burde vært utforsket.

Størrelsen på fokusgruppene i min studie kan være en begrensning for resultatene. På bakgrunn av at jeg er nybegynner valgte jeg å fordele deltakerne i tre grupper, slik at jeg ikke hadde flere enn 6 deltakere i hver gruppe. Da gruppene skulle gjennomføres var antallet, grunnet frafall, redusert til fem og fire deltakere. Dette kan, som Kirsti Malterud beskriver, ha ført til mindre bredde i materialet, men for meg ble det nok lettere å holde oversikt og følge opp det som ble sagt. Fokusgrupper med mange deltakere kan gi rikelig informasjon med bredde i det som kommer frem, men stiller store krav til meg som moderator (Malterud, 2012). Jeg opplevde at det ikke kun var enighet i gruppene, men at deltakerne turte å komme med forskjellige meninger, følge opp utsagn fra andre og utfordre hverandre på hvorfor de tenkte på den måten. Til tross for at de ikke var så mange i hver gruppe, så opplevde jeg at utvalget var strategisk i forhold til min problemstilling og at materialet ga bredde da jeg gjennomførte analysen (Malterud, 2012).

Analysen av materialet brukte jeg lang tid på da jeg strevde med å komme meg gjennom trinn tre. Jeg gikk mye frem og tilbake i de foregående trinnene, samt leste om systematisk tekstkondensering i Malterud sin bok og andre masteroppgaver for å få inspirasjon (Malterud, 2017). At dette trinnet tok tid hadde sammenheng med at jeg hadde en tanke om at jeg skulle formulere kreative temaer, men til slutt måtte jeg legge meg på filosofien om at «det enkle er ofte det beste» og temaene ble formulert likt det informantene sa. Samtidig så var denne frem- og tilbakegangen i materialet nyttig, da den ga meg muligheten til å lete etter og få frem informasjon som ikke nødvendigvis stemte overens med min forforståelse, og som jeg eventuelt hadde oversett i første omgang (Malterud, 2012).

Forskning skal ha en nytteverdi, noe som betyr at forskeren skal vurdere hva kunnskapen kan brukes til, om den utgjør en forskjell og om den tilfører noe nytt til den eksisterende kunnskapen (Merriam & Tisdell, 2016). Det er ikke etisk riktig å bruke andres tid på å forske på noe man allerede vet, dermed er det viktig å forsikre seg om at forskningen har

nytteverdi ut over egen interesse (Malterud, 2017). For å vurdere dette søkte jeg i databaser og leste meg opp på tidligere forskning. Jeg fant mange studier som ser på fysisk aktivitet i forhold til en spesifikk diagnose, men færre studier som omhandlet kun eldre og hva som fremmer eller hemmer deres deltakelse i fysisk aktivitet (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; Franco et al., 2015; Spiteri et al., 2019; Zaleski et al., 2016). Dette kan selvfølgelig være et resultat av min kunnskap på gjennomføring av søk. For å sjekke ut om jeg overså relevante artikler leste jeg alltid gjennom referanselisten til de aktuelle artiklene jeg fant og så at mange av de studiene jeg hadde funnet gikk igjen.

