

BACHELOROPPGÅVE

Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyringer

Ei kvalitativ studie om kva treningsterapeuten og idrettspedagogen gjer i si behandling av pasientar med spiseforstyringer som tvangstrenar

av

Kandidatnummer 106, Olga Marie Nondal Marøy

Kandidatnummer 111, Julianne Aldal Knutsen

Bachelor idrett, fysisk aktivitet og helse

ID3- 302

Desember 2016



Forord

Denne bacheloroppgåva er skriva i forbindelse med utdanninga idrett, fysisk aktivitet og helse ved høgskulen i Sogn og Fjordane 2014-2017. Dette 5.semesteret i utdanninga har vore svært lærerik og interessant. Fordi å vere forskarar på eit tema som interesserer begge forfattarane har vore ein givande, personutviklande og spennande prosess.

Vi vil først og fremst takke dei to informantane som velde å stille til intervju og bidrog med verdifull informasjon om deira verkje i den daglege jobben. Vi er også svært takksame for hjelpa vi har motteke frå vår rettleiar, høgskulelektor Dag Ove Hovdal. Han har gitt oss god og konstruktiv attmelding heile vegen. Til slutt vil vi takke kvarandre for godt samarbeid og familie og vener for å ha vore så tolmodige og greie med oss i skriveperioden.

Sogndal, desember 2016

Olga Marie Nondal Marøy og Julianne Aldal Knutsen

Trening er ...

*Trening er gøy
Trening er sosialt
Trening er venner*

*Trening er motiverende
Trening er musikk
Trening er glede*

*Trening er energi
Trening er overskudd
Trening er pause*

*Trening er avkobling
Trening er inspirasjon
Trening er frihet*

*Trening er variasjon
Trening er prestasjon
Trening er god samvittighet*

*Trening er noe jeg setter foran alt annet
Trening er oftere og oftere
Trening er meg*

*Trening er noe jeg må
Trening er hver dag
Trening styrer hverdagen*

*Trening er slitsomt
Trening er stress
Trening er ikke et valg*

*Trening er vondt i kroppen
Trening er underskudd
Trening er tvang*

*Trening er å møte veggen, igjen.
Trening. Stopp.*

Trening er mennesker som bryr seg, vil meg vel, ønsker forandring for meg.

Uten trening er alt kaos.

Samandrag

I Noreg antek ein at mellom 3-5 % av befolkninga lid av spiseforstyrningar. Dei fleste som vert ramma av spiseforstyrningar er jenter i tenåra, men også vaksne kvinner kan ha desse problema. Spiseforstyrningar kan og førekome hjå gutar og menn i alle aldrar. Behandlarane kan derfor møta på pasientar i alle aldersgrupper og av begge kjønn. Dette gjer at det stillast store krav til tilrettelegging av aktivitet og trening (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012).

Føremålet med denne oppgåva har vore å sett på kva treningsterapeuten og idrettspedagogen som nyttar trening og fysisk aktivitet i behandlinga gjer med pasientar som har spiseforstyrningar med tvangstrening. Oppgåva omhandlar kva erfaringar dei har sett seg, med tanke på oppleving av meistring og rørsleglede hjå pasientane.

Vi nytta kvalitativ metode. Metodevalet vårt baserte seg hovudsakleg på vårt ynskje om ein breiare forståing for arbeidet som desse behandlarane tek føre seg. Vi gjennomførte to intervju med høvesvis ein treningsterapeut og ein idrettspedagog frå to ulike institusjonar.

Resultata frå studien visar at treningsterapeuten og idrettspedagogen tilretteleggje trening og fysisk aktivitet slik at pasientane skal oppleve meistring og rørsleglede. Funna visar at dei har både ulikskapar og likskapar i tilnærminga av måten dei jobbar på. Treningsterapeuten jobbar hovudsakleg med individuell behandling medan idrettspedagogen tilretteleggjer trening i grupper. I tillegg har idrettspedagogen retningslinjer pasientane må følgje med tanke på mat og trening. Treningsterapeuten jobbar med gradvise endringar i treninga. Felles for begge behandlarane er at dei ynskjer det beste for pasientane i tilfriskningsprosessen og legge til rette treninga slik at pasientane skal oppleve meistring og rørsleglede. Meistring og bruk av fysisk aktivitet kan gi positive opplevingar, som igjen kan gi rørsleglede.

Nøkkelord: Spiseforstyrningar; tvangstrening; self-efficacy og behandling

Innhald

Forord	2
Samandrag	4
Innhald	5
1. Innleiing og problemstilling	6
2. Teori	7
2.1 Kva er trening og fysisk aktivitet?	7
2.2 Spiseforstyrningar	8
2.3 Tvangstrening	9
2.4 Meistringstru (self-efficacy)	10
2.5 Behandling	11
3. Metode	14
3.1 Utval	14
3.2 Framgangsmåten	14
3.3 Intervjuguide og intervju	15
3.4 Transkribere	15
3.5 Analyse og tolking av data	16
3.6 Truverdighet av studien	16
3.7 Etikk	17
4. Resultat og diskusjon	18
4.1 Kva gjer treningsterapeuten og idrettspedagogen	18
4.2 Rolla til behandlaren	20
4.3 Meistring og rørsleglede	22
5. Konklusjon	25
6. Kjeldeliste	26
Vedlegg 1	28
Vedlegg 2	29

1. Innleiing og problemstilling

Vi som skriv denne oppgåva har ulike bakgrunn for emnet vi har valt. Det som er felles er at vi under praksis i skulesamanheng fekk erfare at fysisk aktivitet kan vere til hjelp for å kome tilbake i form etter sjukdom. Såleis kan fysisk aktivitet og trening ha ein effekt på depresjon og angst (Bahr, Karlsson, & Helsedirektoratet, 2015; Pedersen & Saltin, 2015). Vi erfarte også at fysisk aktivitet i stor grad måtte leggjast til rette for kvar einskild, samt at aktiviteten skulle vere motiverande og givande (Bahr et al., 2015; Borge, Martinsen, Moe, & Berntsen, 2011). I følgje Martinsen (2011) kan ein kombinere aktiviteten ved at ein nyttar gruppetrening. Sjølv om ein har ulike interesser, ferdigheiter og diagnosar kan ein fungere godt saman som ei gruppe, då kan pasientane lære å trene saman med andre, og i tillegg ha det kjekt og sosialt (Martinsen, 2011). Dermed er vi interessert i å finne ut kva treningsterapeuten og idrettspedagogen gjer i si treningsbehandling av spiseforstyrra personar som tvangstrenar.

Personar med spiseforstyringar har ofte eit anstrenga forhold til fysisk aktivitet og trening, og kan verte vanskeleg å regulere mengd og intensitet over tid (Mond, Hay, Rodgers, & Owen, 2006; Skårderud, 2013). Vidare meiner Skårderud (2013) at overdriven fysisk aktivitet kan sjåast som ein del av sjukdomsbiletet og at det ofte er pasientar med anoreksi som har denne typen tvangsprega trening.

I følgje Davis og medarbeidarar, vert overdriven trening definert som trening meir enn ein time per dag i minst 6 dagar i løpet av veka i minst fire veker, og at treninga ofte er tvangsprega (Davis, Katzman, & Kirsh, 1999). I ei studie av Mond og medarbeidarar (2006) fann dei ut at tvangstrening kan vere prega av intens skuld kjensle av å ikkje ha utført treninga og dei rigide rituala som planlagd (Mond et al., 2006). Pasientane nyttar kroppen på ein ikkje-hensiktsmessig måte, og dei driv rovdraft på eigen kropp som kan samanliknast med sjølvskading (Skårderud, 2013).

Vi vil finne ut kva som kan hjelpe pasientane til å få eit betre forhold til fysisk aktivitet og korleis lære dei meistringsstrategiar på vegen til ein sunnare livsstil. Oppgåva inneheld intervju med ein treningsterapeut og ein idrettspedagog frå to ulike institusjonar, og omhandlar deira rolle i behandlingsfasen. Desse behandlarane nyttar fysisk aktivitet i behandlinga av spiseforstyringar, men med ulike innfallsvinkel. Derfor vil vi sjå grundigare på kva som kan hjelpe pasientar med spiseforstyringar ut av tvangsprega trening. På bakgrunn av vår personlege interesse og erfaring, har vi saman med nemnde teori arbeidd fram følgjande problemstilling:

Kva gjer treningsterapeuten og idrettspedagogen i si treningsbehandling av pasientar med spiseforstyringar som tvangstrenar? Kva er erfaringane dei har erverva av desse pasientane med tanke på opplevelse av meistring og rørsleglede

2. Teori

I Norge vil om lag 50 000 kvinner i alderen mellom 15 og 44 år trenge behandling for spiseforstyringar (Rosenvinge & Göttestam, 2002). Likevel tek ikkje alle kontakt med helsevesenet for å få den hjelpa dei treng, på grunn av mellom anna skam, frykt for stigmatisering og ambivalens mot å bli frisk (Pettersen, Rosenvinge, & Ytterhus, 2008).

