

BACHELOROPPGAVE

Hva er årsakene til at noen personer slutter med trening ved frisklivssentralen når andre fortsetter?

En kvalitativ studie om barrierer og motivasjonsfaktorer ved trening som livsstilsendring

av

126- Marie Sørum

117- Lene Olsen

What are the possible reasons for why some people quit training at healthy life centres, while others continue?

Idrett, fysisk aktivitet og helse

ID3-302

Desember 2016



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

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

126- Marie Sørum

JA X NEI__

117- Lene Olsen

JA X NEI__

Forord

Denne bacheloroppgaven ble utarbeidet som en del av studiet Idrett, fysisk aktivitet og helse (IFAH) ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF). Gjennom denne hektiske høsten 2016 har vi jobbet jevnt og trutt med denne oppgaven. Det har vært mye, og krevende til tider, men med godt mot og strukturerte hverdager har vi kommet oss i mål. Vi sitter igjen med nye erfaringer når det gjelder innsamling og analyse av data, samt tilnærmet oss en masse ny kunnskap på et fagområde vi på forhånd visste lite om.

Vi vil først og fremst takke våre informanter, som åpnet seg og delte erfaringer og opplevelser. Noe som krever styrke og ærlighet, så en stor takk til dere. Særlig vil vi takke frisklivssentralen som har kontaktet alle våre informanter, vi vet at dette har vært krevende å få til. Vi vil også takke venner, bekjente og medstudenter for konstruktive og motiverende tilbakemeldinger gjennom hele skriveprosessen.

Ikke minst vil vi takke vår veileder Ellen Blom, for hennes kunnskap innen fagfelt, rettleiding og motivasjon, helt fra tidlig i skriveprosessen.

Avslutningsvis vil vi takke hverandre for et godt, strukturert og ærlig samarbeid i løpet av høsten. Det har vært en glede å jobbe sammen, med god arbeidsfordeling, og en enorm læringskurve. Etter mange timers arbeid er vi nå stolte over å endelig kunne levere et ferdig produkt.

Sogndal, 14. desember 2016

Marie Sørum og Lene Olsen

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke menneskers subjektive oppfatning av barrierer og motivasjonsfaktorer for å fortsette med trening etter å ha startet en livsstilsendring. Vi ønsket å samle erfaringer fra personer med økt risiko for livsstilsykdommer, og har derfor hatt et samarbeid med en frisklivssentral på Vestlandet.

Det metodiske arbeidet er basert på tre kvalitative semi-strukturerte intervju av tre informanter med ulike erfaringer fra en treningsperiode hos frisklivssentralen. Målet med å bruke denne metoden er å tilnærme oss en grundig forståelse av motivasjonsfaktorer og barrierer for å endre levevaner. Dataene vi fikk gjennom intervju av våre informanter har vi sett opp mot teorier og tidligere forskning. Ut ifra dette analyserer vi, og diskuterer, slik at vi kommer frem til faktorer og mønster innenfor motivasjon og barrierer for å opprettholde en livsstilsendring

Vårt arbeid viser at det er ulike motivasjonsfaktorer og barrierer for hver enkelt. Det er den subjektive følelsen som avgjør om en deltaker fortsetter med endring av levevaner, eller ikke. Våre informanter fortalte om ulike motivasjonsfaktorer og barrierer for trening hos frisklivssentralen. Faktorer som mål, generell helse, trening i gruppe, trening alene, stigmatisering og friluftsliv ble nevnt av våre informanter. Felles for de som ikke fullførte frisklivssentralens treningstilbud var følelsen av stigmatisering. Stigma er et kjennetegn som gjør en person eller en gruppe forskjellig fra andre. De av våre informanter som ikke fullførte frisklivssentralens treningsprogram var yngre enn informantene som var fornøyd. Informanten som fortsatte med treningen viste tydelig kunnskap og refleksjoner rundt hans egen kroppsupplevelse ved trening, og kunne vise til en bedre generell helse etter han begynte med treningen. Utvalget er ikke stort nok til å beskrive noe generelt, men kan si noe om tendensene vi så blant våre informanter. Det kan også antas at frisklivssentralens tilbud ikke dekker alle personers behov.

Nøkkelord: Frisklivssentralen, motivasjon, barrierer, fysisk aktivitet og trening

Innholdsfortegnelse

Forord	
Sammendrag	
Kapittel 1: Innledning	1
1.1 Tidligere forskning	1
1.2 Problemstilling	2
Kapittel 2: Teoretisk rammeverk	2
2.1 Folkehelse	2
2.1.2. Kommunen står ansvarlig	3
2.2 Frisklivssentralen som helsefremmende tiltak	4
2.3 Trening påvirker fysisk og psykisk helse	5
2.4 Barrierer og motivasjon for livsstilsendring	5
2.4.1 Gjennomføre en livsstilsendring	5
2.4.2 Barrierene for å trene	6
2.4.3 Motivasjonsteorier, hva motiverer?	6
2.4.4. Fenomenologisk forståelse, kropp og sjel sammen som ett.	8
Kapittel 3: Metode og studiedesign	8
3.1 Kvalitativ forskning	8
3.1.2 Intervju og intervjuform	9
3.2 Utvalg og deltakerkriterier	10
3.3 Tema ved intervjuguiden	10
3.4 Transkripsjon	11
3.5 Databehandling og analyse	11
3.5.1 Valg av sitater	11
3.5.2 Analyse og tema for analyse	11
3.6 Etikk	12
Kapittel 4: Analyse	12
4.1 Motivasjon	13
4.1.1 Målsetting som motivasjonsfaktor	13
4.1.2 Helsesektoren, og tilbud om hjelp	13
4.1.3 Snu stigmatiseringen	15
4.1.4 Gjennomføre og opprettholde fysisk aktivitet alene	15
4.1.5 Trening i gruppe som motivasjonsfaktor	16
4.1.6 Friluftsliv skaper relasjoner	17

4.2 Barrierer.....	18
4.2.1 For store mål og forventninger.....	18
4.2.2 Når helsen blir en barriere for å starte eller fortsette med trening.	19
4.2.3 Stigmatisering av frisklivssentralen	20
4.2.4 Trening alene, oppfølging og tilrettelegging.....	21
4.2.5 Trening i gruppe og påvirkning av psykisk helse.....	22
4.2.6 Moderne friluftsliv utfordrer det tradisjonelle friluftslivet	23
Kapittel 5: Diskusjon.....	24
5.1 Målsetting	24
5.2 Helse	25
5.3 Stigmatisering av frisklivssentralens brukere.....	25
5.4 Trening alene	26
5.5 Trening i gruppe	26
5.6 Friluftsliv	27
5.7 Diskusjon av metode	27
Kapittel 6: Avslutning	29
Referanseliste	30
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	33
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakere av studien.....	34
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	35

Kapittel 1: Innledning

De største folkehelseutfordringene i Norge i dag kan i stor grad knyttes opp mot livsstilen vår. Såkalte livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer, diabetes, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de viktigste årsakene til tidlig død og sykefravær (Folkehelse rapporten, 2014). Fysisk aktivitet er en viktig faktor for å opprettholde en sunn folkehelse (Helsedirektoratet, 2016a). Man kan se en økning i fysisk inaktivitet, og at inaktivitet i seg selv kan være en av risikoene for overvekt og livsstilssykdommer (Donovan & Sletteland, 2012).

For å bidra til å mellom annet fremme folkehelse og utjevne de sosiale helseforskjellene ble samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) satt i verk. Reformen går ut på at man må forebygge i større grad, behandle tidligere og samhandle bedre. Helsetilbud skal i økt grad gis der folk bor. Det betyr at dagens folkehelseutfordringer må møtes med økt innsats ved forebyggende og helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet, 2016a). For å få til dette må det være en gjennomgående symbiose mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2016a). Målgruppen for frisklivssentralen er de som har økt risiko for sykdom, eller som har utviklet sykdom og trenger oppfølging av helsepersonell til å endre levevaner og mestre sykdom (Helsedirektoratet, 2014). Frisklivssentralen gir primært tilbud om oppfølging av fysisk aktivitet, kosthold og tobakkslutt. I denne studien skal vi se nærmere på treningstilbudet ved frisklivssentralen. Det trengs noe mer enn å bare legge til rette for at folk skal bli mer fysisk aktive. Gjennomføringen av treningen er opp til hvert individ. Blant de menneskene som har økt risiko for sykdom, kan barrierene for å starte og fortsette med fysisk aktivitet være store.

1.1 Tidligere forskning

Det er tidligere gjort flere studier ved frisklivssentraler og hvilke endringer deltakerne som har gjennomført oppfølgingsperioden har oppnådd. Bjurholts masteroppgave fra 2014 konkluderer med at frisklivssentraler er et egnet tiltak for personer i en generell risikogruppe for livsstilssykdommer. Bjørnerud (2014) konkluderer med at frisklivssentralen kan øke deltakernes fysiske aktivitetsnivå, og helserelatert livskvalitet hos deltakere som i utgangspunktet var mindre aktive (1-2 timer per uke). Resultatene viser også at de som økte aktivitetsnivået til mer enn fire timer per uke, opprettholdt dette i tre år og bedret sin helserelaterte livskvalitet. Selø (2013) har i sin masteroppgave fokusert på de som klarer å opprettholde motivasjon for trening og fortsette med dette. Selø sin masteroppgave fra 2013 inneholdt interessant og relevant teori om motivasjon for trening og livsstilsendring. Lerdal og Celius (2013) fant at kun 48% av frisklivssentralens deltakere fullførte en tre måneders

oppfølgingsperiode. Det er oss bekjent, ingen som har studert årsakene til frafall under en oppfølgingsperiode ved frisklivssentralen. Selø (2013) peker på behov for videre forskning på om det er noe frisklivssentralen kan endre på for å få flere fysisk aktive og fortsette med trening.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen vi ønsker å studere er: Hva er årsakene til at noen personer slutter med trening ved frisklivssentralen når andre fortsetter? En kvalitativ studie om barrierer og motivasjonsfaktorer ved trening som livsstilsendring. I denne studien ønsker vi å ha fokus på personenes subjektive oppfatning av barrierene og motivasjonsfaktorene for å fortsette med trening.

Kapittel 2: Teoretisk rammeverk

I oppbyggingen av vårt teoretiske rammeverk ser vi på hvordan folkehelsearbeidet har utviklet og utformet seg. Samhandlingsreformen og Lov om helsetjeneste i kommunen er viktig for denne utviklingen, samt etableringen av Frisklivssentraler. Videre har vi sett på hvordan frisklivssentralen praktiseres, og hvem som blir henvist. Deretter ser vi hvordan trening påvirker fysiske og psykiske faktorer i kroppen, før vi ser spesifikt på motivasjonsteorier og barrierer for trening.

2.1 Folkehelse

Folkehelse er definert som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (Folkehelseloven, 2012). *Folkehelsearbeid* defineres som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelser, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven, 2012).

2.1.1 Fysisk aktivitet som folkehelsefremmende tiltak

I Folkehelsemeldingen fra 2013, St. meld. 34, «God helse- felles ansvar», står det at sykdommer vi lever med er blitt viktigere enn sykdommer vi dør av for sykdombildet i Norge. Det står også at sykdommene vi lever med blir i større grad enn før knyttet opp mot levevaner (St. meld. nr. 34 (2012.2013)). Verdens helseorganisasjon (WHO) mener at fysisk inaktivitet er den fjerde største risikofaktoren for ikke-smittsomme sykdommer, og at inaktivitet er en større risikofaktor enn høyt blodtrykk og høyt blodsukker (Lee, 2012, funnet i Folkehelse rapporten, 2014).

Voksne er mindre fysisk aktive nå enn de var før (Ommundsen & Aadland, 2009), og kun 31% av voksne mellom 20 og 85 år tilfredsstiller helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet (Hansen, Kolle, & Andersen, 2014). Helsedirektoratet anbefaler alle over 18 år 150

minutter moderat aktivitet, eller 75 minutter moderat intensitet i uken (Helsedirektoratet, 2016b). Breivik og Ulseth (2008) mener at en årsak til at en så liten andel av befolkningen tilfredsstillende aktivitetsanbefalingene kan være at det er blitt økt passivisering i arbeidsliv og transport i hverdagen. Det innebærer at fysisk aktivitet i dag blir mer en valgt livsstil og det å drive fysisk aktivitet er noe man gjør i egen fritid. Dette krever bevisstgjøring av valg, egeninnsats og motivasjon i større grad enn tidligere (Ulseth, 2008).

Undersøkelsen til Hansen, Kolle & Andersen (2014) viser også en sammenheng mellom økt aktivitetsnivå og høyere utdanning. Ommundsen og Aadland (2009) mener at det følger store sosiale skillelinjer, der de med lavest inntekt /utdanning kommer dårligst ut. Det å være regelmessig fysisk aktiv er en ressurs som er skjevt fordelt i befolkningen, og streben etter god helse er først og fremst et *middelklassefenomen* (Ulseth, 2008. Breivik, 2008).