Utvalget jeg som forsker innhenter mitt datamateriale fra vil også kunne ha innvirkning på resultatenes relevans og kan være begrensende for overførbarheten av resultatene (Malterud, 2017). Samtidig kan et lite, men strategisk utvalg med god informasjonsstyrke gi god kunnskap som kan gi informasjon ut over konteksten den ble hentet inn i. I følge Kirsti Malterud bygger kvalitative studier ofte på materiale fra 10 – 25 deltakere (Malterud, 2017). Mitt utvalg på 13 deltakere vil i så måte kanskje være lite i et forskningsprosjekt og resultatet dermed ikke så overførbart, men på den annen side opplevde jeg at de temaene som kom frem i resultatene var de samme som gikk igjen i gruppene, som kan bety at det var god informasjonsstyrke hos informantene slik at jeg oppnådde metning i resultatene (Malterud, 2017). I min studie kan i tillegg bruk av snøballmetoden i rekruttering av deltakere, som diskutert tidligere, ha ført til en skjevhet hos informantene (Malterud, 2017). Formålet med studien har vært å innhente kunnskap fra informantene om hva de subjektivt opplever at hemmer eller fremmer at de er fysisk aktive. Disse opplevelsene vil være individuelle, men noen vil også være sammenfallende. Hensikten med kvalitativ metode er ikke å innhente kunnskap som er generaliserbar, men å få ny innsikt og kunnskap som tidligere ikke har kommet frem og som kan ha overføringsverdi til andre sammenhenger (Malterud, 2017). Det vil være rimelig å anta at kunnskapen som har fremkommet i denne studien vil være overførbart til eldre i samme alderskategori, men samtidig er blant annet ikke tatt hensyn til sosioøkonomisk bakgrunn, noe som vil kunne påvirke overførbarheten til forskjellige grupper i samfunnet (Malterud, 2017). Siden dette er en masteroppgave med en begrensning i kapasitet og omfang, vil det også være opp til leseren å bedømme hvorvidt den har tilført ny overførbart kunnskap på området.

6.4 Oppsummering og veien videre

Demografisk utvikling viser en global positiv trend med økt levelengde, en utvikling som har ført med seg et fokus på en bærekraftig samfunnsutvikling hvor eldre lever et liv som innebærer flere funksjonsfriske år med god livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2014b; World Health Organization, 2015). Det er et mål for folkehelsearbeidet i Norge at flest mulig skal oppleve god helse og en aktiv alderdom med mulighet for å kunne gjøre det som er viktig for dem (Folkehelseloven, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2018-2019, 2019). Fysisk aktivitet er et helsevalg som kan bidra til dette, slik at innsikt i hvilke faktorer som kan øke aktivitetsnivået blant eldre er viktig kunnskap i det videre folkehelsearbeidet (Folkehelseinstituttet, 2014b)

Formålet med denne masterstudien har vært å se på hva som skal til for at eldre når Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet. Dette er gjort ved å stille spørsmålene om hva som fremmer eller hemmer at eldre er fysisk aktive samt hvilken kunnskap eldre har om fysisk aktivitet. Studien har en kvalitativ tilnærming til problemstillingen og det er brukt fokusgrupper som metode. Gjennom litteratursøket ble det funnet mange studier om eldre og fysisk aktivitet i sammenheng med ulike diagnoser, men ikke så mange studier hadde tatt for seg hva som fremmer eller hemmer at eldre er fysisk aktive (Devereux-Fitzgerald et al., 2018; Franco et al., 2015; Spiteri et al., 2019; Zaleski et al., 2016).

Resultatene i studien er presentert gjennom temaene; «*Dette betyr fysisk aktivitet for meg*» og «*Dette kan påvirke om jeg er fysisk aktiv*». Disse temaene er valgt ut ifra informantenes opplevelser og erfaringer med å være fysisk aktive. Problemstillingens siste underspørsmål om hvilken kunnskap eldre har om fysisk aktivitet er presentert og diskutert under temaet «*Dette kan påvirke om jeg er fysisk aktiv*». Dette valget ble gjort på bakgrunn av at; både litteraturen og analysen av materialet, viser at kunnskap påvirker Eldres forhold til fysisk aktivitet.

Det som kommer tydeligst frem i denne studien er at eldre opplever fysisk aktivitet som en viktig kilde til livskvalitet, spesielt fordi det gir en mulighet for de til å opprettholde sin selvstendighet, mestre hverdagen og fortsette å gjøre det som er viktig for dem. Dette kom også frem gjennom at frykten for tap av selvstendighet var en av årsakene til at de var fysisk aktive. For deltakerne var det helt grunnleggende at fysisk aktivitet var lystbetont og meningsfylt for at de skulle oppsøke det, slik at det ble en kilde til godt humør, gode følelser

og bedre psykisk helse. Den største motivasjonsfaktoren for å være fysisk aktiv var muligheten for å treffe andre og oppleve sosial støtte. Mangel på sosial støtte var også den største barrieren for å være fysisk aktiv, i tillegg til tidligere erfaringer med fysisk aktivitet og gode rutiner. Deltakerne i denne studien var ikke opptatt av å oppsøke informasjon rettet mot eldre, da de ikke opplevde å være i denne målgruppen.