I ein oversiktsartikkel frå *Medicine and Science in Sports Exercise* ser forskarane på terapeutiske effektar og retningslinjer for bruk av fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyringar (Cook et al., 2016). Cook og medarbeidarar (2016) kom fram til 11 rettleiande retningslinjer for eit best mogleg behandlingstilbod (Cook et al., 2016). Desse 11 retningslinjene er:

1) Behandlarteamet bør bestå av treningseksperter, ernæringsfysiologar, psykologar, legar og fysioterapeutar, 2) ta omsyn til somatisk og medisinske kontraindikasjonar, 3) treningspsykologi, 4) lage kontrakt om reglar og målsetjing for behandlinga, 5) innehalde undervisning i kognitiv åtferdsterapi, 6) fokusere på positive treningseffektar, 7) lage eit gradert treningsprogram, 8) starte med låg intensitet for så å gå over til moderat intensitet, 9) tilretteleggje treninga individuelt, 10) ernæringsrettleiing og 11) samtale under og etter trening (Cook et al., 2016).

Ein ser vidare at det er eit auka behov for behandlarkompetanse, utvida kapasitet i institusjonane og meir forskning på behandlingstilbodet for personar med spiseforstyringar (Cook et al., 2016; Sjørdal, 2015). I nyare forskning er det funne bevis for å nytte individrettleia fysisk aktivitet som ein del av behandlingstilbodet (Cook et al., 2016; Ottesen & Thornquist, 2015). Ergo vil det vere grunnlag for å hevde at treningsterapeuten og idrettspedagogen bør kome meir delaktig inn i eit meir komplett behandlingstilbod for pasientar med spiseforstyringar (Cook et al., 2016; Meyer & Taranis, 2011; Sjørdal, 2015). I følgjande avsnittet vil vi sjå nærmare på kva som er trening og fysisk aktivitet.

2.1 Kva er trening og fysisk aktivitet?

Fysisk aktivitet er definert som: «*All kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur, som resulterer i en vesentlig øke av energiforbruket, ut over hvilenivå*». Trening er: «*Fysisk aktivitet i den hensikt å forbedre eller vedlikeholde kroppens evne til å utføre muskelaktivitet*» (Bahr et al., 2015; Gjerset, 2012; Heath, 2002).

Kva som er normal fysisk aktivitet er i utgangspunktet vanskeleg å definere. Det er ei rekkje faktorar som spelar inn; ein mosjonist, aktiv mosjonist som deltek i konkurransar, eller toppidrettsutøvarar (Frøynd, Sæterdal, & Wisnes, 2005; Gjerset, 2012). Mengd timar som vert lagt ned i trening kvar veke og kva som er den eigentlege målsetjinga med treninga, kan vere ein indikasjon på kvar ein ligg i treningslandskapet (Frøynd et al., 2005). Kva som er motivet for den aktiviteten ein gjer, er ein viktig faktor for korleis ein skal kartleggje pasienten (Mond et al., 2006). Er motivet for eksempel å forbrenne flest mogleg kaloriar for å gå ned i vekt, eller er det elementært å halde seg i grunnleggjande god form (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012; Mond et al., 2006).

Ingen mosjonistar treng å trene kvar dag, og ein mosjonist må kunne ha nokre kviledagar med god samvit (Bratland-Sanda et al., 2010). Anbefalingane om fysisk aktivitet er reviderte og vitskapeleg dokumentert i «American College of Sports Medicine» (ACSM) og «American Heart Assosiation» (AHA). Anbefalingane er 30 minutt middels aktivitet kvar dag, eller 90 min hard aktivitet i løpet veka. Det kan ha ein helseeffekt ved å redusere risikoen for livsstilsjukdomar som diabetes type 2, hjarte- og karsjukdomar, høgt blodtrykk og tjukktarmskreft (Haskell et al., 2007; Pedersen & Saltin, 2015). Samt har Pedersen & Saltin i oversiktsartikkelen «Exercise as medicine» funne ein signifikant forbetring av psykiske lidingar ved å utøve moderat fysisk aktivitet saman med styrketrening i ein periode over 4 månadar (Pedersen & Saltin, 2015).

Elite og toppidrettsutøvarar som trenar mot konkurransar og store meisterskap periodiserar treninga. Dei har eit godt opplegg rundt trening, kost og restitusjon, som er viktige faktorar for topp-prestasjon og utvikling i eliteidretten (Frøyd et al., 2005; Gjerset, 2012). Likevel kan personar på elitenivå i idretten, vanlege mosjonistar og andre kome inn i alvorlege spiseforstyrningar. Sjølv med godt treningsopplegg og gode oppvekst og/eller levekår. I kapittelet under vert det forklart kva som meinast med spiseforstyrningar.

2.2 Spiseforstyrningar

Spiseforstyrningar er ei komplisert psykisk lidning, og personar med spiseforstyrning vil ha vanskar med eigne tankar og kjensler i like stor grad som ein har eit komplisert forhold til trening og mat (Skårderud, 2013). I følgje Bratland-Sanda (2012) blir spiseforstyrningar definert som: *“overopptatthet av mat, kropp, vekt, og et problematisk forhold til følelser”* (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012, p. 12). Personar med spiseforstyrningar kan vere ambivalente og la kjensler og tankar om mat og trening styre svært mykje av livet, og hindre dei i å fungere normalt i kvardagen (Skårderud, 2013). Derfor er spiseforstyrningar eit felles omgrep for dei nemnde lidningane nedanfor (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012; Skårderud, 2013). I følgje Cook (2016) er det ein av dei vanlegaste lidningane blant unge kvinner (Cook et al., 2016).

Blant befolkninga i Noreg lid om lag 3-5% av spiseforstyrningar, der dei fleste er jenter i tenåra eller unge kvinner. Gutar og jenter i alle aldrar kan også bli ramma av spiseforstyrningar (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012).

Spiseforstyrningar kategoriserast i tre ulike hovuddiagnosar: 1) Anorexia nervosa (AN), 2) bulimia nervosa (BN) og 3) overspisingslidning (binge eating disorder/BED). Vidare har vi også ein siste kategori som atypiske og uspesifikke variantar av hovuddiagnosane som er; «other specified feeding or eating disorder» (OSFED), som tidlegare var; «eating disorder not otherwise specified» (EDNOS) (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012; Nguyendo, 2011; Skårderud, 2013).

Dei diagnostiske kriteria for å ha desse lidningane er kategoriserte i to offisielle internasjonale diagnosemanualar; ICD-10 frå Verdas helseorganisasjon (WHO) som vert nytta for å setje diagnose på pasientar, og DSM-5 som er frå den amerikanske psykiatriforeininga som blir

nytta mest i forskningslitteraturen (Nguyendo, 2011). Årsaksfaktorane til at nokre personar vert ramma av desse lidningane er svært samansett og komplekse (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012).

Ein ser er at spiseforstyrningar implementerast i både disponerande genetiske/biologiske, psykologiske og sosiokulturelle faktorar, samt utløysande og oppretthaldande faktorar (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012). Disponerande faktorar kan vere arv, låg sjølvtilitt, utilfreds med eigen kropp, anna psykisk lidning, mobbing, seksuelt misbruk, påverknad av media og signifikante andre. Deretter kan dei utløysande faktorane vere traumatiske hendingar, samlivsbrot, stress, anna sjukdom, slankekur og så vidare. Samstundes kan ein sjå dei oppretthaldande faktorane som positiv tilbakemelding på endra kropp eller utsjånad, at konflikhtar held fram, kjensle av kontroll og meistring og kjensleapati (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012).

Personar som blir ramma av spiseforstyrningar nyttar ofte trening eller overdriven fysisk aktivitet som middel for å regulere vanskelege kjensler, som på fagspråket kallast affektregulering (Skårderud, 2013). Når denne treninga vert ei flykt frå kjensler og blir tvang på at det må gjennomførast kvar dag, samt på bestemte måtar, er ein på god veg til å ha eit stort problem (Skårderud, 2013). Følgjeleg kan denne åtferda føre til tvangstrening som vert omtala nedanfor.

2.3 Tvangstrening

I ein artikkel frå Mond og medarbeidarar (2006) undersøkte dei, 3472 kvinner i alderen 18-42, om deira forhold til overdriven trening, spiseforstyrre åtferd og livskvalitet. Denne artikkelen gir oss kunnskap om dei ulike typane treningsforstyrningar og kva verknad det har på spiseforstyrre åtferd og livskvalitet. Ifølgje Mond og medarbeidarar (2006) ser ein at overdriven trening, treningsavhengigheit og tvangstrening truleg vert gjennomført grunna underforliggjande årsaksfaktorar som nemnd i kapittelet om spiseforstyrningar (Mond et al., 2006).

Det er vanleg å skilje mellom tvangsprega trening og overdriven trening. Overdriven trening vert i boka FRI av Bratland-Sanda definert som *“når varighet, hyppighet og/eller intensitet på fysisk aktivitet overgår det som er nødvendig for å opprettholde god helse, og dermed øker risikoen for skader”* (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012, p. 37). Medan definisjonen på tvangsprega trening er *“å føle seg tvunget til å trene når motivet ikke lenger er forbedring av prestasjon, men å redusere/unngå emosjonelle problem som oppstår ved fravær av trening”* (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012, p. 37).

Eit felles omgrep for tvangsprega trening og overdriven trening er treningsavhengigheit som handlar om forholdet ein har til trening er tvangsprega samt mengd trening er overdriven. Treningsavhengigheit vert definert som *“trang til å utøve trening, denne trangen resulterer i ukontrollert overdreven treningsadferd som kommer til uttrykk gjennom fysiologiske og/eller psykologiske symptomer når aktiviteten opphører”* (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012, p. 37).

Tvangstrening og overdriven trening er eit alvorleg symptom. I følgje Bratland-Sanda (2012) har fleire studiar vist at pasientar med spiseforstyringar som er overdriven aktive truleg vil ha behov for noko lengre tid i behandling. I tillegg vil prognosen for tilfriskning vere lågare, samt større risiko for tilbakefall samanlikna med pasientar som ikkje er overdriven fysisk aktive (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012).

Personar som har eit anstrenga forhold til trening og fysisk aktivitet kan ha motiv for å trene kvar dag. Og spør ein om å ta fridag frå treninga ville dei sannsynleg svare at det er uaktuelt. Dermed kan ein seie at desse personane har eit problem med trening, når motiva for å trene er annleis enn hjå personar som er positivt avhengige av trening. Normalen er då at ein kan ta seg ein dag fri frå trening utan at det gjer noko for personen, men hjå tvangstrenarar vil dette vere vanskeleg (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012; Meyer & Taranis, 2011). Dessutan er ein avhengig av å trene kvar dag på feil motiv, har strenge rutinar og ritual med tanke på trening og gjennomføring, kan ein kalle dei tvangstrenarar (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012; Bratland-Sanda et al., 2010; Davis et al., 1999; Meyer & Taranis, 2011; Mond et al., 2006).

Behandlarane på institusjonar nyttar ulike teoriar for å snu pasientane sin form for tvangstrening og rigide ritual. Teorien som oftast går igjen er meistringstru, som knyt pasientane til deira eigen tru på å organisere og gjennomføre resultat dei ynskjer å oppnå (Borge et al., 2011).

2.4 Meistringstru (self-efficacy)

Den amerikanske psykologen Albert Bandura reknast som den fyrste til å beskrive teorien meistringstru (self-efficacy) (Bandura, 1986). Albert Bandura vert i dag rekna som ein av hovudpersonane bak den kognitive revolusjon innanfor for psykologien. Bandura hevdar menneske har ein eigen skapande vilje. Menneske får kjennskap til sine personlege kompetansar og verda ein lever i. Derfor kan ein kontrollere konstruktivt utforminga av sitt liv. Erfaringar med å kunne meistre noko er den mest betydingsfulle kompetanseinformasjonen vi får, fordi den gjev bevis på at ein kan meistre det som krevjast for å lukkast (Kähler, 2012). Sjølv om suksess og nederlag er essensielt, er det ikkje berre opplevingane i seg sjølv som er viktige, men også den kognitive omarbeidinga av den. Det avhenger av blant anna menneskas førehandsbestemte meiningar om deira personlege kompetanse, kor store oppgåvene er, kor mykje dei må anstrenga seg, kor mykje hjelp dei får, omstende, korleis dei løyser oppgåva og forholdet deira mellom suksess og nederlag (Kähler, 2012).

Meisingstru (self-efficacy) seier noko om kva forventning pasienten har til eiga evne og ha fokus på at ein klarar å nå det målet ein har sett seg (Bandura, 1986; Graubæk & Thorbjørnsen, 2010). Påverknaden av meistringstru kan delast inn i fire grunnleggjande måtar: 1) Pasienten klarar å lære noko gjennom eigne erfaringar, 2) observera andre i same situasjon, kan påverke ein sjølv til å meistre, 3) overtaling ved hjelp av ros og oppmuntring og 4) påverknad frå eigne kjenslereaksjonar ved gjennomføring av ei bestemt åtferd eller ei oppgåve (Bandura, 1986; Villadsen & Faurschou, 2007). For å kunne seie noko om

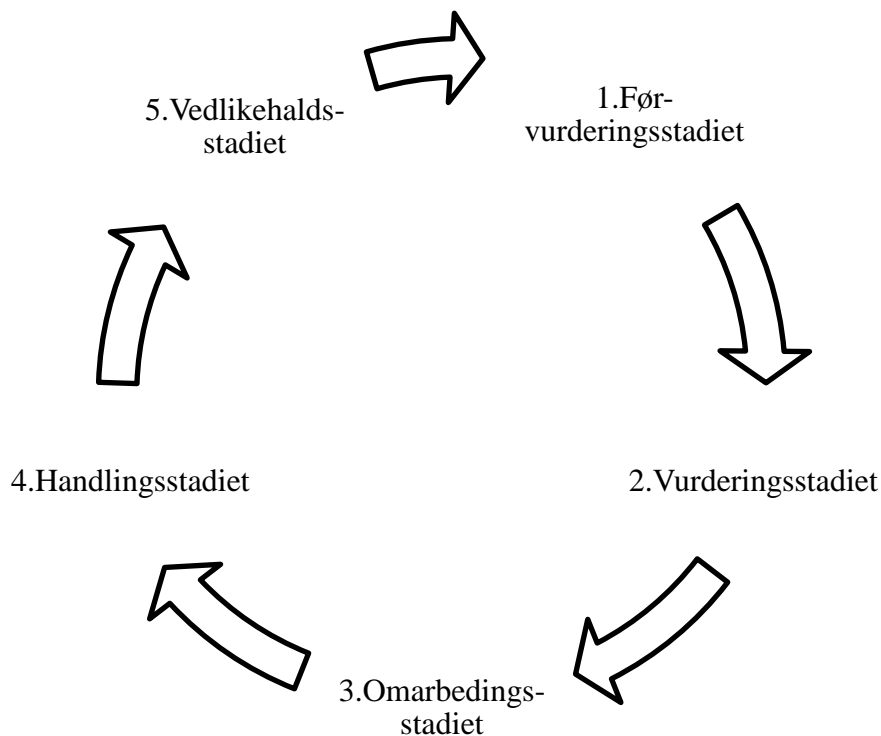
motivasjon til handling må ein vite noko om effekten av forventninga personar har til eiga evne om å nå eit visst mål (Graubæk & Thorbjørnsen, 2010). Å trene og meistre noko saman med andre vil truleg vere med å auke sjølvbiletet. Vidare kan bieffektane av trening saman med andre vere med å auke velvære og rørsleglede hjå pasientane (Borge et al., 2011; Martinsen, 2011). Med det for auge kan det vere naudsynt å fokusere på kva behandlingstilbod ein gir, og kva kunnskap behandlarane har å formidle til pasientane.

2.5 Behandling

I Norge er det både private og offentlege behandlingstiltak for personar med spiseforstyringar. Per i dag er det ca. 136 behandlingstiltak i Noreg, som ein kan velje mellom med fritt sjukehusval (Helsenorge.no). Og ventetida variera ifrå 3-4 veker i offentlege føretak, til heile 25 veker på dei private sjukehusa (Helsenorge.no). Sjølv om det berre er ca. 3-5% som lid av sjukdomen i Noreg, vil ein truleg i framtida sjå ei auke i personar som får spiseforstyringar (Helsenorge.no). Som nemnd i starten av teoridelen har Cook og medarbeidarar (2016) ein konklusjon om at behandlarkompetansen bør aukast, ein bør få betre kapasitet og det bør forskast meir på behandlingstilbodet for personar med spiseforstyringar (Cook et al., 2016). Av den grunn er det naudsynt med ein utvida og meir profesjonell behandlarkompetanse i framtida.

Treningsterapeuten og idrettspedagogen kan gi pasientane den naudsynte innblikket og opplæringa i fysisk aktivitet og trening. Trening og fysisk aktivitet, som supplement i behandlinga av pasientar med spiseforstyringar, er vorte meir akseptert og er godt dokumentert som ein av behandlingformene som gir god prognose (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012; Cook et al., 2016; Meyer & Taranis, 2011; Pedersen & Saltin, 2015). Vidare tek oppgåva føre seg dei ulike stadia i tilfriskningsfasen. I artikkelen «The art of motivation Behavior Change» skildrar Shinitzky & Kub (2001) Prochaska sin teori om dei ulike «stages of change». Vi vil forklare kva som meinast med dette i neste avsnitt.

«Stages of change» er fem kategoriar som speglar av det enkelte menneske si interesse og motivasjon for å endre ein noverande åtferd. Desse fem stadia i tilfriskningsfasen utgjer eit endringshjul som vist under:



Figur 1: Endringshjulet

(Prochaska & Norcross, 2010)

I følge endringshjulet er før-vurderingsstadiet, uvilje til å erkjenne at ein har eit problem 2) Vurderingsstadiet, vurdere endring og fordelar og ulemper med både problem og endring av åtferd 3) Omarbedingsstadiet, vilje til å endre seg i nær framtid 4) Handlingsstadiet, når endring av åtferd finn stad 5) Vedlikehaldsstadiet, fokus på endring av livsstil og stabilisere åtferdsendring (Prochaska & Norcross, 2010; Shinitzky & Kub, 2001; Villapiano & Goodman, 2013).

I før- vurderingsstadiet er vanskar med å erkjenne at ein har eit problem, samt å endre åtferd. I dette stadiet vil ein oppretta eit forhold til pasienten og finne ut kva som er problemet. Her vil det å gi læring vere nøkkelen. Før-vurderingsstadiet varar i om lag seks månadar. I vurderingsstadiet vil det å ha fokus på fordelane i like stor grad som bakdelane ved endring av åtferd vere avgjerande. I denne delen av prosessen vil det vere mogleg å få i gang ein samarbeidande prosess med pasienten. Stadiet varar i om lag seks månadar.

Omarbedingsstadiet representerer det stadiet der viljen er til å endre seg i nær framtid, vanlegvis innan ein månad. Pasientar uttrykker i stor grad motivasjon mot ynskja endring av åtferd og utfall. I dette stadiet har pasientane erkjent dei negative konsekvensane ved å oppretthalde den ikkje-hensiktsmessige åtferda. Pasientane har med andre ord, gått frå å tenke

på saken til å gjere noko med det. I omarbeidingsstadiet vil pasienten trenge hjelp og erfaring i førebuing til handling. Pasienten vil mest sannsynleg trenge støtte og oppmuntring i å praktisere det som er lærd om balanse mellom fysisk aktivitet og matinntak. Handlingsstadiet, når endring av åtferd finn stad. I vedlikehaldsstadiet vil pasienten truleg føle at endringane er mindre tiltak og kjennast meir som ein endring av måten å leva på. (Prochaska & Norcross, 2010; Shinitzky & Kub, 2001; Villapiano & Goodman, 2013).

3. Metode

I denne delen av oppgåva skal vi introdusere og grunngi vårt metodiske val. Metoden seier noko om korleis ein bør gå fram for å skaffe eller forske på kunnskap. Bakgrunnen for val av metode byggjer på at informantane gir oss data, slik at vi kan svare på problemstillinga på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012).

Definisjon på metode er; «*en systematisk måte å undersøke virkligheten på*» (Halvorsen, 2008, p. 20). Studia vår blir løyst gjennom fenomenologisk tilnærming med bruk av kvalitativt intervju som forskingsdesign. Kvalitativt forskingsintervju er ein samtale mellom to personar som vert karakterisert som ein interpersonleg situasjon om eit emne av felles interesse (Halvorsen, 2008). I intervjuet vert det skapt kunnskap i skjeringspunktet mellom synspunkta til intervjuaren og informantane (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). I kvalitativ metode kan ein gå meir i djupna på problemområdet ein har sett seg, og ein kan sjølv velje eventuelle oppfølgingsspørsmål utifrå korleis samtalen utviklar seg (Kvale et al., 2015). Det at ein kan gå meir i djupna i det aktuelle tema og problemstillinga er grunnen til at vi valde kvalitativt forskingsintervju som metode. På ei annan side er nokre av utfordringane med kvalitativ forskingsintervjuet at det set store krav til intervjuarar ved til dømes å stille gode spørsmål. I tillegg ein viss risiko for at kjeldene som vert intervjuar ikkje kjem med tilfredsstillande svar (Kvale et al., 2015). Vi har derfor vald semistrukturert forskingsintervju som metode i vår oppgåve.

3.1 Utval

I Noreg er det om lag 136 institusjonar som behandlar personar med spiseforstyrningar (Helsenorge.no). Vi valde ut to institusjonar der vi fann våre informantar. Informantane for oppgåva var ein treningsterapeut og idrettspedagog. Begge behandlarane nytta fysisk aktivitet som del av behandlinga av spiseforstyrningar, som var hovudkriteriet for utvalet. Fysisk aktivitet i behandlinga vart nytta på to ulike måtar hjå behandlarane, der den eine i hovudsak hadde gruppetrening og den andre meir individuell tilrettelegging. Som forskarar synst vi det var interessant å sjå på desse ulike tilnærmingane i behandlinga. Ifølgje Dalland (2012) blir det essensielt å gjere seg kjend og få ein mening om kva data vi treng, kvar vi finn den, og kven som kan gi oss best mogleg svar på problemstillinga (Dalland, 2012).

3.2 Framgangsmåten

Vi tok kontakt med aktuelle institusjonar via e-post og telefon og fremja vårt ynskje om å intervju dei. Dei hadde ikkje noko innvending mot å verte intervjuar og vi oppretta kontakt, og gjorde avtale om intervju. Intervjuet vart gjennomført som avtala. Vi gjorde det slik at ein av forskarane tok seg av å stille spørsmåla til informantane, og den andre observerte samtalen og noterte seg eventuelle tilleggsspørsmål. Då kunne forskaren som observerte eventuelt bryte inn i samtalen eller stille meir konkrete spørsmål som avslutning. Dermed kvalitetssikre intervjuet slik at vi fekk relevant informasjon (Dalen, 2011).

3.3 Intervjuguide og intervju

For å kunne finne svar på problemstillinga valde vi semistrukturert forskingsintervju. Dette er eit intervju som er strukturert med ein god intervjuguide. Då vi hadde avklart aktuelle informantar, utarbeida vi ein intervjuguide som omhandla behandlarane si rolle i behandlinga (vedlegg 2). Intervjuguiden skreiv vi for å ha retningslinjer å halde oss til under intervjuet. Å skrive intervjuguide hjelper å førebu oss fagleg og mentalt til intervjuet (Dalland, 2012). Då vi skreiv intervjuguiden tok vi utgangspunkt i problemstillinga og utarbeida spørsmål som vi meina kunne svare den. Før intervjuarbeidet starta formulerte vi føremålet med undersøkinga og beskreiv korleis ein oppfatta emnet som skulle undersøkjast (Kvale et al., 2015).

Utstyret vi brukte til intervjuet var ein bandopptakar, slik at transkripsjonen i etterkant gjekk lettare. Begge intervjuar vart gjennomførde på eit kontor utan for mykje støy og forstyrningar (Dalland, 2012). I fyrste intervjuet møtte vi informanten personleg. Det andre intervjuet gjennomførde vi med bruk av skype og mobiltelefon. Vi erfarte det var best å sitje i same rom som informanten, og at bruk av skype ikkje er så ideelt med tanke på lyd kvalitet, ulik kontekst og dermed dårlegare kommunikasjon.

Som intervjuarar la vi vekt på å få til ein god dialog. Såleis gjorde vi ved å stille korte og opne spørsmål slik at vi unngjekk å få «ja-nei-svar», elles ville det bli vanskeleg å byggje vidare på intervjuet (Dalen, 2011). Følgjeleg å stille opne og korte spørsmål til informantane følte vi gav færre avgrensingar og meir utfyllande svar. Noko som igjen førte til ein breiare forståing for korleis behandlarane jobba. Utfordringar med ein slik tilnærming kan vere at informantane snakkar seg bort frå temaet gjennom dei opne spørsmåla, som kan gi irrelevant data (Dalen, 2011). Noko vi erfarte i liten grad. Vi erfarte at informantane snakka flytande mellom ulike tema og var vanskelege å avgrense. For at verdifull informasjon ikkje skulle gå tapt let vi dei snakke fritt (Kvale et al., 2015).

3.4 Transkribere

Til opptak av intervjuet nytta vi ein bandopptakar. Opptaket vart nytta til å lytte på medan vi skreiv ned ordrett det som vart sagt under intervjuar. Begge intervjuar vara om lag ein time. Transkripsjonen gjorde vi like etter intervjuet medan det framleis var friskt i minnet. Når intervjuar var transkribert, samanlikna vi svara frå treningsterapeuten og idrettspedagogen.

Å transkribere vil seie å gjere intervjuet om frå tale til tekst (Dalen, 2011). På denne måten fekk vi førebu dei innsamla dataa til neste stadiet av det kvalitative forskingsintervjuet, som var analyse og tolking av data (Dalen, 2011; Kvale et al., 2015).

Transkribering er eit tidkrevjande arbeid som kravde god konsentrasjon og nøyaktigheit (Kvale et al., 2015). Transkripsjon vart gjort så ordrett som mogleg, før vi omforma intervjuar til ein meir formell, skriftleg stil i etterkant (Dalen, 2011).

3.5 Analyse og tolking av data

Det fyrste vi gjorde etter at dataa var samla inn og transkribert, var å sjå igjennom dei to intervjua og samanlikna. Samt markerte aktuelle utsegn å ha med i diskusjonsdelen. Deretter klypte og limte vi det inn på eit ark for å få god oversikt over relevant materiale å nytte i forskinga. Med denne analysemetoden fekk vi ein god oversikt over dei ulike utsegna, og det gjorde arbeidet lettare for oss med å finne likskapar og ulikskapar mellom informantane (Dalen, 2011; Kvale et al., 2015).

Det finst ingen standard svar på korleis vi skal gå fram for å analysere eit intervju, men her skulle meiningane med spørsmåla kome fram (Dalen, 2011; Kvale et al., 2015). Analysedelen av intervjuet var «sannheitas augneblink» som gav oss svar på om forskinga gav resultat (Launsø & Rieper, 1993). Her såg vi på om svara informantane gav, var i samsvar med kvarandre, og om dei gav svar på problemstillinga. Samt såg vi på utsegna opp mot relevant teori. Kvale og medarbeidararar (2015) påpeikar at vi må gjere forskingsintervjuet om til eit ferdig produkt, der intervjuaren si sentrale oppgåve er å få fram intervjupersonen si oppfatning av verda (Kvale et al., 2015). Arbeidet med funna var med på å skape eit heilskapleg bilete av forskinga vår (Mehmetoglu, 2004). Intervjurapporten bestod av relevant informasjonen frå informantane (Kvale et al., 2015).

3.6 Truverdighet av studien

For å underbygge våre funn vil truverdigheita i studia vere vesentleg. Det var grunnleggjande å passe på at funna var truverdige og at ein fann det ein ynskte å undersøkje i intervjustudia (Kvale et al., 2015). Truverdig blir definert som «*en uttalelser sannhet, riktighet og styrke*» (Kvale et al., 2015, p. 250)

Vi reflekterte over vår bevisste forståing, og reduserte betydninga av denne under intervjuet. Som intervjuarar og forskarar må vi vere så objektive og nøytrale som mogleg. Vårt positive syn på å nytte fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyringar måtte vi vere bevisst på heile vegen, særleg i intervjusituasjonen. Noko vi tok omsyn til blant anna ved at vi stilte opne spørsmål, slik at informantane fekk snakke relativt fritt. Då me skulle verifisere resultatata, samanlikna vi svara frå treningsterapeuten og idrettspedagogen opp mot kvarandre. Kjeldene var førstehands erfaringar, og ergo såg vi dei som truverdige.

Same forskar intervjuar og transkriberte. Samstundes som den andre forskaren var tilstade. Eine intervjuet føregjekk som nemnd over skype, kor vi støtte på tekniske problem som vi måtte løyse. Vi fann ei løysing på problemet og fekk fram det essensielle for vår forskning. Oppgåva vår går hovudsakleg ut på å finne svar på kva treningsterapeuten og idrettspedagogen gjer i si treningsbehandling av pasientar med spiseforstyringar som tvangstreningar. Intervjuar vi gjennomførte med ein treningsterapeut og ein idrettspedagog som dagleg jobbar med spiseforstyringar vil av den grunn vere truverdig og aktuell for vår oppgåve.

3.7 Etikk

Då vi skulle intervjuja treningsterapeuten og idrettspedagogen trengde vi ikkje søke Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk (REK) om løyve. Sidan vi fekk generell informasjon om korleis desse jobbar. Bakgrunnen for dette var at ein ikkje kan identifisere pasientar, treningsterapeut, idrettspedagog eller institusjonane i oppgåva. Derfor er dette ei konfidensiell avhandling og ingen kan verte identifiserte. Vi nytta orda «institusjonen -ane» og «treningsterapeut-ane» eller «idrettspedagog-ane» når vi refererte til utsegn og funn i diskusjonsdelen. Vi samla ikkje inn sensitiv informasjon om einskildpersonar og stilte ikkje personlege spørsmål til informantane.

4. Resultat og diskusjon

Hensikta med oppgåva er å finne ut kva treningsterapeuten og idrettspedagogen gjer i sin treningsbehandling med personar med spiseforstyrningar som tvangstrenar. Og kva erfaringar dei har erverva i tilfriskningsfasen gjennom at pasientane har opplevd meistringstru og glede gjennom trening eller fysisk aktivitet. Vi er interessert i å få fram kva som kan hjelpe pasientane å kome ut av eit tvangsprega treningsmønster, og korleis få dei til å oppleve meistring og rørsleglede. Diskusjonen er knytt til teorien opp imot utsegn frå treningsterapeuten og idrettspedagogen som vi intervjuar.

Utifrå vår metode og teori vil vi diskutere i ein narrativ strukturering med overskrifter som: «Kva gjer treningsterapeuten og idrettspedagogen», «Rolla til behandlarane» og «Motivasjon og rørsleglede». Under kvart avsnitt vil vi diskutere sitat frå behandlarane i forhold til teoridelen og forskning på fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrningar.

Før vi går over til diskusjonsdelen i følgjande avsnitt vil vi trekkje fram resultatet vi har kome fram til i forkinga vår. Vi kan antyde at det er ein forskjell på korleis treningsterapeuten og idrettspedagogen jobbar med pasientane på dei ulike institusjonane. For det fyrste har dei ulike stillingsbeskrivingar, og for det andre er forskjellen på kva institusjon behandlinga kjem ifrå. Om det er privat eller offentleg praksis. Likskapane er at begge nyttar fysisk aktivitet som ein del av behandlingsopplegget, og dei jobbar begge i eit tverrfagleg team.

Treningsterapeuten har mykje meir individuell pasientoppfølging av fysisk aktivitet, kartlegging og oppfølging av den kognitive åtferdsterapien. Medan idrettspedagogen i hovudsak har pasientane i gruppeaktivitet, medan nokre få får individuell tilrettelegging. Idrettspedagogen har eit anna ansvarsområde enn treningsterapeuten. Følgeleg vil det seie at idrettspedagogen har ansvaret for sjølv aktiviteten og tilrettelegging av den, medan andre i behandlingsteamet, som miljøterapeutar og psykologar tek seg av den kognitive åtferd- og samtaleterapien.

4.1 Kva gjer treningsterapeuten og idrettspedagogen

Oversiktsartikkelen til Cook og medarbeidarar, som nemnd i teoridelen, gir oss ein god oversikt med dei 11 retningslinjene som bør vere representert i eit behandlingstilbod for pasientar med spiseforstyrningar (Cook et al., 2016). Ein av dei var at behandlarteamet bør bestå av treningseksperter, ernæringsfysiologar, psykologar, legar og fysioterapeutar. Ved begge institusjonane der behandlarane jobbar, var pasientane ein del av eit slikt tverrfagleg team.

Vi stilte spørsmål til informantane om kva ein treningsterapeut og ein idrettspedagog har som hovudoppgåver og treningsterapeuten seier;

I stillingsbeskrivinga så står det me skal leggje til rette for, planleggja, gjennomføra fysisk aktivitet for pasientar med psykiske lidingar, det er liksom stillingsbeskrivinga [...] og den har ikkje forandra seg så mykje utanom at det er på ein måte godkjend at me skal vera med å utvikla faget, som har gått frå helsesport til treningsterapi for min del då.

Idrettspedagogen seier;

Nja, da kan jeg si litt om hva innholdet i jobben min er da, og det er jo...den viktigste delen av jobben er jo pasientkontakt, vi har grupper, treningsgrupper. Ehm...Alle avdelinger er felles, alle avdelinger har minimum to økter i uka felles. I tillegg til det har alle pasienter tilgang på individuell oppfølging og veiledning og så i tillegg til det så har vi også undervisning for alle pasienter.

Som ein ser av utsegna ovanfor er begge behandlarane i nær kontakt med pasientane. Treningsterapeuten har tettare oppfølging av kvar pasient og idrettspedagogen tilbyr individuell tilrettelegging, men har hovudansvar for pasientane i grupper. Treningsterapeuten fortel ein byrjar med ei kartlegging av pasientane og «[...] då er eg alltid litt sånn interessert i korleis dei oppleve [...] erfarer bruk av trening, korleis det var før dei blei sjuke, korleis forholdet deira er til fysisk aktivitet og trening».

Vidare seier treningsterapeuten at ein alltid spør om kva dei tenkjer om å nytte fysisk aktivitet og trening som ein del av behandlingføreløpet, og viss pasienten ynskjer å nytte denne treningsterapien byrjar dei kartleggingsprosessen «[...] så set me oss ned å jobbar, og då visar eg til ein del omgrep, litt sånn psykoedukasjon for å kartleggje korleis ein nyttar trening akkurat no for å få fram om treninga er tvangsprega, negativ avhengigheit av trening, overdriven trening, for mykje og for lenge».

I følge Ottesen & Tornquist (2015) er det vesentleg med tilrettelagd fysisk aktivitet i behandlingstilbodet, for å betra den psykiske og fysiske helsa til personar med spiseforstyrningar (Ottesen & Thornquist, 2015; Pedersen & Saltin, 2015). Noko som både treningsterapeuten og idrettspedagogen nyttar i sin behandling. Vi ser også ifølge Cook og medarbeidarar (2016) at behandlingstilbodet bør betrast i framtida, og ein kan fokusere meir på individuell terapi (Cook et al., 2016).

Ser vi vidare på idrettspedagogen så fortel den kva som blir gjort når dei får inn nye pasientar; «Jeg kan si kort da, [...] tidlig i oppholdet, så er det ein informasjonsrunde med undervisning som jeg har, som handler om hvordan VI forholder oss til fysisk aktivitet og hvilke rammevilkår pasientene også må forholde seg til når de er innlagt hos oss». Det idrettspedagogen seier her er at det handlar om å ha ei samhandling i oppgåva slik dei og pasientane snakkar same språk. Pasientane skal forstå kva som meinast med fysisk aktivitet og trening, og kva mengd som vert anbefalt og knytt opp mot matinntak når dei er på

institusjonen. «[...]viss ikke pasientene kan gjennomføre det opplegget vi har for dem kan vi ikke hjelpe», seier idrettspedagogen.

Her ser vi det er avgjerande at pasientane frå begge institusjonane får denne grunnleggjande opplæring om trening, fysisk aktivitet og ernæring (Mond et al., 2006; Sjørdal, 2015). Ved institusjonen der idrettspedagogen jobbar har dei strenge rammer som alle pasientane må følgje, det kan vere vanskeleg for enkelte. Dersom dei ikkje kan følgje rammene til institusjonen kan dei ikkje få hjelp der.

Der treningsterapeuten jobbar, er det hovudsakleg pasienten som er sjefen i behandlinga, saman med behandlarteamet. Det kan gi rom for at ein er meir delaktig undervegs i tilfriskningsfasen. Kva som gir best resultat ideelt sett frå eit behandlarperspektiv, er dermed ikkje avklara. Å ta pasientane på alvor og høyre deira stemme kan hevdast å vere naudsynt. «Det er viktig for pasientane [...] å bli sett og høyrd, og ikkje minst trudd», seier treningsterapeuten.

4.2 Rolla til behandlaren

Rolla til behandlaren vert dermed avgjerande i dei ulike stadia i tilfriskningsfasen. Ifølgje Bratland-Sanda (2012) vil tvangstreningar trenge lang tid for å snu den ikkje-hensiktsmessige åtferda, og her har treningsterapeuten og idrettspedagogen mykje innflytelse på kva pasientane gjer (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012). Å lære inn nye mønster og gode positive treningsvanar er ein omstendeleg prosess.

Treningsterapeuten seier noko om når nye pasientar kjem inn, er det ikkje så enkelt å få pasienten til å prate om sin tvangsprega trening med det fyrste. Etter kvart når ein har oppretta ein god kontakt og kommunikasjon, vil pasienten opne seg meir dersom den får direkte spørsmål om treningsvanane. «[...] og, det er ikkje sikkert dei fortel så mykje når dei kjem inn i behandlingssystemet med da fyrste. Viss ikkje du får direkte spørsmål frå nokon som tek det litt på alvor [...]». Viss ein møter pasientane med at dei ikkje får trene, og ikkje får gjere slik dei pleier, kan det medføre at dei tek det igjen på rommet. «[...] så blir ein liggande på rommet sitt å gjera øvingar eller i dusjen eller låser seg inne[...]», seier treningsterapeuten.

Vi får fortalt at treningsterapeuten ikkje kuttar ned på all trening på ein gong, men lager ein avtale som pasienten er med på. Eit av tiltaka kan vere å gradvis kutte ned på varigheita, til dømes frå å jogge i 60 minutt til 50 minutt. Går det bra så fortset terapeuten å jobbe med at pasienten skal gjere noko med intensiteten, til dømes dersom ein joggar på ein fart på 11 kilometer i timen, vil dei vidare få ned farten til 10 km/t, og så vidare jobbe med stigninga. «[...] så jobbar vi sånn i puslespelbitar, og så danna ein seg erfaring på å gjere andre ting [...] at ved å gjere noko som ein trur ein må gjere, at du klarer å la være, så påverkar du, [...] får på ein måte erfaring med at det kan gå bra sjølv om ein ikkje gjere det. [...] skjer noko i frontallappen, når ein byrjar å eksponere seg for å gjere mindre enn det ein trur ein må gjere». Knyter vi dette opp til teoridelen der dei 11 rettleiande retningslinjene frå artikkelen til Cook (2016), ser vi på punkt 7) naudsynet av det er å lage eit gradert treningsprogram, og punkt 9) å leggje til rette treninga individuelt.

På institusjonen der idrettspedagogen jobbar har dei klare rammer, og pasientane må skrive under ein kontrakt. Og om å skrive ein kontrakt vert nemnd i punkt 4) i artikkelen til Cook (2016). I kontrakten som vert skrive på institusjonen står det mellom anna at pasientane ikkje skal trene meir enn 4 timar individuelt i veka, og dei skal ha to kviledagar. Elles er det to felles økter i veka med idrettspedagog. Samstundes som dei må følgje ei kostliste, og ete fire måltid for dagen. Det er naudsynt å ha strenge rammer for å snu vanar. Idrettspedagogen seier; «*jeg tror det er å være tydelig på rammene, emh...og så vise pasienten at det er disse rammene en må forholde seg til, noe mer enn det er ikke akseptabelt*»[...]så eg er sikker på å ha tro mot de rammene, er en nøkkelfaktor». «[...]her på institusjonen, må pasientene lære at viss en trener, må en også spise [...]» Her ser vi nokså store kontrastar mellom dei to behandlarane og korleis dei går fram i sin strategi for å nå pasientane.

Det vi ser er at begge tilnærmingane kan ha ein effekt i både positiv og negativ utvikling. Men viktigaste vil være at pasienten blir teken på alvor og begge prøver å hjelpe med dei verktøy som er tilgjengelege. Ser vi på kva den amerikanske psykologen Bandura seier om meistringstru, så er teorien at pasientane sjølve må lære gjennom egne erfaringar for å nå målet dei har sett seg (Bandura, 1986). Ifølgje Bandura (1986) antek han at enkelte kan ha vanskar på vegen mot målet, og understrekar at det krev innsats for å oppnå suksess.

Gevinsten av dette kan vere at ein kjem tryggare ut av problema, med ein sterkare og meir generalisert meistringstru (Bandura, 1986). For at pasientane skal kunne kome seg vidare til ein friskare kvardag utan tvangstrening, må dei jobba seg gjennom dei ulike stadia i endringshjulet (Prochaska & Norcross, 2010; Shinitzky & Kub, 2001; Villapiano & Goodman, 2013). Endringshjulet forklarar vi under behandling i teoridelen, og det er essensielt å vite kva stadiet pasientane er komne i behandlingsprosessen. Pasientane som kjem til behandling på dei institusjonane vi har sett på, er som regel i omarbeidingsstadiet eller handlingsstadiet. Dei har kome så langt at dei ynskjer til å jobbe med problema sine, og ser det er naudsynt å gjere endringar for å kunne verte friskare eller frisk frå spiseforstyringa.

Behandlar si rolle vil vere å motivere pasienten til å følgje opplegget som er tilrettelagd. Samstundes er det vesentleg med undervisning i kva fysisk aktivitet og trening er, kva er normalt og ikkje. Idrettspedagogen har undervisning om trening og fysisk aktivitet i løpet av den fyrste veka med alle nye pasientane som kjem til institusjonen. Treningsterapeuten har også undervisning, men meir individuelt. Det kan og vere naudsynt å gi pasienten informasjon om kor betydningsfullt det er med rett kosthald og å vere i næringsbalanse, særleg i forhold til treningsmengd (Sørdal, 2015). I behandlarperspektiv er det viktig å få tak i kvar og ein pasient si historie for å tilretteleggje på best mogleg måte (Cook et al., 2016).

Treningsterapeuten og idrettspedagogen kan ha forskjellige tilnærmingar til individuelle samtalar og gruppetrening. På den eine sida kan gruppetrening ha positivt effekt, med tanke på å lære å trene ilag, samt ha det kjekt og sosialt saman. Å meistre noko saman med andre kan vere med å betre sjølvbiletet og gleda ved å trene (Martinsen, 2011). Men på den andre sida, hevdar treningsterapeuten det kan vere essensielt at pasientane får individuell tilrettelegging og burde setjast opp eit program for kvar pasient. Nedanfor vil vi ta føre oss kva som kan få fram oppleving av meistring og rørsleglede hjå pasientane. –Kva er eigentleg

å meistre noko når ein er sjuk?– Korleis kan desse pasientane få ein glede av trening i staden for at dei opplever at dette er noko dei må gjere?

4.3 Meistring og rørsleglede

Å verta frisk eller friskare frå ein spiseforstyrning er ein komplisert prosess. Vi veit det handlar om ein gradvis forandring over tid. Det er ein lang prosess å kome til stadiet der ein kan sei ein nyter treninga og– gleder seg over at kroppen fungerer som den skal.

Treningsterapeuten seier dette om meistringstru (self-efficacy); *[...]mangen av dei eg møter dei har eller er ganske sånn gode på å trene fordi dei må [...]glede og lyst og velvære er noko som dei ikkje fortjenar på ein måte[...]*

Personar med spiseforstyrningar som tvangstrenar bør oppleve meistring og rørsleglede i behandlinga. Blant anna for å kunne meistre og kjenne på gleda ved rørsle i staden for tvang til å trene på feil motiv. Derfor hevdar Kähler (2012) og Bandura (1986) at erfaringar med å meistre noko er den mest betydingfulle kompetanseinformasjonen ein får, fordi den gjev bevis på å meistre utfordringar som krevjast for å lukkast (Bandura, 1986; Kähler, 2012).

Slik som treningsterapeuten jobbar så gjer ein gradvis endringar i treninga.

Treningsterapeuten fortel at ein pleiar å gjere noko med opplevinga pasientane har på trening. Slik som mange av dei som tvangstrenar er gode på å trene fordi dei må, og glede, lyst og velvære er ikkje noko dei oppleve dei fortentar.

«Sann når me jobbar med trening så pleier eg ofte leggje merke til opplevinga rundt økta, korleis oppleving har du med å springe på mølla i 50 min, det er jo ikkje akkurat så lystbetona. Men det er noko som eg må gjera – har du tenkt på korleis det vil vere å ta økta ute kanskje?»

Idrettspedagogen fortel at å jobbe i team gir pasienten betre oppfølging når tvangsprega aktivitet skal reduserast (Bratland-Sanda & Rådgeving om, 2012). Derfor tek idrettspedagogen seg av reduksjon av treningsvolumet og utarbeidar treningsplanane. Miljøterapeutane jobbar med medvit om kva som er mykje og tvangsprega trening.

Idrettspedagogen seier: *« [...]men visst de er veldig motivert og sier de at «jeg trenger hjelp, og at jeg tror at dette er riktig for meg» og starter på dag 1, det er de som får best utfall.. mhm.»*

«Ja og det er klart at jeg jobber med dem i forhold til det å å gi de hva som er riktig trening uten disse følelsesmessige behov, miljøterapeuter jobber med selve tvangen, de jobber med tvangsmønsteret, hva er det som gjør at du MÅ følge det mønsteret[...]»

I følgje Martinsen (2011) vil å trene og meistre noko saman med andre vere med på å auke sjølvbiletet samt vere med på å auke velvære og rørsleglede hjå pasientane (Martinsen, 2011). Villadsen og Faurschou (2007) seier at ved å observere andre i same situasjon kan hjelpe ein sjølv til å meistre (Villadsen & Faurschou, 2007).

Det idrettspedagogen seier om meistring og rørsleglede er at er at den trur at pasientane kan få ei betre oppleving og treningsglede når dei får vere i grupper kontra det å jobbe individuelt. Samstundes at pasientane i større grad kan trigge spiseforstyrninga når dei trenar åleine. Då får dei får moglegheita til å ta ut all energi og bli skikkeleg sliten.

Idrettspedagogen seier vidare:

«Jeg har en sann indre tanke om at alle øktene skal inneholde litt latter, vi må ha det litt gøy, vi må ha treningsglede og sånn at de skal oppleve den der mestringa.»

Vi trur tilfellet med meistringstrusteorien i behandlinga er at den vert nytta av begge behandlarane, men i fleste tilfella ikkje alltid bevisst. Dette vart også nemnd av treningsterapeuten som sjølv fortalde ho nytta meistringstrusteorien i behandlinga.

Vidare seier treningsterapeuten:

«[...]det er kanskje ikkje så bevisst; det å søkje glede, vekk i frå tvang og søkje glede og opplevingar, åleine og kanskje saman med andre. Og det å oppleve å få det til, det er jo ein del.»

Påverknad av eigne kjenslereaksjonar ved gjennomføringa av ei bestemd åtferd eller ei oppgåve krev meistringstru. Dette er ein av dei ulike måtane i følge Villadsen og Faurschou (2007) kan påverke meistringstru. Treningsterapeuten arbeidde som nemnd ved gradvis å gjere endringar i treningsmønsteret. Som døme fortalde treningsterapeuten at av og til spør den pasientane om moglegheita for å stoppe litt, ta nokre inn og utpust og sansa litt på kva som er rundt. Det kan vere ei oppgåve pasientane kan jobbe med til neste gong, og dermed kome att og fortelje at dei anten fekk det til eller ikkje. *[...]Med å oppleve å få til noko anna enn det ein trur ein må få te og at ein teke innøve seg opplevingar og kan kjenne litt glede og litt lyst[...]*

Bratland-Sanda (2012) hevdar at det ikkje er anbefalt høgintensiv trening i behandling for personar med spiseforstyrningar. Spesielt for personar som har trene overdrive og på tvang. Altså dei har trena for mykje og for hardt, og har ofte vanskeleg med å halde lågare intensitet på øktene. Under behandling der ein nyttar fysisk aktivitet vert desse pasientane ofte beden om å kjenne etter kor anstrengande dei ulike aktivitetane kjennast. Anbefalingane er at dei prøvar litt ulike aktivitetar og kjenner på ulikskapane på kroppen, med tanke på belastning og intensitet. Aktivitetar som er anbefalt hjå personar med spiseforstyrningar kan vere yoga. Der opplever ein at kroppen vert nytta samstundes som ein har fokus på indre ro. I yoga nyttar ein både den mentale og den fysiske delen av seg sjølv, som kan gi pasientane eit anna fokus på det å bruke kroppen. (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012).

Treningsterapeuten seier:

Så stoppa me og gjorde litt sanne yoga-øvingar, litt sann opp mot sola, og ho stolte på meg, [...]og såå kom me tilbake att, me hadde holdt på ein times tid. Og så smilte ho skikkeleg godt etterpå og sa dette her har eg aldri gjort før, aldri gjort det før. Men kva tenkjer du då?– det var utruleg godt. «Det var så fint», sa ho, det var sol og fint det var langs elva og det var ikkje bilstøy. Då fekk ho ein liten smakebit på korleis trening kan bli. Så då.. du kan gå heim å gjere som du pleiar å gjere men nei det ville ho ikkje.

Bratland-Sanda (2012) tenkjer at det kan vere nyttig at treningsterapeutane og idrettspedagogane viser veg i eit kaos av masse gode råd og oppskrifter som er tillært hjå dei som har eit tvangsprega forhold til trening (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012). Derfor har behandlaren ei naudsynt oppgåve å lære pasienten å sjå seg sjølv som eit heilt menneske, som har ulike behov i kvardagen, og la desse behova sleppe til framføre trening (Borge et al., 2011). Vi som har forska på emnet i denne avhandlninga, trur det oftast er lettare å seie noko verbalt enn å endre åtferda i praksis. Treningsterapeuten meiner det er viktig å sjå på naturen og stoppe litt opp og sjå seg rundt. Nyte luft, lukt, fargar, kjenne på meistring og kjenne at kroppen har godt av å ikkje trene på full guffe. «[...]det å roe ned, og kvile og [...]», seier treningsterapeuten.

Idrettspedagogen fortel oss om naudsynet å lære pasienten kva som er riktig trening: «[...] det kan være uthaldstrening, de fleste kan ha et bilde av at det skal være veldig hardt, mens andre har et bilde av at det skal være veldig mye og hardt. Vi er opptatt av å finne den rette balansen mellom trening og hvile»

Pasientane må lære å vere til stades her og no og med den ein er «der og då» og la vere å flykte frå følelsane (Martinsen, 2011). Vi trur at pasientane må lære å kjenne etter kva kroppen treng, og kva den ikkje treng, og at det er ein av den vesentlege læringa pasientane bør ha med seg i «verktøykassen» heim frå behandling. Vidare vil vi anta om personane skal ha glede av trening og fysisk aktivitet i framtida, må ein stoppe opp å tenkje – *Kvifor gjer du dette?– Kva gir det deg?– Må du trene i dag?*

Ifølgje Bratland-Sanda (2012) seier Linn Berra, at ut av tvangstrening var for ho å vere fri. Altså fri til å gjere som ho sjølv vil, og ikkje oppleve at trening var noko ho måtte eller burde gjere. Det vil seie å finne ein god balanse mellom aktivitet og kvile (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012). Akkurat dette fortel treningsterapeuten og idrettspedagogen oss også. Dei pasientane som klarer dette har vunne. Å ta ein fridag frå trening kan vere ein stor prøvelse, men det kan vere naudsynt for å få tru på at det ikkje er farleg å ha ein kviledag av og til (Bratland-Sanda & Rådgiving om, 2012).

5. Konklusjon

Problemstillinga i oppgåva er å finne ut kva treningsterapeuten og idrettspedagogen gjer i si treningsbehandling av pasientar med spiseforstyringar som tvangstrenar. Samt finne ut kva erfaringa dei har erverva av desse pasientane med tanke meistring og rørsleglede. For å svare på dette, intervjuar vi ein treningsterapeut og ein idrettspedagog som arbeidar med spiseforstyrta personar som tvangstrenar.

Ut i frå undersøkingane våre konkluderer vi med at treningsterapeuten og idrettspedagogen jobbar relativt ulikt på enkelte områder. Dei største funna våre er at treningsterapeuten jobbar meir individuelt med oppfølging av pasientane, medan idrettspedagogen hovudsakleg jobbar i grupper. Vi ser på institusjonen der idrettspedagogen jobbar så har dei faste retningslinjer som pasientane må følge, dersom dei ikkje klarar å følge desse, kan ikkje idrettspedagogen hjelpe. Treningsterapeuten derimot skal motivere pasienten å gjere små endringar, det vil seie gradvis nedtrapping av treninga.

I tillegg ser vi at idrettspedagogen har hovudansvaret for tilrettelegging av aktivitet medan andre i behandlingsteamet tek seg av den kognitive delen av behandlinga. Treningsterapeuten derimot har ansvar for fysisk aktivitet, men tek også større del i oppfølging av den kognitive åtferdsterapien.

Begge behandlarane nyttar meistringstruteorien «self-efficacy» for at pasientane skal kunne kome ut av sin tvangstrening. Slik kan det gi pasientane perspektiv på å kunne meistre og ha tru på forandring. Samt å vise pasientane at det går an å ha det kjekt med treninga og gjerne oppleve glede av treninga, anten aleine eller ilag med andre.

Vi ser altså ulike tilnærmingar til å hjelpe pasientane som tvangstrenar, men vi kan ikkje konkludere med det eine eller det andre er beste behandlingstilbodet. Det essensielle er at pasientane får hjelp og sjølve kan finne strategiar til å meistre og utvikle rørsleglede, kontra å drive med tvangstrening for å regulere underforliggjande årsaker. Vi er samde om at både idrettspedagogen og treningsterapeuten ynskjer det beste for pasientane sine på vegen til å bli frisk. Vidare undersøkingar om kva behandlarar gjer kan vere essensielt. Og kanskje ein kombinasjon av desse to ulike behandlings-strategiane bør vurderast av institusjonane i framtida.

«Da eg trente styrke i sted så var det første gang på mage år at eg har kjent treningsglede. Jeg tenkte bare – «å, så deilig» (Bratland-Sanda & Rådgeving om, 2012, p. 42).

6. Kjeldeliste

- Bahr, R., Karlsson, J., & Helsedirektoratet. (2015). *Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg. [i.e. 3. oppl.]. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Moe, T., & Berntsen, R. A. (2011). *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforl.
- Bratland-Sanda, S., & Rådgiving om, s. (2012). *Fri! : fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser*. Bergen: Ros.
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Ro, O., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (2010). I'm not physically active - I only go for walks: Physical activity in patients with longstanding eating disorders.(Report). *The International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 88-92.
- Cook, B., Wonderlich, S. A., Mitchell, J., Thompson, R., Sherman, R., & McCallum, K. (2016). Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. *Medicine & science in sports & exercise*, 1. doi: 10.1249/MSS.0000000000000912
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davis, K. C., Katzman, K. D., & Kirsh, K. C. (1999). Compulsive Physical Activity in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Psychobehavioral Spiral of Pathology. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(6), 336-342.
- Frøyd, C., Sæterdal, R., & Wisnes, A. R. (2005). *Utholdenhet : trening som gir resultater*. Oslo: Akilles.
- Gjerset, A. (2012). *Treningslære* (Bokmål[utg.], 4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal undervisning.
- Graubæk, A.-M., & Thorbjørnsen, K. M. (2010). *Å være pasient : en innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet : en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., . . . Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association (Vol. 116, pp. 1081).
- Heath, E. M. (2002). *Exercise Physiology: Energy, Nutrition, and Human Performance*, 5th ed (Vol. 34, pp. 903).
- Helsenorge.no. Henta frå: <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/ventetider-for-behandling?bid=100>[lest:05.12.2016]
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kähler, C. F. (2012). *Det kompetente selv : en introduktion til Albert Banduras teori om selvkompetence og kontrol*. Frederiksberg: Frydenlund.
- Launsø, L., & Rieper, O. (1993). *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen* (2. udg. ed.). København: Nyt Nordisk Forlag.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn : fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Mehmetoglu, M. (2004). *Kvalitativ metode for merkanfile fag*. Bergen: Fagbokforl.

- Meyer, C., & Taranis, L. (2011). Exercise in the eating disorders: terms and definitions. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 19(3), 169. doi: 10.1002/erv.1121
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 147.
- Nguyendo, T. T. (2011). American Psychiatric Association (pp. 84-84). Henta frå:<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/icd-10>[lest:19.20.2016]
- Ottesen, A., & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02). Henta frå:https://www.idunn.no/tph/2015/02/kroppen_i_styringsdokumenter_for_psykisk_helsearbeid[lest:20.10.2016]
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases (Vol. 25, pp. 1-72).
- Pettersen, G., Rosenvinge, J., & Ytterhus, B. (2008). The “Double Life” of Bulimia: Patients’ Experiences in Daily Life Interactions. *Eating Disorders*, 16(3), 204-211. doi: 10.1080/10640260802016696
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis* (7th ed. ed.). Belmont, Calif: Brooks/Cole.
- Rosenvinge, J. H., & Götestam, K. G. (2002). Eating disorders - how should treatment be organized? *Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres?*, 122(3).
- Shinitzky, H. E., & Kub, J. (2001). The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing*, 18(3), 178-185. doi: 10.1046/j.1525-1446.2001.00178.x
- Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak : håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Sørdal, S. (2015). Fysisk aktivitet og kosthaldsterapi i behandling av spiseforstyrrelser: ein kvalitativ intervjustudie av deltakarane sine erfaringar. Henta frå:<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2357507>[lest:17.10.2016]
- Villadsen, B., & Faurschou, P. (2007). Patient education must be anchored to theory. *Patientundervisning skal forankres teoretisk*, 107(5).
- Villapiano, M., & Goodman, L. J. (2013). *Eating Disorders: Plans, Strategies, and Worksheets*. Florence: Florence : Taylor and Francis.

Vedlegg 1



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva «Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyringar» i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer 106, Olga Marie Nondal Marøy

JA NEI

Kandidatnummer 111, Julianne Aldal Knutsen

JA NEI

Vedlegg 2

Intervjuguide

Innleiing:

Vil gjere informantane oppmerksom på at vi ikkje har søkt SND om godkjenning av intervjuet. Denne avgjerda er teken i råd med rettleiar. Dei opplysningar vi skal få skal ikkje innehalde personopplysningar av noko slag, og ikkje skal du som treningsterapeut eller den institusjon du jobbar på namngjevast. Ingen skal kunne identifisere kven de er eller kven pasientar de snakkar om. Det er full konfidensialitet.

Kven er du som jobbar med pasientar som har spiseforstyrning ?

Kva bakgrunn har du før denne jobben som treningsterapeut/idrettspedagog ?

Kva gjer treningsterapeutar/idrettspedagogar, og kva gjer denne jobben så interessant ?

Kva oppgåver har du i din stilling som treningsterapeut for pasientar ved denne institusjonen ?

Korleis går de fram når de får inn nye pasientar ?

- Kva trur du pasientane meiner om ein treningsterapeut ?

Bakgrunn:

Kan du seie noko om kva som er dei utløysande faktorane til at pasientane tvangstrenar ?

Kva ser du hjelper desse pasientane, og kva verktøy vert brukt ?

- Kor mange av dei som tvangstrenar klare å følgje opplegget ved behandlingsinstitusjonen ? – fråfall – ikkje klare opplegget

Korleis er opplegget ved din institusjon? Er det berre gruppe eller individuell behandling, eller kombinasjon av begge desse ?

- Korleis ser ei veke ut for pasientar hjå dykk ?

Vendepunktet:

I oppgåva vår skal meistringstrueteorien beskrivast «self-efficacy» av Albert Bandura og vi er opptekne av å finne ut om denne teorien kan knytast opp til om det kan vere medverkande til vendepunkt for pasientane ; Frå å ha ein tvangsprega åtferd til å finne punktet der ein har meistringsfølelse og rørsleglede.

Kva tenkjer de på når orda «Self-efficacy» og Albert Bandura vert nemnd over ?

Er dette noko av teorien som de nyttar aktivt i behandling med tvangstrenarar ?

Kva trur du som behandlar pasientane, er vendepunkta deira ?

- Kan du fortelja om pasientane sitt hovudmotiv for å endre deg ?
- Kan du fortelja noko om korleis du oppfatta det at pasienten fekk eit nytt syn på fysisk aktivitet og trening ?
- Kva med symptom når pasientane kjem heim i sine vanlege omgjevnader ?
- Har de som institusjon noko form for oppfølging, når pas er heime/ i perm ?

Avslutning:

I vår oppgåve vil vi prøve å svare problemstillinga på best mogleg vis. Vi skal sjå på kva som verkeleg skjer i praksis og sjå på dei aktuelle artiklane som omhandlar dette temaet.

Så til slutt er det noko meir du vil seie som du meiner er viktig ?