Ved å tilrettelegge for fysisk aktivitet i samfunnet kan vårt daglige aktivitetsnivå øke. Det finnes ulike strategier for å fremme fysisk aktivitet. Eksempler som treningsgrupper, bedriftslag, tilrettelagte gang- og sykkelstier samt benytte seg av trening i arbeidstiden (Mæland, 2010). En hyppig rapportert hindring for å trene er tid (Anderssen, 2009). Det handler om å legge inn innsats og tilrettelegge for seg selv. Selv om samfunnet legger til rette for fysisk aktivitet kan det likevel være noen som trenger hjelp og veiledning med å komme i gang med trening.

2.1.2. Kommunen står ansvarlig

Folkehelsemeldingen (St. meld. nr. 34 (2012-2013)), Folkehelseloven og Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å iverksette tiltak for å møte de lokale utfordringene, hvor frisklivssentraler er anbefalt som et tiltak for å nå risikogrupper for livsstilssykdommer (Helsedirektoratet, 2016b). Samtidig med samhandlingsreformen kom det også ny lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Denne Loven er et naturlig forankringspunkt for helsefremmende arbeid i kommunen.

§ 1-1.Lovens formål: forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,

§ 3-2.Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester: Helsefremmende og forebyggende tjenester

(Helse- og omsorgshelsetjenesteloven, 2012)

En felles lov samler kommunenes plikter og stimulerer til samarbeid mellom helsesektorene. Denne reformen og Loven i samarbeid vil ha mer fokus på helsefremmende arbeid i nærmiljøet (Helsedirektoratet, 2016b). Frisklivssentralen er en del av folkehelsearbeid i kommunen. For å få til dette ønsker regjeringen å utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter for hver enkelt til å ta ansvar for egen helse (St. meld. nr. 19 (2014-2015)).

Psykisk helse skal være en naturlig og likeverdig del av folkehelsearbeidet. Arbeidet med livsstilsendringer skal få en ny og positiv vinkling (St. meld. Nr. 19. (2014-2015)).

2.2 Frisklivssentralen som helsefremmende tiltak

Frisklivssentralen ble utarbeidet etter ideen «grønn resept» etter St. meld. nr. 16 (2002-2003) «*Resept for et sunnere Norge. Forebygge mer, for å behandle mindre*». Leger har kunnet henvise til frisklivssentralen siden 2003, med formål om å øke befolkningens levealder, og redusere helseforskjellene i sosiale og etniske grupper (St. meld nr. 16 (2002-2003)).

Frisklivssentralen skal være et helsefremmende og forebyggende tilbud i helsetjenesten. Målgruppen til frisklivssentralen er den gruppen av befolkningen som har økt risiko for sykdom, eller har utviklet sykdom og trenger oppfølging av helsepersonell til å endre levevaner og mestre sykdom (Helsedirektoratet, 2014). Deres mål er å gi kunnskapsbasert støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer (Helsedirektoratet 2016b). Eksempler på de som har god nytte av frisklivssentralens tilbud er de som faller inn under en risikogruppe for overvekt/fedme, psykiske lidelser og/eller muskel og skjelettlidelser.

Brukere av frisklivssentralen får strukturert informasjon og tilpasning for livsstilsendring, samt veiledning for individuell og grupperettet trening. Deltakere får tilbud om 12 uker med fysisk aktivitet av gangen. Disse ukene starter og avsluttes med en helsesamtale. Ved denne samtalen brukes teknikken *motiverende intervju*. Dette er en empatisk samtale der hensikten er å hjelpe brukeren til å beskrive egne grunner til å endre livsstil. Det blir da deltakerens refleksjoner rundt en endring som legger føringer for individuell plan, oppfølging og målsetting (Helsedirektoratet, 2016b). I dette møtet er det viktig å foreta en kartlegging og oppmerksomheten bør rettes mot deltakerens ressurser. Det er helserådgiverne sin oppgave å få deltakeren til å snu tankene og reflektere over endringer de selv ønsker og hvordan de skal foregå (Ivarsson & Prescott, 2015).

De ansatte ved frisklivssentralen trenger forståelse om hvordan ulike faktorer påvirker helsen. Det krever innsikt for hvordan levevaner etableres og hva som skaper barrierer og muligheter for endring og mestring hos enkelte. En av deres viktigste oppgaver er å bidra til bevisstgjøring og refleksjon over egen situasjon og endringsprosess hos brukerne (Helsedirektoratet, 2016b).

Frisklivssentraler er kommunale bidragsytere til den generelle folkehelsen, gjennom sitt arbeid kan de belyse behov og stimulere til folkehelseiltak i andre sektorer (Helsedirektoratet, 2016b). Reseptordningen skal være en bro mellom behandlerne og helsefremmende bruk av virkemiddelet fysisk aktivitet. Det er derfor viktig at helsepersonell kan differensiere personens behov, slik at det er ønskelig med videre oppfølging (Lærum et al. 2015).

2.3 Trening påvirker fysisk og psykisk helse

Fysisk inaktivitet er en av de sentrale mekanismene bak utviklingen av overvekt og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2016a). Blair (2009) viser i sin studie at lav fysisk form, særlig lav aerob kapasitet, er en viktigere risikofaktor for sykdom og tidlig død enn overvekt og røyking. Fysisk aktivitet og trening kan være kjente aktiviteter som vi lærer fra vi er barn, slik som å gå, løpe, sykle, gå på ski og svømme, men som alt for mange slutter med i voksen alder (Martinsen, 2004). Det er en rekke positive effekter av fysisk aktivitet og trening. Trening kan bidra til et økt blodvolum, redusert mengde fettsyrer i blodet, senke blodtrykket, øke forbrenningen og dermed redusere vekt (Henriksson & Sundberg, 2015).

Et viktig element for å forebygge psykiske lidelser er å styrke enkeltmenneskets opplevelse av mestring, sosial støtte og tilhørighet (Martinsen, 2004). Det er rapportert om økt grad av mestring og sosialt samvær i samsvar med fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2014). Lidelser som angst og depresjon består av et bredt spekter følelser, og personer med disse lidelsene er ofte mer inaktive (Kjellman et al. 2015). Det er enighet om at trening har god effekt på psykisk helse. Ved fysisk aktivitet kan medikamentene reduseres og plagene bli redusert. Det er ikke påvist hvilken form for aktivitet som er mest effektiv, men Raastad et al.(2010) sier det er grunn til å tro at det avhenger av pasientens behov og interesser. Det er rapportert om flere angstsymptomer i en inaktiv periode hos en gruppe pasienter (Raastad et al. 2010).

Fysisk trening kan fremme følelsen av meningsfulle og verdifulle aktiviteter for hele mennesket. Allsidig bevegelse er en del av det gode liv mener Martinsen (2004).

2.4 Barrierer og motivasjon for livsstilsendring

2.4.1 Gjennomføre en livsstilsendring

Å starte med trening kan være et resultat av et ønske om å endre levevanene. Barrierer består ofte av unnskyldninger som hindrer veien mot en ønsket livsstilsendring, og kan derfor hemme denne prosessen (Bjørnstad, Høygaard, & Skisland, 2013).

Lyst, glede og indre motivasjon kan potensielt være store indre motivasjonsfaktorer, men ofte kan fokuset på nytten av fysisk aktivitet bli stort og overveiende (Høyem & Westersjø, 2013). Enkelte grupper vil ha et behov for bistand for å være mer fysisk aktive (Goth, 2014). I denne endringsprosessen kan det å få hjelp fra en helserådgiver være til hjelp for å sette klare mål og delmål for trening, samt se på motivasjonen. Først og fremst vil man skape tillit til hverandre og vise respekt. En helserådgiver vil være faglig oppdatert for å ta rette avgjørelser for treningen (Bjørnstad, Høygaard, & Skisland, 2013). For å skape denne tilliten brukes teknikken motiverende intervju (Helsedirektoratet, 2016b). Dette er ikke alltid lett for deltakeren å henge med på planene og målene som helsearbeideren utretter. Deltakeren kan føle at de ikke blir hørt eller får medbestemmelse i planleggingsprosessen, noe som kan føre til en motarbeiding av motivasjonen for å legge om helsevaner (Bjørnstad, Høygaard, & Skisland, 2013). Det er viktig å skape relasjon til deltakeren, noe som vil styrke tilliten til å

fortelle sannheten slik at endringsprosessen ikke oppleves krenkende for deltakerens kroppsopplevelse (Fugelli & Ingstad, 2009).

2.4.2 Barrierene for å trene

Både individuelle faktorer og faktorer i omgivelsene påvirker den enkeltes muligheter og barrierer for endring og mestring. Blant annet vil kulturelle og sosiale faktorer som familiebakgrunn, utdanning, bosted og arbeidsvilkår ha betydning for å gjennomføre en endring. Sammen med faktorer som tanker, følelser og selvkontroll knytt til psykologisk status. (Ommundsen & Aadland, 2009)

Negative tanker om seg selv og andre rundt kan være en barriere for å komme i gang med fysisk aktivitet (Ommundsen & Aadland, 2009). Ifølge en studie gjennomført av Ball, Crawford og Owen (2000) er negative tanker knyttet til egen kropp og selvtillit, den største utfordringen for å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet og trening. Studien viser at deltakerne er fullt klar over egen situasjon og at de er klar over at de bør endre livsstil (Ball, Crawford, & Owen, 2000).

Barrierene kan være store for de som skal gå i gang med å trene og endre levevaner. Selv om det er skreddersydde tilbud fra både privat og offentlig sektor, er det fortsatt deltakerens handlinger om å starte med trening som gjenstår (Ommundsen, 2013). Det helsesosiologiske perspektivet stiller seg kritisk til hvordan personer som ikke tar i bruk de forebyggende tiltakene kan bli sett på som udugelige og late. Dette skyldes at retorikken i medier og samfunn ofte retter seg til sårbare individer, istedenfor de høyere organer som skal hjelpe enkeltmenneskene å legge om vaner (Ommundsen, 2013). Dette kan være med å bygge opp barrierene for å starte med trening.

2.4.3 Motivasjonsteorier, hva motiverer?

Det finnes ulike motivasjonsteorier som kan forklare en endring hos personer. Det er tydelig at motivasjon er en subjektiv opplevelse, og det er ulike teorier og motivasjonsfaktorer som kan passe ulike personer.

«*Stadieteori*» forklarer de ulike prosessene man går igjennom for å danne og opprettholde en ny og god vane (Ommundsen, 2013). Denne teorien kan brukes til mer enn bare treningsvaner. Teorien bygger på at man går gjennom fire stadier før man lykkes med en varig endring. 1. stadiet; «*føroverveier*», hvor en inaktiv person i fremtiden skal legge om sine treningsvaner. 2. stadiet; «*overveierne*» hvor den inaktive har begynt å vurdere tanken rundt å starte med trening. 3. stadiet: «*handlingsgruppen*» den inaktive har nettopp begynt å holde regelmessig trening 4. stadiet; «*oppretholdelsesgruppen*» der den inaktive har trent regelmessig i minst seks måneder (Ommundsen, 2013).

I «*Selvbestemmelsesteori*» (Deci og Ryan, 1985, funnet i Ommundsen, 2013) står tre psykologiske behov sentralt: *selvbestemmelse*, *kompetanse* og *tilhørighet*. Disse psykologiske behovene omhandler hvordan ytre- og indre motivasjon påvirker opprettholdelsen av fysisk aktivitet og trening. Den ytre motivasjonen er ofte periodebasert, hvor det for eksempel handler om å se muskuløs ut eller å gå ned i vekt for å se bedre ut. Den indre motivasjonen

omhandler egne verdier om å opprettholde en god helse eller at de eksempelvis føler seg lykkelig ved å bevege seg eller å bli sliten. Ved indre motivasjon og målsetninger er det større sannsynlighet for at treningen vedvarer (Deci og Ryan, 1985, funnet i Ommundsen, 2013). Dette kan sees på at man ikke bare skal ha fokus på effekt ved trening og fysisk aktivitet, men det skal også være et fokus på gleden og mestringen man opplever.

“*Mestringstro (self-efficacy)*”teorien handler om hvordan man forbereder seg til en situasjon og stimulerer tro på egen mestringsevne. Den amerikanske psykologen Albert Bandura (1977, funnet i Pensgaard og Hollingen(2013)) utarbeidet en teori som omhandler “troen på seg selv”. Selvtillit spiller en viktig rolle for hvorvidt man tenker at *denne situasjonen skal jeg klare* ved å stille mestringskrav til seg selv. Mestringstroen er situasjonsspesifikk, noe som betyr at din tro på egen mestring avhenger av situasjonen du befinner deg i. Det handler om å snu det negative til noe positivt (Pensgaard & Hollingen, 2013).

2.4.3.1 Målsetting

Pensgaard og Hollingen (2013) viser til at dersom målsetting skal gi en positiv effekt på motivasjonen, må utøveren føle at målet er reelt, altså at man har gode nok ferdigheter for å nå målet. Hvis ikke kan målet virke mot sin hensikt og stimulere til stress (Pensgaard & Hollingen, 2013). De langsiktige målene er viktige for å vite hvor man skal, men de kortsiktige målene eller dagligdagse målene skaper mestring underveis og vil bekrefte at treningen er god for å nå det langsiktige målet (Pensgaard & Hollingen, 2013). En gunstig metode for å skape motiverende mål er å la deltakerne bestemme målsettingen i samsvar med en helserådgiver, ved bruk av motiverende intervju (Ivarsson & Prescott, 2015).

2.4.3.2 Gjennomføre endringer, sammen med andre.

I artikkelen til Sanda fra 2014 blir det beskrevet hva deltakere av frisklivssentralen ser på som barrierene for å komme i gang, og motivasjonen for å fortsette med treningen. Hyppigst rapportert motiv for barriere av deltakelse i fysisk aktivitet var helseplager og smerter. Dette er ikke uventet ettersom populasjonen som blir henvist til frisklivssentralen har fysiske eller psykiske helseplager som henvisningsgrunnlag. Det er generelt større barrierer å komme over for deltakerne av frisklivssentralen, enn det som er normalt i befolkningen (Sanda, 2014).

Et viktig aspekt ved sosial aktivitet er muligheten for å kjenne sosial tilhørighet og felleskap med andre i en liknende situasjon. Behovet for sosial tilhørighet regnes, i følge selvbestemmelsesteorien, som et av de grunnleggende psykologiske behovene som må være oppfylt for at personen kan styrke sin indre motivasjon for en aktivitet eller atferdsendring (Deci, IL. 1993). Denne studien viser behovet for at inaktive personer som ønsker å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet kan ha nytte av lavterskeltilbud i grupper (Sanda, 2014). Det er grunn til å tro at i en slik gruppe Sanda (2014) beskriver, er et mestringsorientert gruppeklime. I et mestringsorientert klima blir egenutvikling og innsats vektlagt, det arbeides med utvikling av nye ferdigheter der helserådgiveren gir individuelle tilbakemeldinger (Pensgaard & Hollingen, 2013). Den rake motsetningen av dette klimaet er et konkurranseorientert klima. I et konkurranseorientert gruppemiljø opplever deltakere individuelle sammenligninger og offentlig evaluering, dette kan være negativt for en gruppe i en sårbar situasjon (Pensgaard & Hollingen, 2013).

2.4.3.3 Friluftsliv som fysisk aktivitet

Det er fort gjort å fokusere på nytten ved fysisk aktivitet, men mulig like store faktorer kan være lyst, glede og indre motivasjon (Høyem & Westersjø, 2013). Friluftslivet kan være en indre motivasjon for noen, og opplevelsen man får ute i det fri kan påvirke valg man står over i ettertid. Høyem og Westersjø (2013) mener at friluftslivet skal være felles tilgjengelig for samfunnene i Norge og kan skape en økt trivsel og bedret folkehelse. For enkeltmennesker er personers forhold til natur en viktig faktor for hvordan vi oppfatter og vurderer god helse (Ingstad og Fugelli, 2009). Den subjektive oppfatningen til nordmenn som oppsøker friluftsliv er at de vil unngå stress og forurensing, oppleve ro og stillhet alene eller en opplevelse med andre (Miljøverndepartementet, 2008, funnet i Høyem & Westersjø, 2013). Høyem & Westersjø (2013) forteller at de fleste som oppsøker naturen melder om en økt livskvalitet.

2.4.4. Fenomenologisk forståelse, kropp og sjel sammen som ett.

En viktig inspirasjonskilde i nyere tid er utviklingen av en fenomenologisk forståelse. Fenomenologi betyr; *det som trer frem, eller viser seg* (Martinsen, 2004 s. 27). Det menes at den konkrete verden vi mennesker lever i og erfarer er en levd erfaring. Fenomenologene er kritiske til det tradisjonelle vitenskapelig objektiverende distanse til verden. Ved en dualistisk forståelse av mennesket minsker livsverden sin betydning. Mennesket må forstås som en handlende og intensjonal helhet (Martinsen, 2004).

Kroppen er selve utgangspunktet for den måten vi oppfatter verden på. Vi ser, hører, kjenner og smaker til enhver tid, kroppen vår er vår tilgang til verden, og derfor vil enhver forandring av kroppen føre til en forandring av vår oppfattelse av verden (Duesund, 1995) Ulike menneskelige erfaringer setter seg i kroppen, de lagres som gode og vonde minner og kroppen som erkjenner dette først. Når kroppen er vår tilgang til verden, medfører dette at enhver forandring av kroppen fører til forandring av vår opplevelse av verden. Kroppen uttrykker erfaringer som mennesker ikke umiddelbart kan formidle med ord. Å lære å forholde seg til egen kropp innebærer å ta del i eget liv (Martinsen, 2004).

Kapittel 3:Metode og studiedesign

For å tilnærme oss problemstillingen på best mulig måte har vi valgt å besvare problemstillingen med en kvalitativ metode, med fenomenologisk tilnærming og semi-strukturerte intervjuer. Våre informanter har tidligere vært henvist til en frisklivssentral på Vestlandet. Intervjuene ble gjennomført individuelt med hensyn til deltakerne og deres sensitive informasjon som holdes anonymisert.

3.1 Kvalitativ forskning

Kvalitative studier ble skapt ut fra ønsket om å “forstå den andre” (Denzin & Lincoln, 1994/2000, hentet fra: Postholm, 2010, s. 32). Forskeren må innta en fortolkende rolle og prøve å finne en mening med det som blir sagt, noe som er et fundamentalt trekk ved forståelse og tolkning ved kvalitativ oppgaveskriving. Å forske kvalitativt innebærer å forstå

deltakerens perspektiv. En kvalitativ forsker retter blikket mot menneskenes naturlige hverdags handlinger, i deres naturlige kontekst. (Postholm, 2010).

Kvalitet i en kvalitativ studie handler i stor grad om å ha et objektivt perspektiv, slik at man kan møte forskningsfeltet på mest mulig nøytral måte (Postholm, 2010). I denne studien ønsker vi å gå i dybden, der vi ser på trening med oppfølgingsperiode ved en frisklivssentral på Vestlandet. En kvalitativ tilnærming til studiet vil være å benytte metoder som passer problemstillingen og problemstillingens underliggende spørsmål. Ved kvalitativ metode underbygges informantens subjektive meninger ved å forankre disse til litteratur, tidligere forskning og teorier for et objektivt perspektiv på informantenes meninger.

3.1.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologiske studier beskriver den meningen mennesker legger i en opplevelse knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen (Giorgi, 1985. Moustakas, 1994. Hentet fra: Postholm, 2010). Fenomenologien er utviklet fra et utgangspunkt i psykologi og filosofi. I psykologisk fenomenologi står individet i fokus. Målet er å gripe enkeltmenneskets opplevelse, samtidig som man prøver å finne ut hvordan erfaringen av det samme fenomenet oppfattes av flere enkeltindivider. (Creswell 1998, hentet fra: Postholm, 2010).

Fenomenologisk tilnærming er når deltakerne i forskningen blir intervjuet vedrørende erfaringer og fenomen fra virkeligheten. Kvalitet i fenomenologiske studier avhenger av evner til å behandle og tolke data fra informanten. Forskeren er derfor det viktigste instrument for å sikre kvalitet i studiet. Forskeren har ansvar for at alle temaene i intervjuet blir belyst for informanten og skal ikke påvirke svarene til deltakeren, slik at deltakerens meninger løftes fram i teksten. Det skal også være en sammenheng mellom beskrivelsene og analysen, og hvor analysen forankres. (Postholm, 2010).

Ved å bruke fenomenologisk tilnærming i denne studien, vil vi kunne grave i informantens opplevelser rundt trening hos frisklivssentralen. Vi vil se på hvilke erfaringer som skapes og hvordan det eventuelt har påvirket til å fortsette, eller avsluttet trening i en oppfølgingsperiode ved frisklivssentralen.

3.1.2 Intervju og intervjuform

Intervjuet er en scene hvor kunnskap produseres, formidles og samhandles blant intervjuer og informant. Målet er at intervjuer stiller spørsmålene slik at informanten blir oppmuntret til å svare på spørsmålene med egne ord og åpenhet. (Kvale, 2007).

Ved å starte intervjuet med åpne spørsmål vil gi informanten mulighet til å starte med en generell refleksjon hvor intervjuer får et bilde av hva informanten har erfart. Etter de åpne spørsmålene kan intervjuer stille konkrete spørsmål til hva informanten forteller. På den måten kan forskeren gjennomføre den ønskede datainnsamlingen. (Kvale, 2007).

Intervjuene i denne studien ble tatt opp ved hjelp av lydopptakere på to mobiltelefoner, som videre ble lastet over i en datamappe. Informantene ble informert om opptaket og forklart hvordan lydfilene blir brukt til videre transkribering og sitatutvelgelse.

Intervjuformen som er brukt i studien er valgt på bakgrunn av at vi ser etter hvilke subjektive opplevelser informantene har fra trening med frisklivssentralen. På grunn av dette passet et semi-strukturerte intervju hvor intervjuer har planlagt tema eller åpne spørsmål på forhånd, som informanten skal uttale seg om gjennom intervjuet. Intervjuer kan underveis stille mer rettede spørsmål for å forstå informanten rett. Dalen (2011) skriver at strukturert intervju er en intervjuform som passer til kortere perioder eller fenomen. Intervjuformen legger opp til at informanten reflekterer og forteller, slik at intervjuer skal kunne få en dyp forståelse av informantens subjektive opplevelse. (Dalen, 2011).

Ved å benytte oss av denne intervjuformen har vi fått gode sitater å forankre i litteraturen, tidligere forskning og teorier. Informantene har variert bruk av frisklivssentralen, men alle hovedtemaene vil være mulig å besvare for alle informanter. Intervjuer har mulighet til å rette de konkrete spørsmålene etter informantens erfaringer.

3.2 Utvalg og deltakerkriterier

Informantene er tidligere deltakere av en frisklivssentral på Vestlandet. De ansatte ved frisklivssentralen har vært et hjelpende ledd i form av å kontakte aktuelle informanter som kunne tenke seg å fortelle om sine erfaringer fra oppfølgingsperiode. Ønsket var å intervjuer to som fullførte og to som avsluttet før fullført oppfølgingsperiode, for å se hvor forskjellen ligger i å fullføre, samt fortsette med treningen. Det er det blitt intervjuet tre informanter, en som har fullført, og to som avsluttet før fullført oppfølgingsperiode.

Deltakerkriteriene for vår studie er at informantene skal ha vært deltakere ved en frisklivssentral på Vestlandet, og enten fullført eller avsluttet underveis i oppfølgingsperioden. Det har ikke vært et alderskriterium blant vårt utvalg.

3.3 Tema ved intervjuguiden

En intervjuguide skal være en grov skisse over emnene og forslag til spørsmål som skal tas opp under intervjuet, samt hvilken rekkefølge de skal ha. Spørsmålene oppsummerer de viktigste punktene for vår bacheloroppgave. Det er viktig med en intervjuguide for å holde seg innenfor hva som er relevant for forskningstemaet, og dynamisk i forhold til medmenneskelighet. Spørsmålene skal være med på å skape en positiv og åpen samtale. (Kvale, 2007).

Det ble valgt semi-strukturert intervjuguide med åpne spørsmål og tema som ble spisset til underveis, slik at spørsmålene skulle passe til de som fullførte oppfølgingsperioden, og de som avsluttet før endt oppfølgingsperiode. Temaene vi dekket i intervjuguiden var treningsvaner før, under og etter oppfølgingsperioden eller avsluttet oppfølgingsperiode, hvilke tilbud fra

frisklivssentralen de har benyttet seg av, og hvilke treningsformer de liker. Samt deres opplevelse av frisklivssentralen. *Intervjuguiden (vedlegg 1)*

3.4 Transkripsjon

Ved å bruke lydopptakere på to mobiltelefoner, som ble overført til PC, har det blitt sikret god lyd til å kunne lytte og transkribere i ettertid. Når samtalen blir skrevet ned, kan det skriftlige arbeidet variere i nøyaktighet etter hvordan samtalen artet seg. Særlig utfordrende var det å formidle hvordan utfyllingslyder og lengre pauser blir oversatt til skrift. Det muntlige språket inneholder andre regler enn skriftspråket, og kan derfor virke ufullstendig når det blir direkte nedskrevet. Dette kan gi ulik nøyaktighet fra intervjuet, men tilpasninger kan gjøre det lettst i analysen. Et transkribert intervju, er som et kart av landskapet, hvor ikke alle detaljene blir like. Utfordringene av å skape det levende mennesket med alle følelser er utfordrende å få skrevet ned i en like god kvalitet som et opptak kan fange opp. (Kvale, 2007).

Våre informanter har markante dialekter som ble oversatt til bokmål under transkribering, for å unngå gjenkjennbarhet og for å få en lettere flyt i gjennomlesningen av teksten.

3.5 Databehandling og analyse

Ved å benytte *ad hoc* brukes ulike tilnærminger av metoder for analysering av intervjuene, for å skape en meningsfull sammenheng mellom informantene (Kvale, 2007). I denne studien har *ad hoc* blitt benyttet etter transkripsjonen. Intervjuene ble skrevet ut, og med to tusjer ble det streket under de motiverende faktorene og barrierene for trening som informantene fortalte om. Motivasjon og barrierer er hovedkapitlene for studien for å vise hvilke barriere- og motivasjonsfaktorer som påvirker treningen som del av en livsstilsendring. Underveis i intervjuene og utplukkingen av sitatene, så vi en rød tråd mellom seks temaer som alle informantene forteller om i intervjuene, og blir derfor en avgrensning av studien.

3.5.1 Valg av sitater

En *intersubjektiv* enighet i utvelgelsen av sitatene har sørget for en felles tolkning og refleksjon av informasjonen fra våre informanter (Kvale, 2007). Først ble det plukket ut sitater som kunne brukes til motivasjon- og barriererekapitlene, før det ble laget en traktmodell hvor vi plasserte de mest relevante sitatene i temaer for underkategoriene; motivasjon og barrierer.

3.5.2 Analyse og tema for analyse

Å bruke *narrativ* metode vil leseren oppfatte teksten som en reisende fortelling, med utgangspunkt fra informantenes historier, som skaper grunnlaget for teorien (Kvale, 2007).

I analysekapitlene vil vi diskutere de to hovedtemaene motivasjon og barrierer, med underliggende kapitler som tematiserer motivasjonsfaktorer og barrierer ved; *målsetting*, *helse*, *stigmatisering*, *trening alene*, *trening i gruppe*, *friluftsliv* og en avsluttende diskusjon, hvor motivasjonsfaktorer og barrierer blir satt opp mot hverandre.

For hvert sitat vi bruker, relaterer vi utsagnet til tidligere forskning og teorier. Ved å møte våre informanter har vi sett ansikter og kroppsspråk, som har påvirket våre tolkninger og forankringer i analysen.

3.6 Etikk

I studien følges de generelle forskningsprinsippene publisert av *De nasjonale forskningsetiske komitéene* (2016), for å beskytte informantene og forholde oss til de etiske normer og regler.

Vi har møtt våre informanter, veileder og frisklivssentralen anstendig og med en åpenhet for å lære og høre fra deres erfaringer. Den sensitive informasjonen er bevart utilgjengelig for utenforstående for å ivareta informantene, frisklivssentralen, veileder og Høyskolen. Positive og negative utfall har vært med på å forme besvarelsen i den grad av belysning av uforberedte temaer fra informantene, og mangel på informanter. Blant disse utfallene finner vi lærdom som blir tatt med i videre arbeid. Studien skal vise en rettferdig og kritisk besvarelse samt tolkning av datainnsamlingen og kildebruk, derfor følges lover og regler for forskningsbesvarelsen. Ærlighet og åpenhet for medstudenter, kollegaer og offentlighet, vil styrke vår troverdighet og tillit.

I denne studien var det ikke behov for å samle inn helseopplysninger som skal være med å finne noe nytt innen forskning, og det trengs derfor ikke å søke godkjenning av *Regional etisk komite*. Studien ligger i gråsonen for å søke hos *Personvernombudet*, siden det skulle brukes taleopptakere/diktafon under intervjuene. Informantene er rekruttert fra en helsetjeneste, det er derfor mulighet for at informantene kan komme til å fortelle sensitive opplysninger om helseforhold. Studien ble derfor tilmeldt Personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet ble godkjent i brev, den 24.10.2016, ref 50304/3/AMS (vedlegg, 3).

Vi påpeker at vi vil opptre etisk korrekt under oppgavebesvarelsen og ikke stille konkrete spørsmål som omhandler deltakerens helse. Informantene kan kjenne seg selv igjen i de ulike situatene, hvor uttalelsene kan oppfattes som «*satt på spissen*». Det er derfor viktig å påpeke at denne oppgaven omhandler frisklivssentralene, og ikke deltakerne. Informantenes uttalelser gir en dybde i hva som fungerer og ikke fungerer, noe som vil være en konstruktiv tilbakemelding til frisklivssentralene. Alle informanter har signert sitt samtykke på skjemaet *Informasjon til deltakere på frisklivssentralen* (vedlegg, 2). Alle informanter vil bli anonyme og ikke gjenkjennelige i denne teksten.

Kapittel 4: Analyse

Vi har intervjuet tre informanter med ulike subjektive meninger angående frisklivssentralens treningstilbud. I forkant av dette kapittelet har vi plukket ut sitat fra intervjuene vi har gjennomført. Alle informantene har vært innom seks ulike tema som ble en naturlig inndeling for motivasjonsfaktorer og barrierer. Vi må ta i betraktning at vår bakgrunnskunnskap og erfaringer påvirker synet av hvordan vi har tolket sitat og intervju. Vi har sett på sitatene fra et

objektivt perspektiv, og ut ifra våre forutsetninger har vi analysert intervjuene slik vi har forstått informantene.

4.1 Motivasjon

4.1.1 Målsetting som motivasjonsfaktor

Pensgaard & Hollingen (2013) viser til at en realistisk målsetting kan være en viktig faktor for langvarig trening. En informant reflekterer rundt hennes mål for å være i fysisk aktivitet.

«Formen min er ikke å bli slank og perfekt, men å kunne gjøre det jeg har lyst til. Om jeg har lyst til å springe i fjellet med tung sekk, dit har jeg lyst til å komme. [...] For det som motiverer meg er trening som jeg ikke synes at er trening. Som å gå i fjellet, det har jeg bare glede av».

Kvinne, 32 år

Vi tolker det slik at denne informanten forklarer formen som et mål, og at hun drives av indre motivasjon for god helse. Informantens ønsker for å drive med trening er at det skal være en aktivitet som ikke oppfattes som trening. Metodikken motiverende intervju blir benyttet som grunnlag for veiledning ved frisklivssentralene. Målsetting er en viktig del av denne teknikken, slik at det skapes mål med mening for deltakeren (Ivarsson & Prescott, 2015). Langsiktige mål er viktig for å vite hvor man skal med treningen. De kortsiktige målene eller dagligdagse målene skaper mestring underveis og vil bekrefte at treningen er god for å nå det langsiktige målet (Pensgaard & Hollingen, 2013). En av informantene forteller om hvordan det er mulig å nå sine egne mål, i forhold til sin helse:

«Man må ha kortsiktige planer og mål, og gjennomføre de. [...] Dersom det er rom for det, så får jeg lagt inn et tur i løpet av uka, ikke for langt. Men noe jeg behersker.»

Mann, 54 år

Informanten forteller hvordan de kortsiktige målene fører han gjennom hverdagen med en mestringsfølelse, og hvordan de litt større målene er gjennomtenkte for at de skal være mulig å gjennomføre. Å legge inn fysisk aktivitet som en vane kan se ut til å ha stor betydning for å opprettholde den daglige fysiske aktiviteten (Ommundsen, 2013). Informanten forteller videre hvordan lysten til å drive fysisk aktivitet har økt som et resultat av gode mål som er gjennomførbare og skaper mestring for han.

«Når man blir bedre så motiveres man til å prøve flere ting, og mange ting kan virke positivt.»

Mann, 54 år

4.1.2 Helsesektoren, og tilbud om hjelp

Helsedirektoratets mål (2016) er at personer i en risikogruppe skal få hjelp til å endre levevaner via frisklivssentralen. Dette kan være en sentral faktor for å gjøre det lettere å leve med sykdom, eller reversere risiko for sykdom. Frisklivssentralen skal også hjelpe deltakere å

finne lokale tilbud så de kan fortsette sine gode vaner (Helsedirektoratet, 2016). En av våre informanter forteller.

«Det gikk i riktig retning, selv om det ikke gikk så fort da. Men så hadde vi kontakt, og jeg spurte om jeg fikk være med videre, på sånn.. Helseresept, som man får være med den tiden du får da. Så må man spørre om man kan være med selv, etterpå. Og da er jeg med på timer og trening... For min del så er det den eneste treningen som responderer godt på kroppen egentlig. Fordi alt annet blir liksom litt mye. Så jeg har en trening i uka, og jeg føler at den holder ting unna, og at hehe, ja- slik er det.»

Mann, 54 år

Slik informanten forteller var han fornøyd med tilbudet han fikk fra frisklivssentralen, og ønsket å fortsette med treningen etter endt oppfølgingsperiode. Det er tegn på at deltakere som driver med regelmessig fysisk aktivitet i 10-14 uker, har et økt aktivitetsnivå i tiden etter (Helsedirektoratet, 2016b). Informanten ønsker å fortsette med aktivitet som passer hans helse for å holde seg frisk. Senere i intervjuet forklarer han effekten han fikk av trening gjennom frisklivssentralen:

«Jeg føler meg mye mer ledig, så det merker man med en gang. Hvis man hopper over sommerferie og slikt, så stivner man til. Så jeg føler at treningen har vært veldig bra for meg»

Mann, 54 år

Informanten forteller at han oppfatter en bedre bevegelighet og at kroppen responderer på treningen han holder på med. Muskulaturen er tilpasningsdyktig og tilpasser seg etter hvordan aktivitetsnivået er (Henriksson & Sundberg, 2015). Informanten sier at han føler seg mer «ledig» og da er det grunn til å tro at han har en større livskvalitet enn når han «stivner til» i perioder uten trening. En annen informant forteller hvordan den daglige aktiviteten påvirkes av treningen.

«... Jeg ser at jeg klarer mer enn hva jeg trodde. Jeg ser at jeg kan, at jeg henter meg fortere inn igjen og kan løfte tyngre...»

Kvinne, 32 år

Denne informanten opplever endringer grunnet trening, som føles godt for den *kroppslige helse*. Moe & Martinsen (2011) forteller at det er dokumentert at fysisk aktivitet og trening er godt egnet for en god psykisk helse. Fysisk aktivitet har positiv effekt på forholdet til egen kropp, økt energi og selvfølelsen. Å være i fysisk aktivitet betyr at man bryr seg mer om seg selv som et helhetlig menneske (Moe & Martinsen, 2011). Kroppen tilpasser seg miljøet og kan tolke omgivelsene fortere enn bevisstheten, slik at omverdenen blir en del av vår kropp (Duesund, 1995) En av våre informanter svarer med en svært reflektert kommentar angående kunnskap og holdninger rundt trening, og fysisk aktivitet.

«Frisklivssentralen kan være med å hjelpe deg, så sant du gjør jobben selv. Det har jeg jo innsett, det er ingen som gjør jobben for deg.»

Mann, 54 år

4.1.3 Snu stigmatiseringen

For å forklare positive utfall av stigmatisering vil vi starte med å nevne Deci og Ryan (1985) sin teori, selvbestemmelsesteorien. Når de psykologiske behovene er tilfredsstillt, er vi motiverte, produktive og fornøyde. Dette er noe som påvirker den indre og ytre motivasjonen, som står sentralt i denne motivasjonsteorien (Pensgaard & Hollingen, 2013). En av våre informanter forteller om motivasjon;

«Så da blir det litt sånn, sånn som du sier at; Når det ikke blei som det skulle, så kan det hvertfall bli så godt det lar seg gjøre. Og da blir det å hjelpe andre, og det blir nok litt sånn. Og litt uforståelig for andre, men man må ha litt personlig påfyll, og at du har gjort noe. Så får man en følelse av at ja, jeg har gjort noe. Fordi det er forferdelig å ikke gjøre noe, og man skal være sterk i en slik situasjon»

Mann, 54 år

Denne informanten forklarer en situasjon der han ikke har mulighet til å jobbe, og er avhengig av å ha noen rundt seg. Man kan anta ut ifra sitatet at informanten er tydelig indre motivert for å delta i egen hverdag. Informanten kan oppleve å bli stigmatisert, og ønsker å snu om på dette. Frisklivssentralens ønske er å være et tilbud for alle, og ha en lav terskel og åpent tilbud. En informant forteller at: *«De som jobba på frisklivssentralen var inkluderende, på en positiv måte. Så de svarte aldri på min følelse av å være usikker på om jeg passa inn»* (Kvinne 38 år). Dette utsagnet viser at informanten er tydelig usikker på om det er ønskelig å bli sammenliknet med den gruppen mennesker som blir henvist til frisklivssentralen. Først og fremst bør man finne sin indre motivasjon, og la trening drives av det. En av våre informanter forteller hvordan frisklivssentralen har vært en god start for å starte en endringsprosess:

«Jeg plukker med meg det jeg har lært og opplevd der, så uansett er ikke Frisklivssentralen bortkasta, verken første eller andre gangen. Det var godt tiltak på veien sammen med mange andre ting for å endre livsstil.»

Kvinne, 32 år

4.1.4 Gjennomføre og opprettholde fysisk aktivitet alene

Fysisk aktivitet i dag blir en valgt livsstil. Tidligere kunne man være fysisk aktiv gjennom jobb eller transport i større grad enn i dag (Ommundsen & Aadland, 2009). For å opprettholde balanse i energiinntak og energibruk krever det bevisstgjøring av valg, egen innsats og motivasjon (Ulseth, 2008). Mange liker å drive med trening og aktivitet alene. Goth (2014) mener enkelte personer vil ha et behov for bistand for å være mer fysisk aktive.

«Intervjuer: Var det sånn at du har trent med treningskontakt? Informant: Ja... da er man jo alene, så får jo veldig bra oppfølging da, og er det noe jeg lurer på så er det bare å spørre... [...] jeg betalte for privat trener, det var veldig kjekt for da fikk jeg trent riktig, og hadde noen til å pushe meg og sånne ting.»

Kvinne, 32 år

Som Høyem og Westersjø (2013) mener, er fokuset på nytten ved fysisk aktivitet mulig like stort som faktorer som lyst, glede og indre motivasjon. Det å få hjelp av en helserådgiver kan være gunstig for å sette klare mål og delmål, samt se på faktorer som kan bedre motivasjonen. Basert på tillit og respekt ovenfor hverandre vil denne helserådgiveren være faglig oppdatert til å ta de rette avgjørelsene for treningen (Bjørnstad, Høygaard, & Skisland, 2013). Det å søke hjelp hos en personlig trener eller helserådgiver kan være en del av «Stadieteorien». Denne teorien forklarer de ulike prosessene man går igjennom for å danne og opprettholde en ny vane (Ommundsen, 2013).

En av våre informanter har hatt en positiv opplevelse med en treningskontakt. Det kan antas personen er på vei inn i den tredje delen av motivasjonsteorien, «handlingsgruppen». Det betyr at den inaktive personen nettopp har begynt å holde på med regelmessig trening, og nå handler det om å opprettholde denne (Ommundsen, 2013).

«Når jeg vet at jeg klarer det og har suksess bak meg så er det litt lettere å bygge på det da... så klarer du å yte mer enn du tror og det kan være med å motivere meg selv.»

Kvinne, 32 år

Når kroppen er vår tilgang til verden, medfører dette at enhver forandring av kroppen fører til forandring av vår opplevelse av verden. Ulike menneskelige erfaringer setter seg i bevisstheten. De lagres som gode og vonde minner, og det er kroppen som erkjenner dette først (Martinsen, 2004).

4.1.5 Trening i gruppe som motivasjonsfaktor

Trening i gruppe, eller sammen med andre kan være en motiverende faktor. Sanda (2014) har undersøkt dette med sin studie som foregikk blant deltakere ved frisklivssentralene. Studien viser at den hyppigst rapporterte motivasjonsfaktoren viser til de aktivitetene som foregikk sammen med andre.

«Jeg føler jo at det er mer motiverende å være sammen med folk, og det er noe felles å gå til, og det er trimmen sin del, men også det sosiale... Jeg kjenner jeg yter mer når folk ser på, og det kan være godt for meg, enn å sitte alene hjemme med noen manualer og sånn.»

Kvinne, 32 år

Dette utsagnet fra en av våre informanter viser til viktigheten av tilrettelegging for sosial aktivitet, slik at man kan kjenne på en sosial tilhørighet og et felleskap med andre i en liknende situasjon (Sanda, 2014). I følge selvbestemmelsesteorien er sosial tilhørighet et av de grunnleggende psykologiske behovene som må være oppfylt for å styrke sin indre motivasjon for å nå et mål, eller livsstilsendring (Deci, IL. 1993). En av informantene stadfester denne teorien ved å si: “Når man først er der, på trening i gruppe, så syntes jeg det er ganske artig og sosialt. Det blir litt mer enn et vanlig treningsstudio” (Kvinne, 38 år).

Moe & Martinsen (2011) mener at fysisk aktivitet kan fremme følelsen av mestring, mening og tilhørighet, og på den måten bedre den psykiske helsen. Et mestringsorientert gruppeklime er vesentlig for egenutvikling og innsats (Pensgaard & Hollingen, 2013). Det er rapportert om økt grad av mestring og sosialt samvær i forhold til fysisk aktivitet (Høyem & Westersjø, 2013). En av våre informanter forteller om denne følelsen av et mestringsorientert gruppeklime og positiv egenutvikling. Han påpeker også viktigheten av å ha gode motivatorer i form av instruktører på en gruppetrening, for å yte det lille ekstra

«De er jo voldsomt kvikke da, og friske selv. Kjempespreke, og det er motivasjon fordi du ser hva trening gjør, og hvordan det virker på folk.... Det er musikk og liv! Alt er med på hjelpe, man lures liksom litt i gang, Det er det jeg føler, og det føles bra!»

Mann, 54 år

Dette sitatet, i samsvar med studien til Sanda (2014) viser behovet for at inaktive personer som ønsker å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet kan ha nytte av lavterskeltilbud i grupper. Et eksempel på et tilbud som har lyktes med dette er Den Norske Turistforeningen (DNT). De utarbeidet et tilbud i 2013, der deltakeren etter endt program hos frisklivssentralen fikk tilbud om ukentlige turer i nærmiljøet, etterfulgt av en kaffekopp med fokus på det sosiale samværet (Turistforeningen, 2014). En av våre informanter viser til dette: «Hvis man går tur sammen blir det mer naturlig å prate sammen» (Kvinne, 38 år).

4.1.6 Friluftsliv skaper relasjoner

Ved å søke ut til naturen, kan det være et kall om å forankre vår identitet med landskapet (Fugelli & Ingstad, 2014). Det kan skape metaforer fra naturen vi er kjent med, som at *det er medvind for tiden*. En av våre informanter forteller om dette kallet om å oppsøke naturen.

«Personlig trives jeg best med å være ute. Det er så mye annet der. Inne blir det liksom en mer begrensa verden. Og jeg tror det gjør noe med sinnet og... alle sanser når man kan være utendørs. Man merker jo ikke ruskeværet så godt som når man sitter inne og ser ut.»

Kvinne, 38 år

Informanten forteller om hvordan sinnet og sansene blir tilfredsstillt av å være ute. Bjørnå (2005) skriver om hvordan mennesker kan oppleve et kall om å oppsøke naturen grunnet våre røtter til urtiden. En annen grunn kan være at vi sammenligner oss med tidligere sensasjoner, forbilder og målsettinger basert på å bruke naturen. Slik informanten forklarer opplevelsen av å være ute søker hun en ro og stimulering av sansene, som kan være en del av helhetlig kroppoppfatning. En annen informant forteller positivt om oppfatningen av aktivitet og trening ute.

«Jeg liker bedre å være ute kan man si... elsker å gå på tur i fjellet og tur generelt.»

Kvinne, 32

Bjørnå (2005) skriver at friluftsliv kan vise seg å være en god arena for å skape relasjoner til andre i en gruppe, og som aktivitetstilbud ser det ut til å kunne være en nyttig læringsarena for

at deltakere skal lære å ta ansvar for egne liv. Friluftsliv kan være et lavterskeltilbud og mange vil oppleve en mestring (Bjørnå, 2005). Som informanten forteller, kan man oppleve et samspill av ulike faktorer som ro og avslapning, bruk av sanser og en opplevelse av mangfold og mestring. (Høyem & Westersjø, 2013). Ved å oppsøke naturen mener Høyem & Westersjø (2013) at man får økt livskvalitet som er et av motivene for å utføre friluftsliv. Informantenes opplevelse av sansebruk og mestring er faktorer som påvirker de gode erfaringene og økt livskvalitet. Dette er noe man kan tolke ut ifra utsagnene til begge informantene.

Ved å bruke naturen skapes det kroppslige erfaringer og vi kan oppleve meningsfulle øyeblikk. Dette kan være med å skape motivasjon for fysisk aktivitet (Høyem & Westersjø, 2013) som vil være en mulig helsegevinst for deltakere av frisklivssentralen. En informant forteller hvordan hun ville benyttet et slikt tilbud: «Jeg tenker at hadde det stått at nå går vi tur, at jeg ville blitt med» (Kvinne, 32 år).

4.2 Barrierer

4.2.1 For store mål og forventninger

Å starte med trening er for mange en barriere i seg selv. Tidligere treningserfaringer og manglende kunnskap om trening og helse kan være de underliggende barrierer for å starte med treningen. En av informantene forteller om hvilke forventninger man har til trening og endring av levevaner.

«Jeg har vel mer ambisjoner, enn jeg klarer å komme meg ut.»

Kvinne, 38 år

Som informanten forteller er de ambisiøse målene barrierer for at hun skal fortsette med trening. Ved å samarbeide med en helserådgiver kan et motiverende intervju skape en oppfatning av egen kropp og begrensninger, slik at man kan finne veien til og nå et realistisk mål. Ved lite trening har man ikke nok erfaringer til å skape en indre motivasjon, og må derfor drives av ytre motivasjon, som komplimenter fra andre eller økt utholdenhet/styrke (Deci & Ryan, 1985). Etter at vanene er blitt regelmessig og langtidseffektene er kommet vil den indre motivasjonen bli mer styrende for regelmessig trening (Deci & Ryan, 1985). Som informanten forteller om sine ambisiøse mål, er målsetningen blitt en barriere. Pensgaard og Hollingen (2013) skriver at for mange mål kan sette deltakere i en situasjon hvor man konstant vurderer seg til alle mål, og dermed blir umotivert til treningens effekter. Informanten vår fortalte ikke noe om konkrete mål for treningen, og av den grunn kan man se at de diffuse målene skaper en usikkerhet til hvorfor man trener og hva man trener for. Videre forteller en av våre informanter om en situasjon hvor et ambisiøst mål ikke er reelt i hans tilfelle:

«Men man har jo så lyst til å prøve, og en veit jo kanskje at man klarer det, hehe. Men man må jo ikke gjøre det, bare for å imponere andre med eksempel en fjelltur.»

Mann, 54 år

Med dette kan man tolke i hvor stor grad helse er et statussymbol for andre. Det er viktig at man ikke lar seg påvirke av andre i for stor grad i en slik situasjon som informantene forteller om. Helsesrådgiver skal være til hjelp for å tilpasse trening etter personens interesser og helse. Status ved god helse skal ikke måles opp mot hverandre, her er det viktig at samarbeidet mellom helsesrådgiveren og deltakeren er godt slik at det skapes tilpassede motiverende mål for deltakeren. Derfor er det viktig å ha realistiske mål som stimulerer til mestring (Pensgaard og Hollingen, 2013).

4.2.2 Når helsen blir en barriere for å starte eller fortsette med trening.

Vi kan se en økning i inaktivitet og at det kan være en av risikoene for overvekt og livsstilssykdommer (Donovan & Sletteland, 2012). En mulig grunn til økningen av overvekt og livsstilssykdommer, kan være at den genetiske utviklingen ikke holder følge med miljøets utvikling (Rössner, 2015). Overvekt og livsstilssykdommer skaper fysiske utfordringer for en aktiv hverdag og er derfor viktig å belyse kunnskap om en aktiv livsstil. En informant forteller om hvordan frisklivssentralen har prøvd å påvirke han til å gå ned i vekt, uten at dette var ønskelig:

«Hadde jeg vært 20 kg lettere, hadde det sikkert vært lettere å bevege seg, men det er ikke så lett som det.»

Mann, 54 år

Informanten forteller tidligere at han er fysisk aktiv forhold til sin helse, og trener om lag en gang i uka. Han mener at det holder for han og at en endring i kosthold ikke er ønskelig. Energiforbruket bør være større enn energiinntaket for at trening skal ha god effekt for en vektreduksjon. Overvekt kan skape mekaniske hindringer for å være i aktivitet, men trening vil gi økt muskelmasse som påvirker det basale stoffskiftet, som over tid vil påvirke energibalansen (Rössner, 2015). Informanten er godt fornøyd med å være i aktivitet og trene, og merker ingen mekaniske utfordringer ved å være i aktivitet. Som informanten forteller er det ulike oppfatninger av dette. Forskning har vist at ved å føle seg *for stor til å trene*, har man flere barrierer for trening som kan assosieres til overvekt (Ball, Crawford, & Owen, 2000).

Samme informant forteller om viktigheten med fysisk aktivitet, og hvordan en person uten noe kunnskap rundt effekter ved trening ble stående *mellom barken og veden* etter flere legebesøk:

«Det å dra med seg de som begynner å få dårlig helse, jeg vil bare påpeke hvor viktig det er. For vi har ingen som gjør det for oss, eller gir oss motivasjon. Når legen har snakka med deg så har jo ikke han noe mer påvirkning. Så det å ha en plass, som motiverer og organiserer er viktig! Det er jo en voldsomt billig helseforsikring... »

Mann, 54 år.

Siden 2003 har det vært mulig for primærleger å henvise pasienter til frisklivssentralen for råd og oppfølging til en bedre livsstil (Lærum et al. 2015). Informantens erfaringer etter oppfølgingsperioden viser til god støtte og lærdom fra helsesrådgivere. Noe som kan gi han en

dyper forståelse av hvorfor en aktiv livsstil er viktig for en god helse. Vår informant forteller om hvordan han ble stående uten noen form for treningserfaring eller oppfølging før legen henviste han til frisklivssentralen. Frisklivssentralen skal kunne møte alle som blir henvist for å tilpasse trening og fysisk aktivitet. Det er ikke gitt at frisklivssentralen kan dekke alle helsebehov, noe en av våre informanter forteller om: *«Jeg plukker med meg det jeg har lært og opplevd der, så uansett er ikke frisklivssentralen bortkasta, verken første eller andre gangen. Det var godt tiltak på veien sammen med mange andre ting for å endre livsstil.»*, (Kvinne, 32 år).

4.2.3 Stigmatisering av frisklivssentralen

For noen personer kan små og store barrierer står i veien for en endring av aktivitetsnivå og levevaner. Både individuelle faktorer, og faktorer i omgivelsene påvirker den enkeltes muligheter og barrierer for endring og mestring. Tanker, følelser og selvkontroll knytt til psykologisk status, manglende sosialt nettverk, emosjonelt stress og belastende livserfaringer kan også skape barrierer for endring (Ommundsen, 2013). Barrierer er en subjektiv følelse og det stilles kritiske spørsmål ved innsatsen til de som ikke tar i bruk de forebyggende tiltakene. Som Ommundsen (2013) mener, kan mye av denne vinklingen skyldes retorikken i medier og samfunn. Dette vil kunne være med å bygge opp barrierene for å starte med trening.

«Jeg var veldig... jeg var veldig usikker da, på om jeg følte jeg var i målgruppa, og kjente litt på det at jeg var usikker på det. Og hvem jeg ville treffe og...»... «Men egentlig burde jeg være tøff nok til å se på det som en ressurs»

Kvinne, 38 år

Informanten forteller om en svært usikker prosess. Hun er veldig i tvil om frisklivssentralen er et treningstilbud som vil passe henne. Fuggeli & Ingstad (2009) forklarer at som helsepersonell kan det å være på lag med personen føre til trygghet. Informanten viser at hun ikke er særlig komfortabel med henvisningen til frisklivssentralen. Som helsepersonell vil det være avgjørende å velge sine ord med omhu, og skape relasjoner med den enkelte deltaker. Det vil styrke tilliten til å kunne fortelle sannheten (Fugelli & Ingstad, 2014). En annen kvinnelig informant forteller noe av det samme ved et senere intervju;

«Men jeg tror det kan være mer meg, enn frisklivssentralen at konseptet passa ikke meg som person, men at for andre er det veldig greit da. [...] Har kommet for langt til at det er nødvendig for meg å være med på frisklivssentralen...»

Kvinne, 32 år

Vi kan anta at det kan være lett å komme med unnskyldninger for trening. En annen informant sier følgende utover i intervjuet; *«Jeg følte ikke det passet liksom», «Jeg hadde så mye... Jeg hadde tre andre ting å holde på med»*(Kvinne, 38 år). Og dermed skylder på at man ikke har tid eller ressurser for å sette i gang med trening. Disse sitatene belyser informantenes svake tillitt til henvisningen. En av våre informanter forteller videre:

«Jeg var litt i tvil. Så det bidro vel ekstra til det at jeg følte jeg hadde mye andre ting, og ikke passa inn. Så jeg prioriterte det bort da. [...] Lurte litt sånn, eeh... Er dette noe

for meg? Og det kan jo være... For noen grupper at det er litt stigmatisert. Ja det er vel mye i forhold til det med stigma og sånn at jeg var usikker... [...] Det er nesten litt sånn; Hva er galt med deg, siden du går på frisklivssentralen? Det blir litt sånn, et navn på en gruppe...»

Kvinne, 38 år

Denne informanten forteller at det ikke er ønskelig å bli sammenliknet med en gruppe, og at det var mye av grunnen til at det ikke ble frigjort tid til treningstilbudet. Informanten sier videre; «Jeg skulle ønske det kanskje kunne vært litt mindre stigmatisert, et litt «kulere» tilbud liksom... hehe» (kvinne, 38 år). Informanten forteller om opplevelsen med treninga ved frisklivssentralen: «Den styrketreninga jeg har vært med på, den var inni et sånn der eget rom... og det var bare vi som var der» (kvinne, 38 år). Formidlingen, og trykket på ordet; rom, sier noe om en misnøye rundt dette, og en usikkerhet.

En annen informant ser ut til å se på stigmatiseringen som en mindre barriere, men forklarer opplevelsen av å bli konfrontert av andre.

«Men jeg er jo ikke å bader, vi har voldsomt mye øvelser i vann som er mye tyngre enn hva noen tror, og det merker man når man er med på det. Men å se på, det ser jo ut som om vi bare bader»

Mann, 54 år

Det kan tyde på det i dette tilfellet ikke er deltakerne selv som stigmatiserer tilbudet, men personer rundt. Informanten forteller om en følelse som kunne vært en barriere dersom han hadde tenkt mer på hva andre mener, enn den indre motivasjonen han har selv. I artikkelen til Sanda fra 2014 blir det beskrevet hva deltakere av frisklivssentralen ser på som barrierene for å komme i gang, og motiverende faktorer for å fortsette med treningen. Hyppigst rapportert motiv for barriere av deltakelse i fysisk aktivitet var helseplager og smerter. Dette skiller seg fra tidligere studier der det er hyppigst rapportert om manglende tid for fysisk aktivitet (Sanda, 2014). Av sitatene ovenfor kan man tolke det slik som at trening og fysisk aktivitet ikke blir prioritert, og at tiden ikke strekker til for trening. Ut ifra våre informanternes utsagn er det grunn til å tro at det ligger mer bak en slik prioritering, enn at det bare er en hektisk hverdag.

4.2.4 Trening alene, oppfølging og tilrettelegging

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å legge til rette slik at en aktiv livsstil skal være enkel å velge (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Dette kan være folkehelsearbeid som; tilrettelagt gang og sykkelfelt, lettere å velge trapp i stedet for heis... også videre (Ommundsen, 2013). *Fysisk aktivitet er et individuelt valg*, et valg som den enkelte må ta selv, og de valgene man tar har direkte innvirkning på individets helse (Goth, 2014. s. 121). Vi kan vise til Ulseth (2008) om at hverdagslig aktivitet krever bevisstgjøring av egne valg, egen innsats og motivasjon. Det å være bevisst på de valgene man tar, kan avgjøre om man lever med en aktiv eller inaktiv livsstil. En informant forteller om en hverdagslig aktivitet; «... I helga som var så dreiv jeg og vaska og styrte i tre dager, så da fikk jeg trim den veien da.

Var trøtt etterpå, kjente at jeg hadde løfta og gnidd»(Kvinne, 32 år). Her viser hun til en hverdagslig aktivitet som kan påvirke intensiteten i hverdagen.

I forhold til trening formidler en annen informant vanskeligheten av å gjennomføre trening på egenhånd, uten kunnskap og motivasjon for gjennomføring:

«Jeg prøver å gjøre litt på egenhånd hjemme, men det blir ikke det samme... [...] Det er ikke noe hjelp uten instruktør. Det er de som trigger meg til å yte. Hehe, det er de som motiverer. Det er klart når det er mange sammen som jobber, så blir det ikke det samme uten instruktør».

Mann, 54 år

Trening alene kan være vanskelig, uten kunnskap eller tidligere positive erfaringer. Ulike menneskelige erfaringer setter seg i kroppen og påvirker de valgene vi tar (Martinsen, 2004). En av våre informanter forteller at dette kan være utfordrende:

«... problemet jeg har på egenhånd er å motivere meg selv til ... og spesielt styrketrening og sånn, det er bare å komme seg ut av huset og bort på trening»

Kvinne 32 år.

Ut ifra det informantene sier kan vi tolke at hovedproblemet for å gjennomføre trening er at man ikke har kunnskap, mål eller motivasjon. Som informanten sier ovenfor, er det bare å komme seg ut, men det er tydeligvis noe som er vanskelig å opprettholde alene.

Det er ikke noe særlig tilrettelagt tilbud for de som ønsker å trene alene, eller med treningskontakt. Det koster en del, og en av informantene forklarer det slik: *«Jeg likte godt det private treningstilbudet (personlig trener), men det kosta 5-6000 ... så det er ganske kostbart»(Kvinne 32 år).*

Ommundsen og Aadland (2010) mener at det følger store sosiale skillelinjer der de med lavest inntekt /utdanning kommer dårligst ut. I følge forskningen til Skogen et al. fra 2015, antyder de at den sosioøkonomiske statusen kan ha en sammenheng med inaktivitet og risikofaktorer for visse psykiske lidelser, som angst, depresjon og rus. Dette er noe som kan være underliggende faktorer som hindrer til trening og fysisk aktivitet. Å lykkes med trening alene som en langvarig endring krever en sterk motivasjon og kunnskap.

4.2.5 Trening i gruppe og påvirkning av psykisk helse

For både psykisk helse og sosialt samvær kan fysisk aktivitet fremme følelsen av mestring, mening og tilhørighet (Lærum, et al., 2015). Det er rapportert om økt grad av mestring og sosialt samvær i forhold til fysisk aktivitet (Høyem & Westersjø, 2013). Trening sammen med andre kan også by på noen utfordringer. Noen av disse utfordringene kan være gruppedynamikk og treningsmiljø. Psykiske lidelser som angst og depresjon kan være utfordrende i sosiale samlinger, og kan sette en stopper for trening sammen med andre. Disse lidelsene har et bredt spekter følelser, og personer med disse lidelsene er ofte mer inaktive

(Kjellman & Martinsen (2008). En av våre informanter forteller om et ubehag ved en trenings situasjon.

«Jeg er tilhenger av ... hehe kanskje litt rosenrødt, men at alle skal fungere i en gruppe, men så gjør det kanskje ikke det...[...] Når man er der noen uker på rad, så er det unaturlig og det kjennes etterhvert litt flaut ut. Så man burde hilse, og lage en sosial greie. Og jeg tror den rare følelsen kan være grunn til at noen dropper ut av programmet.»

Kvinne, 38 år

Dette sitatet viser til en usikkerhet mot gruppa, og et ønske om et inkluderende treningsmiljø. Ut ifra det denne informanten sier, kan vi anta at det er et ønske om et mestringsorientert gruppeklima, der det er lagt vekt innsats, egenutvikling og personlig oppfølging fra instruktør. Litt senere sier informanten:

«Når jeg kom hit på trening visste jeg ikke om de som gikk der fra før kjente hverandre... Skulle jeg hilse på de? Og jeg tenker at det hadde vært en fin greie, at folk hadde backa hverandre, og at det ikke hadde blitt noe sånn konkurranse der man ser på sidemann eller... ja noe sånt. Det synes jeg er bra, når man får en sånn positivitet, som kanskje kan spres fra instruktøren.»

Kvinne, 38 år

Det kommer frem et tydelig ønske om et sosialt treningsmiljø der deltakerne er mestringsorienterte og instruktøren ser alle. Ut ifra våre informanter kan vi anta at et mestringsorientert gruppeklima kan styrke den psykiske helsen blant deltakerne som er i en sårbar situasjon. Derfor er det viktig at instruktøren ser alle, og vektlegger personlig helsemessig utvikling (Pensgaard & Hollingen, 2013). For personer i en risikogruppe kan dette være en avgjørende psykologisk faktor for at man ønsker å komme på trening igjen. Rundt 30-50 % av befolkningen vil oppleve en eller flere psykiske lidelser løpet av livet (Skogen et al, 2015). Vi kan anta ut ifra teorien, og sitatene fra våre informanter, at et konkurranseorientert treningsmiljø kan være med å øke barrieren for å være deltakende på gruppetrening.

4.2.6 Moderne friluftsliv utfordrer det tradisjonelle friluftslivet

Friluftsliv skal være felles tilgjengelig for alle i Norge, for en økt trivsel og bedret folkehelse (Høyem & Westersjø, 2013). En av informantene forteller om hva som kan virke hindrende for å bruke friluftsliv til trening.

«Det krever jo en del utstyr, så det setter vel begrensninger for mange. Selv om vi bor i utstyrshovedstaden.»

Kvinne, 38 år

Friluftslivsaktiviteter som stiller krav til utstyr blir mer og mer populært. Det stilles derfor krav til økonomi for å drive med slike aktiviteter, eksempel stisykling eller topptur/frikjøring. Dette kan være en sosioøkonomisk faktor for at de med lavere utdannelse og/eller inntekt er

mindre deltagende i friluftsliv (Høyem & Westersjø, 2013). Om vi tolker informanten rett er det et behov for utstyr for å drive med friluftsliv. Tilgjengeligheten av aktiviteter som går innunder det moderne friluftsliv ligger godt tilgjengelig i store deler av Norge. Disse nye aktivitetene øker skalaen av friluftsliv, og plasserer lavterskelaktivitetene langt nede på skalaen for hva som er *kult* å holde på med. Senere i intervjuet forteller samme informant:

«Det er nok samtidig noen enkelte grupper det kan være litt avskrekkende for. Litt sånn; Åneei, skal vi være ute i dag. Det regner jo...»

Kvinne 32 år

Fugelli (2014) skriver om hvordan naturkrefter må overvinnes som en utfordring, men også kan beskrive en styrke og skapelse for mestring. Det kan trekkes likheter til Mestringsteorien. Teorien handler om hvordan man forbereder seg til en situasjon som for eksempel å gå en tur selv om det regner. Selvtilliten spiller en viktig rolle for hvorvidt man tenker at; *denne situasjonen skal jeg klare*. Ved å stille mestringskrav til seg selv om små situasjoner vil man kunne gå inn og gjennom situasjonen med en positiv holdning og mest sannsynlig oppleve mestring (Pensgaard & Hollingen, 2013). Interesser og valg av aktivitet er en viktig tilpasning for at man skal være motiverte til å trene. Derfor er det ikke alle som liker å bruke friluftsliv til trening, noe som helserådgivere må ta hensyn til. På den andre siden er det viktig å prøve for å skape erfaringer, som kan påvirke motivasjonen for valg av treningsform. Det handler om å snu det negative til noe positivt (Pensgaard & Hollingen, 2013).

Kapittel 5: Diskusjon

I denne delen av studien vil vi ta for oss motivasjonsfaktorene og barrierene som har kommet frem i analysen. Vi setter disse opp mot hverandre og ser etter mønster og funn fra informantene våre.

5.1 Målsetting

Informantene forteller om hvordan kortsiktige mål og trening som ikke oppfattes som trening, påvirker deres motivasjon til en mer aktiv livsstil. De kortsiktige målene vil gi en mestringsfølelse rundt trening og aktivitet. En av våre informanter fortalte om denne gode følelsen av mestring der han ble motivert til å prøve flere, og nye ting. En annen forteller om et ambisiøst mål som setter en stopper for hennes videre fysiske aktivitet. Våre informanter forteller at ved å reflektere seg fram til livsstilsendringer, sammen med en helserådgiver, kan man utvikle gjennomførbare mål og delmål. Dette står i samsvar med Ivarsson & Prescott sin artikkel i *Aktivitetshåndboken* fra 2015.

Informantene forteller om en medvirkning i utarbeidelse av mål med en helserådgiver, og hvordan det påvirker motivasjonen. Dette samsvarer med teorien til Pensgaard & Hollingen (2013), som mener at de største utfordringene med optimal målsetting er for mange, eller diffuse mål som vil skape en evig jakt for å nå disse. Som fortalt ovenfor er trening, som ikke

føles som trening en motiverende faktor. Det kan trekkes likheter mot Ommundsen (2013) sin teori om en vanedannelse av daglig fysisk aktivitet og daglige mål. Målsetting vil være med å skape mestring i hverdagen og kunne påvirke tankesettet rundt trening. Slik at treningen går fra å være noe slitsomt til å bli noe lystbetont. Ut ifra informantenes utsagn kan det tolkes at kortsiktige mål bidrar til mestring og resultat.

5.2 Helse

En av våre informanter forteller hvordan han ble stående uten noen form for treningserfaring eller oppfølging før legen henviste til frisklivssentralen. En annen informant forteller hvordan helseutfordringene ikke ble dekket, og derfor fikk hjelp av en annen helsetjeneste.

Frisklivssentralen skal kunne møte alle som blir henvist for å tilpasse trening og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2016b). Det er ikke gitt at frisklivssentralen kan dekke alle sine behov for oppfølging, noe som kan tolkes ut ifra informantens utsagn. Fysisk aktivitet og trening vil ikke bare ha en fysiologisk effekt, men også påvirke den psykiske helsen (Moe & Martinsen, 2011). Trening vil derfor være en del av en livsstilsendring som omhandler fysiologiske og mentale endringsprosesser.

Informantene forteller hvordan trening har påvirket deres forhold til egen kropp, hvordan den tåler mer og restituerer fortere over en lengre periode med trening. Disse observasjonene er i samsvar med *Veilederen for kommunale frisklivssentraler* (2016) som beskriver at etter rutinemessig trening i 10-14 uke vil aktivitetsnivået være økt i den etterfølgende tiden (Helsedirektoratet, 2016b). Her vil *stadieteorien* være gjeldene for å skape en langvarig endring til en aktiv livsstil. Underliggende lidelser kan være en hindring for livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2016a), og det er derfor viktig å ha hele mennesket i fokus for å lykkes med en livsstilsendring.

5.3 Stigmatisering av frisklivssentralens brukere

Våre informanter har presentert stigmatisering som en barriere for å delta på treningene til frisklivssentralen. Det er grunn til å tro at det ikke er ønskelig å bli sammenliknet med gruppen mennesker som blir henvist på grunn av risiko for sykdom, eller nødvendig endring av livsstil. Informantene kan fortelle om en sterk usikkerhet ovenfor frisklivssentralens treningstilbud, og om man passer inn i målgruppen.

Frisklivssentralen jobber for etablering av nye levevaner, slik at de som blir henvist bevisstgjøres over egen situasjon og får i gang refleksjoner rundt en livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2016b). Pensgaard & Hollingen (2013) mener at det krever en indre motivasjon for å gjennomføre en endring, og det kan tolkes at denne indre motivasjonen ikke er til stede hos de som avslutter oppfølgingsperioden. Informantene forteller om en usikkerhet og negativitet rundt frisklivssentralens gruppetimer grunnet stigmatisering. Noe som gir grunn til å tro at dette kan være en av årsakene til at noen avslutter oppfølgingsperioden. Det kan tolkes at for enkelte personer kan det være lettere å si at man ikke har tid på grunn av en hektisk hverdag. En annen bemerkelse er at de to informantene som følte seg stigmatisert, er

yngre enn informanten som fullførte treningsperioden. Vi kan anta at frisklivssentralen ikke har lykket med å skape et tilbud som passer alle aldersgrupper og interesser.

5.4 Trening alene

En av våre informanter fortalte at det er svært lite motiverende å skulle reise på trening uten å ha noen plan for gjennomføringen. Derfor ble det snakket varmt om treningskontakt/ personlig trener av våre informanter. Det viser seg blant våre informanter at det å vite hva man skal gjøre, ikke alltid er like lett. Den største utfordringen ved det å trene alene er kunnskapen om trening og dens funksjon på kroppen. Fysisk aktivitet i hverdagslige aktiviteter ble nevnt i korte trekk, og det ble sagt at en «tur på butikken» og vasking var aktiviteter der man fikk kjenne litt på pulsen. En bevisstgjøring av slike hverdagslige aktiviteter er viktig sammen med kunnskap om trening, og prioritering til å gjennomføre. Tidligere var man fysisk aktiv gjennom jobb og man hadde ikke den samme tilgangen til passiv transport. Derfor krever det bevisstgjøring, motivasjon og innsats, samt treningskunnskap blant folket for å opprettholde samme aktivitetsnivå (Ulseth, 2008).

Som våre informanter kunne fortelle gir en treningskontakt god oppfølging og personlig tilrettelegging. Det er motiverende å vite at man har en avtale med en person som har satt av tid og energi til å tilrettelegge trening. Dette samsvarer med teorier der det er fortalt at en treningskontakt kan formidle kunnskap og bevisstgjøre personer i risikogrupper på en god måte (Bjørnstad, Høygaard, & Skisland, 2013). Dette er et dyrt tiltak og det er grunn til å tro på Skogen et al. (2015) sin forskning, som antyder at det er likheter mellom sosioøkonomisk status og risiko for inaktivitet. Det krever mye innsats og motivasjon fra en person om man alene skal lykkes med en endring der økt fysisk aktivitet er en del av denne nye hverdagen (Ommundsen, 2013). Det er forståelig at informantene forteller om en barriere for å sette i gang med trening uten kunnskap eller mål, og en frustrasjon over at tilbudet med treningskontakt er en dyr affære.

5.5 Trening i gruppe

I forskningen til Sanda (2014) ble trening i gruppe rapportert som en motivasjonsfaktor for å trene, men det er ikke alle som verdsetter gruppetrening like mye. En av våre informanter forteller om et ubehag i sammenheng med en gruppetrening. Informanten mener det er opp til instruktøren å skape et godt gruppemiljø. Instruktøren alene kan ikke skape et slikt miljø. Som Pensgaard & Hollingen (2013) forklarer er et mestringsorientert gruppemiljø et miljø der deltakerne vil føle seg sett, verdsatt og respektert av de rundt. En av våre informanter forteller om denne følelsen, da særlig en sterk følelse av mestring i egen kropp. Informanten forteller videre om en engasjert instruktør som motiverer hele gruppa til å jobbe sammen.

Det negative gruppeklimaet informanten forteller om kan minne om et konkurransepreget gruppeklima (Pensgaard & Hollingen, 2013). I en slik gruppe er deltakerne usikre på seg selv og de andre. Et kjennetegn er at det blir mer fokus konkurranse enn mestring. Det er mulig at vår informant har hatt dårlige opplevelser i gruppe tidligere, eller har et større behov for å bli sett av instruktøren. Alle mennesker har en subjektiv oppfatning av hendelser og situasjoner.

En annen informant forteller om gode opplevelser der treningen har gjentatt seg over flere måneder på grunn av mestring, og meningsfylte opplevelser. Som Martinsen (2004) forteller, er kroppen vår tilgang til verden, dette medfører at enhver forandring av kroppen fører til forandring av vår opplevelse av verden. Dermed er det grunn til å tro at man kan tolke gode og dårlige opplevelser i gruppe forskjellig, ut ifra hvilken bakgrunn man har.

5.6 Friluftsliv

Slik våre informanter beskriver friluftsliv er det et sted uten de samme begrensningene som inne, og følelsen av en helhet motiverer til trening og fysisk aktivitet. En av våre informanter nevner også at det er lettere å føre en samtale med fremmede når man driver aktivitet utendørs. Personer i naturen kan oppleve et samspill av ulike faktorer som avslapning, mangfoldig bruk av sansene, naturlig lys og frisk luft. Dette kan være med å skape motivasjon for meningsfull fysisk aktivitet og trening (Høyem & Westersjø, 2013).

På den andre siden påpeker en av informantene at det ligger en følelse av at vi lever i «utstyrshovedstaden», der man skal være topp utstyrt for å drive med friluftsliv. Og får en følelse av at tradisjonell friluftsliv ikke er så *kult*. Det er ulike oppfatninger av dette, men det er grunn til å tro at den sosioøkonomiske statusen styrer et moderne friluftsliv. Ifølge Høyem & Westersjø (2013) vil det stille de lavere økonomiske klassene på sidelinjen for å drive moderne friluftslivsaktiviteter. Det er grunn til å tro at de nye friluftslivsaktivitetene er kommet for å bli. Det er derfor viktig å skape tilpasninger, slik at friluftslivet fortsetter å være tilgjengelig for alle, skaper interesser og kan fortsette å bedre folkehelsen (Høyem & Westersjø, 2013). Ved å oppsøke naturen oppsøker man økt livskvalitet, hvor man kan roe ned eller mosjonere i fellesskap eller alene (Høyem & Westersjø 2013). Våre informanter forteller om en god følelse knyttet til det å være ute, noe som kan forklares ved nordmenns tradisjonelle forhold til natur. I følge Ingstad & Fugelli (2009) er naturen en viktig faktor til hvordan vi oppfatter og vurderer en god helse.

Å ivareta interessen for lavterskel friluftsliv vil være med å skape kroppslige erfaringer samt holde terskelen for friluftsliv nede, så det kan fortsette å være et allment tilbud folk benytter seg av for å bedre folkehelsen.

5.7 Diskusjon av metode

Vi vil presisere at denne studien bygger på informantenes subjektive opplevelse og oppfatning av frisklivssentralens treningstilbud. I denne studien har vi undersøkt motivasjonsfaktorer og barrierene for å fortsette en treningsoppfølging. Derfor vil denne studien være reell for våre informanter, og det vil være vanskelig å trekke likheter mot resten av populasjonen. Det kan likevel være muligheter for at andre deltakere av frisklivssentralens tilbud kan kjenne seg igjen i våre informanters utsagn, og våre tolkninger.

En svakhet ved studien er at vi kun har hatt tre informanter, helst skulle vi hatt fire informanter. Formålet var å intervju to som fullførte og to som avsluttet før fullført oppfølgingsperiode hos frisklivssentralen. Dette er fortsatt et lite utvalg, men som ville vært

optimalt for å belyse årsakene til at noen slutter når andre fortsetter med trening ved, og få flere sider av en sak. I tillegg skulle vi gjerne hatt mer jevn alder på to og to av personene. Eksempel; 50 år og fornøyd, 50 år og misfornøyd, slik at vi kunne sammenliknet stigmatiseringen blant en annen aldersgruppe. Våre informanter er hentet fra en frisklivssentral på Vestlandet, og dekker et lite geografisk område. Grunnet et lite utvalg av informanter kan våre funn kun si noe om hvordan vi tolker våre informanter. På grunn av dette kan ikke studien generaliseres, eller trekke likheter til resten av befolkningen.

Det positive med studien er at vi har samlet informasjonen via tilstedeværende intervju med våre informanter. På den måten har vi et ansikt på informantene og får med oss kroppsspråk og uttrykk man ikke får over telefon eller videosamtale. Det har vært med å påvirke våre tolkninger av sitater og forankringer. Vi har også brukt en semi-strukturert fenomenologisk tilnærming, noe som gjør intervjuet avslappende, forstående og tillitsfull. Vi er ikke ansatte i kommune eller frisklivssentral, noe som mulig kan gjøre det lettere for informantene å være åpne og føre ærlige samtaler. Vi har hatt muligheten til å være utenforstående ovenfor de motivasjonsfaktorene og barrierene informantene har stått ovenfor. På den måten har vi grunn til å tro at vi har fått ærlige og ekte svar fra våre informanter.

Vi har kun sett på informantenes subjektive meninger opp mot den objektive informasjonen om frisklivssentralen. Derfor er det muligheter for et annet resultat om vi hadde intervjuet ansatte av frisklivssentralen, og hørt om deres subjektive opplevelser av deltakere som fullfører eller avslutter før fullført oppfølgingsperiode.

Kapittel 6: Avslutning

Motivasjon og barrierer for trening oppleves ulikt fra person til person. Etter å ha arbeidet med denne oppgaven har vi grunn til å tro at mye handler om tidligere opplevelser med fysisk aktivitet og trening, samt holdning og kunnskap til egen kropp. Frisklivssentralen skal være til bistand for personer som ikke kommer i gang med trening eller livsstilsendring alene. Frisklivssentralen alene kan ikke dekke alle personers behov for behandling og forebygging, men de kan være til hjelp.

Det er mange faktorer som kan ligge i grunn for en barriere eller livsstilsendring, og det krever mye av en person å skulle motivere seg for endring. Vi ser en forskjell mellom våre informanter, der kunnskap og bevisstgjøring rundt egen situasjon har vært avgjørende for om de har fortsatt med trening eller ikke. Kunnskap og bevisstgjøring er noe frisklivssentralen skal hjelpe deltakerne med, der første steg mot en endring av levevaner er å erkjenne de utfordringene man står ovenfor.

Mange personer som er syke eller blir henvist til trening, kan oppleve å føle seg stigmatisert. Dette kan være fordi man er henvist til å få hjelp, noe som kan føles tungt og sårt for enkelte. Det er derfor grunn til å tro at det er viktig med motiverende instruktører/ helserådgivere og et mestringsorientert gruppeklime. En av informantene forteller hvordan treningsmotivasjonen forsvant etter usikkerhet og ubehag ved en gruppetime. Det er grunn til å tro at stigmatisering har vært avgjørende for informantene våre som har tatt valget om å avslutte programmet. Det er oss ikke bekjent at dette har vært et påpekt problem ved tidligere forskning. Det er grunn til å tro at underliggende barrierer og motivasjonsfaktorer forsterker følelsen om stigmatisering. En bemerkelse ved stigmatisering av grupper er at våre informanter som har nevnt stigmatisering som noe negativt har vært yngre enn informanten som har lyktes med sitt treningsopplegg. Og på den måten kan vi se et mønster; jo yngre deltakerne er, jo mer stigmatiserende oppfattes frisklivssentralens tilbud. Dessverre er ikke utvalget stort nok til å beskrive noe generelt, men vi kan si noe om tendensene vi så blant våre informanter. Ved videre forskning ville det vært interessant å se i hvor stor grad denne stigmatiseringen er gjeldende for ulike aldersgrupper blant frisklivssentralens deltakere.

En av våre informanter har tilegnet seg kunnskap, motivasjon og erkjennelse ovenfor seg selv, og sier avslutningsvis i sitt intervju: *«Inaktivitet er ikke medisin for noen, det er ikke det. Så det er bra det at jeg innser det selv og prøver å jobbe derfra», Mann 54 år.*

Referanseliste

- Anderssen SA (2009). *Physical activity among adults and elderly in Norway: report from a survey in 2008 and 2009*. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
- Ball, K., Crawford, D., & Owen, N. (2000, jun). Too fat to exercise? Obesity as a barrier to physical health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, ss. 331-333.
- Bjurholt, K. F. (2014). *Evaluering av norske frisklivssentraler -En prospektiv intervensjonsstudie*. NTNU.
- Bjørnerud, A. M. (2014). *Fysisk aktivitet på resept. Tre års oppfølging av aktivitetsnivå og helse relatert livskvalitet*. Göteborg: Nordic school of public health.
- Bjørnstad, J. O., Høygaard, R., & Skisland, A. V.-S. (2013). *Helsecoaching: å skape varig endring*. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høygaard, *Folkehelsearbeid* (ss. 244-256). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Bjørnå, T. (2005). *Å vende innsiden ut når man går ut for å komme inn - En drøfting av sammenhengen mellom friluftsliv og psykisk helse*. I T. Bjørnå, Hovedagsoppgave i friluftsliv ved Høgskolen i Telemark (ss. 59-68). Bø: Høgskolen i Telemark.
- Blair, S.N, Haskell, W.L, Hill, O.H (2009) Physical activity: Health outcomes and importance for public health policy. *Preventive medicine*. Oktober 2009. S. 280-282.
- Breivik, G. (2008). *Kropp, bevegelse og energi i samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Den norske turistforeningen. (2012). *Årsrapport 2012*. Oslo, Norge.
- Duesund, L. (1995). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten, Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk, God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Goth, U, S. (2014) Folkehelse i et norsk perspektiv. Oslo: Gyldendal akademisk
- Hansen, B. H., Kolle, E., & Andersen, S. A. (2014, Mai). *Helsedirektoratet*. Henta frå Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/729/Fysisk-aktivitetsniva-blant-voksne-og-eldre-i-norge-oppdater-te-analyser-basert-pa-nye-nasjonale-anbefalinger-i-2014-IS-2183.pdf>
- A. Helsedirektoratet. (2016, Juni 02). *Helsedirektoratet*. Henta frå Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- B. Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler Etablering, organisering og tilbud*. Oslo
- Helsedirektoratet (2014) *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. Oslo
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Henriksson, J., & Sundberg, C. J. (2015). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I B. Roar, *Aktivitetshåndboken* (ss. 8-36). Oslo: Helsedirektoratet.

- Høyem, J., & Westersjø, J. H. (2013). Friluftsliv og folkehelse. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høygaard, *Folkehelsearbeid* (ss. 213-227). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Ivarsson, B. H., & Prescott, P. (2015). Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I R. Bahr, *Aktivitetshåndboka* (ss. 103-116). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2008). Depresjon. I R. Bahr, *Aktivitetshåndboka* (ss. 275-284). Oslo: Helsedirektoratet.
- Komiteene, D. n. (2016, 09 29). *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Henta fra etikkom: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lerdal, A., Celius, E.H, Pedersen, G. (2013) *Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program*. Journal of Physical Activity and Health, 2013, 10, 1016-1023.
- Lærum, G., Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Börjesson, M., & Ståhle, A. (2015). Fysisk aktivitet på resept - FaR. I R. Bhar, *Aktivitetshåndboken* (ss. 72-83). Oslo: Helsedirektoratet.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, T., & Martinsen, E. M. (2011). Psykisk aktivitet i helsearbeid. I L. Borge, E. M. Martinsen, & T. Moe, *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi* (ss. 76-96). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid, Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ommundsen, Y. (2013). Er det så enkelt å få folk mer fysisk aktiv? I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høygaard, *Folkehelsearbeid* (ss. 257-274). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Ommundsen, Y., & Aadland, A. A. (2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive- og hva motiverer til økt fysisk aktivitet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Pensgaard, A. M., & Hollingen, E. (2013). *Idrettens mentale treningslære*. Oslo: Gyldendal undervisning.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Raastad, T., & Paulsen, G. (2010). Hva bestemmer muskelstyrken vår. I T. Raastad, G. Paulsen, P. E. Refsen, B. R. Rønnestad, & A. R. Wisnes, *Styrketrening - i teori og praksis* (ss. 19-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation Social Development and Well-Being. *American psychological association nr 55*, pp. 68-78.
- Rössner, S. (2015). Overvekt og fedme. I R. Bhar, *Aktivitetshåndboken* (ss. 466-483). Oslo: Helsedirektoratet.
- Selø, B. (2013). *Deltakers opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral*. Høgskolen i Hedemark.

- Sletteland, N., & Donovan, R. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skogen, J. C., Bakken, I. J., Clench-Aas, J., Johansen, R., Knudsen, K. A., Nesvåg, R., & Leila, T. (2015, April 09). *Folkehelseinstituttet*. Henta frå Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/#psykiske-plager-og-lidelser-blant-voksne>
- St. meld. nr. 16. (2002-2003). (2003) *Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement, Regjeringen. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>
- St. meld. nr. 19 (2014-2015). (2015) *Mestring og muligheter*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- St. meld. nr. 34 (2012-2013). (2013) *Folkehelsemelding. God helse- felles ansvar*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-201220131/id734974/>
- St. meld. nr. 47. (2008-2009). (2009) *Samhandlingsreformen*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, Regjeringen. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>
- Ulseth, A. L. (2008). *Mellom tradisjon og nydannelse. Analyser av fysisk aktivitet blandt voksne i Norge*. Oslo: Akademisk publisering.
- Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I., & Ommundsen, Y. (2015). Å bli fysisk aktiv. I B. Roald, *Aktivitetshåndboken* (ss. 84-102). Oslo: Helsedirektoratet.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Info:

Informasjon om hvordan vi bygger opp intervjuet:

- Anonymitet
 - Intervjuet er frivillig og kan avsluttes.
 - Intervjuet og taleopptak vil bli slettet når oppgaven blir levert (16.12.2016)
 - Varighet: 20-30 minutter
- Presentere oss selv. Hvem vi er, hva vi vil og hvorfor vi har intervju (Dalen, 2011. s. 35).

Intervjuet:

Første spørsmål:

- Kan du fortelle om hvilken oppfølging du har fått fra Frisklivssentralen og hvilke tilbud du har benyttet deg av?

- Trener du fortsatt i gruppe hos FLS?

Hvis ja: Hvorfor? Hvis nei: Hvorfor ikke?

- Hvilken kunnskap har du fått gjennom trening ved FLS? f.eks. treningsrutiner, øvelser, helsegevinster o.l.
- Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde /opplever å trene med FLS
 - Hva var/er positivt, og hva var/er negativt?
 - Hvorfor valgte du å slutte/fortsette
- Hvordan var det å komme i gang med treningen ved FLS?
 - Hvilke forventninger hadde du til FLS da du startet med treningen?
 - Hva tenker du er hindringer for å komme i gang med treningen?
- Hvordan er ditt forhold til å trene i gruppe forhold til å trene alene?
 - Ble det en utfordring/motiverte det deg å være med på treningene til FLS?
- Kan du fortelle om hvordan din hverdagslige fysiske aktivitet (gå på tur, vaske huset, klippe plen, gå til jobb/skole eller butikk) og treningsrutiner (fast aktivitet med høyere puls) var før du deltok på FLS?
 - Hvordan ble du introdusert til FLS?
Hvorfor begynte du å trene ved FLS
- Hvordan har det vært å trene på egenhånd etter oppfølging fra FLS?
 - Har FLS vært til hjelp for videre trening? På hvilken måte?/Hvorfor ikke?
 - Har du gjort noen endringer i fysisk aktivitetsvaner?
 - Dersom ja; Har frisklivssentralen hatt noen rolle i denne endringen? Dersom nei; Hvorfor ikke?

Oppfølgingsspørsmål:

- Kan du utdype mer om dette?
- Forstår jeg deg rett når du sier?
- Kan du fortelle litt nærmere om dette?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakere av studien

Takk for at du deltar i studien!

Studien er en bachelor studie gjort av to studenter ved avsluttende år i studiet Idrett, fysisk aktivitet og Helse ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Veilederen vår er doktorgradsstipendiat ved høgskolen, og vi vil ha tett oppfølging fra henne gjennom hele studien. Studien har et samarbeid med frisklivssentralen i Sogn, og det er de som har kontaktet deltakere på vegne av studien.

Hensikt med studien.

Vi ønsker å finne ut hva som er årsaken til at noen fortsetter, og andre slutter ved frisklivssentralen, og vi ønsker å studere hva som er barrierer for trening.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i denne studien innebærer ett intervju på ca. 20-30 min. Der ønsker vi å høre om dine opplevelser av frisklivssentralen, trening og barrierer for å trene. Vi ønsker å samle meninger fra fire ulike personer som har vært deltakere ved frisklivssentralen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

En deltakelse i denne bacheloroppgaven forblir anonymt. Det vil ikke bli lagret opplysninger som kan identifisere deg i oppgaven. Prosjektet skal etter planen avsluttes 16. desember 2016, og intervjuene vil bli slettet når oppgaven er levert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med studentene:

Lene Olsen, tlf: 984 21 016 eller Marie Sørum, tlf: 464 14 051.

Eller vår veileder: Ellen Blom, tlf: 576 76 394.

Med vennlig hilsen

Lene Olsen og Marie Sørum

3.klasse IFAH v/ Høgskulen i Sogn og Fjordane

Samtykke til å delta i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Sted/dato, Navn på deltaker)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Ellen Blom
Institutt for idrett Høgskulen i
Sogn og Fjordane Pb 133
6856 SOGNDAL

Vår dato: 24.10.2016

Vår ref: 50304 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.09.2016.
Meldingen gjelder prosjektet:

50304 *Hva er årsaken til at noen personer fortsetter med trening når andre slutter? En kvalitativ studie om barrierer rundt trening ved frisklivssentralen.*

*Behandlingsansvarlig Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved
institusjonens øverste leder Daglig ansvarlig Ellen Blom*

Student

Le

ne Olsen

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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS	Harald Hårfagres gate 29	Tel: +47-55 58 21 17	nsd@nsd.no	Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data	NO-5007 Bergen, NORWAY	Faks: +47-55 58 96 50	www.nsd.no	

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lene Olsen lene95olsen@gmail.com



FORMÅL

Å finne ut av folks motivasjon innen trening via frisklivssentralen i Sogn. Hvorfor noen hopper av programmet, og hva skal til for at de ville fortsette.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

SENSITIVE DATA

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker og student følger Høgskulen i Sogn og Fjordane sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 16.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak