

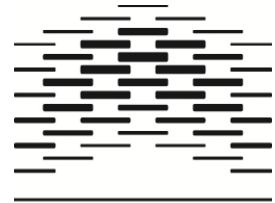
HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Irene Vestøl Stødle

Eldres motivasjon til deltakelse i organisert, gruppebasert trening

**En kvalitativ intervjustudie med deltakere fra en ni
måneders, gruppebasert treningsintervensjon**

**Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Vår 2013**



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Irene Vestøl Stødle

Eldres motivasjon til deltakelse i organisert, gruppebasert trening

**En kvalitativ intervjustudie med deltakere fra en ni
måneders, gruppebasert treningsintervensjon**

Mai 2013

**Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Vår 2013**

Takk

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lærerik, men krevende prosess. Respekten og takknemligheten jeg kjenner for mine informanter som stilte opp og bidro med sine personlige historier, har vært en viktig motivasjonsfaktor for å ferdigstille arbeidet. Tusen takk til alle syv informantene for at dere ville dele deres beretninger med meg.

Jeg vil også takke prosjektgruppen i treningsintervensjonen for god hjelp og velvilje med å velge ut aktuelle informanter til studien, og min arbeidsgiver for muligheten til tilrettelegging av min arbeidstid i denne perioden.

I tillegg vil jeg takke min veileder Inger Marie Lid for god og konstruktiv veiledning.

Tusen takk til min nærmeste familie for at dere har holdt ut med meg og støttet meg gjennom arbeidet med denne masteroppgaven.

Irene Vestøl Stødle

Mai 2013

1 Innhold

1	Introduksjon	9
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling.....	10
1.2	Hensikten med arbeidet	11
1.2.1	Problemstilling og forskningsspørsmål	12
1.2.2	Avklaring av sentrale begrep i problemstillingen	12
1.1	Tidligere forskning	13
1.2	Studiens oppbygning	15
2	Teoretisk innramming	17
2.1	Aaron Antonovsky	17
2.1.1	Salutogenese – et nytt syn på helse og sykdom.....	17
2.1.2	Stressfaktorer og motstandsressurser/motstandsunderskudd	18
2.1.3	Opplevelse av sammenheng (OAS)	19
2.2	Fenomenologisk perspektiv	20
2.3	Aldring og bevegelse	20
2.4	Eldres roller	22
3	Metode.....	23
3.1	Kvalitativt design.....	23
3.2	Etisk vurdering	23
3.2.1	Om å forske i eget felt	24
3.3	Forforståelse og hypoteser	25
3.4	Informanter og rekruttering	25
3.5	Gjennomføring av semistrukturerte intervjuer	26
3.6	Transkripsjon og analyse	27
3.7	Vurdering av studiens reliabilitet og validitet	28
4	Informantenes motivasjon til oppstart og deltakelse	31
4.1	Egen livssituasjon som utgangspunkt.....	31

4.1.1	Egendisiplin over deltakelsen.....	34
4.2	Motivasjonsskapende endringer og erfaringer som følge av deltakelsen.....	35
4.3	Instruktørens rolle.....	39
4.4	Støtte fra omgivelsene	41
5	Diskusjon av funn i lys av den valgte teorien	45
5.1	Oppstartsgrunner i lys av salutogenese og opplevelse av sykdom	45
5.1.1	Egendisiplin i sammenheng med OAS.....	51
5.2	De selvopplevde endringenes betydning for mestring og roller	52
5.3	Instruktørens rolle i et fenomenologisk – pedagogisk perspektiv	57
5.4	Støtte fra omgivelsene i lys av salutogenese	60
6	Oppsummerende betraktninger	65
6.1	Avsluttende kommentar og behov for ytterligere forskning	66
	Litteraturliste	69
	Vedlegg 1. Intervjuguide	75
	Vedlegg 2. Samtykkeerklæring	76
	Vedlegg 3. Informasjonsbrev til informanter	77
	Vedlegg 4. Svarbrev fra REK.....	78
	Vedlegg 5. Svarbrev fra NSD.....	79
	Vedlegg 6. Svar på søknad om utsettelse fra NSD	80

Sammendrag

Målet med denne studien var å beskrive de bakenforliggende faktorene et utvalg eldre oppgir som viktige for oppstart og videre deltakelse i en ni måneder lang, gruppebasert, treningsintervensjon. Hensikten var også at denne beskrivelsen kunne være nyttig for hvordan rehabiliteringsarbeidere best kunne støtte opp om brukeres motivasjon til trening når trening inngår som en del av rehabiliteringsprosessen.

Det kvalitative forskningsintervju ble brukt som datainnsamlingsmetode og syv informanter, fire kvinner og tre menn i alderen 81 til 92, ble intervjuet i løpet av vinteren 2012. Alle hadde deltatt i første sesong av treningsintervensjonen med høy grad av deltakelse. Seks av syv var fremdeles med i opplegget da intervjuene ble gjennomført, i sesong to av intervensjonen. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering modifisert av Malterud (2003).

Studiens funn viste at informantenes livssituasjon inkludert helsestatus og tro på at trening kunne hjelpe, var viktig for oppstart i intervensjonen. For videre deltakelse var selvopplevde endringer som førte til mestring av rolleoppgaver, instruktørens faglige og personlige egenskaper og sosial støtte fra leger, meddeltakere og familie viktige motiverende faktorer. Funnene ble diskutert ved bruk av Aaron Antonovskys teori om salutogenese som hovedteori, samt teori fra det fenomenologiske perspektiv, teori om aldring og bevegelse og rolleteori.

Nøkkelord: Motivasjon, eldre, gruppetrening, deltakelse, salutogenese, opplevelse av sammenheng, livssituasjon, roller, mestring, instruksjon, kroppsfenomenologi.

Abstract

The aim of this study was to describe in a deeper sense, the motivational factors elderly persons point out as most important for their participation and adherence to this nine months long group exercise program. My hope was that knowledge about these factors could be helpful for rehabilitation workers in stimulating participation and adherence to exercise interventions when exercise is a part of the rehabilitation process.

The method used in this study, was the individual semi-structured interview, and seven informants were interviewed during the winter season in 2012. Four women and three men aged from 81 to 92 were interviewed, and they all had participated in the first season of a community based group training program with high grade of adherence. Six out of seven were still participating in the program when the interviews were performed. The interviews were

taped, transcribed, and finally analyzed using Systematic Text Condensation (STC) modified by Malterud (2003).

The findings showed that the participants' life situation, including their health status was the most important motivational factor for beginning in the program, as well as beliefs in that exercise could be a helpful strategy. For further adherence to the program, the participants' experienced changes which led to better coping of roles, the social support from peers, doctors and family and the personal and professional role of the instructor came up as most important. These findings were further discussed using Aaron Antonovskys' theory of salutogenesis as the main theory. Theory from the phenomenological perspective as well as theory of aging, physical activity and roles were also used in the discussion.

Key words: motivation, elderly, group exercise, adherence, salutogenesis, sense of coherence, life situation, roles, coping, instruction, phenomenology of the body.

1 Introduksjon

Innenfor rehabilitering av eldre i Norge er fysisk aktivitet og trening blant de viktigste virkemidlene vi har for å nå brukernes egne målsetninger om bedring. Rehabilitering og habilitering defineres som:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (St. meld. nr. 21 1998- 99).

Fysisk aktivitet er et virkemiddel som blir betegnet som *ferskvare* i den forstand at det må vedlikehold til dersom man vil beholde den forbedringen man har oppnådd etter en endt rehabiliteringsprosess. Slik sett vil det være viktig at aktørene i prosessen også har et fokus ut over tidsavgrensningen i rehabiliteringsdefinisjonen og gir brukeren nødvendig kunnskap om dette. Dersom aktiviteten ikke vedlikeholdes, vil mye av arbeidet som legges ned i rehabiliteringsprosessen være fånyttet. Dette kan for eksempel løses ved at man utarbeider et treningsprogram som brukeren skal fortsette med på egen hånd, eller at man anbefaler og motiverer brukeren å starte med organisert trening.

Fysisk aktivitet er imidlertid motivasjonskrevende og forutsetter atferdsendringer som kan være svært vanskelige å få til. Dette kan være vanskelig for alle, men kan virke særlig vanskelig å få til for eldre. Av eldre over 65 år i Norge var det i 2004 kun 6 % som tilfredsstilte de nasjonale anbefalingene om å være moderat fysisk aktiv i minst 30 minutter hver dag (Loland 2004 s. 173).¹ Man fant også i denne studien at de eldste av de eldre (>80 år), de som hadde en sykdom de måtte ta medisiner for og mennesker med lav utdanning og inntekt, var de minst aktive.

Kommunale lavterskeltilbud om trening til eldre har en viktig rolle i å motvirke inaktiviteten i denne befolkningsgruppen. Den nasjonale satsingen på lavterskeltilbud gjennom *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009, Sammen for fysisk aktivitet* (Departementene 2004 s. 30), har bidratt til at mange norske kommuner har fått på plass slike tilbud. Hovedhensikten med slike tilbud er at barrierer skal være bygget ned slik at for eksempel

¹ I denne studien ble det analysert spørreskjema fra 3770 hjemmeboende eldre over 67 år i Norge. Deltakerne ble spurt om hvor ofte de hadde deltatt i moderat eller anstrengende sport eller fritidsaktiviteter i løpet av de siste 7 dagene. "Moderat aktivitet" ble forklart som aktivitet som får deg til å puste litt tyngre enn vanlig og "anstrengende aktivitet" ble forklart som aktivitet som får deg til å puste mye tyngre enn vanlig. Den laveste frekvensen på spørreskjemaet var mer enn 30 minutter og mindre enn en time.

økonomi og tilgjengelighet ikke skal være et hinder for deltakelse. I slike lavterskeltilbud så vel som ved fysisk aktivitet og trening brukt som virkemiddel innenfor kommunal rehabilitering av eldre, er motivasjon til deltakelse hos målgruppen en helt nødvendig forutsetning. Fenomenet motivasjon er viktig i forhold til å oppnå deltakelse i organiserte treningsintervensjoner, og er også en viktig psykologisk størrelse i forhold til eget aktivitetsnivå og adferd generelt.

Som rehabiliteringsarbeidere har vi en rolle i å bistå brukeren i hans/hennes motivasjonsprosess, men denne rollen kan også være vanskelig og utfordrende for samarbeidet mellom rehabiliteringsarbeidere og brukere.

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

I mitt arbeid som fysioterapeut på en rehabiliteringsavdeling har jeg brukt mye tid på å veilede, instruere og motivere eldre til forskjellige former for fysisk aktivitet og trening. Motivasjonsdelen av arbeidet har ofte vært vanskelig, og jeg har lurt på hvordan jeg best kan støtte den enkelte i denne prosessen, og hatt et ønske om å forstå bedre hvorfor de eldre velger og tenker som de gjør i forhold til fysisk aktivitet og trening. Jeg har også opplevd at grensen mellom motivasjon og press kan være vanskelig å trekke.

I møtet med den eldre generasjonen, kan det være vanskelig å overføre mine kunnskaper og min selvfølgelige holdning til viktigheten av fysisk aktivitet. Det at vi har et forskjellig utgangspunkt i synet på fysisk aktivitet, kan skape barrierer i kommunikasjonen. I et historisk perspektiv er det viktig å ta inn over seg at de som er eldre i dag, vokste opp i en tid da fysisk aktivitet var en naturlig integrert del av hverdagslivet, i kontrast til dagens samfunn. Mange eldre sier at de synes at de fortjener å få hvile nå som de er så gamle. Jeg har lurt på om de er klar over hvilke positive endringer fysisk aktivitet kan medføre i deres liv og om de ville ha hatt et annet syn dersom de hadde erfart slike endringer på sin egen kropp.

Når en bruker er i en rehabiliteringsinstitusjon i et begrenset tidsrom, opplever de fleste en massiv støtte fra et helt team, og da kan gjennomføring av fysisk trening være lettere. Når brukeren kommer hjem og er mer overlatt til seg selv, tror jeg mange sliter med å holde motivasjonen oppe. Hva er det da som skal til for at den enkelte melder seg på et organisert treningsopplegg, eller tar i bruk treningsprogrammet de fikk med seg fra rehabiliteringsoppholdet?

På tross av den massive dokumentasjonen om de mange positive effekter av fysisk aktivitet, er det en realitet at det er svært vanskelig å få eldre mennesker til å øke sitt fysiske aktivitetsnivå (Crombie et al. 2004 s. 289). Det kan virke som et stort paradoks at to av de

vanligste grunnene eldre oppgir for ikke å øke sitt aktivitetsnivå, nemlig *helseproblemer* og *redsel for å skade seg*, er nettopp de samme grunnene som vi som helsearbeidere bruker for å motivere til fysisk aktivitet, fordi vi vet at trening er vist å gi effekter i forhold til nettopp det (Bergland 2011 s. 5).

I min hjemkommune ble det i 2010 satt i gang treningsgrupper som et lavterskeltilbud til eldre over 65 år med fallfare. Kriteriene var at de måtte kunne ta instruksjon, være motivert, være gående med eller uten ganghjelpemidler og kunne komme seg til og fra gruppene på egen hånd. Noen av brukerne fra rehabiliteringsavdelingen, ble anbefalt videre trening i disse gruppene etter endt rehabiliteringsopphold, og flere var positive til dette. Jeg fikk være med som instruktør for en av disse gruppene en liten periode, og det var på den måten jeg fikk ideen til at jeg ville forsøke å intervjuere deltakere fra disse treningsgruppene i mitt masterprosjekt.

Treningsgruppene har trening to ganger per uke, fra september til mai. Deltakerne gjennomgår fysiske tester før og etter intervensjonen, og får også undervisning i fysisk aktivitet, motivasjon, ernæring og restitusjon. Lokalene som ble benyttet var i tilknytning til eldreboligkomplekser, for å lette adkomsten. Øvelsene som ble valgt var basert på forskning av fallforebyggende trening (Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen 2004 s. 27-28), og hadde fokus på muskelstyrke og balanse. Det var enkle øvelser som krevde lite eller ingenting utstyr. Kommunalt ansatte fysio- og ergoterapeuter instruerte gruppene. Første sesong med treningsgrupper ble avsluttet mai 2011 og hadde ti treningsgrupper lokalisert forskjellige steder i kommunen. Tanken var at man etter å ha deltatt en sesong, skulle over i grupper med mer selvstyre eller instruksjon av frivillige som ble gitt opplæring, slik at nye deltakere fikk førsteretten til å delta i den opprinnelige gruppeintervensjonen med instruksjon av fysio- og ergoterapeuter.

1.2 Hensikten med arbeidet

Hensikten med denne oppgaven er å få kunnskap og en dypere forståelse av hva som karakteriserer Eldres motivasjon til deltakelse i dette konkrete treningstilbudet for eldre i en mellomstor norsk kommune. Min første tanke var å intervjuere en gruppe som hadde høy grad av deltakelse, og en gruppe som hadde lav grad av deltakelse, for så å se på likheter og forskjeller mellom gruppene. Jeg klarte ikke å skaffe informanter blant deltakerne med under middels grad av deltakelse, så dermed måtte jeg endre på planene. Deltakere fra denne gruppen oppgav at de følte seg for dårlig til å orke å bli intervjuet.

Siden lavterskeltilbud er tilbud der barrierer allerede er forsøkt bygget ned, vil jeg ikke i dette prosjektet ha fokus på barrierer, men konsentrere meg om de motiverende faktorene deltakerne med høy grad av deltakelse oppgir og de bakenforliggende historiene som kommer fram rundt dette. Ved å få svar på hvilke faktorer som er viktige for at deltakerne ble med, og gjennomførte opplegget, og få beskrevet konkrete hendelser som var avgjørende for den enkeltes motivasjon i forskjellige situasjoner, håper jeg å få belyst sider ved eldres motivasjon til fysisk aktivitet, som kan være viktige å ha med seg for rehabiliteringsarbeidere som skal støtte og veilede eldre i en rehabiliteringsprosess der fysisk aktivitet er et sentralt virkemiddel.

1.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Som problemstilling for mitt prosjekt har jeg formulert følgende:

Hva motiverer eldre til deltakelse i et gruppebasert, lavterskel treningstilbud?

På bakgrunn av at det ikke nødvendigvis er de samme faktorene som bidrar til igangsetting som de som bidrar til deltakelse og gjennomføring av et treningsopplegg (Bergland 2011 s. 22), har jeg formulert to tilhørende forskningsspørsmål:

- 1.) Hvilke faktorer oppleves som viktige for at de bestemmer seg for å delta?
- 2.) Hvilke erfaringer/opplevelser er viktige for at deltakerne fortsetter, og har en så høy grad av deltakelse?

1.2.2 Avklaring av sentrale begrep i problemstillingen

Gjerset (1992) definerer (ifølge Helbostad, Granbo og Østerås 2007 s. 101), fysisk aktivitet som: «All kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur, som gir energiforbruk med en betydelig økning utover hvilenivået.» Videre definerer Bouchard, Shephard og Stephens (1994) trening som: «Strukturert, planlagt og regelmessig fysisk aktivitet som har til mål å forbedre eller vedlikeholde en eller flere deler av fysisk form», og fysisk form som: «Et sett av egenskaper som man har eller erverver seg, og som er relatert til evne til å utføre fysisk aktivitet.» (ifølge Helbostad, Granbo og Østerås 2007 s. 102).

Vallerand og Thill (1993) definerer motivasjon som: «The hypothetical construct used to describe the internal and/or external forces that produce the initiation, direction, intensity and persistence of behavior.» (ifølge Vallerand og Rousseau 2001 s. 389).

Lavterskel treningstilbud er treningstilbud der barrierer er forsøkt bygget ned. Disse barrierene kan være både fysiske, sosiale, kulturelle og økonomiske (Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 s. 30).

1.1 Tidligere forskning

Fysisk aktivitet har hatt mye oppmerksomhet de siste årene, og har vært gjenstand for mye forskning, blant annet på grunn av temaets allmenngyldighet og den samfunnsøkonomiske interessen omkring det. Motivasjon er en psykologisk størrelse, som det også er forsket mye på. Det har også vært forsket mye på motivasjon til fysisk aktivitet, men det meste av dette er rettet mot prestasjonsidrett i de yngre deler av befolkningen. Det som er gjort av forskning på motivasjon til fysisk trening hos eldre er i første rekke kvantitativ og omhandler diagnosespesifikke deler av eldrebefolkningen. I rapporten: *Fysisk inaktive i Norge, Hvem er inaktive - og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?* (Ommundsen og Aadland 2009 s. 28) oppgir en stor andel at økt tiltakslyst og motivasjon er oppskriften for å bli mer fysisk aktiv. Andre premisser vektlagt av den eldste gruppen i denne rapporten er egen helse og behovet for tilpasset aktivitet ved siden av kyndig instruksjon og sosialt nettverk (ibid.).

Det er færre kvalitative studier som er gjort i forhold til eldres motivasjon til fysisk aktivitet i gruppe.

En systematisk oversikt fra 2010 (Rogers et al. 2010) hadde som et av målene å forstå hvorfor eldre ble med i, og fortsatte i Tai Chi-grupper. Denne omfattet 37 studier fra 9 forskjellige land og besto av både kvantitative og kvalitative studier. De viktigste faktorer for rekruttering og deltakelse i disse gruppene var tilgangen på sosial støtte i form av å være del av en gruppe, og bibehold og bedring av helse og livskvalitet. Et viktig aspekt som kom fram i denne oversikten, var viktigheten av at instruksjonen var tilpasset gruppen.

Av nyere enkeltstudier som sier noe om eldres motiverende faktorer for oppstart og/eller videre deltakelse i et gruppebasert treningsopplegg, fant jeg tre kvalitative studier. Av disse var en gjennomført i Norge i vinterhalvåret.

Studiene fant at en og samme faktor kan både hemme og fremme deltakelse. De Groot og Fagerstrøm (2011 s. 157) trekker fram dårlig balanse som en faktor som både kan være et hinder for deltakelse i at man ikke klarer å gjennomføre opplegget, men at det også kan motivere fordi man ønsker å bli bedre og tror at trening kan hjelpe dem med dette. Positive følelser og opplevelsen av støtte fra meddeltakere som kommer ut av det sosiale samværet i en gruppesammenheng, virker motiverende på deltakelsen (Hutton et al. 2009 s. 89; Hedley et

al. 2010 s. 431-432; De Groot og Fagerstrøm 2011 s. 159). For noen var den sosiale interaksjonen selve målet med deltakelsen.

En annen viktig faktor direkte knyttet til gruppetreningen, er instruktørens rolle. Hutton et al. (2009 s. 87) og Hedley et al. (2010 s. 432) understreker viktigheten av en god instruktør og at dette er en viktig motiverende faktor. Det at instruktøren skreddersyr treningsopplegget for den enkelte deltaker, inngår i instruktørens rolle og understrekes som spesielt viktig for deltakelsen (Hutton et al. 2009 s. 89; Hedley et al. 2010 s. 432). Instruktørens bakgrunn og opplæring er også en viktig faktor i dette, som kommer frem i studiene. Det blir i alle tre studiene trukket fram at helsepersonell generelt bør være flinkere til å anbefale trening som et middel i fallforebygging, fordi dette virker motiverende (Hutton et al. 2009 s. 87; De Groot og Fagerstrøm 2011 s. 157).

Det at man tror at trening kan forbedre den fysiske og psykiske helsen, og at man erfarer at det virkelig gjør det, er en viktig motivator for eldre, som kommer fram i disse studiene. (Hutton et al. 2009 s. 88; Hedley et al. 2010 s. 430-431; De Groot og Fagerstrøm 2011 s. 157). De Groot og Fagerstrøm (2011 s. 158) fant at funksjonell uavhengighet og opprettholdt gangevne var en viktig motiverende faktor for deltakelse

Den eldres vurdering av seg selv (self-efficacy) er også en viktig faktor for om de vil delta i fysisk aktivitet for å forebygge fall. Høy grad av self-efficacy motiverer til rekruttering og fortsatt deltakelse i fallforebyggende trening (Hedley et al. 2010 s. 433; De Groot og Fagerstrøm, 2011 s. 157). Dette henger ofte sammen med redusert frykt for å falle, som også kan være en motiverende faktor. God tilgjengelighet er en faktor med mange underpunkter så som transport avstand til lokaler, parkeringsmuligheter, kostnader, type lokaler. Alle disse tre studiene hadde fokus på en eller flere faktorer knyttet til tilgjengelighet som motiverende faktorer (Hutton et al. 2009 s. 87; Hedley et al. 2010 s. 433; De Groot og Fagerstrøm 2011 s. 158).

Jeg har nå presentert noe av forskningen som foreligger om mitt tema. Jeg vil i min studie forsøke å grave litt dypere i materien rundt eldres motivasjon til fysisk aktivitet, fra et kvalitativt ståsted. Jeg ønsker å komme bakenfor faktorene som er viktige for at de eldre har deltatt og forsøke å finne sammenhenger i informantenes bakgrunn og erfaringer som kan si noe om valgene de tar i forhold til å starte opp i og å gjennomføre et ni måneder langt, gruppebasert treningsopplegg.

1.2 Studiens oppbygning

Jeg vil i det følgende kapitlet redegjøre for mitt valg av teoretisk referanseramme og presentere den teorien jeg har valgt å bruke. Sosiologen Aron Antonovskys teori om salutogenese er hovedteorien jeg vil diskutere mine funn opp imot. Gjennom Øyvind Standals doktorgradsarbeider, som jeg ble inspirert av, ble jeg introdusert for S. Kay Toombs som er professor i filosofi og Max van Manen som er professor i pedagogikk. Begge disse er teoretikere med fenomenologi som hovedfilosofi, med hovedvekt på den kroppsfilosofiske tilnærmingen. Jeg vil bruke denne teorien til å diskutere opplevelsen av sykdom og det pedagogiske aspektet ved gruppeinstruksjonen. Videre vil jeg også bruke teori om aldring og bevegelse og eldres roller. I kapittel tre beskriver jeg nærmere den vitenskapelige metoden jeg har benyttet for å få svar på problemstilling og forskningsspørsmål, som er det kvalitative forskningsintervju. I kapittel fire belyses de to forskningsspørsmålene og studiens hovedproblemstilling i sammenfatningen av de syv intervjuene jeg gjennomførte. I det påfølgende kapitlet diskuteres dette opp mot den valgte teorien.

I kapittel seks vil jeg sammenfatte hva denne studien har vist og avslutte med forslag om behov for ytterligere forskning.

2 Teoretisk innramming

Jeg vil i min kvalitative tilnærming bruke Aaron Antonovskys [1987] (2012) teori om salutogenese som hovedinnramming. Ved hjelp av denne teorien håper jeg å kaste lys over problemstillingen på en annen måte enn jeg har funnet i tidligere forskning. Jeg vil i tillegg trekke på teoretikere fra den fenomenologiske tradisjonen, som jeg oppfatter å være i tråd med Antonovskys teori om salutogenese. Gitt oppgavens problemstilling har jeg også med teori om aldring og fysisk aktivitet hentet fra Helsedirektoratets aktivitetshåndbok (Bahr 2008) og boken *Aldring og bevegelse – fysioterapi for eldre* av Helbostad, Granbo og Østerås (2007). Jeg har også brukt teori om Eldres roller, som jeg har hentet fra Lars Tornstams (2005) bok *Åldrandets sosialpsykologi*.

I det følgende kapittelet vil jeg presentere nærmere teoriene jeg vil bruke i denne studien.

2.1 Aaron Antonovsky

Aaron Antonovsky (1923-1994) var en israelsk-amerikansk sosiolog og akademiker, kjent for sin forskning på forholdet mellom stress, helse og velvære. Gjennom de 20 årene han virket ved Ben-Gurion: University of the Negev, utviklet han sin teori om helse og sykdom, som han kalte salutogenesis (bokstavelig «helse-opprinnelse»). Modellen ble beskrevet i boken: *Health, Stress and Coping* (1979), fulgt av: *Unraveling the Mystery of Health* (1987) (Wikipedia).

Antonovsky [1987] (2012 s. 15) gjorde i forbindelse med en undersøkelse om overgangsalder hos kvinner, et oppsiktsvekkende funn. Han fant at blant en gruppe kvinner som hadde overlevd opphold i konsentrasjonsleirer under krigen, var det en uventet stor andel som oppgav at de hadde en god fysisk og psykisk helse. Dette ble startskuddet til hans salutogene modell for helse som først ble publisert i 1979 i boken «Health, stress and coping.»

2.1.1 Salutogenese – et nytt syn på helse og sykdom

Antonovsky [1987] (2012 s. 27) definerer helse på et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse, og mener at alle mennesker befinner seg et eller annet sted på dette kontinuumet til enhver tid. Teorien om salutogenese bygger på en kritikk av en rekke dikotomier som moderne medisin i stor grad bygger på. Typiske slike dikotomier er frisk/syk, bevissthet/kropp, psykomatisk/organisk. Som alternativ foreslår Antonovsky en definisjon av helse som en dynamisk prosess med et helhetlig perspektiv på individet og dets egne ressurser og historie.

Antonovsky [1987] (2012 s. 35-37) kritiserer med dette den moderne medisins fokus på sykdom og patogenese. Istedenfor å stille spørsmål ved hvorfor sykdom oppstår, mener Antonovsky at vi heller skal spørre oss om hvilke faktorer det er som bidrar til i hvert fall å bevare personens plassering på kontinuumet, eller skape bevegelse i retning av helseenden. Oppmerksomheten rettes dermed mot mestingsressurser. Det viktige poenget blir i hvilken retning på kontinuumet vi beveger oss; mot helseenden eller mot uhelseenden.

Antonovsky mener at den fundamentale mangelen ved den patogene tankegangen er antakelsen om at homeostase defineres som den normale tilstanden og at det skal en kombinasjon av ting til for å destabilisere denne balansen og bli syk. Ellers er man frisk. Det salutogene perspektivet har som grunnleggende forutsetning at heterostase, aldring og økende entropi (uorden) er iboende trekk ved alle levende organismer og at sykdom, smerter og plager dermed er like naturlig for menneskets eksistens som død er det. Derfor vil mennesket bevege seg gjennom hele livet på en akse mellom det å være totalt frisk til det å være totalt syk (ibid.). Antonovsky er spesielt opptatt av viktigheten av å forstå hvordan noen mennesker har mindre plager enn andre, og hvordan mennesker beveger seg mot bedre helse. Dette mener Antonovsky er det ekte mysteriet. At patogener skaper sykdom er det ingen tvil om. Men det å søke etter forståelse av hvordan man får bedre helse, er det Antonovsky har kalt *Salutogenese*: «The origin of health».

Betydningen av stressfaktorer er forskjellig innenfor patogenese og salutogenese og Antonovsky skriver at: «[...] Salutogenese åpner for en rehabilitering av stressfaktorer i menneskets tilværelse.» [1987] (2012 s. 32).

2.1.2 Stressfaktorer og motstandsressurser/motstandsunderskudd

Antonovsky definerer i *Health Stress and coping* (1979 s. 72) stressfaktorer som: «Krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller adaptiv respons på.» Stressfaktorer skaper en spenningstilstand og i et patogent perspektiv vil stressfaktorer alltid bli betraktet som potensielt farlige og negative. Antonovsky [1987] (2012 s. 50-51).

åpner for en annen måte å betrakte stressfaktorer på, nemlig som nøytrale eller også i noen situasjoner som helsebringende. Videre skiller Antonovsky mellom tre typer stressfaktorer: kroniske stressfaktorer, vesentlige livsbegivenheter og akutte, daglige irritasjonsmomenter (ibid.).

Den kroniske stressfaktoren er en vedvarende tilstand som for eksempel personens sosiale rolle, mellommenneskelige situasjon eller kulturell tilhørighet. I relasjon til mitt utvalg kan for eksempel en kronisk sykdom være en slik type stressfaktor.

De vesentlige livsbegivenhetene kan sted- og tidfestes og kommer tydelig fram hos mine informanter. Disse livsbegivenhetene kan for eksempel være tap av nærstående, debut av alvorlig sykdom, alvorlig sykdom hos ektefelle, flytting til annen bolig eller lignende. Det som er viktig med slike hendelser, i følge Antonovsky [1987] (2012 s. 51), er ikke hendelsen i seg selv, men de mange følgene av den. Stressfaktorer er livsopplevelser preget av manglende sammenheng, under- og overbelastning og utestengning fra deltakelse i beslutningstaking [1987] (2012 s. 50).

Måten individet opplever og møter de forskjellige stressfaktorene på, beskriver Antonovsky som motstandsressurser - motstandsunderskudd og henger sammen med den enkeltes opplevelse av sammenheng. Motstandsressurser skaper livsopplevelser preget av indre sammenheng. Ressursene er, i følge Antonovsky [1987] (2012 s. 139-161), kun potensielt tilgjengelige, det er opp til den enkelte og dens omgivelser å aktualisere ressursene ved bekjemping og mestring av belastninger. Antonovsky [1987] (2012 s. 50-54) hevder at jo høyere grad av motstandsressurser en person opplever å ha, jo bedre opplevelse av sammenheng vil personen oppleve. Opplevelse av sammenheng (heretter: OAS) er sentralt i Antonovskys teori.

2.1.3 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Antonovsky [1987] (2012 s. 41) definerer OAS slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.

I følge den salutogene modellen er menneskets motstandsressurser – motstandsunderskudd avhengig av den enkeltes OAS. Antonovsky [1987] (2012 s. 39-41) deler begrepet OAS inn i tre kjerneelementer: *Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Avgjørende for hvordan vi klarer oss er, i følge Antonovsky disse tre komponentene. For at mennesker skal oppleve sammenheng i tilværelsen mener Antonovsky at vi må kunne forstå situasjonen (begripelighet), ha tro på at vi har de nødvendige ressurser tilgjengelig til å finne løsninger (håndterbarhet) og finne mening ved å forsøke å finne løsninger (meningsfullhet) (ibid.). Av disse er den siste komponenten den som kan knyttes sterkest opp mot motivasjon, som denne studien handler om. Mennesker med høy OAS snakket stadig om livsområder som var viktige for dem og som de derfor ville engasjere seg i (Antonovsky [1987] 2012 s. 41). Antonovsky fremholder at alle tre faktorene er uløselig

knyttet til hverandre, men at motivasjonskomponenten som ligger i opplevelsen av mening likevel ser ut til å være mest sentral (ibid.).

2.2 Fenomenologisk perspektiv

Jeg har i arbeidet med denne oppgaven også latt meg inspirere av doktorgradsarbeidene til Øyvind Standal (2009) ved Norges idrettshøyskole. Standal bruker en pedagogisk-fenomenologisk tilnærming i sine arbeider, og problematiserer blant annet møtet mellom rehabiliteringsarbeider og bruker i en pedagogisk setting. Standal skriver i sin artikkel om muligheten for pedagogiske handlinger i rehabilitering, særlig med tanke på bevegelsesaktiviteter. Han mener at alle profesjonsutøvere som jobber med rehabilitering til en viss grad utøver pedagogisk arbeid, noe som er særlig tydelig i min oppgave der instruksjon av treningsgruppene utføres av fysio- og ergoterapeuter som ikke har spesifikk pedagogisk utdanning. Jeg vil først og fremst trekke på Standals arbeider i diskusjonen om instruktørens rolle. Gjennom Standals arbeider ble jeg introdusert for arbeidene til S. Kay Toombs, professor i filosofi, og Max van Manen, professor i pedagogikk. Sistnevnte har et stort forfatterskap innen fenomenologi. Det er hans beskrivelser om *pedagogisk takt* fra boken med samme navn fra 1993 jeg kommer til å bruke i min oppgave. Toombs er først og fremst kjent for boken: *The meaning of illness* (1992b) der hun kombinerer fenomenologi med sine egne erfaringer omkring det å leve med en kronisk, nevrologisk sykdom. Toombs (1992b s. 62-70) skriver om at dette skaper brudd i rutinene som ligger til grunn for hverdagspraksis. Det oppstår dermed brudd i den opplevelsen av sammenheng og kontinuitet som vanligvis blir tatt for gitt, og opplevelsen av en meningsfull tilværelse kan være truet (ibid.).

Disse forfatterne står i en sterk fenomenologisk tradisjon, og har begge hentet inspirasjon fra Maurice Merleau Pontys kroppsfenomenologiske filosofi. Merleau Ponty representerer en retning innen fenomenologien som vektlegger den kroppslige erfaringen subjektene gjør seg i møte med medmennesker i en bestemt kontekst (Nordtvedt 2006 s. 53). Jeg har vært ute etter å få tak i en dypere forståelse av hvorfor mine informanter velger å gjøre som de gjør i forhold til fysisk aktivitet i den konkrete formen jeg har som utgangspunkt for oppgaven. Siden fysisk aktivitet involverer kroppen på en veldig tydelig måte, tror jeg dette utgangspunktet vil kunne kaste lys over oppgaven.

2.3 Aldring og bevegelse

Aldring kan beskrives som de prosesser som over tid finner sted i enhver levende organisme og resulterer etter hvert i tap av tilpasningsevne, funksjon og til slutt død (Bergland 2011 s. 1).

Aldring innebærer altså en gradvis reduksjon også i fysisk funksjonsevne og kapasitet. Endringene som finner sted i disse prosessene er knyttet til både den genetiske innflytelsen, miljøets og omgivelsenes innflytelse og de individuelle valg og tilpasninger den enkelte gjør. Siden endringene som finner sted er knyttet til så mange faktorer, fører dette til at eldres funksjon varierer veldig. Derfor vil en 80-åring kunne klare merket i Birkebeinerrennet, mens en annen vil ha vansker med å klare hverdagslivets utfordringer. Alderdommen er en fase av livet som preges av forskjellighet eller individualitet, både kroppslig, psykologisk og sosialt (Helbostad, Granbo og Østerås 2007 s. 76).

Busse (1969) skiller mellom primær og sekundær aldring, der den primære aldringen viser til de universelle aldersrelaterte endringene en kan se hos alle arter, og den sekundære aldringen som de kliniske symptomer som opptrer som en konsekvens av de påvirkninger og sykdommer en utsettes for (ifølge Helbostad, Granbo og Østerås 2007 s. 75). Den primære aldringen påvirker mange strukturer og organer med direkte betydning for bevegelsesevnen. Skjelettet forandres med økende alder. Vi mister knokkelvev og leddbrusken endres slik at elastisiteten blir mindre (Helbostad, Granbo og Østerås 2007 s. 42). Dette kan gi artrose og osteoporose hvis det blir uttalt nok. Overgangene mellom primære aldersforandringer og sykdom som sekundær aldring blir her flytende. Flere av informantene i denne studien hadde plager knyttet til sykdommer og skader i skjelettet.

Muskelmasse og maksimalt oksygenopptak reduseres også med økende alder (Bahr 2008 s. 63-64).

Sykdommer i hjerte-lunge kretsløpet var også representert blant informantene i denne studien og dette hadde konkret innvirkning på deres aktivitetsnivå.

Disse aldersrelaterte endringene er direkte knyttet til organer som er viktige for bevegelse og bevegelseskontroll. Bevegelseskontroll baserer seg på at kroppens ulike sansesystemer og det motoriske systemet fungerer godt. Balanse kan defineres som evnen til å kontrollere kroppens oppreiste stilling, slik at vi er i likevekt. Dette er viktig i en kompleks aktivitet som gange. Gangeevnen er også avhengig av leddbevegelighet, kondisjon, muskelstyrke og eksplosiv kraft (Bahr 2008 s. 65). Mange eldre kan på grunn av primær og sekundær aldring få vanskeligheter med gangen. Redusert balanse er medvirkende årsak til at kan mange eldre faller i situasjoner de ikke falt tidligere. I underkant av 30 % av hjemmeboende, friske eldre faller i løpet av ett år (Helbostad, Granbo og Østerås 2007 s. 385). Et fall kan være skjebnesvangert for mange eldres bevegelsesfrihet, i form av skader eller inaktivitet på grunn av frykt for å falle igjen. Helsearbeidere har en viktig oppgave i å tilrettelegge for gode,

fallforebyggende treningsintervensjoner, som er vist å ha effekt på antall fall og fallrisiko (Gillespie et al. 2009 s. 9).

Det å bli gammel er i seg selv ingen sykdom, og derfor gjelder i utgangspunktet vanlige, kjente treningsprinsipper for gammel som ung (Helbostad, Granbo og Østerås 2007).

En god livskvalitet er viktig for alle mennesker, men hva en god livskvalitet innebærer, vil variere fra individ til individ. Flere kriterier er viktige for å ha en god livskvalitet i alderdommen. God helse er for den enkelte ofte et uttalt mål for å beholde livskvalitet inn i alderdommen. Det å opprettholde et visst bevegelsesnivå, og unngå immobilisering og inaktivitet, kan bidra til å opprettholde helse og livskvalitet

2.4 Eldres roller

Det å bli eldre innebærer også at man må forholde seg til betydningsfulle livshendelser som tap av ektefelle og nettverk, rolleforandringer, sviktende helse og trussel om en stadig nærmere død. I rolleteorien betraktes menneskene som aktører som må spille de rollene som forventes av dem. Karakteristisk for Eldres roller er at de blir færre. Man regner med at menneskers antall roller i gjennomsnitt øker frem mot pensjonsalderen, for så å minke (Tornstam 2005 s. 133). Det er også typisk at man ikke får nye, viktige roller i høy alder, som man gjør i yngre år ved at man gifter seg, får barn, får ny jobb og lignende. Overganger mellom roller i yngre år er langsomme, man går gravid i ni måneder før man går inn i foreldrerollen. Hos eldre er overgangen mellom roller ofte brå, for eksempel ved død hos ektefelle, eller ved at man faller og skader seg stygt og blir pasient. Tornstam (2005 s. 146) skriver også om *role-reversals* som beskriver det som skjer når eldre blir mer og mer avhengige av sine barn som omsorgspersoner. Dette kan igjen gi grobunn for rollekonflikter, som ulike eller motstridende rolleforventninger kan skape (ibid.)

På grunnlag av det som skjer med Eldres roller, hevder Thornstam at det for eldre er særlig viktig med vennsrelasjoner for opprettholdelse sosial integrasjon og livskvalitet (Tornstam 2005 s. 153).

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere metoden jeg har brukt for å besvare studiens problemstilling. Jeg vil også beskrive hvilke etiske overveielser jeg har gjort i løpet av arbeidet, og avslutte med en vurdering av studiens reliabilitet og validitet.

3.1 Kvalitativt design

Denne mastergradstudien er en kvalitativ studie forankret i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det empiriske materialet er basert på det kvalitative forskningsintervju. Jeg har gjennomført intervjuer av syv deltakere fra et gruppebasert treningsopplegg for eldre i kommunal regi, som har personlig erfaring med egen motivasjon til deltakelse i gruppeopplegget.

Studiens hensikt er å få dypere forståelse og kunnskap om brukererfarte, subjektive opplevelser rundt motivasjon til dette konkrete treningsopplegget. Motivasjon er en psykologisk størrelse, som bare mennesker som erfarer den kan sette ord på og utdype. På bakgrunn av dette ble det naturlig å velge et kvalitativt design på studien.

3.2 Etisk vurdering

Prosjektet ble forelagt den regionale etiske komité, hvor det ble funnet ikke-fremleggelsespliktig. Det ble også i samarbeid med min veileder søkt om godkjenning hos Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), som godkjente prosjektet. Jeg har også måttet be om utsettelse hos NSD i et halvt år, to ganger, som jeg har fått.

Etter at dette var klart kunne jeg sende ut forespørsler med informasjon, og samtykkeskjema. I dette brevet ble de informert om hva som var studiens hensikt og tema, og at jeg var underlagt taushetsplikten og ville ivareta deres konfidensialitet i alle deler av prosjektet ved å fjerne gjenkjennbare personopplysninger og oppbevare og destruere lydbånd etter gitte retningslinjer. Alle syv deltakere gav informert samtykke, både skriftlig og muntlig.

Kvale og Brinkmann (2009 s. 80) fremholder at etiske problemstillinger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og at man bør ta hensyn til disse fra begynnelse til slutt. I mitt prosjekt har jeg intervjuet eldre, hjemmeboende mennesker med funksjonsfallering og fallrisiko, som kanskje ikke selv vil ha direkte nytte av forskningen. Helsinkideklarasjonen (Malterud 2003 s. 224) fremholder at det ved forskning på slike grupper skal tas særlige hensyn. Jeg forsøkte i mine intervjuer å være bevisst på dette, og forsøkte å være årvåken i forhold til reaksjoner fra informanten. Dette gjorde også at jeg i noen tilfeller lot informanten snakke ut om ting selv om det var på siden eller utenfor tematikken, fordi de så tydelig hadde

behov for å få satt ord på det. Nesten alle informantene hadde i nyere tid opplevd tap av nærstående eller egne funksjoner, og var sårbare, slik at dette var et viktig fokus å ha. Flere av informantene gav også uttrykk for at båndopptakeren som lå på bordet mellom oss, var et forstyrrende element, og gjorde at de la ekstra bånd på seg. Jeg stilte en informant et spørsmål om det gikk an å si noe om hva som var viktigst av instruktørens personlige og faglige egenskaper, hvorpå informanten først svarte at han ikke visste om han turte å svare på det når båndopptakeren stod på. Jeg forsikret ham om at ingen navn ville bli gjenkjent og at informasjonen på båndet ville bli slettet. I ettertid har jeg tenkt at jeg kanskje la et for stort press på mannen til å utlevere informasjon han egentlig ville ha for seg selv. Jeg følte selv et visst ubehag ved å ha båndopptaker på, da jeg uvegerlig ble noe opptatt av å sjekke at den fungerte og at det var batteri igjen.

Noen av informantene hadde mer tragiske historier å fortelle enn andre, og jeg merket at jeg ble påvirket av informantenes beretningene og mistet litt tråden i samtalen, fordi det gjorde så sterkt inntrykk på meg og fordi jeg kanskje kjente meg litt igjen. Jeg tror det har vært riktig å gi informantene tid til å snakke ut i disse tilfellene, og ikke være for mye «på» i forhold til å følge opp med nye spørsmål i de situasjonene.

3.2.1 Om å forske i eget felt

Jeg har i lang tid jobbet i samme enhet som det aktuelle prosjektet springer ut ifra, men i en annen avdeling. Siste halvåret før intervjuene ble gjennomført, jobbet jeg også i samme avdeling som terapeutene som driver prosjektet og er instruktører for treningsgruppene. Jeg var selv medinstruktør i en av gruppene dette halvåret. Prosjektet har fått mye positiv oppmerksomhet både fra kommunen og utenfra og de kommunale terapeutene bruker mye av sin tid på gruppene. Å bruke prosjektet som utgangspunkt for studien har likevel vært mitt eget valg, og ikke en bestilling fra arbeidsgiver. Potensielle forventninger om funn som underbygger den positive omtalen som prosjektet hittil har fått, kan likevel ha bidratt til at jeg har følt meg bundet av det. Min utfordring ble på ulike måter å være forsker i eget felt. Jeg hadde noen runder med meg selv på om jeg skulle være åpen om prosjektets navn og kommune, men fant ut at dette ville gjøre det vanskeligere for meg å være åpen i forhold til hva jeg kom til å finne. Per Olov Enqvist sier dette om å befinne seg i sentrum i boken *Et annet liv*: «I sentrum ser man sjelden klart. Men det kan likevel være nyttig å ha befunnet seg der (2009 s. 235).»

Kjennskapen jeg hadde fått til prosjektet gjennom å være medinstruktør, var utvilsomt nyttig i samtale med informantene, særlig kunnskapen jeg hadde tilegnet meg i forhold til den praktiske gjennomføringen av gruppetreningene. Det var spesielt kjennskapen til instruktørene som var en etisk utfordring i møtet med informantene. Jeg visste hvem de snakket om, og dette kan ha preget mine oppfølgingsspørsmål og svarene jeg fikk.

3.3 Forforståelse og hypoteser

Jeg forsøkte å være åpen i intervju situasjonen for ikke å la min forforståelse prege samtalen. Min egen forforståelse og bakgrunn fra feltet var imidlertid umulig å skjule, da det jo er dette som har gjort meg interessert i temaet. Som fysioterapeut på en rehabiliteringsavdeling har jeg hatt mange år på å filosofere rundt problemstillingen, noe som også har ført til at jeg har hatt visse hypoteser om hva svaret på min problemstilling kan være. Uten å ha så mye kunnskaper om motivasjonsteorier, har jeg tenkt meg at det må være et skille mellom indre og ytre motivasjon og at den indre motivasjonen må være nært knyttet til individets personlighet. Jeg har også tenkt at personens kunnskapsnivå og historie når det gjelder fysisk aktivitet må være viktig. Noen av disse hypotesene ble bekreftet mens andre ikke ble det. Jeg forsøkte å hindre mine hypoteser å skinne gjennom i mine spørsmål, men vet ikke om jeg lyktes med dette. I de siste intervjuene har jeg vært flinkere til ikke å styre samtalen så mye som jeg gjorde i de første intervjuene. Min bakgrunn fra feltet har også vært et gode, siden jeg var vant til å ha uformelle samtaler med eldre, og hadde god kjennskap til bakgrunnen og strukturen på treningsgruppene som var tema for intervjuene.

3.4 Informanter og rekruttering

Til min oppgave har jeg valgt et strategisk utvalg, der alle informantene har deltatt i første sesong av en lavterskel treningsintervensjon i en mellomstor norsk kommune, med høy grad av deltakelse. Siden det er opplevelser og erfaringer knyttet til motivasjon til nettopp disse gruppene jeg er ute etter, vil dette være relevant ut fra kravet om intern validitet (Malterud 2003 s. 58). Utover dette ønsker jeg størst mulig spredning med hensyn til alder, kjønn og funksjonsnivå innenfor rammen av dette prosjektet. Siden det ble gjennomført ti grupper på forskjellige steder ser jeg det som et poeng å ha informanter fra flere grupper, for å fange opp forskjellige erfaringer som kan bunne i ulike lokaler, adkomst, instruksjon og gruppesammensetning.

Det var på dette tidspunktet gjennomført en hel sesong av intervensjonen, altså med trening to ganger i uken fra september til mai. Jeg var interessert i deltakere som hadde vært med i

denne første sesongen slik at de hadde holdt på en stund. Mitt første utgangspunkt var at jeg ville ha en gruppe med deltakere med høy grad av deltakelse og en gruppe deltakere med lavere grad av deltakelse, for så å se på likheter og forskjeller. Prosjektgruppen i det aktuelle gruppetilbudet var behjelpelig med å skaffe meg en liste med noen deltakere med høy grad av deltakelse og noen med lavere grad av deltakelse. Som tidligere nevnt lyktes jeg ikke med å få rekruttert noen av deltakerne med lavere grad av deltakelse til prosjektet. Det var også vanskelig å rekruttere deltakere blant deltakere med høy grad av deltakelse, selv om jeg fulgte opp med å ringe etter at de hadde fått brevet med informasjonsskriv og samtykkeskjema. Jeg måtte henvende meg til prosjektgruppen for å få en liste med nye navn. Til slutt endte jeg opp med syv informanter som alle hadde hatt en høy grad av deltakelse i prosjektet. Ellers representerte informantene seks av de ti gruppene som var arrangert. Det var tre menn og fire kvinner, og de var fra 81 til 92 år gamle da intervjuene ble gjennomført, fra 23.1.2012 til 23.2.2012.

3.5 Gjennomføring av semistrukturerte intervjuer

Det kvalitative forskningsintervjuet er forankret i en fenomenologisk vitenskapstradisjon, der det sentrale er en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra et erfaringsperspektiv, ut fra den forståelse at den virkelige verden er den mennesker oppfatter (Kvale og Brinkmann 2009 s. 45). Gjennom intervjuet søker jeg å forstå informantenes subjektive forståelse av motivasjon slik de opplever det fra sitt ståsted. Min intervjuguide var opprinnelig tenkt å være veiledende og et bidrag til å få informantene i gang. Det viste seg i noen av intervjuene å være vanskelig å få i gang samtalen, slik at jeg nok ble mer bundet av intervjuguiden enn jeg hadde tenkt. Dette ble imidlertid lettere etter hvert som jeg selv ble mer komfortabel i intervjusituasjonen, slik at jeg i de siste tre intervjuene klarte å la informanten snakke mer fritt om temaet.

Jeg gjennomførte alle syv intervjuene i vinterhalvåret mens det var snø og kaldt vintervær ute. Alle intervjuene foregikk i informantenes egne hjem, uten andre mennesker til stede. De fikk i informasjonsbrevet valget om jeg skulle skaffe et mer nøytralt lokale, men alle valgte å være i sitt eget hjem. For å få med meg detaljene i intervjuene, ble intervjuene tatt opp på lydbånd. Dette ble informantene informert om i brevet på forhånd.

Varigheten av intervjuene varierte fra ca. 30 minutter til ca. 90 minutter. Varigheten på intervjuene økte i takt med at jeg ble mer avslappet og erfaren med situasjonen.

3.6 Transkripsjon og analyse

Jeg har selv transkribert intervjuene mest mulig ordrett, noe som var en langvarig prosess. Totalt transkribert materiale utgjorde til slutt 98 sider, noe som var veldig mye å forholde seg til. Jeg transkriberte fortløpende, slik at jeg visste hva slags informasjon som var kommet frem allerede, og slik at jeg kunne justere meg selv og intervjuguiden etter erfaringene jeg etter hvert tilegnet meg. Jeg ble på denne måten godt kjent med data, noe som gjorde den videre prosessen lettere. I følge Malterud (2003 s. 81), kan dette også være en fare ved at for mye nærhet til materialet øker faren for å sette for stort preg på teksten ved å fortolke meningen.

Jeg nummererte linjene i det transkriberte materialet slik at det skulle bli lettere når jeg kom til analysen. Jeg analyserte det transkriberte materialet kvalitativt ved hjelp av systematisk tekstkondensering modifisert av Malterud (2003 s. 99). Denne metoden er utviklet av Giorgi (1985 ifølge Malterud 2003 s. 99-100), som sier at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innen et bestemt felt (ibid.). Hovedstrukturen i denne metoden er bygget opp rundt disse fire trinnene: 1. Å få et helhetsinntrykk. 2. Å identifisere meningsbærende enheter. 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene. 4. Å sammenfatte betydningen av dette.

Siden jeg selv gjennomførte transkripsjonen ble helhetsinntrykket skapt underveis etter hvert som flere intervjuer ble transkribert og lagt til helheten. Jeg har også brukt lang tid på arbeidet noe som har ført til at jeg har måttet gå inn og ut av materialet og lese om igjen fordi mye var glemt fra sist. Dette har også vært positivt fordi materialet har modnet litt for hver gang. I trinn to som gjelder å identifisere meningsbærende enheter, laget jeg meg en matrise med temaområdene jeg mente pekte seg ut etter helhetsinntrykket, merket tekst etter linjenummer og satt det inn i matrisen.

Det ble tolv temaområder i alt med følgende overskrifter: startgrunner/egendisiplin over deltakelsen, egen livssituasjon (helse/sykdom), følelse av kontroll/mestring, støtte/oppmuntring fra omgivelsene, sosialt aspekt/glede, bibeholdelse av roller / omsorgsoppgaver, mobilitet/seg selv som aktivt transportmiddel, bevissthet/kunnskap om fysisk aktivitet, historier om fall, instruktørens rolle, selvopplevde endringer og testing/konkurrans. Dette var det umiddelbare som kom fram etter første gjennomlesning. I det videre arbeidet med analysen, samlet jeg tekstbitene som hørte inn under de forskjellige temaområdene for å få et inntrykk av hva dette egentlig dreide seg om. I denne prosessen oppdaget jeg en del feil, og måtte flytte rundt på tekstbiter. Noen temaområder fant jeg også ut at var nesten like og kunne

slås sammen. I analysemetodens tredje trinn skal vi systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som vi har identifisert (Malterud 2003 s. 106). Dette arbeidet var nok det vanskeligste. Det å fortette innholdet og skape kunstige sitat var en utfordring. I fjerde trinn skal bitene settes sammen igjen og funnene skal sammenfattes og formidler på en måte som er lojal mot informantenes stemmer (ibid.) I denne prosessen ble noen av temaområdene tatt bort fordi det ikke hadde god nok forankring i materialet. Jeg har gjennomført analysen mest mulig datastyrt, og har ikke brakt inn teorien på dette stadium i prosessen.

3.7 Vurdering av studiens reliabilitet og validitet

Ved intervjuundersøkelser knytter reliabiliteten eller påliteligheten av funnene seg til om informantenes beretninger er riktig gjengitt og forstått (Wormnæs m.fl. 2002 s. 61). Dette kan man ikke være helt sikker på uten å forelegge resultatet for informantene. Dette har jeg ikke gjort, men jeg har forsøkt å være bevisst på det jeg har gjort underveis som kunne ha gitt et feil resultat, og forsøkt å tydeliggjøre de valg jeg har tatt underveis i prosessen. Reliabilitet i intervjuforskning dreier seg også om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere (Kvale og Brinkmann 2009 s. 250). Mulighetene for dette begrenses ved bruk av kvalitative metoder der funnene vil være kontekstavhengige og må forstås og gyldiggjøres ut fra de forhold de er blitt til under. Funnene fra denne studien er basert på syv enkeltindividers opplevelser og erfaringer om temaet motivasjon, og kan ikke si noe om utbredelse og frekvens.

Validiteten knytter seg til metode, undersøkelsens gyldighet og om det er sammenheng mellom fenomenet som undersøkes og data som er samlet inn (Kvale og Brinkmann 2009 s. 251). I denne studien er det fenomenet motivasjon som undersøkes. Jeg oppfatter motivasjon som en psykologisk størrelse knyttet til selvbestemmelse av atferd, og at det dermed er individet selv som best kan sette ord på og beskrive hvordan dette erfares for dem. For å styrke studiens gyldighet har jeg valgt å jobbe datanært, og har hatt som mål å være tro mot den enkelte informants uttalelser, og presenterer derfor funnene i kapittel fire så langt jeg har klart uten egne kommentarer og tolkninger. Jeg har forsøkt å løfte frem de delene av datamaterialet som klarest kom til uttrykk gjennom en tematisk organisering under fire hovedkapitler. Min egen forforståelse har likevel gjennom intervjuer, transkripsjon og analyse preget funnene som presenteres i kapittel fire. Dette har jeg forsøkt å redegjøre for tidligere i dette kapitlet. Informantene i utvalget har nok i utgangspunktet hatt vage forestillinger hva

motivasjon som begrep betyr, slik at funnene også har blitt prisgitt min operasjonalisering av begrepet gjennom spørsmålene i intervjuguiden.

Hovedhensikten med studien var å bidra til økte kunnskaper om motivasjon hos eldre, og at dette kunne ha betydning for motivasjonsskapende arbeid innenfor rehabiliteringsfeltet. Siden utvalget av informanter allerede har en sterk motivasjon, blir bidraget fra denne studien begrenset i forhold til den opprinnelige hensikten. Informanter med lavere grad av deltakelse klarte jeg ikke å rekruttere til studien. Som en følge av dette, og av informantenes historier, endret jeg også på den teoretiske innrammingen av studien underveis i arbeidet. Min intervjuguide var preget av en teori jeg til slutt ikke gjorde bruk av, og dette ser jeg at kan være en metodisk svakhet ved studien.

4 Informantenes motivasjon til oppstart og deltakelse

I dette kapittelet vil jeg presentere sammenfattede resultater fra de sju intervjuene jeg gjennomførte og som utgjør det empiriske grunnlaget i denne kvalitative studien.

Informantene er alle deltakere fra treningsgruppens første sesong, og alle har hatt en høy grad av deltakelse. Alle unntatt en var fremdeles med i opplegget på det tidspunktet intervjuene ble gjennomført som var i andre halvår av intervensjonens andre sesong. Det betyr at man åpnet for fortsatt deltakelse i sesong to, for deltakere som også hadde vært med i sesong en.

Jeg vil ved hjelp av egne ord og sitater fra deltakerne forsøke å løfte fram sentrale trekk fra datamaterialet som synes å være betydningsfulle for disse personenes deltakelse i dette konkrete opplegget. Jeg har samlet meg om fire hovedoverskrifter som jeg har kalt: *Egen livssituasjon som utgangspunkt, motivasjonsskapende endringer og erfaringer som følge av deltakelsen, instruktørens rolle og støtte fra omgivelsene*. Under første hovedoverskrift presenteres hva som gjorde at disse personene først startet med å trene i gruppene og hvordan deres livssituasjon på det tidspunktet spilte inn i forhold til den avgjørelsen. Dette oppfatter jeg utgjør svaret på det første forskningsspørsmålet. De øvrige tre hovedoverskriftene utgjør til sammen svaret på det andre forskningsspørsmålet. Til sammen oppfatter jeg at dette besvarer hovedproblemstillingen: *Hva motiverer eldre til deltakelse i et lavterskel, gruppebasert treningsstilbud?* Jeg vil presentere mine sitater som direkte avskrift fra transkripsjonen, og benevner mine intervjupersoner informanter i forhold til mitt prosjekt eller deltakere i forhold til treningsgruppene. Jeg oppgir i parentes etter sitatene kjønn og daværende alder på informanten som sitatet kommer fra.

4.1 Egen livssituasjon som utgangspunkt

Mange av informantene gir uttrykk for at informasjonen om treningsgruppene kom på et tidspunkt da de var modne for å starte med et treningsopplegg. Noen hadde leita litt for å finne ut av hvor og når gruppene skulle arrangeres. De fleste hadde fått informasjonen direkte gjennom andre deltakere, ansatte i helse- og sosialvesenet, pårørende, eller via annonse i lokalavisa. Ingen av informantene gir uttrykk for at de nølte noe videre med å melde seg på når de først fikk riktig informasjon om opplegget. Det kan virke som om de allerede hadde startet en indre endringsprosess, slik at informasjon om treningsgruppene var det siste «puffet» som skulle til før de gjorde noe konkret med sin situasjon. En kvinnelig informant forteller om at legen hennes jobbet iherdig for å motivere henne til å prøve fysioterapi mot plager i rygg og hofter:

[...] Og så det at legen min maste jo veldig for at jeg skulle ta noe fysioterapi fordi at jeg hadde problemer med ryggen som sagt, og hoftene etter operasjonene, men jeg hadde ikke lyst til det, så jeg takka nei, men han maste flere ganger, så jeg tenkte at nå kan jeg ta dette i stedet, det må jo hjelpe litt det, så begynte jeg med dette (kvinne, 91).

Noen har trengt påvirkning fra flere kanter før de bestemte seg for å melde seg på, mens andre har vært veldig selvstendige og bestemte om beslutningen om å begynne, som denne mannen som nettopp hadde flyttet inn i serviceleilighet sa det:

Så, slik er min situasjon, og da jeg kom inn her i fjor i juli, de meldte at de skulle starte dette arrangementet, så meldte jeg meg på med en gang. Var faktisk den første som meldte seg tror jeg. Jeg så det ble avertert i avisen, og meldte meg med en gang. Det var merkelig nok veldig få som meldte seg på, bare 3-4 stykker som kom der borte i sykehjemmet (mann, 86).

Alle informantene jeg snakket med har hatt et positivt ladet forhold til fysisk aktivitet tidligere i livet. De fleste oppgir at de har vært glad i å gå turer, mens andre også har hatt en jobb der de har brukt kroppen mye. Mange har brukt turgåing som en kombinert fysisk og sosial aktivitet, der de har hatt faste turopplegg med venner, ektefelle eller andre. Noen har tidligere i livet gått i fjellet i ferier eller deltatt i turmarsjer som hobby. Flere av informantene har også drevet med idrett i unge år, eller har blitt fortalt at de var urolige som barn. På denne måten har disse hatt en positiv innfallsvinkel til fysisk aktivitet som en mulig metode til å oppnå noe i deres eget liv. Det er likevel ingen som oppgir at de har deltatt i organisert gruppetrening tidligere.

Disse personenes beretninger vitner om at de har levd et langt liv, og at det levde livet har gitt dem kroppslige erfaringer i form av helseutfordringer som alle er opptatt av som et utgangspunkt for å velge å bli med på et aktivitetsopplegg som disse gruppene. Sagt på en annen måte; alle har erfart endringer som har redusert livsutfoldelsen, og det å velge å delta i dette opplegget kan se ut til å ha vært en bevisst strategi for å forsøke å demme opp for disse endringene, og gjenopprette *status quo*. Gruppen av informanter er likevel ikke homogen og understreker eldre menneskers forskjellighet både i forhold til personlige og helsemessige utfordringer.

Alle informantene har en eller flere sykdommer som gir dem forskjellige utfordringer i forhold til bevegelse og spesielt i forhold til gangfunksjon. Mange har i forholdsvis nyere tid vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med egen sykdom. Flere har gjennomført operasjoner i bevegelsesapparatet, mens andre er utredet for andre sykdommer som de går til kontroll i spesialisthelsetjenesten for. I tillegg har alle forskjellige former for

kontakt med kommunens helse- og sosialtjeneste, noe som også er et kriterium for deltakelse i treningsopplegget. Noen har nettopp flyttet fra egen bolig til kommunal servicebolig og har daglige besøk av hjemmesykepleien, mens andre fremdeles bor i egen bolig og kun har en trygghetsalarm som ytelse fra kommunen.

På bakgrunn av egen helse oppgir også flere at de har hatt en angst for å bevege seg og spesielt i forhold til å belaste hjertet for mye. En kvinne sa det slik: «Jeg tør ikke helt opp til syvende (å gå trappene), det gjør jeg ikke for jeg har litt problemer med hjertet, men.

Doktoren seier at jeg må bare gå, bare gå. Men ikke overanstrenge meg.» (kvinne, 91).

Andre har hatt angst for å falle og har sikret seg med å ha ganghjelpemidler tilgjengelige eller brukt disse i enkelte situasjoner. Noen har hatt smerter i bevegelsesapparatet for eksempel i forbindelse med slittasjerelaterte sykdommer og har hatt konkrete smerter forbundet med bevegelser. Flere har også trosset smerter for å kunne være i aktivitet og en av informantene ble bremsset av sin fastlege da hun hadde overbelastet bena med for mye gåing. En kvinnelig informant oppgir at man i høy alder også må regne med å ha en del smerter, uten å forvente at alt kan gjøres noe med. En annen informant som hadde en forholdsvis raskt progredierende sykdom, uttrykte tristhet over at kroppen ikke lenger lystret ham, og at han merket at hans fysiske funksjon gradvis ble dårligere. Fra spesialisthelsetjenesten hadde han fått informasjon om at det ikke fantes noen medisin mot sykdommen han hadde fått, men at fysisk aktivitet kunne bremse utviklingen av den. Han har tanker om at han ved å trene mindre kanskje hadde hatt en raskere forverring og ved å trene mer enn han gjør i dag kanskje kunne ha hatt en noe langsommere forverring. Dette gjør han for å utsette ubehagelighetene en raskere forverring vil medføre, og for å opprettholde det funksjonelle nivået han har i dag. Denne mannen hadde trent systematisk også før han ble med i treningsgruppene.

I tillegg til egen sykdom, har de fleste av informantene også opplevd sykdom og/eller død hos ektefelle eller annen nærstående person som igjen har ført til store endringer på flere områder i deres eget liv. Slik har flere av informantene gjennomgått endringer på både det fysiske og det psykologiske planet. Deres rollemønster har blitt endret. Noen roller har falt bort, mens andre har blitt endret, de har alle i løpet av de siste årene på forskjellige vis blitt mer avhengige av hjelp fra omgivelsene. Dette kan også ha bidratt til at de har ”tatt tak” i sin egen situasjon og gjennomført endringer, som deltakelse i treningsgruppene, for å forsøke å oppnå en forbedret livskvalitet. En mann som forholdsvis nylig hadde mistet sin kone, satte ord på savnet etter henne på denne måten:

Vel, den jeg savner er min kone, ja. Vi hadde det veldig fint sammen. Hun ble sittende i rullestol den siste tiden vi hadde sammen på grunn av sykdom, men vi spiste middag sammen og om høsten hadde vi lys på bordet og ikke gryter på bordet, det skulle være fat og så videre. Og vi pratet mye og sånn, og det savner jeg veldig (mann, 86).

En kvinnelig informant hadde sett på sin syke mann og tenkt at hun i alle fall skulle gjøre alt som stod i hennes makt for ikke å bli liggende så hjelpeløs som ham. For henne var dette en viktig motivasjon både fordi at hun ikke ville oppleve den lidelsen hun så at han måtte gjennomgå, men også fordi hun for enhver pris måtte holde seg oppegående for å kunne ta seg av ham. Hun var overbevist om at trening var noe som kunne bidra til å redusere risikoen for sykdom.

En 92 år gammel kvinne følte seg alene etter at ektefellen og flere i hennes krets var gått bort, og uttrykte seg slik om sin situasjon:

Ja, det var vel det at jeg har hatt en periode jeg ikke har vært så bra. Mannen døde for tre år siden, så ble jeg veldig ensom og jeg ble deprimert og satte meg til hjemme og hadde ikke lyst til å ... nå har jeg ikke vært så veldig sosial i mitt liv, hva skal jeg si. Og mannen min hadde få igjen her, så jeg blei liksom så aleine, og de vi har vært sammen med av familie og venner de er borte og da ble det så tomt at jeg satte meg til og blei deprimert og dårlig. Og så var det det da, at barna sier du må komme deg ut blant folk, det tror jeg er det beste (kvinne, 92).

Slik virker det som om informantenes livssituasjon både når det gjelder helse og viktige hendelser i livet har vært et viktig utgangspunkt for at de grep sjansen til å melde seg på treningsopplegget. Informantenes positive historie i forhold til fysisk aktivitet, og dermed forventninger om bedring, har også bidratt inn i dette.

4.1.1 Egendisiplin over deltakelsen

Alle informantene bærer preg av å være samvittighetsfulle i forhold til å møte opp på alle treningene dersom ikke noe helt spesielt skulle inntreffe. To av deltakerne sa det slik: «Ja, jeg har vanskelig for, når jeg har meldt meg på noe og sagt at jeg skal komme så prøver jeg å holde det.» (kvinne, 92). Og: «Ja, jeg var der hver gang.[...] Det er jeg i år også det, så det.. når først du skal være med, så må du følge opp.» (mann, 88).

Bare i helt spesielle situasjoner som for eksempel ved ekstremt dårlig følelse har noen vurdert å stå over en trening. De virker samstemte om enkelte legitime fraværsgrunner som begravelser, legebisøker eller sykdom. Mange har reflektert over at dette er et trekk ved dem som person, at de vil gjerne følge opp når de først har sagt ja til å være med på noe. En kvinne (81) mener at dette er et trekk ved henne som en gang gjorde henne syk slik at hun måtte stå over en trening,

fordi hun hadde for mange ting hun skulle følge opp, slik at det totalt sett ble for mye for henne.

4.2 Motivasjonsskapende endringer og erfaringer som følge av deltakelsen

Informantene i denne studien oppgir at den viktigste motivasjonsfaktoren for den høye graden av deltakelse de har hatt, er forventet og erfart egennytte av trening som de opplever at gir bedre helse og livskvalitet. Dette erfarer de på forskjellig måte både på det fysiske, psykologiske og sosiale planet. De aller fleste har opplevd kroppslige endringer til det bedre, som de setter i sammenheng med treningen, og som bidrar til opplevelse av mestring av oppgaver som er av stor viktighet for dem.

Alle informantene unntatt en opplever at de har fått kroppslige forbedringer etter at de startet med treningene. Den ene som ikke har merket dette, har en kronisk progredierende sykdom og er nok den av disse som trener mest på egen hånd i tillegg til gruppetreningene.

Han beskriver det som trist at han ikke har den samme framgangen som andre på gruppa, men har på tross av dette en indre motivasjon til å fortsette med trening både i gruppa og på egen hånd på bakgrunn av at han har fått informasjon fra flere hold om at dette kan bremse utviklingen av sykdommen hans.

De øvrige deltakerne merker bedring i form av at de er blitt sterkere i armer og bein, at de har blitt mindre stive. En kvinne merket at det var lettere å komme ut av senga om morgenen fordi hun ikke lenger var så stiv. De har også merket at de har blitt mer utholdende og at balansen er blitt bedre slik at de blant annet synes at de faller mindre. En av informantene sier at det er helt slutt på fall for hans del, noe han tilskriver bedre balanse, oppmerksomhet og det at han har blitt flinkere til å ta seg inn igjen dersom han bli ustø. Noen merker også at de kan gå lengre nå enn før de begynte med treningene, noe som betyr mye for denne gruppen, da flere har hatt et spesielt forhold til det å gå turer og det å bruke beina til å komme seg fra ett sted til et annet. To av de mannlige informantene må gå et stykke for å komme til treningslokalene. Disse har gått også gjennom vinterhalvåret og har hatt lite fravær. De går også i forbindelse med andre oppgaver/aktiviteter de gjerne vil delta i, og de har begge merket at de kan gå lengre nå enn før de startet med treningene.

En mann beskriver endringen i gangdistanse slik:

Jeg har hatt en bror på et sykehjem i nærheten, han døde for bare kort tid siden, altså det å gå helt fra byen her og helt opp dit, selv om jeg gikk med rullator, det kunne jeg ikke gjort tidligere [...] Det kan jeg klare nå, altså hjemveien kan bli lang, men jeg kan gjøre det fremdeles [...] men på grunn av at jeg trenger å bli enda sterkere i

muskulaturen, så kommer jeg til å fortsette på disse gruppene i den utstrekning det legger seg til rette (mann, 83).

I vinterhalvåret da disse intervjuene ble tatt, er det imidlertid flere av informantene som begrenser sine gåturer ute på grunn av glatt føre og kulde.

En kvinne som hadde opplevd at mannen ble syk og flyttet på sykehjem, og selv hadde utslitte knær, hadde en sterk motivasjon i at hun ikke ville ende opp som sin mann, slik at de begge ble liggende eller sittende. Denne motivasjonen brukte hun til å komme seg gjennom to kneoperasjoner med påfølgende rehabiliteringsforløp, og fortsatt trening i treningsgruppene. Hun følte seg sikker på at det å delta i disse gruppene bidro til at hun opprettholdt et visst fysisk nivå. Denne kvinnen og en annen av informantene hadde det å kunne ha en fysisk form som gjør det mulig for dem å besøke sine ektefeller på sykehjemmet, som en motivasjonsfaktor for å delta i treningsgruppene. En mann beskrev at det å kunne bruke bena og komme seg ut for å besøke andre enn ektefellen også var en viktig motivasjonsfaktor for ham:

Jeg deltar først og fremst for å oppnå noe rent fysisk sånn at jeg i større grad kan komme meg ut på ting som jeg ønsker, sånn at jeg hver eneste dag kan gå opp til min kone helt oppe på sykehjemmet, det klarer jeg ikke å spasere, dit tar jeg buss men jeg syns også, men det er kanskje litt spesielt vil noen si, jeg er også veldig glad i å besøke mennesker som sliter litt, mennesker som er på et sykehjem. Min bror er et eksempel, men også litt mer el. mindre ukjente. Det er noe som.. jeg kan bli veldig trøtt av det når jeg kommer til kvelden, så kan jeg bli trøtt, men det gir meg så veldig mye. Og for å få overskudd til sånne ting så er disse gruppene veldig viktige for min del (mann, 83).

Mange beskriver konkrete oppgaver i hjemmet eller i relasjon til viktige områder i deres liv der de har merket en konkret endring etter at de begynte å trene. En enslig kvinne har en morsom beskrivelse på hvordan hun har opplevd å bli sterkere etter at hun begynte å trene:

Men det fortalte jeg der nede og de lo seg mest fordervet. Det begynte med at jeg sa at melkeliteren har blitt så mye lettere! Hva sa du, melkeliteren? Lurer du på om de lurer deg på mengden? sa de. Ja, jeg måtte jo lure. Når jeg tok melkeliteren ut av kjøleskapet før, så måtte jeg bruke begge hendene. For det kjentes ut som om jeg ikke riktig klarte å holde den støtt. Plutselig gjorde det ingenting. Det gikk sånn at jeg tenkte ikke over det bare. (latter). Så det har hjulpet veldig. (kvinne, 91).

Flere av kvinnene beskriver at huslige sysler er blitt lettere på forskjellige måter. En merket at det nå gikk an å ta hele oppvasken etter middagen uten å ta pauser, en annen beskrev hvor viktig det var for henne å mestre husarbeidet, som alltid hadde vært hennes hovedoppgave i familien;

Ja, det er mens jeg gjør det (trener), å ha kontroll og det at jeg tenker veldig på at jeg må klare meg sjøl nå, og i dag så snakket han om det at du skal ikke tenke så mye på at du trener hver dag, men det er alt det du gjør, husarbeid og sånn at du bruker kroppen, bruker hele kroppen. Og jeg kan ligge på golvet og velte meg, jeg kan ligge på kne og vaske, jeg kan henge opp gardiner og vaske vinduer og alt dette har jeg ikke lyst til å miste, fordi at det er en så god følelse å så klare seg sjøl, å greie seg sjøl og ikke sitte sånn og ha noen som oppvarter en hele tida. (kvinne, 92).

Denne kvinnen beskriver også at husmorrollen ikke har vært et bevisst valg, men et resultat av tiden hun vokste opp i:

For jeg har ikke vært aktiv utenfor hjemmet noe. Jeg er barn av min tid, det var ikke sånn i vår tid at vi kunne få gå på skole og få utdanning det var ikke det, [...] og det har jeg alltid savna. Så derfor skjemte jeg bort barna mine og sa at, nei, nå må dere gjøre lekser, det husarbeidet det kan mamma gjøre, må du gå og gjøre leksene dine. (kvinne, 92).

Noen beskrev at de hadde begynt med oppgaver de ikke hadde gjort før. En mann hadde begynt å lage middag og å støvsuge, noe som hans kone nå satte pris på. Han hadde i tillegg oppgaver i foreningslivet utenfor hjemmet som han satt pris på å kunne beholde siden han hadde kommet seg fysisk.

En enslig kvinne hadde katt som hun stadig måtte slippe ut og inn og på den måten holdt hun seg i bevegelse også inne i leiligheten noe som ble lettere når balansen og styrken i bena ble bedre. Den samme kvinnen beskriver at det tidligere var vanskelig for henne å komme seg opp etter at hun hadde vært på sin manns grav på kirkegården og plantet:

Bare det å gå ned, og komme opp igjen. Det er ikke så enkelt skal jeg si deg [...] Jeg lå på alle fire ute på kirkegården og planta, så å komme opp igjen. - Jeg visste nesten ikke åssen jeg skulle gjøre, men nå går det greit.[...] Så kikka jeg rundt om det var noen som hadde sett meg, for det var jo litt flaut vet du! (kvinne, 81).

Flere av informantene beskriver at det å mestre praktiske, fysiske oppgaver utløser gode følelser for dem, noe som understreker sammenhengen mellom det psykiske og det fysiske, i at en bedre fysisk form også gjenspeiler seg i bedre psykisk form slik at man føler seg mer ovenpå, får gjennomført oppgaver som var viktige for dem. En mann som hadde opplevd sorg og depresjon i forbindelse med at han mistet sin sønn under tragiske omstendigheter forut for deltakelsen i treningsgruppen sa det slik:

Ja, og der er etter min mening veldig nær sammenheng mellom det psykiske og det fysiske, dermed har ikke jeg sagt at det psykiske er noe som kommer til å gå over snart, for det så godt kjenner jeg meg selv, at det kommer til å sitte fast veldig lenge, og jeg går, nå er dette over to og et halvt år siden og jeg vil ikke si at det virker som om depresjonen eller hva du vil kalle det for er like ille som fra begynnelsen, og jeg

har jo lært meg, jeg går fremdeles på psykiatrisk institutt her på sykehuset, jeg har jo lært meg at jeg må forsøke å oppsøke ting som kan glede og virke positivt, og for mitt vedkommende så kan det ha vært mange ting, men det at jeg merker der borte at jeg kommer meg fysisk, det gjør også ganske mye. Så der er en det er en vekselvirkning der, tror jeg (mann, 83).

Det at man føler seg i bedre psykisk form også som en følge av deltakelse i treningsgruppene kan også skyldes at man kommer seg ut og er sammen med andre. Noen har dette som en egen begrunnelse for å være med, og bare det å treffe andre og være i en sosial sammenheng er en konkret forbedring for dem og gjør noe med deres psykiske helse. En kvinnelig informant satte ord på det på denne måten: «Jeg er jo med fordi jeg følte at vi, jeg hadde utbytte av det – på alle måter. Både fordi det var godt å komme ut i sammen med andre og fordi at jeg merka at jeg ble rett og slett sterkere i beina. Det har jo hjulpet veldig.» (kvinne, 81). Og en mann sa det sånn: «..men bare det å komme ut. Og prate med andre folk og sånn!» (mann, 86).

Mange oppgir at det sosiale er et viktig element i å velge å være med på treningsgruppene, og flere oppgir ensomhet og depresjon som en av grunnene til at de ble med. Av de syv informantene i mitt utvalg, er det kun en som bor sammen med ektefellen. To har gjenlevende ektefelle som bor på sykehjem og de resterende fire er enslige etter å ha mistet sine respektive ektefeller.

Alle informantene unntatt en synes selve treningen er gøy i seg selv og de fleste sier at de gleder seg til å gå på trening og at det ikke er noe ork. Informanten som ikke synes at treningen var gøy i seg selv hadde opplevd at gangfunksjonen ble redusert på grunn av en progredierende sykdom og var blitt avhengig av ganghjelpemiddel og sa det slik: «Jeg vil ikke si at jeg synes det er gøy (treningen), det som er gøy for meg det er å gå.» (mann, 86).

Av de seks gruppene som er representert, er det ikke noen som har organisert noe fast, sosialt felleskap i tilknytning til gruppene, men de fleste oppgir at det blir litt tid til prat både før, etter og innimellom øvelsene. Innenfor de enkelte gruppene er det mange som kjenner hverandre fra andre sosiale arrangementer på de forskjellige boenhetene der gruppene blir arrangert. En gruppe hadde hatt en sosial markering:

Men så er det nok noen som synes at det også er veldig verdifullt den sosiale biten av det, og vi har snakket om det, men vi har ennå ikke hatt det, jo i forbindelse med at en av instruktørene, giftet seg så hadde vi en sånn lite, bitteliten sosial stund hadde jeg nær sagt med en kaffekopp og litte granne å bite i og jeg tror nok at flere var inne på den dagen at også den sosiale biten er ganske viktig. Men da tror jeg kanskje at disse flotte instruktørene liksom er et godt midtpunkt også i en sosial sammenheng. Men ellers så må jeg si at vi har det.. ja rett og slett hyggelig sammen, det er ikke bare det at

vi kommer sammen og setter i gang og trener, vi har både en god tone og jo, vi trives med hverandre og det tror jeg er litt viktig (mann, 83).

Flere understreker dette, at man gjennom det sosiale fellesskapet har igjen mye mer enn bare treninga, og at dette er et viktig element for dem: «Ja, det.. jeg har jo alltid vært glad i å være sammen med folk, og, så det, vi er en sånn en fin gjeng, vi kjenner hverandre også nokså godt. Ja, vi har kjent hverandre i alle år, for å si det sånn.» (kvinne, 81).

4.3 Instruktørens rolle

Instruktørens rolle er viktig for informantenes deltakelse i treningsopplegget. Det at instruktørene besitter kunnskap om kropp, bevegelser og muskulatur siden de aller fleste er utdannede fysioterapeuter eller ergoterapeuter, utgjør en viktig faktor som bidrar til deltakelse i dette opplegget. Individuell tilpasning til øvelser og individuelle tilbakemeldinger trekkes fram av flere som viktige faktorer for deres deltakelse og følelse av utbytte av treningen. Da deltakerne har forskjellig funksjonsnivå og sykdommer er instruktørens spesifikke kunnskap om disse i relasjon til trening spesielt viktig for deltakernes tillit til instruktørene og treningen for øvrig. Dette kom særlig fram i forbindelse med engstelse for å anstrenge hjertet ved kondisjonsøvelser, som flere beskriver at ble dempet ned av individuelle tilbakemeldinger i forbindelse med øvelser der hjerterefrekvensen skulle opp. En av informantene som hadde vært engstelig for å presse seg, svarte følgende på om han holdt igjen ved kondisjonstreningen: «Prøver å gi på mest mulig. Ja, de sier jo det er ikke farlig. Nei, så jeg har slutta å være redd.» (mann, 88).

Han uttrykker på denne måten en uforbeholden tillit til at det instruktøren sier ikke er løsrevne ord, med er fundert i kunnskap om kropp og hans sykdom som han umiddelbart fester tillit til. En annen kvinnelig deltaker holdt igjen ved kondisjonstreningen fordi hennes lege hadde anbefalt henne ikke å overanstrenge seg.

Det kommer fram at det var stor forskjell på instruktørens opplegg og at noen gjerne kunne ha litt mer variasjon i øvelsesinnholdet for at det ikke skulle bli for kjedelig: «Det er stor forskjell på trenerne, nå skal ikke jeg snakke vondt om dem, men. Men det er ikke alle som har like mye variasjon i opplegget sitt, og variasjon er viktig for at det skal være litt gøy.» (kvinne, 91).

Andre forskjeller som kommer fram mellom instruktørene er knyttet til intensiteten. En mannlig deltaker sa det sånn: «Nei, altså det som vi nå plages litt av, men er glad for, det er at

han instruktøren kjører oss veldig hardt, når vi har hatt han så kommer alle og sier at jeg kunne nesten ikke gå dagen etter og har vondt i kneet og så videre, så vi gruer oss litt for han.» (mann, 86).

En kvinnelig informant trekker frem at instruktørens ord i forbindelse med det å komme seg opp fra gulvet hjalp henne helt konkret i en situasjon da hun falt på gulvet i leiligheten og ikke hadde trygghetsalarmen på seg. Hun måtte forsøke å komme seg opp selv, og på tross av store smerter kom hun seg opp ved å mane frem det instruktøren hadde forklart henne om hvordan hun skulle gjøre i en sånn situasjon.

Personlige egenskaper trekkes også fram som viktig hos instruktørene. Det at instruktørene i tillegg til den instrumentelle kunnskapen også har gode relasjonelle ferdigheter og er hyggelige mennesker bidrar sterkt til å opprettholde motivasjonen til treningen. Dette kommer fram gjennom vektleggingen av gode, individuelle tilbakemeldinger fra instruktørene. En kvinne fikk følgende oppmuntring fra sin instruktør:

Ja, det er kanskje instruktøren også, for det var et eller annet vi snakka om så sa ho det at jeg så deg en dag på vei til butikken med rullatoren, - går du til butikken og handler? Ja jeg gjør det, men hva var det ho sa.. jo jeg tok bussen en vei.. Jeg begynte å ta bussen hjem med varene. Og så.. hva var det ho sa.. jeg kan ikke huske det.. det greier du (å gå begge veier) når du blir hundre (kvinne, 92)!

En mannlig informant sa det slik:

Jeg konkurrerer med meg selv, og får jeg et rosende ord fra den ene instruktøren så syns jeg det er hyggelig, det er det samme med den andre. Men det tror jeg i grunnen er ganske viktig altså. Og det at instruktørene at de er for det første selv er veldig oppegående og veldig hyggelige altså har en utstråling, [...] kan være med på å gjøre tingene litt mer gledelig mens vi holder på (mann, 83).

Intervensjonens lengde, som er på ni måneder, gjør også at man etter hvert blir godt kjent med instruktørene, slik at man får et personlig forhold til dem. Dette er noe som flere informanter trekk fram som positivt: «Du må ha det faglige i bunnen i den og det er i den utstrakte grad at den enkelte etter hvert skjønner at dette her har jeg veldig godt av, men så får du altså ekstra lyst hvis vedkommende er en person med en god utstråling.» (mann, 83).

I samtale med informantene kom det tydelig fram at instruktørene hadde fått en viktig rolle. Flere uttrykte at de var blitt glad i instruktørene og syntes at de var greie og hyggelige. Instruktørens evne til å motivere og drive deltakerne gjennom øvelsene er viktig, det er tyngre å tenke at man skulle gjennomføre øvelsene selv hjemme uten noen til å pushe på. To

kvinnelige deltakere sa det slik: «En er ikke så god til å gjøre det hjemme. Når den kvinnelige treneren sitter der sånn altså (tramper fort i gulver). De ti siste sekundene der. Hold på, hold på! Ja, det gjør du jo ikke hjemme.» (kvinne, 81).

Det var i grunn bare gøy altså, men... Og vi hadde to ledere som var veldig greie, gjorde akkurat som... måtte bare gjøre så godt vi kunne og så ikke. Hvis det blei for tungt så måtte vi bare ta pause. Og da var det greit nok vet du når vi ikke blei pest på til å holde på. For eksempel denne her.. vi holdt på med ballonger, og kasta til hverandre. Det leita veldig på meg, på pusten. Ja, så det var jeg litt forsiktig med, eller så gikk jeg akkurat som de andre. Jeg tror ikke jeg bremsa de noe større (kvinne, 91).

Skreddersøm av øvelser, og tilpasning til deltakernes fysiske nivå kommer fram som viktig. Informantene snakker både om at de selv og andre på gruppa har trengt ekstra tilrettelegging, og beskriver at de så langt som mulig får den tilrettelegging de trenger. Det blir også i instruksjonen sagt at alle må følge sitt eget tempo og ta pauser ved behov, selv om det også kommer frem at det er forskjeller både i øvelsesutvalg og intensitet. En kvinne satte ord på erfaringer rundt dette på denne måten:

For det er jo noen som har problemer med knea og de kan jo ikke gjøre alle de øvelsene som jeg kan gjøre igjen, så prøver vi om de kan gjøre noen andre ting i mellomtida og sånn. Men det er jo ho som leder som setter i gang med det altså. Og de er veldig flinke til å rettlede hvis det er noen som ikke riktig får det til. Helt liksom sånn som de skal, og hjelper til sånn at de, nei assen de må gjør det, forklare det på en veldig fin måte, det er de veldig flinke til altså (kvinne, 81).

4.4 Støtte fra omgivelsene

De fleste av informantene har jevnlig kontakt med fastlege eller leger innenfor spesialisthelsetjenesten i forbindelse med sine sykdommer, og trekker fram legens støtte av deres deltakelse i gruppeopplegget som viktig for dem. Noen nevner at leger har dempet deres aktivitet i forbindelse med tilstander han har tolket som overbelastning, eller at legen har sagt at de ikke må overanstrenge seg i forbindelse med kondisjonstrening hos pasienter med hjerterelaterte lidelser. En lege hadde lenge forsøkt å motivere sin pasient til å gå til fysioterapeut, men da hun startet i treningsgruppen var han fornøyd med dette også:

Og det var akkurat midt i blinken sa han (legen) så det er bare å passe deg så du ikke overanstrenger deg, for det må du jo ikke [...] Og nå skryter han så veldig, for jeg har måttet gå med det dere apparatet som de måler (blodtrykket) i døgnet et par tre ganger, men etterpå at jeg begynte å trene så har han ikke nevnt det i det hele tatt (kvinne, 91).

En informant hadde også leger som nære pårørende som oppmuntret veldig til aktivitet og til at han bare må ta i selv om det gjør vondt. Nære pårørendes støtte og oppmuntring til å melde

seg på opplegget og til å verne om tiden da de vet at treningen pågår er også viktig. En kvinne sier at datteren aldri kommer på besøk i den tiden det er trening, fordi hun vet hvor viktig den er for moren.

..De vet jo det, venner og bekjente, dattera mi og alt, de må jo ikke forstyrre meg den timen når jeg skal der altså! [...] men det er jo en del av dem jeg er sammen med som nok smiler litt når jeg sier at dette er noe jeg helst ikke vil forsømme, altså. Og så det at vi gjør det sammen, det.. En er ikke så god til å trene hjemme (kvinne, 81).

Skryt, oppmuntring og til og med applaus fra meddeltakere i selve gruppesituasjonen trekkes også fram av flere som viktig for deltakelsen. Det at treningen foregår i gruppe der de får møte andre som er i noenlunde samme situasjon er av avgjørende betydning for å holde motivasjonen oppe: «Det å skulle drive seg fram selv tror jeg er en vanskelig overgang for mange. Jeg har jo denne sykkelen her (ergometersykkel) og jeg har trapper som jeg kan gå i, men det er mye lettere å få til når jeg er sammen med gruppa.» (mann, 83).

En bestemt øvelse blir trukket fram som spesiell med tanke på støtten fra meddeltakerne, nemlig det å legge seg ned og komme seg opp fra gulvet. Flere beskriver at de har oppnådd en forbedring her, og at støtten fra meddeltakere er viktig. En mann (83) sier det slik:

Ting som har vært litt vanskelig for enkelte for eksempel det som jeg lærte allerede på sykehuset, det å legge seg ned på ei matte og så komme opp fra den matta der, og så står det en stol behendig ved siden av for de som blir nødt til å bruke den, men det å komme seg opp fra gulvet uten å bruke den stolen, da får de om ikke akkurat ovasjoner, men.. noe i nærheten, og da blir du litt småstolt, selv om du er en gammel mann (mann, 83).

Dette ser ut til å være viktig for den som gir slik støtte også, da det kommer frem at det gjør inntrykk å se at andre klarer denne eller andre øvelser, og har hatt en stor fremgang som de andre i gruppen har vært vitne til: «Og når vi er nede på gulvet og skal legge oss vet du, opp og ned vet du. Ho der som treneren går til som var litt tustelig sånn. Tror du ikke at ho legger seg ned altså, det er fantastisk for ho kommer seg opp altså og da klapper resten av gjengen.» (kvinne, 81).

Flere har eksempler på dette også i forbindelse med andre øvelser, der de får positive kommentarer fra de andre deltakerne på gruppa til måten de klarer øvelsene på. Den eldste av kvinnene jeg snakket med, en 92 år gammel kvinne, var i utgangspunktet i tvil om hun var for gammel til å være med i gruppene, og hun trekker fram at skryt fra de yngre deltakerne har vært positivt for henne: «Ja, nå vet jeg ikke hvor gamle de er, de har ikke sagt hvor gamle det

er, men de er nå yngre enn meg, og at.. så sier de det, du er jammen flink! Og det syns jeg er litt ja, litt moro.» (kvinne, 92).

En annen kvinne på over 90 år var litt redd for at hun skulle ”sinke” de andre med sin deltakelse. Hun fikk også mye skryt i forbindelse med balansetreningen der hun var mye flinkere enn mange av de yngre deltakerne, noe som var positivt for henne.

Det trekkes fram at den samlede støtten fra meddeltakere i en gruppesammenheng bidrar til at treningen er lettere å gjennomføre enn om man skulle trene på egen hånd.

5 Diskusjon av funn i lys av den valgte teorien

I dette kapittelet vil jeg diskutere mine funn i lys av teorien jeg har valgt. Jeg har systematisert diskusjonen etter de fire underkapitlene fra kapittel fire, og har kalt disse henholdsvis:

Oppstartsgrunner i lys av salutogenese og opplevelse av sykdom, de selvopplevde endringenes betydning for mestring og roller, instruktørens rolle i et pedagogisk – fenomenologisk perspektiv og støtte fra omgivelsene i lys av salutogenese.

Siden informantene gjennomgående har hatt en høy grad av deltakelse i intervensjonen, har de alle en sterk motivasjon til å delta. Antonovsky [1987] (2012 s. 39 og 189) beskriver OAS som en stabil, vedvarende og generell holdning til verden bestående av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Jeg vil i diskusjonen forsøke å forstå deltakernes sterke motivasjon ut fra Antonovskys teori om salutogenese og OAS.

5.1 Oppstartsgrunner i lys av salutogenese og opplevelse av sykdom

Det å *komme i gang* med livsstilsendringer som trening kan representere, kan for mange være det kritiske punkt for å oppnå bedre helse. I studien til Hutton et al. (2009 s. 88) uttrykte en informant at: «Hardest thing is to pick-up and self-start.» Når man vel har kommet i gang, kan positive erfaringer med endringen bidra til fortsettelsen, men først må man våge å forsøke. Begrunnelsene informantene i denne studien oppgir for å starte opp i de aktuelle treningsgruppene er flere og knytter seg til både ytre og indre forhold, slik Vallerand og Thill (1993) sin definisjon på motivasjon sier: «The hypothetical construct used to describe the internal and/or external forces that produce the initiation, direction, intensity and persistence of behavior.» (ifølge Vallerand og Rousseau 2001 s. 389).

For noen av informantene kan det virke som at faktorer knyttet til indre forhold er viktigst for motivasjonen, mens for andre har ytre påvirkning vært helt avgjørende. Felles for alle er at de må ha mottatt informasjon om muligheten for å melde seg på treningsgruppene, som et første stimuli utenfra. Derifra til å ta den endelige beslutningen om å melde seg på, påvirkes informantene ulikt av kombinasjoner av indre og ytre krefter.

Alle informantene forteller om tidlige, gode opplevelser knyttet til bevegelse. Antonovsky [1987] (2012 s. 29) skriver om viktigheten av personens historie i en salutogen tilnærming, og at en dypere forståelse av menneskets komplekse liv er en forutsetning for å skape en bevegelse i retning av bedre helse. Det at informantene tidligere har hatt glede av aktiviteter knyttet til fysisk aktivitet, både i forbindelse med naturopplevelser og interaksjon med andre

er med på å gjøre deltakelse i treningsgruppene til en naturlig strategi å forsøke for å gjenopprette tapt funksjon.

Egen sykdom og de mange konsekvensene opplevelsen av sykdom får for informantene, er en av flere begrunnelser som oppgis for å velge å starte opp med trening. Fra forskningen vet vi at «helseproblemer» og «redsel for å skade seg» er to av de vanligste grunnene eldre oppgir for ikke å øke sitt aktivitetsnivå (Bergland 2011 s. 5). Forskning presentert tidligere i denne studien viser også at flere faktorer kan virke både hemmende og fremmende på motivasjon til fysisk trening. Disse faktorene kan hemme fordi man ikke tror man klarer opplegget, eller fremme fordi man ønsker å bli bedre og tror at trening kan hjelpe til med dette. Informantene i denne studien har alle sykdommer som på forskjellig vis gir bevegelsesrelaterede manifestasjoner. Det er blant annet smerter, nedsatt lungekapasitet, nedsatt kraft, nedsatt balanse eller kombinasjoner av disse. På grunn av disse manifestasjonene har informantene erfart at kroppen hemmes i sin utfoldelse.

I et historisk perspektiv, kan man kanskje bedre forstå de eldre som opplever kroppslige manifestasjoner som en hemmende faktor for motivasjon til deltakelse i gruppetreningen. Gitt informantenes alder, har deres oppvekst skjedd i en tid, da samfunnets bevissthet omkring fysisk aktivitet og de positive helsegevinstene ved dette, ikke hadde våknet. Slik sett kan det ha vært litt tilfeldig hvem som ble seg bevisst dette og hvem som ikke ble det. Det var jo også på den tiden mer naturlig å være i bevegelse for å komme seg fra A til B og for å utføre oppgaver vi i dag har hjelpemidler til. Slik var organisert trening ikke så utbredt. Når det gjelder oppbygningen av helsevesenet var systemet i deres unge år mere opptatt av å kurere sykdom enn å forebygge dem. Den korrekte måten å behandle mange sykdommer på var på den tiden ro og hvile, i kontrast til dagens behandlingsfilosofier. (Phillips 2004 s. 53). Mye av dette henger nok igjen i mange eldres bevissthet. For dagens oppvoksende slekt, er det vanskelig å unngå å få med seg informasjon om de positive helsegevinstene ved fysisk aktivitet, da det er en sterk bevissthet i samfunnet omkring dette temaet. Vi har også fra 1.1.2012 fått en egen folkehelselov, der det går fram at kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom, og iverksette tiltak i tråd med kommunens folkehelseutfordringer. Som eksempel er blant annet nevnt tiltak i forhold til fysisk aktivitet.

Informantene i denne studien kan se ut til å ha tatt inn over seg denne nye kunnskapen, og har til tross for påvirkning fra den historiske tidsepoke de vokste opp i, valgt å melde seg på å begynne med et organisert gruppetreningstilbud.

I tillegg til begrunnelser i egen helse, oppgir informantene også sin livssituasjon som viktig for at de startet opp i treningsgruppene. Til sammen kan disse faktorene utgjøre det Antonovsky [1987] (2012 s. 32) i sin teori om salutogenese med en fellesbetegnelse kaller stress. Han definerer her stress som: «Belastninger som det ikke finnes noen umiddelbart tilgjengelig eller automatisk adaptiv respons på» (ibid.). I en patogen tankegang, vil stressfaktorer nesten utelukkende bli sett på som negative ved at de kan være sykdomsfremkallende. (Antonovsky [1987] 2012 s. 31-32). Antonovsky åpner for en rehabilitering av stressfaktorer i menneskets tilværelse, og mener at stress kan være et nøytralt og i noen situasjoner positivt ladet begrep. Informantenes opplevelse av sykdom er allerede beskrevet som en medvirkende faktor til at de har tatt et valg om å delta i treningsgruppene, noe vi vet er helsebringende og dermed kan bringe individet nærmere helseenden på kontinuumet mellom helse og uhelse.

Antonovsky skiller i sin teori mellom tre typer stress, der særlig to av dem er interessante for denne studien, nemlig kroniske stressfaktorer og vesentlige livsbegivenheter (ibid.).

Informantenes sykdommer og konsekvensene disse har for deres livsutfoldelse, passer inn i det Antonovsky kaller kroniske stressfaktorer. De er vedvarende og er et særtrekk som på avgjørende vis beskriver personens liv. Mange av sykdommene som nevnes har direkte innvirkning på informantenes fysiske funksjon enten i form av redusert balanse, smerter i bevegelsesapparatet eller redusert lungekapasitet. Ifølge teorien kan dette være normale aldersforandringer, sykdommer eller kombinasjoner av disse. Sykdommene har satt dem tilbake og har vært et hinder i å opprettholde en god livskvalitet. Noen av sykdommene er relatert til alder, men ikke alle. Dette er likevel et vanlig trekk ved eldre med så høy alder som mine informanter, at man kan ha flere sykdommer, som virker inn på fysisk utfoldelse (Helbostad, Granbo og Østerås 2007 s. 126).

Sykdommer informantene har erfart kan også inntre brått og være progredierende som en av informantene har beskrevet, og på den måten passe bedre inn i Antonovskys betegnelse vesentlige livsbegivenheter. Informantenes beretninger om tap av nærstående og store endringer i deres liv som følge av at ektefellen har flyttet på sykehjem og de selv har måttet flytte fra egen bolig til en serviceleilighet, kan også utgjøre vesentlige livsbegivenheter i Antonovskys forstand. Det som er karakteristisk for disse vesentlige livsbegivenheter, er at de kan sted- og tidfestes. Antonovsky hevder videre at det ikke er begivenheten i seg selv, men de mange følgene av den som er viktig og at det er OAS-nivået til personen som opplever slike begivenheter som bestemmer om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsebringende. Det

er problematisk for de fleste å tenke seg at en alvorlig hendelse som å miste en nærstående på noen måte kan være helsebringende. Antonovsky [1987] (2012 s. 160) vil ikke forstås dithen at personer med høy OAS som nylig er etterlatt etter en nærståendes død viser mindre intens følelsesmessig smerte. Kanskje tvert imot. Stressfaktoren er smertefull og følelsene forsvinner heller aldri på lang tid, kanskje aldri. Men hvis de fortsetter med å være så akutte, smertefulle og overveldende at de stenger alle andre følelser ute og dominerer tilværelsen – hvis spenningen blir til stress – vil det føre til sykdom (ibid.). Informantene har i sitatene over beskrevet noen av følgene av livsbegivenhetene de har opplevd. Etter tap av ektefelle har de opplevd ensomhet, depresjon, sorg, savn, inaktivitet og angst. Antonovskys hypotese knyttet til følelser, er at personer med sterk OAS sannsynligvis vil ha andre følelser enn personer med svak OAS og at disse vil være fokuserte og lettere å regulere. Han nevner for eksempel kontrasten mellom sorg og følelsen av å være forlatt der sorgen i følge Antonovsky kan være lettere å gjøre noe med (Antonovsky [1987] (2012 s. 159). Det kan virke som om informantene i denne studien alle har hatt en sterk OAS, og at det å melde seg på treningsgruppene har vært en av flere bevisste strategier de har valgt for å mestre utfordringene sykdom og vesentlige livsbegivenheter har forårsaket. På denne måten har stresset bidratt til en helsebringende endring i deres liv.

Toombs skriver i kapittelet *Sufficient unto the day* i boken *Chronic illness* (Toombs, Barnard and Carson 1995) om sine opplevelser omkring det å få diagnosen multippel sklerose. Hennes beskrivelser kan være en hjelp til å forstå bedre hvordan informantene kan ha opplevd sine sykdommer eller livskriser, og hvordan det kan ha vært noe av grunnlaget for at de valgte å delta i treningsgruppene. Toombs (1995) beskriver det som en hendelse som endret hennes liv fundamentalt. Øyeblikket hun fikk diagnosen er meislet inn i hukommelsen på en slik måte at hun kan huske detaljer som hva hun hadde på seg og nøyaktig tidspunkt når det skjedde, selv mange år etterpå. Dette representerte en vesentlig livsbegivenhet for henne, i Antonovskys forståelse av begrepet. Antonovsky skriver også om øyeblikket der pasienten får beskjed av legen om at han/hun har en alvorlig sykdom, som potensielt skadelig for pasienten i at man kan få et midlertidig «fall» i OAS-verdi (Antonovsky [1987] (2012 s. 136). Toombs beskriver videre dette som et brudd i rutinene som ligger til grunn for hverdagspraksis og et brudd i den opplevelse av sammenheng og kontinuitet som vanligvis blir tatt for gitt, som gjør at opplevelsen av en meningsfull tilværelse kan være truet. I Toombs bok *The meaning of illness* (1992b) kombinerer hun sine egne erfaringer med å leve med MS med filosofiske teorier fra fenomenologien og først og fremst fra den delen av fenomenologien som vektlegger det

kroppslige aspektet. Kroppsfenomenologien er den posisjonen innen fenomenologien som tematiserer hvordan vi som subjekter eksisterer og erfarer kroppslig i verden, i relasjon til kontekst og medmennesker (Nordtvedt 2006 s. 53). Informantene i denne studien vektlegger sin sykdomsopplevelse og de kroppslige konsekvensene av disse i sin begrunnelse for å velge å begynne med fysisk trening. De beskriver også en historie med mye bevegelse og glede over å være i bevegelse som viktig for dem. Jeg vil forsøke å kaste lys over dette ved hjelp av Toombs (1992b) teori, før jeg vender tilbake til Antonovsky og hans teori om salutogenese.

Det sentrale i den kroppsfenomenologiske posisjonen er at mennesker erfarer gjennom kroppslig eksistens i verden. Denne retningens mest betydningsfulle tenker, Maurice Merleau Ponty vektlegger *den levde kroppen* der *levd* innebærer at livet leves og uttrykkes gjennom kroppen (Nordtvedt 2006 s. 54). Uten kropp hadde vi ikke eksistert. Kroppen er vårt utgangspunkt for all erfaring. Kroppsligheten framtrer ved at kroppen er plassert og lokalisert i en tid-rom dimensjon. Vårt forhold til kroppen er som regel en pre-refleksiv oppmerksomhet som er så gjennomgripende at vi kun legger merke til den (kroppen) når vi frivillig og bevisst retter vår konsentrasjon mot den, som for eksempel ved å snu oss for å se vår egen kropp i speilet (ibid.). Vi både har og er en kropp. Selvet er dermed uløselig knyttet til kroppen. På denne bakgrunn mener Toombs (1992b) at konsekvensen av sykdom kan være:

The fundamental features of embodiment, such as being-in-the-world, bodily intentionality, primary meaning, contextual organization, body image, and gestural display, are all disturbed in various ways. The character of lived spatiality and lived temporality undergoes a significant change. Consequently, illness-as-lived represent a chaotic disturbance and sense of disorder in the patient's being-in-the world (Toombs 1992b s. 70).

I kapittelet *Sufficient unto the day* i boken *Chronic illness*, beskriver Toombs fra s. 12 og utover konkrete episoder og opplevelser fra hennes sykdomshistorie som illustrerer noen av endringene som skjer når kroppen rammes av sykdom. Etter hvert som symptomer oppstår blir hennes oppmerksomhet uvilkårlig trukket mot organet symptomet kommer fra. I en frisk kropp er vi oss ikke bevisst hånden som griper om pennen når vi skriver et brev. Vi er oss ikke bevisst hånden i det hele tatt. (Toombs 1992b s. 51). Når bena ikke lenger vil lystre slik hun ønsker er det som om de er døde, og ikke hennes egne lenger. Opplevelsen av omgivelsene blir også annerledes for eksempel ved at avstander oppfattes på en annen måte enn før; en strekning hun før betraktet som kort, blir lang når den erfares gjennom en syk kropp, og åpne plasser representerer plutselig en trussel ved at det er ingen objekter å støtte seg til ved et forsøk på å forsere dem.

Informantene i min studie har erfart sykdom av forskjellig alvorlighetsgrad og type, men for alle representerer den et brudd med hverdagspraksis og tidligere liv i likhet med noe av det Toombs beskriver. En mannlig informant beskriver dette slik:

Eh.. Ellers går det stadig nedover og hva skal jeg si, for en fem-seks år siden så gikk jeg veldig greit og for fire år siden gikk jeg med to staver, for tre år siden stabbet jeg litt mer og i fjor begynte jeg å bruke denne (rullator). Så nå kjemper jeg for å komme meg opp av senga og for å komme opp her sånn (av stolen), så det er et ork (mann, 86).

For denne mannen erfares nedsatt kraft i beina og dårlig balanse som en stadig dårligere gangfunksjon, noe som for han kan representere et brudd i hverdagspraksis og en: «Inability to engage in the world in habitual ways» (Toombs 1992b s. 62). Behovet informantene har hatt for å gjenopprette denne evnen til å engasjere seg i verden kombinert med deres positive holdning til bevegelse og aktivitet, kan se ut til å ha bidratt sterkt til at de valgte å melde seg på treningsgruppene.

Når vi vender tilbake til Antonovskys teori om salutogenese er spørsmålet hvordan man responderer på en stressfaktor. Som nevnt hevder Antonovsky at det er personens OAS-nivå som avgjør om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsebringende. Personens OAS- nivå bestemmes av tre faktorer, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, der Antonovsky betegner meningsfullhet som begreps motivasjonselement og det viktigste av de tre (Antonovsky [1987] (2012 s. 41). Personer som Antonovsky i sitt grunnlagsmateriale fant hadde høy grad av meningsfullhet, snakket stadig om livsområder som var viktige for dem, som de var involvert i, som gav mening i følelsesmessig og ikke bare kognitiv forstand (ibid.). Jeg har tidligere i studien understreket at informantene er like på den måten at alle ser ut til å ha et bevisst forhold til fysisk aktivitet og bevegelse. Noen forteller om opplevelser fra barndommen der det kommer fram at gleden ved bevegelse var til stede allerede da. De forteller om at de har hatt et positivt forhold til det å bevege seg, de fleste i form av å gå lengre eller kortere turer. Det å bevege seg og bruke kroppen i dagligdagse aktiviteter kan virke som et viktig livsområde for informantene i denne studien, som kan ha vært med på å utvikle en sterk OAS. En sterk OAS kan igjen ha bidratt til en sterk motivasjon som har bidratt til at de valgte å starte opp i treningsgruppene. I følge Antonovsky vil personer med en sterk OAS, tolke og respondere på stressfaktorer på en annen måte enn personer med en svak OAS. Det er ikke dermed sagt at ikke sorgen etter tap vil være til stede, men at han eller hun gjør et utvalg fra repertoaret av generelle og konkrete motstandsressurser som vedkommende har til rådighet, og som virker som den beste kombinasjonen (Antonovsky [1987] 2012 s.

148). For mine informanter kan beslutningen om å delta i gruppetreningene være et av disse valgene.

I salutogenetisk forstand kan vi si at de har det til felles at viktige livsområder skaper et engasjement og gir mening, og at fysisk aktivitet av disse informantene oppfattes som en aktivitet som kan ha forbindelse til disse viktige livsområdene (Antonovsky [1987] 2012 s.51). Kanskje det nettopp er på grunn av dette at disse menneskene ikke har vært så veldig i tvil når det bød seg en anledning til å delta i et treningsopplegg. Toombs (1995) skriver også om sin egen situasjon at hun på et tidspunkt noen måneder etter at hun hadde blitt diagnostisert med MS, tok et bevisst valg om å leve en dag om gangen og nekte seg selv å dvelle ved hva som kunne komme i fremtiden.

Informantene i denne studien har også hatt tilgang på sosial støtte som Antonovsky definerer som en viktig mestringsressurs. Dette har også vært viktig i oppstarten, men blir kanskje vel så viktig i opprettholdelse av motivasjon over tid. Dette blir nærmere drøftet i kapittel 5.4. Antonovsky skriver også om: «Overordnede psykososiale, generelle motstandsressurser – motstandsunderskudd» som et samlebegrep. Inn i dette definerer han kulturelt utgangspunkt, økonomiske betingelser, historisk kontekst, sosiale roller osv. som vedvarende kontinuerlige fenomen hos en person. Dersom man skårer høyt på fenomenet, kan det trekke i retning av en sterk OAS, og dersom man skårer lavt, kan det trekke i motsatt retning. Mitt utvalg har en del fellestrekk som kan karakteriseres som overordnede, psykososiale motstandsressurser. De er alle oppvokst i en norsk kulturtradisjon og bor i Norge med de økonomiske betingelser det innebærer. Dette kan være medvirkende til etablering av en sterk OAS, som igjen kan støtte opp om en motivasjon til å melde seg på treningsgruppene.

Informantenes livssituasjon og troen på at trening kan bidra til å bedre denne har hatt avgjørende betydning for at de meldte seg på treningsopplegget. Livssituasjon og opplevelse av sykdom, har også bidratt til fortsettelse i opplegget med høy grad av deltakelse.

5.1.1 Egendisiplin i sammenheng med OAS

Alle informantene har hatt høy grad av deltakelse gjennom en lang intervensjon. De beskriver også selv at de setter høyt det å stille opp når de først har meldt seg på og sagt at de skal komme. Dette er et trekk ved informantenes personlighet som de beskriver at også gjelder i andre sammenhenger enn denne; det at de fullfører ting de har begynt på. Dette krever en god porsjon motivasjon og vilje og sier mye om informantenes personlighet.

I et salutogenetisk perspektiv, kan dette sees på som ett av flere karakteristika ved sterk OAS. Antonovsky [1987] (2012 s. 147-148), skriver at en person med sterk OAS som blir utsatt for

en stressfaktor, vil være bedre rustet til å skape orden og mening i situasjonen, og evnen til kognitivt og følelsesmessig å kunne strukturere oppfatningen man har av en stressfaktor, og akseptere at man er nødt til å håndtere den, bidrar til mestring. Videre skriver han at allerede før han eller hun gjør noe, har en person med sterk OAS mobilisert ressurser til å konfrontere stressfaktoren (ibid.). Informantenes sterke egendisiplin kan forstås i lys av alle komponentene i OAS, og sier noe om en grunnholdning de har hatt før intervensjonen startet. Banduras (1977) mestringsteori har (ifølge Antonovsky [1987] 2012 s.144) mye til felles med denne tenkningen og deltakerne i denne studien virker å ha mestringstro slik at de er i stand til å vise den adferd som skal til over tid for å skape ønsket resultat, nemlig bedre helse. Det er likevel sannsynlig at opplevelsene og erfaringene de har gjort seg i løpet av intervensjonen, som beskrives videre i dette kapitlet har vært med å bidra til å opprettholde egendisiplinen over deltakelsen.

5.2 De selvopplevde endringenes betydning for mestring og roller

Alle informantene har forut for deltakelsen erfart fysiske endringer som følge av både primær og sekundær aldring, i tillegg til vesentlige livsbegivenheter som er beskrevet tidligere i oppgaven. Dette har til sammen gitt konsekvenser for funksjonsevne og mestring. Mestringsbegrepet er sentralt når sykdom utgjør en trussel mot selve livet. Gjennom treningen har informantene en subjektiv opplevelse av at funksjonsnivå og grad av mestring bedres, som stemmer godt overens med det forskningen sier om treningseffekt hos eldre. Effekten av kondisjonstrening er den samme hos eldre som hos yngre og selv hos eldre med hjerte- karsykdommer som flere av informantene hadde i denne studien, har flere studier vist positive effekter (Bahr 2008 s. 63-64). Positive resultater er dokumentert også i forhold til muskelstyrke (ibid.) og fall (Gillespie 2009 s. 8), som flere av informantene beskriver erfaringer rundt. Den kvalitative forskningen jeg presenterte innledningsvis, understreker også at den selverfarte nytteverdien av treningen er en viktig motivasjonsfaktor for å fortsette. De Groot og Fagerstrøm (2011 s. 158) fant i sin studie at funksjonell uavhengighet og opprettholdt gavevne var en viktig motiverende faktor for deltakelse. Informantenes forventninger om bedring er i løpet av intervensjonen blitt bekreftet i så stor grad at det bidrar til opprettholdelse av motivasjon til deltakelse. Alle disse faktorene informantene beskriver kan knyttes direkte til mestring og helse, som for mange er et uttalt mål for å beholde livskvalitet inn i alderdommen. Gjenopprettingen av en kroppslig *status-quo* kan beskrives Seymore (1998) som: «The re-construction of self-identity in relation to the person's new bodily state» (ifølge Standal 2009 s. 154). Hun understreker videre viktigheten

av hvordan man fremstår for andre med en kroppslig sykdom, noe som blir beskrevet av den kvinnelige informanten som tidligere måtte streve for å komme seg opp når hun hadde vært på mannens grav og plantet: «Jeg lå på alle fire ute på kirkegården og planta, så å komme opp igjen. - Jeg visste nesten ikke åssen jeg skulle gjøre, men nå går det greit.[...] Så kikka jeg rundt om det var noen som hadde sett meg, for det var jo litt flaut vet du!» (kvinne, 81). Dette understreker sammenhengen mellom kropp og selv og at kroppslig fungering oppleves som viktig for informantene.

Antonovsky beskrev i sin første bok *Health, stress and coping* (1979) OAS som « Et generalisert, varig perspektiv på verden og sitt eget liv i den.» Senere har han avgrenset dette til det som utgjør de viktige livsområdene for personen. Fordi alle setter grenser for hva som er viktig i sitt liv, vil det ikke være så viktig å føle at alt i livet er gjennomgående begripelig, håndterbart og meningsfylt for å ha en høy OAS. Det som faller utenfor personens viktige livsområder gjør det ikke så mye om den oppfatter usammenhengende og kaotisk, med unntak av fire områder som Antonovsky [1987] (2012 s. 45) ser som så viktige for alle mennesker at de ikke kan utelates. Dette er personens indre følelser, nære mellommenneskelige relasjoner, primære rolleaktiviteter og eksistensielle tema. For utvalget i denne studien kan man tenke at avgrensingen av de viktige livsområdene kan være relativt smalere enn hos yngre mennesker, blant annet fordi vi vet at eldre mennesker ut fra rolleteorien har færre roller (Tornstam 2005 s. 133). Vi vet om utvalget i denne studien at alle er pensjonister og ikke har arbeidet som en viktig arena lenger, flere har mistet viktige nærstående og dermed mistet, eller endret roller etter dette. På bakgrunn av informantenes beretninger kan vi slutte at en god helse er viktig for at de kan delta på de viktige livsområdene de har. Antonovsky [1987] (2012 s. 46) fremholder også at personer med høy OAS kjennetegnes ved at grensene for hva som gir mening er tøyelige, slik at man tilpasser seg når man mister roller og arenaer som har vært viktige, og klarer å erstatte dem med nye. To av rollene som er beskrevet av informantene som knyttet til viktige livsområder er rollen som ektefelle og rollen som husmor.

Som husmor er det viktig å mestre kroppslige utfordringer knyttet til matlaging og rengjøring slik man alltid har gjort det uten, som en kvinnelig informant sa det; «å ha noen som oppvarter en hele tida». Kvinnen beskriver dette best når hun sier at hun ikke vil *miste* det å kunne mestre husarbeidet, fordi det er så viktig for henne. Antonovsky diskuterer i sin bok [1987] (2012 s. 120) livsopplevelser som bakgrunn for dannelsen av OAS hos husmoren. Om husmortilværelsen bidrar til styrking eller svekkelse av OAS avhenger blant annet av kultur og sosiale strukturer. I Norge i dag vil kanskje ikke husmorens livsopplevelser alene borge for

dannelsen av en sterk OAS, da husmorrollen ikke er høyt verdsatt i samfunnet. Dette kan blant annet komme av at samfunnet er jobborientert og husmoren ikke er i jobb i samfunnsøkonomisk forstand, men er økonomisk avhengig av en ektefelle eller trygdeordninger. Men i tillegg til kulturelle forskjeller spiller også historien inn her. Flere av informantene i denne studien har vært husmødre, noen har hatt lønnet arbeid i tillegg. Nå er alle pensjonister og har huslige sysler som hovedoppgave. Da disse kvinnene inntok rollen som husmødre en gang på 40 eller 50- tallet, var holdningene til husmoren annerledes i Norge enn de er i dag. Husmorrollen var på den tiden høyere sosialt vurdert, og dette kan ha bidratt til styrking av informantenes OAS. Antonovsky [1987] (2012 s. 106) fremhever at medbestemmelse er viktig for meningskomponenten i OAS, og at medbestemmelse innen et felt kun oppleves meningsfylt hvis den aktuelle aktiviteten er sosialt verdsatt. Kvinnen på 92 år trekker imidlertid fram at hun i sin ungdom hadde hatt et ønske om å ta utdanning, men at dette ikke var mulig i den tiden. Slik har denne kvinnen hatt et savn etter noe annet, som kan ha svekket hennes opplevelse av mening og OAS totalt på det tidspunktet. Denne og en annen av kvinnene som var de eldste i utvalget, uttrykker nå en stor glede og tilfredshet over å kunne klare de huslige syslene i leiligheten selv. De har ingen hjelp fra kommunen til dette, og er derfor blitt samfunnsøkonomisk *nyttige* i tillegg til at dette nå har blitt et viktig livsområde for dem, som de føler treningen bidrar til at de kan mestre.

En annen rolle som blir trukket fram som viktig for informantene, er rollen som ektefelle. Bare en av informantene i studien bor sammen med ektefellen. To andre har nettopp opplevd at ektefellen har flyttet på sykehjem, mens fire har mistet sin ektefelle. De to som har opplevd at ektefellen har flyttet på sykehjem, har fått endret sin bosituasjon ved at de har blitt enslige, med et ansvar for å besøke ektefellen utenfor hjemmet. Rollen som ektefelle har som følge av dette blitt endret, slik Tornstam i sin bok beskriver som typisk for eldres roller (Tornstam (2005 s. 146). For den friskere halvdel av ekteparet, blir en viktig del av rollen nå å være den som kommer på besøk, noe som krever en viss grad av helse. Det kommer fram at informantene etter å ha deltatt i gruppetreningene har oppnådd fysiske forbedringer av for eksempel gangfunksjonen som setter dem i stand til å fylle denne rollen slik at de kan gå eller ta buss til sykehjemmet nesten daglig for å besøke sin ektefelle. Det å bevare roller og muligheten til å utføre oppgaver som det forventes ut fra de rollene man har, oppleves som meningsfullt og motivasjonsskapende for informantene.

Antonovsky [1987] (2012 s. 161) skriver i kapittelet: *Helsemessige konsekvenser*, om forbindelsen mellom mestring og helse. Her nevnes mosjon og etterlevelse av anbefalinger

som direkte atferdsmessig mestring som kan bedre helsen. Det er ikke dermed sagt at personer med sterk OAS gjennomgående har en helsefremmende atferd, men at det er større sannsynlighet for at personer med høy OAS velger en helsemessig gunstig atferd enn en helsemessig ugunstig atferd, når de utsettes for en akutt, kronisk stressfaktor. Utvalget i denne studien har alle opplevd følger av kroniske stressfaktorer eller vesentlige livsbegivenheter, i form av sykdom, ensomhet, depresjon, sorg, savn, inaktivitet og angst. Treningen har i følge funn i denne studien bidratt til bedring på flere av disse områdene som man igjen kan tenke seg at har befestet informantenes plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse, eller ført til bevegelse i retning av helseenden. I sin beskrivelse av OAS- begrepets meningskomponent, understreket Antonovsky allerede i sin første bok betydningen av å være involvert både som deltaker i prosessene som former ens egen skjebne, og i sine egne, daglige erfaringer. (Antonovsky 1979 s. 128 og [1987] 2012 s. 41).

Flere teoretikere har fremhevet at selvbestemmelse er viktig i forhold til motivasjon. I artikkelen *Motivation in the elderly; A theoretical framework and some promising findings*, skiller Vallerand og O'Connor (1989 s. 539) mellom indre, selvbestemt ytre, ytre og amotivasjon, der indre motivasjon og selvbestemt ytre motivasjon er mest preget av selvbestemmelse. Indre motivert adferd er styrt av glede og tilfredsstillelse av selve aktiviteten og oppstår fra behovet for selvbestemmelse og følelse av kompetanse (ibid.) Forfatterne skriver om aktiviteter som er indre motivert at: «They lead the individual to experience feelings of competence and/or self-determination, are intrinsically rewarding and are likely to be performed again.» (Vallerand og O'Connor 1989 s. 540).

Utvalget i denne studien har høy grad av indre motivasjon til å delta i gruppetreningene. Ytre faktorer spiller også inn, men det virker ikke som om ytre krefter er utslagsgivende til at de fortsetter slik at de på noen måte føler seg presset til det. Informantene har fortalt om at det er gøy å trene i gruppekonteksten, det er godt å kjenne at kroppen fungerer og at man klarer ting. Det at de beskriver treningen som gøy, betyr at de har en indre motivasjon til aktiviteten og at de deltar for aktivitetens egen skyld. Det at de deltar fordi det er godt å kjenne at kroppen fungerer og at de klarer ting, kan tyde på en ytre selvbestemt motivasjon som er indre regulert, men som utføres for å nå et mål utenfor aktiviteten selv (Vallerand og O'Connor 1989 s. 540-541). Man blir oppmuntret av instruktørens omsorg og tilrettelegging og av meddeltakernes omsorg og applaus slik at det er sannsynlig at denne opplevelsen fører til gjentakelse altså en opprettholdt motivasjon for aktiviteten. Videre vil indre motivasjon føre til de mest positive konsekvensene for hverdagsliv og helse fordi høy grad av

selvbestemmelse er forbundet med bedre psykologisk fungering (Vallerand og O'Connor 1989). Antonovsky [1987] (2012 s. 158), skriver også om følelsene håp og begeistring som følelser som skaper adekvat motivasjonsmessig og kognitivt grunnlag for handling når man skal håndtere det instrumentelle problemet.

De Groot og Fagerstrøm fant i sin studie at følelse av glede, oppnåelse, tilfredshet og selvtilit springer ut av det sosiale samværet og bidrar til deltakelse (Hutton et al. 2009 s. 87-88; Hedley et al. 2010 s. 432; De Groot og Fagerstrøm 2011 s. 157).

Meningskomponenten i OAS måler i hvilken grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig og at i hvert fall noen av tilværelsens problemer og krav er verdt å bruke krefter på (Antonovsky [1987] 2012). De som skåret lavt på meningskomponenten, kunne nok ha livsområder de mente var viktige, men bare i den forstand at det innebar belastninger og krav som de helst ville være foruten. Dette er ikke beskrivende for informantene i denne studien. De oppsøker belastninger i form av trening som kan hjelpe dem til å delta på disse viktige livsområdene.

Antonovskys teori om salutogenese [1987] (2012 s.161) beskriver at mennesker med en sterk OAS (begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet) har større sannsynlighet for å håndtere spenning som følge av ulike typer stress på en måte som kan befeste eller bedre helsetilstanden til vedkommende. Det å delta i treningsgruppene som er det aktuelle i denne studien, kan sees på som en av strategiene deltakerne har valgt som et resultat av en sterk OAS, for å bedre sin egen helse. Det viktigste for å mobilisere de nødvendige ressurser for å håndtere stressfaktoren er en sterk opplevelse av meningsfullhet (Antonovsky [1987] 2012 s. 149).

Det er nærliggende å tenke at alle disse informantene ville skåre høyt på meningskomponenten i OAS, også mannen som ikke erfarte kroppslig fremgang. Han meldte seg på treningsgruppene med en gang det var mulighet for det, gjennomførte med høy grad av deltakelse og passer slik sett med Antonovskys beskrivelse av personer i gruppen med sterk OAS, som personer som tar utfordringer på strak arm (Antonovsky [1987] 2012 s. 41).

Antonovsky sier også om personer med sterk OAS er bedre i stand til å leve med de problemene som ikke lar seg løse, som for eksempel en progredierende sykdom kan representere.

Det at man gjennom deltakelsen i disse treningsgruppene får bekreftet at man ved å investere krefter i et problemområde, eller en utfordring, oppnår i større grad å kunne delta på viktige livsområder kan man tenke at man bekrefter eller til og med styrker sin OAS. Antonovsky

selv er skeptisk til at store endringer i OAS nivå kan skje etter at dette har befestet seg i voksen alder, og skriver i *Health, Stress and Coping* (1979 s.188) at når opplevelsen av sammenheng først er fastlagt, er det lite sannsynlig at den vil endre seg radikalt. Han åpner likevel for at mennesker med en svak eller moderat OAS kan gjennom et nytt og opprettholdt livsopplevelsesmønster kan få en varig styrking av OAS. Slike livsopplevelser må i så fall være preget av ulike grader av indre samsvar, belastningsbalanse og deltakelse i sosialt verdsatt beslutningstaking i et langsiktig kompleks (Antonovsky [1987] 2012 s. 135). Antonovsky beskriver videre mulighetene for en bevisst endring av OAS. For hensikten med denne studien og for behandlere i helsevesenet er dette interessant, med tanke på muligheter for å tilrettelegge treningsintervensjoner på slik måte at man kan oppnå varige endringer som kan påvirke helsen til det bedre.

5.3 Instruktørens rolle i et fenomenologisk – pedagogisk perspektiv

Instruktørens rolle er viktig for at deltakerne opprettholder motivasjonen til å delta i treningsgruppene. Instruktørens helsefaglige kunnskaper er sentrale i dette men også formidlingsevnen og evnen til å skape en relasjon. Deltakerne er i en situasjon der de har behov for å bli sett og møtt, på grunn av at de er i en vanskelig livssituasjon og har opplevd det Antonovsky kaller vesentlige livsbegivenheter [1987] (2012 s. 51). Informantene vektlegger spesielt instruktørens væremåte og evne til å skape en god relasjon, noe som kan være særlig viktig i en intervensjon som strekker seg over så lang tid som ni måneder. Røkenes og Hansen (2012 s.180) skriver i sin bok *Bære eller Briste*, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker om relasjonens overordnede betydning i et hjelpeforhold. De trekker fram tre viktige forhold for utvikling av en god relasjon; væremåte, empati og anerkjennelse. I en gruppeinstruksjonskontekst som er det aktuelle i denne studien, kan dette være vanskelig å få til, og krever pedagogiske ferdigheter hvis alle deltakerne skal føle seg ivaretatt og møtt og samtidig få et læringsutbytte gjennom fysiske øvelser. Instruktørene det snakkes om i denne studien er fra intervensjonens første sesong, og er alle utdannede fysioterapeuter eller ergoterapeuter. I gruppeinstruksjonen kommer et viktig fagfelt inn som viktig i tillegg til helsefagene, nemlig pedagogikken. Det er ingen krav til pedagogisk utdanning og disse helsefagene har ingen sterk vektlegging av dette gjennom utdanningene. Det vil derfor være tilfeldig hvor mye disse instruktørene har tilegnet seg av kunnskap innenfor det pedagogiske området. Evidensbasert praksis og evidensbasert forskning står sterkt innenfor både fysioterapi og ergoterapi og er brukt som grunnlag for planlegging og gjennomføring av denne intervensjonen. Øyvind Standal (2008 s. 202-203) kritiserer i sin

artikkel *Celebrating the unsecure practitioner. A critique of evidence-based practice in adapted physical activity*, en for ensidig vektlegging av evidensbasert praksis i kontekster der også læring og pedagogikk inngår som en viktig del, slik det jo gjør i instruksjonen i treningsgruppene i denne studien. Han fremholder at utdanningsfagene ikke har vektlagt evidensbasert praksis og – forskning i samme grad som helsefagene, blant annet fordi man innenfor disse disiplinene stadig må forholde seg til kontekstens kraft og den stadige interaksjonen mellom lærer og elev som begrenser mulighetene for generalisering fra eksperimentelle studier til virkeligheten (ibid.). Informantenes vektlegging av skreddersøm av øvelser for den enkelte deltaker og opplegget som helhet stiller krav til pedagogiske ferdigheter i kombinasjon med kunnskaper om kropp og bevegelse. Viktigheten av skreddersøm kommer også frem i tidligere forskning som er gjort i forhold til eldres motivasjon til fysisk trening (Hedley et al. 2010 s. 433; Stineman et al. 2011 s. 170).

Kontrollerte forsøk finner sammenhenger mellom variabler på gruppenivå, og resultatet gjelder gjennomsnittspasienten. I klinikken er det derimot individuelle mennesker i all sin forskjellighet vi møter (Thomassen 2006 s. 150). På bakgrunn av gerontologiens understrekninger av at eldre mennesker er mer forskjellige enn andre, er det rimelig å tenke at en gruppesammensetning av eldre mennesker vil by på enda mer kompleksitet enn en gruppe yngre mennesker, slik at problemene med generalisering vil bli ytterligere forsterket i en kontekst der det er eldre mennesker som skal instrueres i noe. Informantene forteller da også om at instruktørene tilrettelegger for den enkelte, som av kroppslige årsaker ikke kan gjennomføre øvelsen slik man egentlig skulle etter mønsteret fra forskningen. Og dette kommer fram som en positiv og motiverende faktor for deltakelse i gruppene. Det er altså motiverende for deltakerne at man går utenfor den strenge rammen av standardisering som en rendyrking av evidensbasert praksis krever.

Gruppeinstruksjon av fysisk aktivitet er et felt der helsefag og utdanningsfag møtes, noe som problematiserer relevansen av evidens fra eksperimentelle studier (Standal 2008 s. 205).

Standal skriver i kapittelet *Pedagogisk arbeid i rehabilitering – Ei drøfting av praktiske og pedagogiske handlingar* i boka *Aktive liv* (Steinsholt og Gurholt 2010) at

Pedagogisk arbeid i rehabilitering skjer i eit ubestemmeleg og tvitydig felt. Det pedagogiske arbeidet kan då ikkje styrast gjennom ei streng mål-middel-tenking. I staden blir ei hermeneutisk forståing av læring lagt til grunn slik at bevegelsesaktivitetane ein tilbyr i rehabilitering opnar for dei mogelegheitene som fins for at brukarane med sine forskjellige kroppar, erfaringar og interesser får utfalde seg i bevegelse (Steinsholt og Gurholt 2010 s. 85).

Han foreslår en fenomenologisk- pedagogisk tilnæringsmetode som alternativ til en for sterk vektlegging av mål-middel i pedagogisk arbeid i rehabiliteringsfeltet.

Standal bruker i dette kapittelet den fenomenologiske pedagogikken til Max van Manen som perspektiv, der hans utlegning om pedagogisk og fenomenologisk praksis står sentralt. Takt er viktig for Max van Manen og dette begrepet har to sentrale grunnbetydninger; det å være i takt som et orkester er det og det å berøre (Standal 2010 s. 87). Det latinske ordet *tactus* er en bøyingsform av *tangere* og betyr berøring, følelse eller virkning. Dette finner vi igjen i ordene taktil og kontakt (ibid.). Om takt skriver van Manen videre at: «Å utvise takt vil si å se en situasjon som krever fintfølelse, å forstå hva det er vi ser, å fornemme betydningen av situasjonen, å vite hva vi skal gjøre og hvordan, og å gjøre det riktige.» (van Manen 1993 s. 132, originale understrekninger)

Den praktiske verdien av fenomenologi for profesjonell praksis blir derfor at den gjør noe med oss og vårt forhold til pedagogisk arbeid. Den fører oss til en forståelse av pedagogiske og taktfulle involveringer med andre (Standal 2010 s. 88). Informantene fra treningsgruppene har alle i større eller mindre grad funksjonsnedsettelse, som gjør at de har et annet fysisk utgangspunkt enn instruktørene, som både er betydelig yngre og mer fysisk funksjonsfriske enn dem. I møtet mellom instruktør og deltaker vil forskjellen i perspektiv på mening av sykdom og funksjonshemming komme fram. Toombs (1992b) skriver i sin bok *The meaning of illness* om at leger og pasienter har en helt forskjellig måte å forstå den funksjonshemmede kroppen på, der den for legen først og fremst er et vitenskapelig objekt som skal studeres og sammenlignes med det normale. For pasienten derimot, representerer kroppslig erfaring en levd erfaring med kvaliteter som ikke kan fanges opp gjennom legens objektive undersøkelsesmetoder. Toombs gjør oss på denne måten oppmerksom på det radikalt forskjellige i livsverdenen til yrkesutøveren i rehabilitering og brukeren. Å være oppmerksom på dette kan hjelpe oss i møtet med brukeren.

Informantene trekker også fram instruktørens personlighet som viktige for deltakelsen:

Du må ha det faglige i bunnen og det er i den utstrakte grad at den enkelte etter hvert skjønner at dette her har jeg veldig godt av, men så får du altså ekstra lyst hvis vedkommende er en person med en god utstråling. Altså det at instruktørene at de er for det første selv er veldig oppegående og veldig hyggelige altså har en utstråling, [...] kan være med på å gjøre tingene litt mer gledelig mens vi holder på (mann, 83).

Sett i forhold til Røkenes og Hansens tre viktige forhold for utvikling av en god relasjon; væremåte, empati og anerkjennelse, understrekes dette i denne mannens utsagn. Empati har også vist seg som spesielt viktig for pasienters helsemessige utbytte av konsultasjoner hos

fastleger. Røkenes og Hansen skriver også i sin bok om viktigheten av å kunne balansere den instrumentelle kunnskapen med den relasjonelle kunnskapen. Med instrumentell kunnskap menes her den metode og de teknikker du har lært i din utdanning, som jo for de fleste helsefag bygger på evidensbasert forskning. I møtet med brukeren, må denne kunnskapen balansere med den relasjonelle kunnskapen og dette blir også viktig i en gruppesituasjon. Antonovsky diskuterer i sin bok mulighetene for en bevisst påvirkning og styrking av menneskers OAS gjennom behandlingsapparatet. Han gir i sin siste bok uttrykk for at dette er mulig for mennesker med svak eller moderat OAS. En av forutsetningene for å få til en varig endring er at relasjonen mellom behandler og individ er langvarig og systematisk. Intervensjonen som er aktuelle i denne oppgaven, strakte seg over ni måneder, og er en lang intervensjon. Informantene gir uttrykk for tillit til instruktøren og at de blir godt kjent og har utviklet et godt forhold til dem. Man kan derfor tenke seg at en endring av deltakernes OAS og motivasjon kan skje i større grad i gruppekonteksten, dersom man la til grunn salutogene prinsipper.

Informantene legger for dagen en stor tillit til instruktørene. En informant var ikke lenger redd i det hele tatt for å anstrenge seg i kondisjonskrevende øvelser etter at instruktøren hadde forsikret ham om at det ikke var farlig. Han uttrykker på denne måten en uforbeholden tillit til at det instruktøren sier ikke er løsrevne ord, med er fundert i kunnskap om kropp og hans sykdom som han umiddelbart fester tillit til. Dette representerer et stort ansvar for instruktøren som må være seg tilliten bevisst og veie det som sies i felles og individuell instruksjon i gruppene.

5.4 Støtte fra omgivelsene i lys av salutogenese

Sosial støtte er omtalt i Antonovskys bok *Helsens mysterium* [1987] (2012 s. 140) som en av flere generelle motstandsressurser. På linje med penger, god selvfølelse, kulturelt stabile omgivelser eller en lege man har tillit til, kan sosial støtte bidra til å bevare en sterk OAS (ibid.). I den nye folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) *God helse- felles ansvar* forklares sosial støtte som:

Summen av støtte og hjelp vi får gjennom relasjoner til andre mennesker. Det kan være omsorg, trøst og konstruktive tilbakemeldinger, eller støtte av mer praktisk art, for eksempel økonomisk bistand, hjelp, informasjon og råd. Sosial støtte virker som en buffer mot belastninger i livet, fordi det styrker mestringsevnen (ibid.).

Informantene i denne studien peker både på instruktører, meddeltakere, pårørende og leger som viktige bidragsyttere til sosial støtte som bidrar til opprettholdelsen av motivasjon til å

delta i treningsgruppene. På denne måten bidrar opplevelsen av sosial støtte til helse og livskvalitet for informantene. Tidligere forskning har også vist at eldre deltakere i fallforebyggende treningsintervensjoner mener at helsepersonell generelt bør være flinkere til å anbefale trening som et middel i fallforebygging, fordi dette virker motiverende (Hutton et al. 2009 s. 87; Heldey et al. 2010 s. 432; De Groot og Fagerstrøm 2011 s. 157).

Legens rolle fremheves som særlig viktig for informantene i denne studien. Både fastleger, leger de har nær kontakt med innenfor spesialisthelsetjenesten, og leger som pårørende og bekjente har kommet med viktige råd og oppmuntring i forhold til fysisk aktivitet i den enkeltes konkrete situasjon. Over 90 % av personer over 75 år er i kontakt med fastlegen sin minst en gang i året (Helbostad, Granbo og Østerås 2007 s. 203). Tradisjonelt er legene dyktige på å diagnostisere sykdom, mens de har mindre fokus på å avdekke svikt i funksjon og igangsette tiltak i forhold til dette (ibid.). Flere av informantene har relativt hyppig kontakt med fastlege eller lege i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med oppfølging av en eller flere kroniske sykdommer. Det kan virke som om noen av informantene har en veldig stor respekt for det legen sier og mener, noe som kanskje kan skyldes at helsevesenet var mer paternalistisk bygget opp i den historiske konteksten informantene vokste opp, og legens autoritet var sterkere enn den er i dag. Antonovsky skriver at: «Det faktiske innholdet i atferden som velges er alltid preget av personens kultur». I denne sammenhengen kan informantene være preget både av kulturen de vokste opp og befestet sin OAS i og av dagens norske kultur. Det har skjedd store forandringer i Norge fra 1940 til i dag når det gjelder kunnskapen om de helsemessige konsekvensene av inaktivitet og fokuset på fysisk aktivitet som er med å prege kulturen. Ny helselovgivning med folkehelseloven er et resultat av dette. Toombs (1992b) ser i sin bok *The meaning of illness* nærmere på forskjellene i perspektiv mellom lege og pasient, og mener at det er svært vanskelig for en lege å forstå pasientens perspektiv, og at det kan være en fare for at legen ser pasienten som et objekt for den medisinske forskningen og dermed blant annet går glipp av informasjon som kan være viktig i valg av riktig behandlingsmetode. Empati har også vist seg som generelt viktig for pasienters helsemessige utbytte av konsultasjoner hos fastleger. En italiensk retrospektiv korrelasjonsstudie fra 2012 (Canale et al. 2012 s. 5-6) av 20961 pasienter fant at diabetespasienter av leger med høyt empati-skår, hadde signifikant færre komplikasjoner enn pasienter av leger med lavere empati-skår. Et sentralt punkt i empatidefinisjonen var her nettopp forståelse for pasientens perspektiv, og dette økte pasientens opplevelse av å bli hjulpet.

Hos informantene i denne studien kommer det også frem at legen ikke bare oppmuntrer til deltakelse i treningsgruppene, men også legger føringer i form av å dempe aktiviteten slik at pasienter med hjertelidelser ikke overanstrenger seg. Samtidig er det beskrevet i materialet at instruktørene i treningsgruppene, oppmuntret deltakende til å stå på, og en av informantene fortalte at han stolte fullt og fast på dette, og var ikke lenger redd for å anstrenge seg ved kondisjonskrevende øvelser. Slik kan deltakerne havne i en skvis, der legen bremser og instruktøren oppmuntrer til å gi på. Et godt samarbeid mellom leger og instruktører vil være viktig i slike situasjoner. Hjertepasienter anbefales også i dag å drive med kondisjonstrening innenfor visse rammer (Bahr 2008 s. 64). Antonovsky beskriver at legens måte å møte pasienten på kan fremme eller hemme OAS, midlertidig. Han skriver: «Legen har i kraft av sin stilling en viss autonomi og handlefrihet. Dessuten er det alltid et visst spillerom i sosiale strukturer» (Antonovsky [1987] (2012 s. 137). Han mener imidlertid at en slik påvirkning av OAS bare er midlertidig og at personen etterhvert vil falle tilbake til sin opprinnelige plassering på OAS-kontinuumet (ibid.). Legens rolle er også viktig i håndterbarhetsdimensjonen i OAS, som Antonovsky beskriver som « I hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt overfor av stimuliene man bombarderes med ». Ressurser kan i denne sammenheng for eksempel utgjøre en leges råd og anbefalinger dersom man har tillit til og føler man kan stole på legen (Antonovsky [1987] 2012 s. 151). Strull et al. (1984) skjelner mellom pasienters behov for informasjon og samtale og behovet for å inkluderes i medisinske beslutninger. Funnt fra denne studien viser at leger undervurderer det første og overvurderer det siste (ifølge Antonovsky [1987] 2012 s. 151).

Informantene beskrev også støtte fra pårørende som viktig for deres motivasjon til å delta. Dette kunne være i form av at de hadde respekt for at tiden når treningsgruppene foregikk var «hellig», eller at de oppmuntret til å komme seg ut blant folk. Man kan også tenke seg at for intens oppmuntring fra omgivelsene kunne føre til at personen følte seg presset til å delta i treningsgruppene, og at de deltok mer for andres enn for egen skyld. I Vallerand og O'Connors' (1989) oppdelte definisjon av motivasjon, vil dette kunne beskrives som ikke-selvbestemt ytre motivasjon, der personen deltar fordi andre sier at han/hun bør, og dette kan føre til negative konsekvenser for eksempel at personen ikke fortsetter med handlingen. Antonovsky [1987] (2012 s. 106) skriver at det er viktig å understreke at det ikke er et spørsmål om kontroll, men om medbestemmelse. Det avgjørende er at man forholder seg positiv til oppgavene man står overfor, at man har en betydelig grad av ansvar for utførelsen,

og at det man gjør eller ikke gjør har noe å si for utfallet av opplevelsen. Vallerand og O'Connor (1989 s. 541) presenterer en rekke positive konsekvenser av selvbestemt motivasjon man har funnet gjennom forskning på unge voksne:

These predictions have been confirmed in recent research on young adults in a variety of settings. The more self-determined forms of motivation lead to greater cognitive flexibility, enhanced conceptual learning, greater interest, a more positive emotional tone, higher self-esteem, higher levels of marital happiness, greater life satisfaction, higher levels of creativity, performance and persistence, and have positive effects on health in stressful situation (Vallerand og O'Connor 1989 s. 541).

Toombs (1992b s. 98) skriver i sin bok *The meaning of illness*, om at mennesker som er rammet av sykdom deler en gjensidig empatisk forståelse for hvordan dette erfarer kroppslig. Deltakerne i treningsgruppene har alle erfart hvordan det er å leve med sykdom med kroppslige manifestasjoner, om enn i forskjellig art og grad. Slik har de en noenlunde likt utgangspunkt for deltakelse i gruppene. Dette forklares videre med at den empatiske forståelsen blant annet bærer i en felles opplevelse av at kroppen er en opposisjonskraft man må bekjempe for å fullføre sitt livsprosjekt (ibid.). Treningsgruppene er en arena der den empatiske forståelsen viser seg gjennom at deltakerne gir og mottar støtte i form av skryt og applaus og vennlighet, noe informantene trekker fram som viktig for deltakelsen. Antonovsky [1987] (2012 s. 140). fremhever sosial støtte som en viktig mestringsressurs for utvikling av en sterk OAS. Eva Langeland (2009 s. 293) fant i sin artikkel *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*, at det for denne pasientgruppen var vel så viktig å gi omsorg og støtte fordi man ved å gi også selv mottar støtte som kan være viktig for selvbildet, mening i livet og velvære. Dette beskrives også av utvalget, og særlig i forhold til øvelsen der man skal komme seg opp fra gulvet. Det å motta applaus fra meddeltakere når man klarte dette, var viktig, men også å applaudere andre som etter lang trening, endelig mestret dette. En av informantene, som også var deprimert, fant det meningsfylt å besøke fremmede som på forskjellige måter hadde det vanskelig og opplevde på denne måten å få støtte ved å gi. Opprettholdelse av denne aktiviteten var for ham en viktig motivasjonsfaktor.

Tornstam (2005 s. 133) skriver om eldres roller at de minker i antall og endres. Med bakgrunn i dette, mener han at vennsrelasjoner er svært viktig i alderdommen. Familierelasjoner er selvsagt også viktige, men de kan også bli vanskelige og konfliktfylte i alderdommen på grunn av rolleendringene og *role-reverseals* som kan forekomme (ibid.). Vennsrelasjoner er styrt av frivillighet og selvbestemmelse og er derfor viktig for livskvaliteten i

alderdommen. Til forskjell for familierelasjoner, velger vi også som oftest venner fra samme generasjon som oss selv og unngår dermed generasjonskløften som er mellom de yngre generasjonene innen familien (Tornstam 2005 s. 154). I *Staying Steady: A community-based exercise initiative for falls prevention* (Hedley et al. 2009 s. 432) fant man også at det å få nye venner og holde kontakten med disse virket motiverende.

Treningsgruppene fra denne studien kan være en arena for pleie av gamle vennskapsforhold og etablering av nye, og dermed bidra til livskvalitet. Dette kan igjen bidra til styrket eller opprettholdt OAS, gjennom sosial støtte. Informasjon som kommer fram gjennom intervjuene, kan tyde på at dette var tilfelle for flere av informantene.

6 Oppsummerende betraktninger

Hovedhensikten med denne studien var å få dypere kunnskap om hva som beskriver eldres motivasjon til deltakelse i et gruppebasert treningsopplegg, og om denne kunnskapen kunne nyttiggjøres i et rehabiliteringsperspektiv der fysisk aktivitet inngår som et virkemiddel for å nå brukerens målsetning. Samtalene med informantene har gitt verdifulle beskrivelser av noen av de bakenforliggende årsakene til at informantene velger deltakelse i gruppetreningene som en strategi for å oppnå noe i sitt liv. Funnene fra denne studien bekrefter en del funn fra lignende studier, men det kom også fram noen bakenforliggende faktorer ved informantenes motivasjon. Ved å bruke Antonovskys teori om salutogenese som forståelsesramme, kom informantenes historie fram som et viktig aspekt for å forstå hvorfor de valgte som de gjorde. Salutogenesens forståelse av at mennesker med sterk OAS blant annet kjennetegnes ved en fleksibilitet i forhold til viktige livsområder, virker også som en beskrivende karakteristikk på utvalget som virket endrings- og motivasjonsfremmende i forhold til deltakelse i intervensjonen.

De viktigste faktorene utvalget oppgav for motivasjon til høy grad av deltakelse gjennom hele intervensjonen, var knyttet til selvopplevde endringer av betydning for mestring, instruktørens rolle og støtte fra omgivelsene. Bakenfor disse faktorene lå det blant annet beskrivelser av konkrete situasjoner der informantene nå mestret oppgaver som var knyttet til deres rolleoppgaver, som var viktige for dem. Særlig rollen som husmor og rollen som ektefelle utpekte seg gjennom informantenes beretninger. Instruktørens rolle som person og relasjonsbygger ble i tillegg til den medisinskfaglige kunnskapen vektlagt for opprettholdelse av motivasjon hos deltakerne. Beskrivelsene av det betydningsfulle i den gjensidige støtten mellom deltakerne i den konkrete gruppekonteksten, bar preg av ytringer uttrykt i omsorg og empati for hverandre og var en viktig bidragsyter for motivasjonen til å fortsette både når man mottok og gav slik støtte. Alle disse aspektene støtter opp om en sterk motivasjon til deltakelse og også om en sterk OAS i Antonovskys forståelse av begrepet.

I et rehabiliteringsperspektiv, der for eksempel deltakelse i gruppebasert trening kan inngå som en del, kan kunnskap om brukerens historie være viktig å ha med seg for rehabiliteringsarbeideren. Innledningsvis nevnte jeg at fysisk aktivitet er «ferskvare» slik at det vil være viktig både for bruker og rehabiliteringsarbeidere å ha et fokus ut over tidsavgrensningen i rehabiliteringsdefinisjonen. For mange eldre vil opprettholdelse av et visst fysisk nivå være viktig for livskvalitet og selvhjulpenhet i et livslangt perspektiv.

Informantene i denne studien gav også uttrykk for at de var glade for å kunne fortsette i treningsgruppene, og ville gjerne fortsette så lenge de hadde nytte av dette. Muligheten til å kunne delta i et gruppetreningskonsept framfor å bli overlatt til seg selv, ble trukket fram som avgjørende for informantenes opprettholdelse av motivasjon til trening, noe som støttes av tidligere forskning (Hedley et al. 2010 s. 431; De Groot og Fagerstrøm 2011 s. 157).

Motivasjon til fysisk aktivitet og organisering av tilbud om fysisk aktivitet for eldre i kommunene vil dermed være tema av interesse og viktighet for flere organisatoriske enheter enn rehabilitering, for eksempel omsorg og folkehelse. Etter samhandlingsreformens føringer vil kommunene også få et større ansvar for rehabilitering i tiden fremover. Den nye folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) med tittelen *God helse- felles ansvar*, bygger på elementer fra en salutogen helsetankegang og trekker forbindelseslinjer blant annet til rehabilitering og omsorg når det gjelder eldregruppen, og vektlegger blant annet fysisk aktivitet som virkemiddel for å opprettholde god funksjonsevne og selvhjelpenhet i eldre år. Slik vil et godt samarbeid på tvers av organisatoriske og sektorielle skillelinjer være viktige for rehabilitering generelt og også for å bidra støttende til eldres motivasjon til fysisk aktivitet.

6.1 Avsluttende kommentar og behov for ytterligere forskning

Den aktuelle intervensjonen virker godt tilrettelagt for informantene i utvalget. De bærer alle preg av å ha en sterk motivasjon, og en sterk OAS ut fra Antonovskys forståelse av begrepet. Slik har disse hatt nok indre motivasjon og/eller nok sosial støtte til å være motivert til å starte opp med intervensjonen og gjennomføre med høy grad av deltakelse. Deltakere med lavere grad av deltakelse jeg var i kontakt med, oppgav at de var så dårlige at de ikke orket å trene så mye og heller ikke kunne tenke seg å stille opp til intervju. Hvordan man best kan møte denne gruppens behov for støtte av motivasjon til aktivitet og trening, har ikke denne studien gitt svar på. For disse hadde kanskje ikke intervensjonen lav nok terskel? Slik har heller ikke dilemmaet rehabiliteringsarbeidere kan kjenne på i møte med disse brukerne i forhold til å trekke grensen mellom motivasjon og press blitt belyst gjennom denne studien. Overfor de skrøpeligste eldre har også forskning vist mindre tydelig effekt av trening, og Faber et al. 2006 fant i sin kvantitative studie at eldre som var definert som *frail* etter et konsept introdusert av Linda Fried i artikkelen *Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype* (2001), faktisk fikk signifikant økning i fallfare etter et 20 ukers treningsopplegg. Det å vite hvor skrøpelig brukeren er, vil derfor være viktig i forhold til hvor mye vi som

rehabiliteringsarbeidere skal støtte opp om hans/hennes motivasjon til trening. Det at ikke alle de skrøpeligste eldre nødvendigvis skal motiveres til trening, kan være viktig å ta inn over seg. Disse menneskenes sårbarhet har etiske implikasjoner både for praksis og forskning som bør komme tydeligere fram. Det er behov for mer kvalitativ forskning rundt de individuelle aspektene ved dette.

Denne studien har vist at det å bruke tid på å sette seg inn i og forstå de eldre rehabiliteringsbrukernes perspektiv i forhold til historie og viktige livsområder, i tillegg til sykehistorien, kan gi viktig informasjon i forhold til hvordan man som rehabiliteringsarbeider best kan støtte opp om den eldre motivasjon til trening i gruppebasert trening og trening generelt.

Litteraturliste

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

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

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological review*, 84:191-215.(Sisert etter Antonovsky, A. [1987] 2012)

Bergland, A. (2011). *Fysisk aktivitet og trening gir størst gevinst for de eldste*. Kapittel i upublisert bok.

Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (1994). *Physical activity, fitness and health*. Champaign, Human Kinetics Publishers. (Sisert etter Helbostad, J. L, Granbo R., & Østerås H. 2007).

Busse, E.W. (1969). *Theories of aging*. In E.W. Busse & E. Pfeiffer (Eds.) Behavior and adaption in late life, 11-32. Boston, Little, Brown and Company. (Sisert etter Helbostad, J. L, Granbo R., & Østerås H. 2007).

Canale, S.D., Louis, D.Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M. & Gonnella, J.S. (2012). The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Academic Medicin*, 87 (9): 1243-1249.

Crombie, I.K., Irvine, L., Williams, B., McGinnis, A.R., Slane, P.W., Alder, E.M. & McMurdo, M.E.T (2004). Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age and Ageing*, 33 (3): 287-292.

De Groot, G. C. & Fagerstrøm, L. (2010). Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18:153-160

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

Enquist, P.O. (2009). *Ett annet liv*. Oslo, Gyldendal.

Faber, M.J., Bosscher, R.J., Chin a Paw, M.J. & van Wieringen, P.C. (2006). Effects of exercise Programs on Falls and Mobility in Frail and Pre-Frail Older Adults: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87: 885-896.

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24. 06. 2011 nr. 29*
Tilgjengelig fra www.lovdata.no. [Nedlastet mars 2013].

Fried, L., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Bruke, G. & McBurnie, M.A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 56 (3): 146-156.

Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.J., Gates, S., Cumming, R.G. & Rowe, B.H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com> [Nedlastet juli 2011].

Gjerset, A. (1992). *Idrettens treningslære*. Oslo, Universitetsforlaget. (Sitert etter Helbostad, J. L., Granbo R., & Østerås H. 2007).

Hedley, L., Suckley, N., Robinson, L. & Dawson, P. (2010). Staying Steady: A community-based exercise initiative for falls prevention. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26 (7): 425-438.

Helbostad, J.L., Sletvold, O., & Moe-Nilssen, R. (2005). Øvelser bedrer fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos hjemmeboende eldre med balanse- og gangvansker. *Fysioterapeuten*, 1: 26-33.

Helbostad, J. L., Granbo R., & Østerås H. (2007). *Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre*. 1. utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. St. meld. nr. 34 (2012-2013). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Hutton, L., Frame, R., Maggo, H., Shirakawa, H., Mulligan, H., Waters, D. & Hale, L. (2009). The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling: a focus group study. *The New Zealand journal of physiotherapy*. 37 (2): 85-92.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 2. utgave. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning*, (2009) (4): 288-296.

Loland, N.W. (2004). Exercise, health and aging. *Journal of Aging and Physical Activity*, 12 (2):170-184.

Malterud, K (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave. Oslo, Universitetsforlaget.

Manen, M. (1993). *Pedagogisk Takt*. Bergen, Caspar forlag.

Nordtvedt, F (2006) Kroppsfenomenologisk forskning - i grenseland mellom empiri og filosofi. *Vård i Norden*, (2008) 28 (3): 53-55.

Ommundsen, Y. & Aadland, A.A. (2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge: hvem er inaktive- og hva motiverer til økt fysisk aktivitet*. Oslo, Helsedirektoratet.

Phillips, E. M., Schneider, J. C. & Mercer, G. R. (2004). Motivating Elders to Initiate and Maintain Exercise. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85 (3): 52-57.

Rogers, C., Keller, C & Larkey, L. K. (2010). Perceived Benefits of Mediative Movement in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 31(1): 37-46.

Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. Utgave. Bergen, Fagbokforlaget.

Seymore, W. (1998). *Remaking the body. Rehabilitation and change*. London UK, Routledge. (Sitert etter Standal, Ø.F. 2009).

Sosial- og helsedepartementet. (1999). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. St. meld. nr. 21 (1998- 99). Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Standal, Ø.F. (2009). *Relations of meaning. A phenomenologically oriented case study of learning bodies in a rehabilitation context*. Unpublished PhD-dissertation. Norwegian School of Sport Sciences, Oslo, Norway.

Standal, Ø.F. (2008). Celebrating the insecure practitioner. A critique of evidence-based practice in adapted physical activity. *Sport, Ethics and Philosophy*. 2: 200-215.

Standal, Ø.F. (2009). Pedagogisk arbeid i rehabilitering. I: Steinsholt, K. & Gurholt, K. P. red. (2010). *Aktive liv. Idrettspedagogiske perspektiver på kropp, bevegelse og dannelse*. Trondheim, Tapir Akademisk Forlag, 85-99.

Stineman, M.G., Strumpf, N., Kurichi, J.E., Charles, J., Grisso, J.A. & Jayadevappa, R. (2011). Attempts to Reach the Oldest and Frailest: Recruitment, Adherence, and Retention of Urban Elderly Persons to a Falls Reduction Exercise Program. *The Gerontologist*. 51(S1): 59-72.

Strull, W.M., Lo, B. & Charles, G. (1984). Do Patients Want to Participate in Medical Decision Making? *Journal of the American Medical Association*, 252: 2990-2994. (Sitert etter Antonovsky, A. [1987] 2012).

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap kunnskap og praksis*. 1.utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Toombs, S.K. (1992b). *The meaning of illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht, Nederland, Kluwer Academic Publishers.

Toombs, S.K., Barnard, D. & Carson, R. A. (1995). *Chronic Illness. From Experience to Policy*, USA, Indiana University Press.

Tornstam, L. (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm, Norstedts Akademiska Förlag.

Vallerand, R. J. & O'Connor, B. (1989). Motivation in the elderly: A theoretical framework and some promising findings. *Canadian Psychology*, 30 (3): 538-550.

Vallerand, R. J. & Rousseau, F. (2001). Intrinsic and Extrinsic Motivation in Sport and Exercise, I: R. N. Singer, H. A. Hausenblas og C. M. Janelle red. *Handbook of Sport Psychology*. 2nd ed., New York, John Wiley, s. 389-416. (Siteret etter Vallerand, R.J. & Thill, T.T 1993).

Vallerand, R.J. & Thill, T.T.(1993). Introduction au concept de motivation (an introduction to the concept of motivation). I: R.J. Vallerand og E.E. Thill (Eds.), Introduction a la psychologie de la motivation, (3-39). Laval (Quebec): Editions Etudes Vivantes.

Wikipedia http://no.wikipedia.org/wiki/Aaron_Antonovsky [Nedlastet mai 2013].

Wormnæs, O. et al. (2002). *Vitenskap – enhet og mangfold*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1. Intervjuguide

Intervjuguide

Kan du fortelle litt om hva som gjorde at du først ble med i AHD gruppen?

Kan du også fortelle om hva som gjorde at du fortsatte med å være med på opplegget?

På hvilken måte føler du at treningen gjør noe med deg, fysisk eller psykisk?

Kan du beskrive konkrete hendelser fra treningsgruppene som har oppmuntret deg til å fortsette med treningen?

AHD-opplegget inneholder også undervisningstimer i fysisk aktivitet, motivasjon, kosthold og restitusjon. Har dette hatt betydning for din deltakelse i opplegget, og kan du beskrive hvordan?

Hva gjør kunnskap om positive effekter av fysisk aktivitet med din motivasjon til fortsatt deltakelse i et opplegg som AHD?

Har deltakelse i AHD- opplegget endret din grad av fysisk aktivitet generelt, og i så fall kan du beskrive hvordan?

Hva legger du i fysisk aktivitet?

Kan du fortelle litt om hvilken betydning har fysisk aktivitet for deg i dag?

Hvordan har ditt fysiske aktivitetsnivå vært tidligere i livet?

Hva slags fysisk aktivitet driver du med i dag, og hva er mest viktig for deg?

Det er i dag mye fokus på fysisk aktivitet og de positive resultatene dette kan ha i form av å forebygge sykdommer og blant eldre spes. Forebygge fall. Hvordan tror du at fysisk aktivitet kan bidra til å forebygge fall i ditt tilfelle

Vedlegg 2. Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring:

Jeg har lest informasjonsbrevet angående prosjektet med tittelen: *Eldres motivasjon til fysisk aktivitet*.

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt informasjonen, og sier meg villig til å la meg intervjuet.

Sted

Dato

Underskrift

Vedlegg 3. Informasjonsbrev til informanter

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKTET: ELDRES MOTIVASJON TIL FYSISK AKTIVITET

Jeg er student ved Høyskolen i Oslo og skal nå gå i gang med min masteroppgave i rehabilitering av eldre. Jeg vil i min oppgave fokusere på aktiv hver dag gruppene og vil konsentrere meg særlig om motivasjon til å delta i disse gruppene. I dette arbeidet er det deltakernes perspektiv som kan kaste lys over temaet. I den forbindelse trenger jeg informanter som kan tenke seg å bli intervjuet av meg om sin erfaring med aktiv hver dag gruppene. Du spørres med dette om å delta i prosjektet, og å bli intervjuet.

Intervjuet kommer til å ta ca 1 time, og kan foregå hjemme hos deg, dersom du foretrekker det. Dersom du foretrekker at det skal foregå på nøytral grunn, kan jeg ordne et lokale. Jeg ønsker å gjøre et åpent intervju og har forberedt noen spørsmål, som du kan få tilsendt på forhånd dersom du ønsker det. Intervjuet kommer til å foregå i februar 2011. Jeg ønsker å ta opp intervjuene på lydbånd. Materialet vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og personvern, og blir slettet etter at evalueringen av masteroppgaven er foretatt, juni 2012.

Det er viktig å presisere at å være med er helt frivillig, og at det er min plikt å verne om deltakernes interesser. Det betyr et jeg i oppgaven vil anonymisere alle personlig identifiserbare forhold slik at det ikke kan peke tilbake på enkeltpersoner hva navn eller situasjon angår. Funnene fra intervjuene vil jeg bruke i min skriftlige masteroppgave som skal være ferdig i mai 2012.

Dersom du kan tenke deg å være med på dette, trenger jeg din underskrift på vedlagte samtykkeerklæring. Her opplyses det at du når som helst kan trekke deg fra å delta, selv om du i første omgang sa deg villig. Ta gjerne kontakt dersom du lurer på noe.

Formelt sett er min veileder, Inger Marie Lid, som er ansatt ved Høyskolen i Oslo i siste instans ansvarlig for at regler om personvern følges. Hun har tlf. nr. 22452418/ 41539541

Med vennlig hilsen Irene Vestøl Stødle, Kvasleveien 35, 4634 Kristiansand. Tlf. nr. 38119523/47279561

Vedlegg 4. Svarbrev fra REK

Vår ref.nr.: 2011/2389 A

Vi viser til innsendt skjema for vurdering av fremleggelsesplikt (02.12.11) med vedleggene prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og utkast til intervjuguide.

Komiteens leder professor dr med Gunnar Nicolaysen vurdert om prosjektet er fremleggelsespliktig.

Prosjektets formål er forståelse av Eldres motivasjon til deltakelse i AHD-grupper ved kvalitative intervjuer. Studien, slik den er beskrevet i skjema og prosjektbeskrivelse, fremstår som kvalitativ forskning på fysisk aktivitet, som faller utenfor komiteens mandat jf. Helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. Helseforskningsloven § 10 jf. Forskningsetikkloven § 4 annet ledd.

Vi gjør oppmerksom på at den forskningsansvarlige institusjon er ansvarlig for at personopplysningene behandles forsvarlig og lovlig i henhold til personopplysningsloven og personopplysningsforskriftens bestemmelser, og må derfor vurdere om prosjektet må forelegges personvernombud eller Datatilsynet.

Med vennlig hilsen
Katrine Ore
Rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845517

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**

<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 5. Svarbrev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Inger Marie Lid
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 08.12.2011

Vår ref: 28652 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.11.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 07.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28652	<i>Eldres motivasjon til fysisk aktivitet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Inger Marie Lid</i>
Student	<i>Irene Vestøl Stødle</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 21.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Irene Vestøl Stødle, Kvasleveien 35, 4634 KRISTIANSAND S

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Vedlegg 6. Svar på søknad om utsettelse fra NSD

Fra: marie.schildmann@nsd.uib.no
Til: <irene.stodle@powermail.no>
Kopi: <ingermarie.lid@hioa.no>; <teknisk@pvportal.nsd.no>
Emne: Prosjektnr: 28652 Eldres motivasjon til fysisk aktivitet
Dato: 20. juni 2012 12:56

Vi viser til mottatt statusskjema den 17.06.2012 og bekrefter med dette at dato for prosjektslutt og anonymisering endres fra 21.05.2012 til 10.11.2012.

Merk at ved en eventuell ytterligere forlengelse på mer enn ett år ut over den dato som deltakerne er informert om, må det påregnes å informere utvalget på nytt.

Du vil motta en ny statushenvendelse ved prosjektslutt.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Marie Strand Schildmann - Tlf: 55 58 31 52
Epost: marie.schildmann@nsd.uib.no

Personvernombudet for forskning,
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 8080

Fra: <marie.schildmann@nsd.uib.no>
Til: <irene.stodle@powermail.no>
Kopi: <ingermarie.lid@hioa.no>; <teknisk@pvportal.nsd.no>
Emne: Prosjektnr: 28652 Eldres motivasjon til fysisk aktivitet
Dato: 4. mars 2013 15:05

Vi viser til mottatt statusskjema den 07.12.2012 og bekrefter med dette at prosjektperioden forlenges fra 10.11.2012 til 15.05.2013. Merk at ved en eventuell ytterligere forlengelse av prosjektperioden må det påregnes å informere utvalget.

Vi legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret. Du vil motta en ny statushenvendelse ved prosjektslutt.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Marie Strand Schildmann - Tlf: 55 58 31 52
Epost: marie.schildmann@nsd.uib.no

Personvernombudet for forskning,
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80