Resultatene i denne studien kan gi en økt forståelse for hvordan eldre ser på fysisk aktivitet og hvilken betydning de opplever at fysisk aktivitet har i deres liv. I et folkehelseperspektiv vil denne kunnskapen kunne være en ressurs når det gjelder å legge til rette for å skape tilbud som fører til at eldre i større grad oppsøker fysisk aktivitet. Videre vil det også være nyttig å involvere eldre i nærmere kartlegging av hvilken type informasjon de opplever at de trenger, og på hvilken måte det vil være hensiktsmessig å formidle denne informasjonen for at de skal oppsøke og ta denne informasjonen til seg.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international, 11*(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium Den Salutogene Modellen* (1. Utgave, 1. opplag 2012 ed.). Gyldendal Norske Forlag AS.
- Azizan, A., Justine, M., & Kuan, C. S. (2013). Effects of a behavioral program on exercise adherence and exercise self-efficacy in community-dwelling older persons. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 2013*.
- Barnett, I., Guell, C., & Ogilvie, D. (2012). The experience of physical activity and the transition to retirement: a systematic review and integrative synthesis of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*(1), 1-10.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The lancet, 380*(9838), 258-271.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Helsedirektoratet
- Collado-Mateo, D., Lavín-Pérez, A. M., Peñacoba, C., Del Coso, J., Leyton-Román, M., Luque-Casado, A., Gasque, P., Fernández-del-Olmo, M. Á., & Amado-Alonso, D. (2021). Key factors associated with adherence to physical exercise in patients with chronic diseases and older adults: an umbrella review. *International journal of environmental research and public health, 18*(4), 2023.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health, 199*, 20-24.
- Daskalopoulou, C., Stubbs, B., Kralj, C., Koukounari, A., Prince, M., & Prina, A. M. (2017). Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev, 38*, 6-17.
- Datatilsynet. (2019). *Personvernprinsippene*. Datatilsynet. Retrieved 3.
- de Maio Nascimento, M., Gouveia, É. R., Gouveia, B. R., Marques, A., França, C., Campos, P., Martins, F., García-Mayor, J., & Ihle, A. (2023). Differential Patterns in Motivations for Practicing Sport and Their Effects on Physical Activity Engagement across the Lifespan. *Healthcare*,
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK). (2018). *Forskningsetikk. De nasjonale forskningsetiske komiteene*.
- Dension, E., Underland, V., & Hval, G. (2020). *Helsefremmende tiltak for å forebygge somatiske sykdommer hos personer med psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter*. (978-82-8406-056-9).
- Departementene. (2016). *Flere år - flere muligheter Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*.
- Devereux-Fitzgerald, A., McGowan, L., Powell, R., & French, D. P. (2018). Making physical activity interventions acceptable to older people. *The palgrave handbook of ageing and physical activity promotion, 291-311*.
- Devereux-Fitzgerald, A., Powell, R., Dewhurst, A., & French, D. P. (2016). The acceptability of physical activity interventions to older adults: A systematic review and meta-synthesis. *Social science & medicine, 158*, 14-23.
- Eckstrom, E., Neukam, S., Kalin, L., & Wright, J. (2020). Physical Activity and Healthy Aging. *Clin Geriatr Med, 36*(4), 671-683.
- Fernández-Ballesteros, R., Valeriano-Lorenzo, E., Sánchez-Izquierdo, M., & Botella, J. (2021). Behavioral Lifestyles and Survival: A Meta-Analysis. *Front Psychol, 12*, 786491.
- Folkehelseinstituttet. (2014a, 2022, 20.mai). *Fysisk aktivitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2014b, 2022, 17.juni). *Helse hos eldre i Norge*.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Fysisk inaktivitet - voksne (indikator 7)*.
- Lov om folkehelsearbeid, (2012).

- Fossum-Raunehaug, S. (2014, 2022, 7. september). *Personvern i forskninga*. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Retrieved 3.
- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z., & Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Br J Sports Med, 49*(19), 1268-1276.
- Friedman, S. M. (2020). Lifestyle (medicine) and healthy aging. *Clinics in geriatric medicine, 36*(4), 645-653.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse—slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Gibney, S., & Doyle, G. (2017). Self-rated health literacy is associated with exercise frequency among adults aged 50+ in Ireland. *The European Journal of Public Health, 27*(4), 755-761.
- Gropper, H., John, J. M., Sudeck, G., & Thiel, A. (2020). The impact of life events and transitions on physical activity: A scoping review. *PLoS One, 15*(6), e0234794.
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. udgave ed.). SAMFUNDSLITTERATUR.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldinga God helse - felles ansvar*. (Meld. St. nr. 34).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet en kvalitetsrefrom for eldre*. (Meld. St. 15).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018-2019). *Folkehelsemeldinga Gode liv i eit trygt samfunn*. (Meld. St. nr. 19).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga Gode liv i eit trygt samfunn*. (Meld. St. 19).
- Helsedirektoratet. (2014, 2022, 20.mai). *Fysisk aktivitet i Norge*. Retrieved 16.januar from hi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/
- Helsedirektoratet. (2021, 29. januar 2021). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. Helsenorge. Retrieved 13.
- Helsedirektoratet. (2022a). *Faglige råd - fysisk aktivitet i forebygging og behandling - voksne og eldre*.
- Helsedirektoratet. (2022b). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding*.
- Hjort, P. F. (2000). Fysisk aktivitet og Eldres helse—gå på! *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, S. (2022, 1. januar). Kunnskapsdepartementet.
- Langhammer, B., Bergland, A., & Rydwik, E. (2018). The importance of physical activity exercise among older people. In (Vol. 2018): Hindawi.
- Lee, L.-L., Arthur, A., & Avis, M. (2008). Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper. *International journal of nursing studies, 45*(11), 1690-1699.
- Lim, M. L., van Schooten, K. S., Radford, K. A., & Delbaere, K. (2021). Association between health literacy and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. *Health Promot Int, 36*(5), 1482-1497.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2016). *HAIKERENS GUIDE TIL SALUTOGENESE Helsefremmende arbeid i et salutogent persepektiv*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Lunde, E. S. (2001). *God helse - langt mer enn fravær av sykdom*.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utgave ed.). Universitetsforlaget.
- McGowan, L. J., Devereux-Fitzgerald, A., Powell, R., & French, D. P. (2018). How acceptable do older adults find the concept of being physically active? A systematic review and meta-synthesis. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 11*(1), 1-24.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research A Guide to Design and Implementation* (Fourth Edition ed.). JOSSEY-BASS.
- Moreno-Agostino, D., Daskalopoulou, C., Wu, Y.-T., Koukounari, A., Haro, J. M., Tyrovolas, S., Panagiotakos, D. B., Prince, M., & Prina, A. M. (2020). The impact of physical activity on healthy ageing trajectories: evidence from eight cohort studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 17*(1), 1-12.

- Maass, R. E. K. (2019). Salutogenese og hverdagsopplevelser- Hvordan kan ergoterapeutiske tilnærminger bidra til å styrke «en opplevelse av sammenheng»? *Ergoterapeuten*, 62 (4), 22-31. file:///Users/cecilie/Downloads/Ergo_04_2019.pdf
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (Fourth Edition ed.). Elsevier Ltd.
- Nes, R. B. (2016, 2019, 23.september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet.
- Nes, R. B. (2021). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Lov om behandling av personopplysninger, (2000).
- Rawlings, G. H., Williams, R. K., Clarke, D. J., English, C., Fitzsimons, C., Holloway, I., Lawton, R., Mead, G., Patel, A., & Forster, A. (2019). Exploring adults' experiences of sedentary behaviour and participation in non-workplace interventions designed to reduce sedentary behaviour: a thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Public Health*, 19(1), 1099.
- Shaikh, A. A., & Dandekar, S. P. (2019). Perceived Benefits and barriers to exercise among physically active and non-active elderly people. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 30(2), 73-83.
- Spiteri, K., Broom, D., Bekhet, A. H., de Caro, J. X., Laventure, B., & Grafton, K. (2019). Barriers and motivators of physical activity participation in middle-aged and older adults—a systematic review. *Journal of aging and physical activity*, 27(6), 929-944.
- Sverderup, S. (2021). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag*. CAPPELEN DAMM AS.
- Thomas, E., & Magilvy, J. K. (2011). Qualitative Rigor or Reserach Validity in Qualitative Research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 151-155.
- United Nations. (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. Universitetet i Oslo. *Nettskjema*. Universitetet i Oslo. Retrieved 12.
- Vinje, H. F., Langeland, E., & Bull, T. (2017). Aron Antonovsky's Development og Salutogenesis, 1979 to 1994. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, J. Bauer, M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espenes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 25-44). Springer International Publishing AG.
- Walsh, D. W., Green, B. C., Holahan, C., Cance, J. D., & Lee, D. (2019). Healthy aging? An evaluation of sport participation as a resource for older adults in retirement. *Journal of Leisure Research*, 50(1), 56-80.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the worl Health Organization*.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and helalth*.
- World Health Organization. (2020). *Healthy ageing and functional ability*.
- World Health Organization. (2022a, 2022, 1.oktober). *Ageing and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022b). *Decade of healthy ageing*.
- World Health Organization. (2023). *Health promotion*.
- Yarmohammadi, S., Mozafar Saadati, H., Ghaffari, M., & Ramezankhani, A. (2019). A systematic review of barriers and motivators to physical activity in elderly adults in Iran and worldwide. *Epidemiol Health*, 41, e2019049.
- Zaleski, A. L., Taylor, B. A., Panza, G. A., Wu, Y., Pescatello, L. S., Thompson, P. D., & Fernandez, A. B. (2016). Coming of Age: Considerations in the Prescription of Exercise for Older Adults. *Methodist Debakey Cardiovasc J*, 12(2), 98-104.
- Zantinge, E. M., van den Berg, M., Smit, H. A., & Picavet, H. S. (2014). Retirement and a healthy lifestyle: opportunity or pitfall? A narrative review of the literature. *Eur J Public Health*, 24(3), 433-439.

Vedlegg 1: Intervjuguide

1. Hva er fysisk aktivitet for dere?

Hjelpespørsmål:

- I hvilke situasjoner definerer dere at dere er fysisk aktive?
- Hva forstår dere som fysisk aktivitet?
- Tenker dere at det er en forskjell på trening og fysisk aktivitet?
- Er det noe dere gjør av hverdagsoppgaver dere tenker at er fysisk aktivitet?
- Hva skal til for at dere opplever å ha vært fysisk aktive en dag (økt puls, vært ute eller på treningssenter, hagearbeid osv.)?

2. Hvilke erfaringer har dere med å være fysisk aktive?

Hjelpespørsmål:

- Hva opplever dere når dere er fysisk aktive?
- Hva er det som gjør at dere er fysisk aktive?

3. Kan dere si litt om hvilken betydning fysisk aktivitet har for dere og hvorfor?

Hjelpespørsmål:

- Er det viktig for dere å være fysisk aktive, i så fall, hva er det som gjør at det er viktig for dere?
- Hvordan opplever dere det å være fysisk aktiv?
- Hva er det beste med fysisk aktivitet og hva er det dere liker minst?
- Ser dere på dere selv som fysisk aktive personer?

4. Hva tenker dere om betydningen av fysisk aktivitet i forhold til det å mestre hverdagen?

Hjelpespørsmål:

- Hvilke fordeler tenker dere at det er ved å være fysisk aktiv og hva er grunnen til at dere er fysisk aktive?

5. Er det noe ved å være fysisk aktive dere opplever som utfordrende?

Hjelpespørsmål:

- Er det noe som hindrer dere fra å være fysisk aktiv?
- Hvor lett er det for dere å være fysisk aktiv?

6. På hvilken måte er det naturlig for dere å opprettholde en livsstil med fysisk aktivitet?

- Hvordan planlegger dere for og gjennomfører fysisk aktivitet i hverdagen?

7. Opplever dere at betydningen av og hvor fysisk aktive dere er, har endret seg etter at dere ble eldre/voksne?

Hjelpespørsmål:

- Har det vært en endring i deres tanker om/syn på fysisk aktivitet gjennom livet?

8. Er det noen fysiske aktiviteter dere ikke gjør i dag, men som dere kunne tenke dere å gjøre? I så fall hvilke?

Hjelpespørsmål:

- Hvis dere kunne gjøre hva dere ville innen fysisk aktivitet, hva ville dere ha gjort da?

9. Hva opplever dere at bidrar mest til den forståelsen dere har om betydningen av fysisk aktivitet?

Hjelpespørsmål:

- Hvor oppsøker dere informasjon om fysisk aktivitet?
- Hvilken type informasjon oppsøker dere om fysisk aktivitet?

**10. Tenker dere at det i samfunnet er holdninger til det å bli eldre som påvirker hva dere selv tenker om alderdommen?
I så fall på hvilken måte virker det inn på valg dere tar i forhold til fysisk aktivitet?**

Hjelpespørsmål:

- Opplever dere å bli sett på som en ressurs i samfunnet?

Vedlegg 2: Kategorisering av intervju spørsmål

Spørsmål i problemstillingen	Spørsmål i intervjuguiden
<p>Innledningsspørsmål – for å klargjøre hva vi snakker om.</p>	<p>Spørsmål 1: Hva er fysisk aktivitet for dere?</p> <p>Spørsmål 2: Hvilke erfaringer har dere med å være fysisk aktive?</p> <p>Spørsmål 3: Kan dere si litt om hvilken betydning fysisk aktivitet har for dere og hvorfor?</p>
<p>1: Hvilken kunnskap har eldre om (helsegevinstene av) fysisk aktivitet?</p>	<p>Spørsmål 1: Hva er fysisk aktivitet for dere?</p> <p>Spørsmål 4: Hva tenker dere om betydningen av fysisk aktivitet i forhold til det å mestre hverdagen?</p> <p>Spørsmål 7: Opplever dere at betydningen av og hvor fysisk aktive dere er, har endret seg etter at dere ble eldre/voksne?</p> <p>Spørsmål 9: Hva opplever dere at bidrar mest til den forståelsen dere har om betydningen av fysisk aktivitet?</p> <p>Spørsmål 10: Tenker dere at det i samfunnet er holdninger til det å bli eldre som påvirker hva dere selv tenker om alderdommen? I så fall på hvilken måte virker det inn på valg dere tar i forhold til fysisk aktivitet?</p>
<p>2: Hva opplever eldre som barrierer for å være fysisk aktiv?</p>	<p>Spørsmål 2: Hvilke erfaringer har dere med å være fysisk aktive?</p> <p>Spørsmål 5: Er det noe ved å være fysisk aktive dere opplever som utfordrende?</p> <p>Spørsmål 6: På hvilken måte er det naturlig for dere å opprettholde en livsstil med fysisk aktivitet?</p> <p>Spørsmål 7: Opplever dere at betydningen av og hvor fysisk aktive dere er, har endret seg etter at dere ble eldre/voksne?</p>

<p>3: Hva motiverer eldre til å være fysisk aktiv?</p>	<p>Spørsmål 2: Hvilke erfaringer har dere med å være fysisk aktive?</p> <p>Spørsmål 3: Kan dere si litt om hvilken betydning fysisk aktivitet har for dere og hvorfor?</p> <p>Spørsmål 4: Hva tenker dere om betydningen av fysisk aktivitet i forhold til det å mestre hverdagen?</p> <p>Spørsmål 5: Er det noe ved å være fysisk aktive dere opplever som utfordrende?</p> <p>Spørsmål 6: På hvilken måte er det naturlig for dere å opprettholde en livsstil med fysisk aktivitet?</p>
--	---

Vedlegg 3: Informasjonsskriv/Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Eldre og fysisk aktivitet

– hva fremmer/hemmer deltagelse i fysisk aktivitet”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *«finne ut hva som fremmer eller hemmer deltagelse i fysisk aktivitet»* I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltagelse vil innebære for deg.

Formål

Vi vet gjennom forskning at fysisk aktivitet er et viktig tiltak for å opprettholde god helse og selvstendighet når man blir eldre. Samtidig vet vi at mange eldre ikke oppnår Folkehelseinstituttets anbefalingene om fysisk aktivitet. På bakgrunn av dette ønsker jeg å se på hva eldre opplever at hemmer eller fremmer deres deltagelse i fysisk aktivitet.

Problemstilling

«Helsegevinsten ved å være fysisk aktiv som eldre er godt dokumentert. Hva skal til for at eldre møter helsedirektoratets anbefalinger?»

Underproblemstillinger

1. Hvilken kunnskap har eldre om helsegevinstene av fysisk aktivitet som et tiltak for å forebygge sykdom og av tap av fysisk funksjon? (eller opprettholdelse av selvstendighet?)
2. Hva opplever eldre som barrierer for å være fysisk aktiv
3. Hva motiverer eldre til å være fysisk aktiv?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Forskningsprosjektet er en del av en masterstudie i folkehelsevitenskap ved Norges Miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker deltakere i alderen 60 – 74 år (yngre eldre), både de som ikke er spesielt fysisk aktive og de som er fysisk aktive flere ganger i uken.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil innhente informasjonen gjennom deltagelse i et fokusgruppeintervju. Hvis du velger å delta i prosjektet vil intervjuet ta ca 1,5 time og foregå som et gruppeintervju, hvor det vil

være 5 - 6 personer sammen. Selve intervjuet vil bli gjennomført på min arbeidsplass på Skedsmokorset, eventuelt annen lokasjon hvor det passer for deltakerne. Spørsmålene som vil bli stilt og diskutert under intervjuet vil omhandle tanker og erfaringer rundt det å være fysisk aktiv. Det vil også bli stilt spørsmål om hva som hemmer eller fremmer det å være fysisk aktiv.

Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Lydfilen vil bli anonymisert og lagret etter NMBU sine retningslinjer, se under personvern.

Informasjonen jeg trenger om deg er alder og telefonnummer, dette vil kun bli lagret i forbindelse med invitasjon og gjennomføring av intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun undertegnede og veileder som vil ha tilgang til lydopptaket. Det vil ikke bli lagret personopplysninger, i dette tilfellet telefonnummer, sammen med lydopptaket. Intervjuet vil bli transkribert og kodet samt lagret på et sikkert sted på NMBU sin plattform (LargeServer (W)) og ikke på en privat enhet. Informasjonen du gir under intervjuet vil i masteroppgaven ikke være av en slik karakter at enkeltpersoner kan kjennes igjen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Studien skal etter planen være ferdig til mai 2023. I samsvar med retningslinjene for håndtering av forskningsdata ved NMBU skal forskningsdata lagres så lenge de er av verdi for forskeren og et bredere forskningsmiljø. Dette betyr at de skal lagres i minimum 10 år. Dette fordi at man blant annet skal ha muligheten til å etterprøve studien eller senere forskning. All informasjon skal være konfidensiell og ikke kunne spores tilbake til deltakerne.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NMBU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Cecilie Bøgh på Tlf: 936 19 068 eller på Mail: cecilie.bogh@nmbu.no

Eller

Sheri Bastien ved NMBU, Fakultet for landskap og samfunn ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, sheri.lee.bastien@nmbu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student Cecilie Bøgh

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Eldre og fysisk aktivitet» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i prosjektet
- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Meldeskjema for behandling av personopplysninger

02.05.2023, 18:06

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Eldre og Fysisk aktivitet - hva fremmer eller hemmer Eldres deltakelse i...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
670369

Vurderingstype
Standard

Dato
09.08.2022

Prosjekttittel

Eldre og Fysisk aktivitet - hva fremmer eller hemmer Eldres deltakelse i fysisk aktivitet

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet – NMBU / Fakultet for landskap og samfunn / Institutt for folkehelsevitenskap

Prosjektansvarlig

Sheri Lee Bastien

Student

Cecilie Bøgh

Prosjektperiode

01.08.2022 - 20.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skyklagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 20.06.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaløseleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Gry Henriksen

Lykke til med prosjektet!



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

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway