



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

FYS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	15-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 FYS390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	118
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7984
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	18
Andre medlemmer i gruppen:	157

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

BACHELOROPPGÅVE

Å regulere, ikke eliminere

Fysioterapeutar si erfaring med bruk av trening i behandling av pasientar
med tvangsprega trening

Adaptation rather than elimination

The experiences of physical therapists on the use of physical activity in
treatment of patients with compulsory exercise

Kandidatnummer: 118 og 157

Bachelor i Fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

15.05.2024

Tal på ord: 7984

Samandrag

Bakgrunn og formål: Fysisk aktivitet og trening har dokumentert positiv effekt på vår fysiske og psykiske helse, men kan for nokre utvikle seg til å bli tvangsprega og overdriven. For desse kan ei slik treningsårferd vere med på å utvikle eller forverre ei psykiske lidning, derav eteforstyrning. Fysioterapeutar har kunnskap og praktisk erfaring med bruk av trening som behandling, men er per i dag ikkje ein etablert del av behandlinga for pasientar med eteforstyrningar. Tradisjonelt har ein anbefalt strenge aktivitetsrestriksjonar i behandlinga, men nyare forskning tydar på at rettleia og overvaka trening kan vere fordelaktig i møte med pasientar med tvangsprega treningsårferd. Formålet med denne oppgåve er å utforske fysioterapeutar sine erfaringar med bruk av trening i behandling av pasientar med tvangsprega trening som symptom av si eteforstyrning.

Metode: I oppgåva er kvalitativ metode brukt i form av semistrukturerte djupneintervju og Braun og Clarke sin refleksive tematiske analyse. Vi intervjuar tre fysioterapeutar med erfaring med behandling av pasientgruppa.

Resultat: Frå intervjuar kom det fram tre hovudtematikkar; 1) *Normalisere fysisk aktivitet*, 2) *Pasienten si rolle ei eiga behandling*, og 3) *Fysioterapeuten som sentral aktør*. Hovudtema 1) er delt inn i tre underkategoriar; *Fysioterapeuten si formidling av helse*, *Regulering av fysisk aktivitet og trening*, og *Realitetsforståing*. Hovudtema 2) er delt inn i to underkategoriar; *Den einskilde sin motivasjon* og *Relasjonelle forhold*. Hovudtema 3) er delt inn i to underkategoriar; *Fysioterapeuten sin faglege kunnskap* og *Betydning av relasjonsbygging mellom terapeut og pasient*.

Konklusjon: Fysisk aktivitet blir sett på som eit verdifullt verktøy i behandling av pasientar med tvangsprega trening, der fysioterapeuten spelar ei essensiell rolle i behandlingsteamet. Målet med behandlinga er å normalisere fysisk aktivitet. Dette ynskjer ein å oppnå ved rettleia og lystprega aktivitet, samt undervisning om trening, kropp og helse. Gruppetrening blir føretrekt då det fremjar sosialt samvær, sunne helsevanar, og ei forplikting til behandling. Likevel må fysioterapeutane gjere individuelle tilpassingar basert på kvar enkelt sitt sjukdomsbilete. I dette arbeidet krev det brei kunnskap, varsemnd og profesjonalitet, samt ei forståing av det paradoksale ved aktivitet som både symptom og behandling.

Nøkkelord: tvangsprega trening, eteforstyrningar, fysisk aktivitet, fysioterapi og behandling.

Abstract

Background and purpose: Physical activity and exercise has notable benefits for physical and mental health. However, for some individuals, it can become excessive or compulsive, potentially exacerbating or developing a psychological disorder, such as an eating disorders. Physiotherapists possess both knowledge and practical experience in using exercise as treatment, but as of now, they are not an established part of the treatment for patients with eating disorders. Traditionally, strict activity restrictions have been recommended in treatment, but recent research suggests that guided and supervised exercise may be beneficial for patients exhibiting compulsive exercise behaviours. The purpose of this study is to explore physiotherapists' experiences with the use of exercise in treating patients with compulsive exercise as a symptom of their eating disorder.

Results: From the interviews, three main themes emerged: 1) *Normalizing physical activity*, 2) *The patient's role in their own treatment*, and 3) *The physiotherapist as a central figure*. Theme 1 is divided into three subcategories: *The physiotherapist's communication of health*, *Regulation of physical activity and exercise*, and *Perception of reality*. Theme 2 is divided into two subcategories: *The individual's motivation* and *Relational factors*. Theme 3 is divided into two subcategories: *The physiotherapist's professional knowledge* and *The relationship between therapist and patient*.

Method: A qualitative method was used in the form of semi-structured in-depth interviews as well as Braun and Clarke's reflexive thematic analysis. We interviewed three physiotherapists with experience in treatment of the patient group.

Conclusion: Physical activity is regarded as a valuable tool in the treatment of patients with compulsive exercise behaviours, where the physiotherapist plays a crucial role. The goal of treatment is to normalize physical activity, sought to be achieved through guided and enjoyable activities, as well as education about exercise, body, and health. Group exercise is preferred as it promotes social interaction, healthy lifestyle habits, and a commitment to treatment. Nonetheless, physiotherapists must make individual adjustments based on each patient's clinical presentation. This work requires extensive knowledge, caution, and professionalism, along with an understanding of the paradoxical nature of activity as both symptom and treatment.

Key words: *compulsory exercise, eating disorders, physical activity, treatment, physical therapy*

Innholdsliste

1.0 Innleiing	5
1.1 Målsetjing med oppgåva og problemstilling	6
1.2 Avgrensing av oppgåva.....	6
3.0 Teoretisk bakgrunn	6
3.1 Helsefremmande effektar av fysisk aktivitet.....	6
3.1.1 Fysisk aktivitet og sosial omgang	7
3.2 Tvangsprega trening – negative effektar ved fysisk aktivitet.....	8
3.3 Fysisk aktivitet i behandling av eteforstyrningar.....	9
3.4 Fysioterapeuten si rolle i behandling	10
4.0 Metode	11
4.1 Semistrukturerte djupneintervju som design.....	11
4.1.1 Utforming av semistrukturert intervjuguide	12
4.1.2 Val av informantar	13
4.1.3 Rekruttering av informantar	13
4.2 Gjennomføring av intervju og setting	14
4.3 Transkribering	15
4.4 Braun & Clarke sin refleksive tematiske analysemetode.....	15
4.5 Forforståing.....	17
4.6 Etske betraktningar.....	17
5.0 Funn	17
5.1 Normalisere fysisk aktivitet.....	19
5.1.1 Fysioterapeuten si formidling av helse	19
5.1.2 Regulering av fysisk aktivitet og trening	19
5.1.3 Realitetsforståing	20
5.2 Pasienten si rolle i eiga behandling	21
5.2.1. Den einskilde sin motivasjon	21
5.2.2 Relasjonelle forhold	22
5.3 Fysioterapeuten som sentral aktør	23
5.3.1 Fysioterapeuten si faglege kunnskap	23
5.3.2 Betydning av relasjonsbygging mellom terapeut og pasient	24

6.0 Diskusjon av funn	25
6.1 Fysisk aktivitet i behandling: Regulering og balansegang.....	25
6.2 Dei relasjonelle faktorane: Betydning for behandlingsresultat	26
6.3 Fysioterapeuten si rolle i behandling: Kroppsideal og realitetsforståing	27
6.4 Diskusjon av metode	28
7.0 Konklusjon	29
8.0 Referanseliste	31

Vedlegg

Vedlegg 1 - Samtykkeskriv

Vedlegg 2 - Meldeskjema frå SIKT

Vedlegg 3 - Intervjuguide

1.0 Innleiing

Det er i dag godt dokumentert at fysisk aktivitet har ei positiv verknad på vår fysiske og psykiske helse (Nystad & Ekelund, 2023). For dei fleste er motivasjonen for trening eit ynskje om å kjenne seg vel, komme i form, eller betre fysisk prestasjon. Som fysioterapistudentar har vi kunnskap om, og ei tru på, effekten av fysisk aktivitet ikkje berre i kvardagen, men i behandlinga av ei rekke sjukdomar og tilstandar (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). På den eine sida er fysisk aktivitet ein del av ein sunn livsstil (Helsedirektoratet, 2023). På den andre sida kan fysisk aktivitet for nokre utvikle seg til ei tvangsprega eller overdriven trening, her forstått som eit anstrengt forhold til fysisk aktivitet i form av hyppigheit og haldning. Personar med eit slikt forhold til fysisk aktivitet trenar vanlegvis aleine, prioritetar trening framfor sosiale relasjonar (Mathisen et al., 2018), og får angstkjensler om dei ikkje får gjennomført planlagt fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, s. 124). Dei føretrekk uthaldstrening, og trenar gjerne til tross for vedvarande skadar og eit stort kaloriunderskot (Martinsen, 2018, s. 124). Dette forholdet til fysisk aktivitet kan utvikle seg til eit symptom på psykisk sjukdom. Studiar viser at inntil 80% av menneske med anoreksi, 50% av dei med bulimi, samt store delar av dei med uspesifiserte eteforstyrningar har eit tvangsprega forhold til trening (ROS, u.å.). Forsking av Dahlgren et al. (2023) viser at 1 av 10 norske jenter i alderen 16-19 oppfyller dei diagnostiske kriteria for ei eteforstyrning. Hos denne gruppa er det antatt at opp mot halvparten brukar trening og fysisk aktivitet på ein måte som opprettheld deira psykiske sjukdom (Dahlgren et al., 2023).

I behandling av eteforstyrningar har det lenge vore ei norm å eliminere eller avgrense fysisk aktivitet, då ein har vore bekymra for auka risiko for tilbakefall (Mathisen et al., 2018). I nyare tid har ein derimot funne indikasjonar på at denne typen restriksjonar kan skape negative effektar hos pasientar med tvangsprega trening som symptom (Mathisen et al., 2018), og ein har difor gått vekk frå aktivitetsnekt. Ein har og funne indikasjonar på at rettleia og overvaka aktivitet kan ha gunstige verknadar for dei med dette symptomet (Johannessen, 2018, s. 178). Fysioterapeutar har kunnskap om bruk av trening og rettleia fysisk aktivitet i behandling. (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Til tross for eit aukande forskingsgrunnlag, fysioterapeutane sin kunnskap, og treningskomponenten i sjukdomsbilete, er fysioterapi ikkje ein etablert del av pasientgruppa sitt behandlingstilbod. Dette grunnlegg Helsedirektoratet (2017) med ei mangel på empirisk forskning på fysioterapeutiske intervensjonar for pasientgruppa. Likevel er det fleire fysioterapeutar som arbeidar med behandling av eteforstyrningar i ulike delar av helsevesenet i

dag. Disse fysioterapeutane står då ovanfor det som kan synast å vere eit paradoks; trening som behandling av symptomet tvangsprega trening.

1.1 Målsetjing med oppgåva og problemstilling

Formålet med oppgåva er å utforske fysioterapeutar si erfaring med bruk av trening i behandling for pasientar med tvangsprega trening som symptom av si eteforstyrning. Vi ynskjer å klargjere korleis fysioterapeutane stiller seg til treningsparadokset i møte med slike pasientar, samt kva faktorar som påverkar deira avgjersler. I denne oppgåva er problemstillinga følgjande:

«Kva er fysioterapeutar sine erfaringar med bruk av trening i behandling av pasientar med tvangsprega trening»

1.2 Avgrensing av oppgåva

Pasientgruppa er avgrensa til dei som både er diagnostisert med ei eteforstyrning og som har tvangsprega trening som symptom på si lidning. Det blei utført intervju med fysioterapeutar som hadde brei erfaring med pasientgruppa frå fleire nivå i helsevesenet, både kommune- og spesialisthelsetenesta. Vidare vil vi berre utforske fysioterapeutar si erfaring med trening som behandlingsform, og oppgåva vil difor ikkje sjå på andre tilnærmingar til behandling, eller andre symptom knytt til eteforstyrningar.

3.0 Teoretisk bakgrunn

3.1 Helsefremmande effektar av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet forbettrar den generelle helsa og reduserer risikoen for fleire negative helseutfall (Nystad & Ekelund, 2023). Av den grunn oppmuntrast regelmessig fysisk aktivitet som intervensjon for ei rekke fysiske og psykiske sjukdommar (Mathisen et al., 2018). Martinsen (2018) definerer fysisk aktivitet som «*enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører en vesentlig økning av energiforbruk over hvilenivå*». (2018, s. 34). Trening definerast som ei form for fysisk aktivitet som består av planlagde, strukturerte og gjentakande rørsle som utførast for å betre eller vedlikehalde fysisk helse (Martinsen, 2018, s. 34). I praksis betyr dette at fysisk aktivitet inkludera alle former for muskelarbeid, samt systematisk trening. Vidare vil vi nytte denne forståinga av omgrepet.

Fysisk aktivitet betrar den fysiske forma, og førebyggjar fleire livsstilssjukdomar, samt generelt tidleg død (Helsedirektoratet, 2024a). Ein ny rapport frå Helsedirektoratet (2024b) viser at ved å følgje rådet om minst 150 minutt med moderat til anstrengjande fysisk aktivitet i veka, kan gi ein gevinst på 6-11 fleire friske leveår basert på alder. Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet påverkar vår psykiske helse, både direkte under aktiviteten, samt den etterfølgjande effekten (Martinsen, 2018). Fysisk aktivitet frigjev kjemiske stoff i hjernen som bidreg til auka sjølvtilitt, konsentrasjon og betre søvnkvalitet (Mental Health Foundation, 2021). Regelmessig fysisk aktivitet har også vist seg å ha positiv effekt på depresjon og angst. I følgje ein studie av Mahindru et al. (2023) viser generelle resultat at fysisk aktivitet forbetrar humør og kjensle av sjølvverd, samstundes som det redusera stress, ein faktor kjent for å forverre psykiske og fysiske sjukdommar.

3.1.1 Fysisk aktivitet og sosial omgang

Eit av hovudfunna frå Harvard- studien, kjent som «*The harvard study of adult development*» (Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School, u.å.), understreka at nære relasjonar og sosial omgang er avgjerande for vår velvære, og at sosial støtte beskyttar den generelle helsa (Robert Waldinger, 2015). Studien viser at sosial deltaking bidreg til ei oppleving av sosial tilhøyring og kan motverke einsamheit. Dette gir helsefremmande effektar som lågare førekomst av hjartesyjukdom, kognitiv svikt, og depresjon (Robert Waldinger, 2015). Forsking indikera at sosial støtte spelar ei avgjerande rolle i handteringa av stressande situasjonar, samt har ei allmenn positiv verknad på psykisk helse (Barstad & Sandvik, 2015, s. 90).

Forsking som har undersøkt forholdet mellom sosial omgang og fysisk aktivitet, viser at den sosiale dimensjonen har verdi for menneske si involvering i gunstig helsesrelatert åtferd (Heaney & Israel, 2008, s. 193–195). Halden (2022) skriv at trening i gruppe gir deltakarar moglegheit til å utvikle sitt sosiale nettverk, og gir kjensle av fellesskap og sosial støtte i kvarandre. Personar som trenar i gruppe opplever auka trivsel under og etter treningsøkta, noko som gir motivasjon til å fortsette med vidare behandling (Halden, 2022). Vandereycken (2011) skriv i ein anna studie om ulempene som kan oppstå i gruppebehandling. Når fokuset i gruppa handlar

om samanlikningar og nye måtar å fremje dårlege vanar på, er det risiko for forsterkning av ein pseudo-identitet. Dette innebera at ein etterlikna andre sin åtferd og symptom, som eit resultat av påverknad frå andre i gruppa (Vandereycken, 2011).

3.2 Tvangsprega trening – negative effektar ved fysisk aktivitet

På same måte som fysisk aktivitet har positiv effekt på fysisk form og psykisk helse, kan for mykje trening gi motsett verknad (Martinsen, 2018, s. 134). For dei med eit tvangsprega forhold til trening kan fysisk aktivitet utvikle seg til eit symptomatisk mønster for å regulere, og dermed bidra til å oppretthalde ein psykisk sjukdom (Meyer & Taranis, 2011). Mathisen et al. (2018) skriv at desse personane ofte har strenge daglege treningsregime og opplever angstkjensle dersom dei ikkje får utført planlagt trening. Vidare definerer Mathisen et al. (2018) trening som tvangsprega når den fortsett til tross for treningsvedvarande skadar og prioriterast framfor eit sosialt samvær.

Tvangsprega trening er eit symptom som er sett hos tilnærma halvparten av alle pasientar med ei eteforstyrning (Monell et al., 2018). Dette viser seg gjennom hyppig, einseitig, hard fysisk aktivitet der målet er å «brenne kaloriar» (Mathisen et al., 2020). Personar med eteforstyrning har ofte eit forvrengt kroppsbilete og vanskar med estimering av eigen kroppstorleik (Danielsen, 2006). Mond og Calogero (2009) samanlikna treningsåtferd hos kvinner med og utan eteforstyrningar, der målet var å sjå på motivasjonen bak treninga. Deira funn viste at pasientgruppa i større grad enn kontrollgruppa trena for å betre utsjånad og å kontrollere vekt. I denne pasientgruppa var det tilnærma 50% meir sannsynleg å rapportere kjensler av skuld og anger om dei ikkje fekk gjennomført planlagde treningsaktivitetar. Fleire rapporterte å trene overdrive mykje for å “gjere opp” for trening dei hadde gått glipp av.

Overdrive trening kan føre til langvarige fysiske og psykiske helseutfordringa (Fysionett, 2023). Med overdrive trening meiner ein trening der mengde og intensitet overstig kroppen si evne til å restituere seg (2023)14.05.2024 11:25:00. Trening utan tilstrekkeleg restitusjon kan føre til skadar, nedsett søvnkvalitet, sosial svikt samt auka kjensle av depresjon (Lichtenstein et al., 2017). Overdrive trening påverkar også den mentale helsa, og kan føre til auka irritabilitet, angst og redusert motivasjon for trening (Teien, 2013, s. 26–27). Langvarig energiunderskot

kombinert med overdrive trening kan på sikt føre til kronisk muskelsmerte, infeksjon, endring av menstruasjonssyklus hos jenter og fysisk utmatting (Teien, 2013, s. 26–27). Tvangsprega trening i kombinasjon med ei eteforstyrking er difor svært alvorleg (Mathisen et al., 2018).

3.3 Fysisk aktivitet i behandling av eteforstyrkingar

Sidan tvangsprega trening ikkje definerast som ei psykisk lidning i seg sjølv, finast det avgrensa forskning på behandling av dette symptomet isolert. Likevel aukar forskinga på korleis fysisk aktivitet kan vere hensiktsmessig i behandling av eteforstyrkingar, der tvangsprega trening er eit kjernesymptom (Mathisen et al., 2018).

Cook et al. (2016) har utarbeida 11 kjernetema som skildrar vellukka teknikkar med trening i behandling av eteforstyrkingar, der eit av punkta omhandlar tvangsprega trening. Her understrekar viktigheita av å identifisere individet sin patologiske treningsåtferd, då dette kan vise når trening vil forverre ei eteforstyrking. Hos dei med eteforstyrkingar kan eit tvangsprega forhold til trening predikere ei auka alvorsgrad i sjukdomsforløp og risiko for tilbakefall, samanlikna med dei utan denne treningsåtferden (Aarmo et al., 2021, s. 47). Det tvangsmessige behovet for fysisk aktivitet kompliserer eit gunstig behandlingresultat; difor blir bruk av fysisk aktivitet som behandling mykje omdiskutert (Mathisen et al., 2018). Same studie viser at terapeutar er «redde» for auka tilbakefall ved bruk av denne behandlingstilnærminga (2018). Samstundes peikar dei også på at aktivitetsrestriksjonar potensielt kan frata pasientane fordelar med tilpassa og overvaka fysisk aktivitet (Mathisen et al., 2018).

Johannessen (2018) understrekar viktigheita av lystprega og morosam fysisk aktivitet i behandling 14.05.2024 11:25:00. Fellesaktivitetar med lav intensitet der ein flyttar fokuset vekk frå sjølve treninga er å føretrekke (2018, s. 178). For pasientar med sjukeleg lav kroppsvekt er trening ikkje anbefalt som behandling (Johannessen, 2018, s. 178). Med det høge kaloriforbruket under trening oppnår ein å forverre eller oppretthalde undervekt, noko som motstrid med behandlingsmålet (Martinsen, 2018, s. 124).

3.4 Fysioterapeuten si rolle i behandling

Det er avgrensa forskning på effekten av fysioterapeutiske tiltak for pasientar med eteforstyrning og tvangsprega trening. På bakgrunn av manglande empirisk forskning vart det oppretta eit samarbeid mellom Helse Vest og Helse Midt-Norge i 2005, for å utvikle retningslinjer for fysioterapi ved eteforstyrningar (Nilsen et al., 2005). Desse retningslinjene tek omsyn til pasienten sine kropplege, psykiske og sosiale dimensjonar (2005, s. 24). Eit fellestrekk for pasientane er at dei har «*dårlig kontakt med seg selv*» (2005, s. 23). Hovudmålet med fysioterapeutisk behandling er å gi pasientane moglegheit til å utvide si kroppserfaring, som inkluderer oppfatning av eigen kroppsfasjon, tolking av kropplege signal og kjensle knytt til kropp (2005, s. 23). Retningslinjene gjer greie for ulike tilnærmingar brukt i behandling, som basal kroppskjennskap, psykomotorisk fysioterapi, trening og fysisk aktivitet (Nilsen et al., 2005). Det blir også lagt vekt på fysioterapeuten si rolle i relasjonsbygging med pasienten. I følge Løken og Rise (2019) er det avgjerande at pasienten kjennar seg trygg for å oppnå endring (2019, s. 31). Dei understreka at ein god relasjon forsterka effekten av dei fysioterapeutiske intervensjonane (Løken & Rise, 2019).

Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser (NKNS) utvikla i 2021 nye anbefalingar for bruk av fysisk aktivitet i behandling av eteforstyrningar (NKNS, 2024). Her blir det lagt vekt på grundig kartlegging av treningsåtfærd for å individuelt tilpasse tiltaka. NKNS skriv: “*Kartleggingssamtaler burde gjennomførest av fysioterapeuter eller annen personale med kompetanse både på fysisk aktivitet og spiseforstyrrelse.*” (NKNS, 2024). Dei presiserer at ein alltid skal gjere individuelle vurderingar i samarbeid med den enkelte pasient og det tverrfaglege teamet (NKNS, 2024).

I ei systematisk oversikt av Minanon-Garrido et al. (2022) blei fysioterapeuten si rolle, inkludert bruken av overvaka fysisk aktivitet vurdert i behandling av eteforstyrningar. Resultata indikerte at deltakarane opplevde positive effektar av fysioterapi, både fysisk og mentalt. I gruppa blei det observert og rapportert auka muskelstyrke, betre eteåtfærd, forbetringar i pasientane si halding til eigen kropp, samt betre humør og reduksjon i angstnivå (Minano-Garrido et al., 2022).

4.0 Metode

Då vi starta vårt forskingsprosjekt undersøkte vi fagområdet uavhengig av metodeval. Vi nytta litteratursøk for å finne ut kva forskning som var gjort på feltet tidlegare. For å sikre oss gode kjelde søkte vi i ulike databasar, som Google Scholar, CINAHL og Epicosimos. Vi såg her at det var gjort lite empirisk forskning på området. Problemstillinga vår søkjer å finne svar på eit spørsmål som krev innsikt og tolking av fysioterapeutar sine egne erfaringar. Det fanst ikkje standardiserte skjema som ville gi oss svar på dette. Vi valde difor å gjennomføre kvalitativ intervju for å få informasjon som elles var utfordrande å finne forskning på.

Kvalitativ metode brukast for å undersøkje og skildre menneskeleg opplevingar og haldningar. Metoden eignar seg til studie av tema det er lite forskning på, og som stillar krav til fleksibilitet og openheit (Helsebiblioteket, 2022). Datainnsamling skjer hovudsakleg gjennom intervju. Ein kvalitativ studie gjer det mogleg å få ny innsikt i subjektive meiningar og erfaringar om eit tema. (Hem et al., 2021, s. 123). I følgje Postholm (2010) vil ein med eit fenomenologisk perspektiv få fram den enkelte si oppleving, samt ta utgangspunkt i at verkelegheita er slik informantten oppfattar den (2010, s. 41). Ved å skildre, analysere, tolke og samanlikne ulike erfaringar som finnast, kan vi få oversikt rundt tema og bruke det til å svare på problemstillinga vår (Malterud, 2017, s. 30). I oppgåva blir kvalitativ metode med eit fenomenologisk perspektiv nytta, for å svare på kva erfaring fysioterapeutar har med fysisk aktivitet i behandling av pasientar med tvangsprega trening. Vi skal i dette kapittelet presentere og grunngje val av metode, design, datasamling og analyseprosess.

4.1 Semistrukturerte djupneintervju som design

For å svare på problemstillinga valde vi å bruke semistrukturert djupneintervju som design. Der fekk vi innsyn i informantane sine egne opplevingar med bruk av trening som ein del av behandling for pasientar med eit tvangsprega forhold til trening. Innsamling av data frå fleire kjelde, som intervju og litteratursøk gav oss ein meir fullstendig forståing av problemstillinga og vidare studie. I kvalitative intervju ynskjer ein å skape djupnekunnskap om eit tema. Djupneintervju er intervju av individuelle informantar, der hensikta er å skape tid og rom for deling av erfaringar (Malterud, 2017, s. 133). Semistrukturert intervju er den mest brukte intervjuteknikken innan kvalitativ forskning i ein helsefagleg samanheng (Kallio et al., 2016, s. 2955).

For å systematisere intervjua tok vi utgangspunkt i ein på førehand utarbeida intervjuguide, der målet var å skape ein open samtale. Vi stilte opne spørsmål, slik at informantane sjølv kunne gå i djupna der dei kjente det naturleg. For at samtalen skulle bli fokusert og rikast mogleg på informasjon, stilte vi dei same overordna spørsmåla frå intervjuguiden, samstundes som informantane sine svar var med på å styre samtalen. Denne metoden gav oss som forskarar fleksibilitet til å delta i sjølve prosessen (Malterud, 2017, s. 134), der vi kunne improvisere oppfølgingsspørsmål basert på deltakarane sine svar og gav rom for deira individuelle verbale uttrykk (Kallio et al., 2016, s. 2955).

Med utgangspunkt i vår problemstilling passar denne type intervju for å få innblikk i informantane sine meiningar, haldningar og erfaringar, samstundes som vi fekk svar på det vi lurte på. Vi ynskte å gjennomføre djupneintervju med alle informantane, slik at terskelen for å dele personlege erfaringar, samt pasienthistorier var lågast mogleg. Denne metoden har vist seg å vere gunstig fordi den mogleggjer gjensidig forståing mellom intervjuarane og informantane. Dette betyr at det i løpet av intervjuet skapast ei atmosfære der begge partar blir komfortable og opnar opp for å dele informasjon og perspektiv, som igjen kan føre til ein djupare forståing av temaet. (Kallio et al., 2016, s. 2955).

4.1.1 Utforming av semistrukturert intervjuguide

Ein semistrukturert intervjuguide skal sikre at ein får data som svarar på problemstillinga. Den dekkjer hovudtema i studien og gir ein struktur for diskusjon under intervjua, men burde ikkje følgjast slavisk. I staden er tanken å utforske tema ved å samle liknande informasjon frå kvar informant, samstundes som den gir rettleiing om kva ein skal snakke om (Kallio et al., 2016, s. 2955).

Då vi utarbeida intervjuguiden valde vi nokre tematiske hovudpunkt som alle hadde kvar sine underspørsmål (Vedlegg 3). Hovudfokuset var spørsmål retta mot fysioterapeutane sine egne erfaringar og tankar. Med utgangspunkt i problemstillinga, kom vi fram til tre tema: *Individuell tilpassing, Fysisk aktivitet og trening, samt Fysioterapeuten som profesjonsutøvar*. Intervjuguiden inneheldt også ein innleiings- og avslutningsdel.

Formålet med innleiingsdelen var å bli betre kjent med informantane og den erfaringa dei hadde med den aktuelle pasientgruppa. Vidare kom vi inn på tankar rundt individualisering og heilskapleg vurdering. Heretter blei treningsparadokset introdusert, der såg vi på utfordringar og gevinstar med bruk av behandlingsmetode. I delen om fysioterapeuten som profesjonsutøvar stilte vi spørsmål rundt kunnskapen og arbeidsoppgåvene fysioterapeutar har i behandling i kontekst av tverrfagleg samarbeid. Avslutningsvis spurte vi eit opent spørsmål knytt til framtida innan fysioterapibehandling for gitt pasientgruppe.

4.1.2 Val av informantar

Valet av informantar er gjort på bakgrunn av deira erfaring og føresetnad for å svare på spørsmåla, altså eit strategisk utval (Dalland, 2020, s. 79). Vi ynskte å intervjuje fysioterapeutar med brei og variert erfaring med pasientgruppa for å legge til rette for at vi kunne oppnå eit mest mogleg mangfaldig syn på problemstillinga. Informantane våre hadde lang arbeidserfaring frå ulike delar av spesialist- og kommunehelsetenesta, samt erfaring med pasientgruppa i ulike delar av behandlingsforløpet. Det kvalitative intervjuet tek sikte mot å gå i djupna, og mengde intervjuobjekt er difor få (Dalland, 2020, s. 81).

4.1.3 Rekruttering av informantar

Det vart oppretta kontakt med informantane via mail og telefon. Vi tok først kontakt med *informant 1*, som var kjent for oss frå tidlegare gjennom utdanninga. Vidare vart vi i samråd med rettleiar sett i kontakt med *informant 2*. Den siste informanten fant vi gjennom snøballmetoden, som går ut på å inkludere nye informantar ved å bruke nettverket til allereie deltakandande informantar (Malterud, 2017, s. 45). I *Tabell 1* har vi presentert informantane våre. Namna er erstatta med informant og tal, for å sikre anonymitet.

Tabell 1: Bakgrunnsinformasjon om informantane

	Fagleg bakgrunn/ Utdanning	Arbeidserfaring
Informant 1	Grunnutdanna som fysioterapeut	10 år arbeidserfaring i psykisk helsevern, primært i allmennpsykiatrisk poliklinikk.
Informant 2	Grunnutdanna som fysioterapeut, vidareutdanna i psykomotorisk fysioterapi og basal kroppskjennskap.	20 år arbeidserfaring i psykisk helsevern, 1 år på avdeling for eteforstyrningar i spesialisthelsetenesta.
Informant 3	Grunnutdanna fysioterapeut, vidareutdanning i psykomotorisk fysioterapi, samt kognitiv åtferdsterapi i behandling av eteforstyrningar, no doktorgradkandidat innan emosjonsfokuserert terapi.	20+ år arbeidserfaring i behandling av eteforstyrningar, bl.a. ved avdeling for eteforstyrningar i spesialisthelsetenesta og ved privat institutt.

4.2 Gjennomføring av intervju og setting

Vi gjennomførte tre intervju totalt, eit via videosamtale og to fysisk på arbeidsplassen til informantane. Intervjua varte mellom 30-45 min. Informantane fekk på førehand tilsendt samtykkeskriv, der alle skreiv under før intervjustart (Vedlegg 1). Vi tok lydopptak av intervjua med to ulike einingar med både munnleg og skrifteleg samtykke frå informantane. Intervjuguiden blei aktivt brukt og undervegs i intervjuprosessen justerte vi den for å eit meir presist og utfyllande resultat. Vi var begge til stades under alle intervjua. På førehand fordelte vi roller slik at ein kandidat hadde hovudansvar for interaksjon med informantane, medan den andre hadde ansvar for supplerande spørsmål ved behov, basert på intervjuguiden. Vi veksla på kven som hadde kva rolle under gjennomføring av intervjua.

Data frå intervju som potensielt kunne identifisere informantane våre, slik som lydopptak etter intervju og samtykkeskriv, blei under skriveprosessen lagra og handtert i samsvar med retningslinjene skildra i *Meldeskjema* frå Sikt. (Vedlegg 2).

4.3 Transkribering

Transkripsjonen skal i størst mogleg grad ivareta det opphavlege materialet, slik deltakaren si erfaringar og meiningar blei formidla og oppfatta under datasamlinga (Malterud, 2017, s. 77). Sidan vi nytta ei fenomenologisk tilnærming, forsøkte vi å transkribere ordrett for å auke pålitelegheita av transkripsjonen. Det er likevel hensiktsmessig, ved konvertering til skriven form, å rydde opp grammatiske feil, fjerne “fyll ord”, og utelate lyder som ikkje er tale (Malterud, 2017, s. 78). I denne prosessen valde vi å gjer om transkripsjonane til nynorsk for å ytterlegare anonymisere informantane. Vi er i prosessen merksame på at våre endringar ikkje skal endre deltakaren sin integritet og deira bidrag, men tydeleggjere desse, samt gjere det meir anvendeleg og tilgjengeleg for vidare analyse.

Transkriberingsprosessen starta fortløpande etter kvart intervju. Personen som gjennomførte eit intervju hadde ansvar for å transkribere det same intervjuet med hensikta å effektivisere arbeidsprosessen. Vi las deretter over den andre kandidaten sin transkripsjon for å identifisere styrker og svakheiter i arbeidet som kunne utarbeidast til neste intervju (Skilbrei, 2023, s. 173). Dette inkluderer endringar i intervjuguiden.

4.4 Braun & Clarke sin refleksive tematiske analysemetode

Vi har nytta oss av tematisk analyse, ein metode som let oss systematisk identifisere, analysere, og legge fram tema frå våre datasett (Braun & Clarke, 2008, s. 79). Vi har følgd Braun og Clarke (2008, s. 87) sine seks fasar for tematisk analyse som skildra i *Tabell 2*. For utarbeiding av hovud- og deltema tok vi utgangspunkt i dei data som best svara på vår problemstilling.

Tabell 2: Framgangsmåte Braun og Clarke Tematisk Analyse

Fase	Framgangsmåte
1. Bli kjent med datasetta	I denne fasa transkriberte vi intervju, skapa kjennskap til materialet, samt noterte idear for kodar. Utført kvar for oss.
2. Kategorisere og kode data	I andre fase utførte vi systematisk koding av data, samt kategorisering av utdrag frå intervju.
3. Finn tema frå kodane	I denne fasa samla og endra vi kodar, samt samla dei til tema. For å få eit overblikk blei det brukt tankekart.
4. Oversikt over tema	I fjerde fase slo vi saman, endra og justerte tema, samt danna oss tankar om potensielle hovud- og deltema. Vi las over alle kodar og tema og såg om dei samkørte med datasetta.
5. Definerer av tema og hovudtema	I denne fasa identifiserte vi essensen i kvart tema for å betre definere hovud- og deltema.
6. Skrive resultat og diskusjon	Avslutningsvis satt vi informantanes synspunkt i samanheng med problemstillinga vår og tidlegare presentert teori, og presenterte utvalde sitat.

Som skildra i *Tabell 2* danna vi oss innleiingsvis ein kjennskap til materialet under transkriberinga samt idear for kodar. Vi las over alle intervju saman for å få eit heilskapleg bilete av dei innsamla data før vi starta kodeprosessen. Vidare utførte vi systematisk fargekoding av data, samt kategorisering av utdrag frå intervju. Då store delar av intervju var kategorisert ved hjelp av fargekodar starta vi arbeidet med å identifisere tema. I denne prosessen blei kodar endra, slått saman, eller fjerna. På grunn av den store mengda data brukte vi tankekart for å betre visualisere sorteringsprosessen. Vidare arbeida vi med å identifisere potensielle hovud- og deltema ut i frå alle intervju som ei eining. Avslutningsvis sett vi informantane sine synspunkt, samt kodar frå transkripsjonane i samanheng med problemstillinga vår både i ein tabell og som ei tekstleg framskrivning presentert i oppgåva sine «Funn». Koplinga mellom våre funn og tidlegare presentert teori kjem fram i oppgåva si diskusjonsdel.

4.5 Forforståing

Forforståinga er ein viktig del av motivasjonen for å setje i gang med forskning om eit bestemt tema. Forkunnskapen vi tek med oss inn i eit prosjekt vil påverke korleis vi samlar, les, og tolkar våre data på (Malterud, 2017, s. 45). Som kommande fysioterapeutar har vi kunnskap om samanhengen mellom trening og somatisk helse, samt ei tru på at fysisk aktivitet er fordelaktig for alle. Vår forkunnskap innan temaet er elles avgrensa til det vi har lest i litteratur og media i forkant av oppgåva. Frå tidlegare har vi ingen personlege erfaringa med tvangsprega trening, men har opplevd ein aukande trend både i sosiale media og eige nettverk. Når forskaren har eit aktivt og bevisst forhold til sin forforståing, vil forskaren sin bias reduserast. Braun & Clarke (2008) gjer det klart at forskarar alltid har med seg ei forforståing og at analysen vil vere farga av deira bakgrunn, erfaring og forståing (Braun & Clarke, 2008, s. 80).

4.6 Ethiske betraktningar

Medisinsk forskning er regulert av lovverk som bl.a. har til hensikt å sikre deltakarane si tryggleik og sikkerheit (Malterud, 2017, s. 212). Deltakarane sin identitet og personopplysningar er anonymisert, og som skildra i Helseforskningsloven (2009, § 7), beskytta av teieplikt. Samtykkeskriv (Vedlegg 1) var på førehand utforma av prosjektansvarleg og førehandsgodkjent via SIKT. Deltakarane hadde tilstrekkeleg kjennskap til prosjektet til å kunne ta stilling til om dei ynskja å bidra med deira kunnskap og erfaringar. Samtykkeskriv skildra kva deltaking i prosjektet ville krevje av deltakaren samt kva deltakaren kunne krevje av forskarane. Vi ynskjer å skape empirisk materiale av optimalt omfang (Malterud, 2017, s. 217). Då deltakarane først valde å dele av si kunnskap var det ei underliggande gjensidig einigheit om at denne vil nyttast til å utforske eller utfylle læring. Empiri utan hensikt misbruker både deltakarene si tid og forskarane si arbeidskapasitet.

5.0 Funn

Det vart gjennomført tre intervju med fysioterapeutar som jobbar eller har jobba med pasientar med tvangsprega trening. Intervjua varte til saman i 1,5 time, og vi fekk samla 32 sider transkribert materiale. I dette kapittelet legge vi fram våre funn, som tolka og systematisert i matrisa under. På bakgrunn av dette blei det identifisert tre hovudtema; 1) *Normalisere fysisk aktivitet*, 2) *Pasienten si rolle i eiga behandling*, og 3) *Fysioterapeuten som sentral aktør*. Vi vil no presentere desse tema, med sine respektive undertema.

Tabell 3: Hovudtema, deltema og utdrag frå data

Kodar	Deltema	Tema
«Ok, her er fokuset trening, her er fokuset kropp, her er fokuset fysisk aktivitet.» (1)	Fysioterapeuten si formidling av helse	Normalisere fysisk aktivitet
«...ho måtte velgje å finne andre moglege måtar å vere i rørsle på som ho kjente trigga mindre av eteforstyrninga.» (3)	Regulering av fysisk aktivitet og trening	
«Men, altså eg trur jo ein del av anoreksien er sjukdomsnektinga... og redsla styrar veldig mykje kva ein tenkjer om fysisk aktivitet...» (3)	Realitetsforståing	
«Ein må få litt taket på kva funksjon denne treninga har. Kvifor trenar du sant? Er det fordi du vil ha fin kropp, sjå pen ut, eller er det for å handtere vanskelege kjensler? Kva ligg bak treninga egentleg?» (2)	Den einskilde sin motivasjon	Pasienten si rolle i eiga behandling
«Men for pasientane sin del så er det å få trene i ei gruppe saman med andre ei god anledning til å oppleve at alle desse bekymringane og frykta som ein hadde på førehand, dei var ugrunna.» (1)	Relasjonelle forhold	
“Så veldig mykje av rolla vår handlar om å lære pasientar opp, og å formidle kunnskap om samanhengen mellom fysisk trening og psykisk helse på en forståeleg måte til pasientar.” (1)	Fysioterapeuten si faglege kunnskap	Fysioterapeuten som sentral aktør
«Det er særleg viktig at vi brukar mykje tid på relasjonsbygging, brukar mykje tid på å få dei med på at vi har ein felles plan om målsetning og metode.» (1)	Verdien av relasjonsbygging	

5.1 Normalisere fysisk aktivitet

Eit gjennomgåande tema i alle intervjuar var viktigheita av å fremje eit lystprega og «sunt» forhold til fysisk aktivitet. Dette var forstått som det motsette av det tvangsprega og nedbrytande, det «usunne». Fysioterapeutane fortalde at ein viktig del av behandlinga av tvangsprega trening, var å endre pasientane sitt syn og forståing av fysisk aktivitet, kropp og helse. Dette ynskte dei å oppnå gjennom pasientinformasjon og rettleia fysisk aktivitet.

«Målet må jo vere at dei skal kunne kome tilbake til eit forhold til fysisk aktivitet som er meir sunt eller meir helsefremjande, enn det som mange av dei gjerne har no» (1)

5.1.1 Fysioterapeuten si formidling av helse

Eit viktig tema som kom fram under intervjuar var fysioterapeuten si framtoning. Det blei påpeika at pasientar som møter fysioterapeutar ofte har forventningar basert på stereotyper, noko som kan føre til at dialogen fokusera utelukkande på trening og kropp. Det er difor viktig at fysioterapeutar møter slike pasientar på ein måte som ikkje forsterkar desse stereotype forventningane.

«Okei, korleis kler vi oss?, Korleis framstår vi? Vi treng ikkje å kle oss i stramme inntilsittande klede sant, vi kan vere litt meir nøytrale og vere nedpå utan å vere personleg eller privat.» (2)

Informantane presisera betydninga av å formidle ei heilskapleg tilnærming til helse og velvære, då ein som fysioterapeut kan ende opp som rollemodell. Dette var eit viktig element for å signalisere samsvar mellom behandlar og behandling.

«Vi må i alle fall vere veldig var i møte med denne gruppa, at ikkje vi òg blir ein sånn heilagjeng for å fortsette i eit tvangsprega spor» (3).

5.1.2 Regulering av fysisk aktivitet og trening

Informantane la vekt på kor essensielt det var å inkludere trening og fysisk aktivitet som ein del av behandlinga for pasientgruppa.

«Fordi fysisk aktivitet er jo noko sunt, og vi vil ikkje at folk skal slutte å bevege seg. Så det blir jo da; Korleis behalde det sunne utan å ta med det sjuke?» (3)

Eit nøkkelelement i behandlinga var å regulere fysisk aktivitet framfor å eliminere ho. Informantane understreka at fysisk aktivitet og trening er bra for alle, men innafor individet sine grenser. På vegen mot å kunne sjølvregulere eige aktivitetsnivå la fysioterapeutane vekt på at pasientane måtte erfare korleis sunn fysisk aktivitet kjentest på kroppen. Dei formidla at pasientane opplevde dette som betring av søvn, stemningsleie, eller auka kjensle av velvære. I behandling vart det vektlagt at aktivitet skulle være gøy, inkluderande, og helsefremmande, samt skifte fokus frå estetikk og prestasjon.

«Det handlar ikkje om at vi ikkje ynskjer at pasienten skal trene, men vi skal hjelpe dei til å på sikt lære seg til å regulere treningsintensitet og treningsbelastning... Det er jo ikkje slik at dei som har streva med ei eteforstyrning skal sitje i ro resten av livet fordi at trening kan bli vanskeleg....» (2)

Informantane var samde om at målet aldri var å ta frå pasientane ein arena som for mange var knytt til meistring. Vidare framheva dei risikoen ved å fjerne fysisk aktivitet frå behandlinga, og korleis dette kunne framprovosere anna sjukdomsregulerande åtferd:

«Så om ein tek vekk treninga for ei periode, så må ein jo sjå kva som skjer. Blir det auka sjølvskading, auka restriktive etemønster, meir oppkast? Det er viktige ting å sjå på. Har dei andre måtar å regulere seg sjølve på enn treninga.» (2)

5.1.3 Realitetsforståing

Felles for informantane si oppleving av pasientgruppa var at mange hadde vrangførestillingar knytt til helse, trening og eigen kropp. Informantane opplevde eit stort sprik i pasientane sitt kunnskapsnivå om kropp og trening, der nokre kunne lite og andre svært mykje. Det var likevel viktig å ha ein viss skepsis til kva kjelde pasientane hadde henta informasjonen sin frå, samt kva tankar dei ynskje å bekrefte.

«Mange med ei eteforstyrning har jo stor detaljkunnskap....Men dette er kunnskap med veldig mange hol. Vi kan jo tenkje oss det sjølv, at om det er noko vi har sterke meiningar om så klarar vi å finne informasjon som støttar akkurat det.» (3)

For å takle desse utfordringane ynskja fysioterapeutane å gi pasientane tilstrekkeleg kunnskap og informasjon. Målet var at pasientane sjølv skulle sjå den nedbrytande effekten av eigne handlingsmønster. Berre slik kunne ein bryte ned mytar og misforståingar dei hadde om kropp og helse. To av informantane skildra pasientar med eit urealistisk syn på eiga utsjånad og

prestasjonskrav farga av sosiale media. Vidare fortalde ein informant om mengda feilinformasjon unge blir utsett for i dag:

«Det er jo eit enormt treningsfokus på sosiale media. Det er ikkje lett for dei å lande på kva som er riktig sant.. for kven som helst kan jo kome med kva som helst. Sånn at det er ganske krevjande for dei å navigere i den straumen av all slags informasjon som kjem (2).»

Det vart også trekt fram at informantane syntest det var utfordrande å regulere unge med tvangsprega trening. Fysioterapeutane erfarte ofte at pasientane såg fordelane med trening som større enn ulempene, særleg når dei opplevde at treningsåtferda blei «heia på» av samfunnet og sosiale media. Det var ei konsensus blant informantane at ein ville sjå ein tydeleg korrelasjon mellom sosiale media og auke i eteforstyrning blant unge i framtida. Ein av informantane trakk fram:

«..at dette symptomet sant, tvangsprega trening. Det kan gå lenge under radaren fordi det er så anerkjent å trene altså både blant foreldre og idrettslag. Altså alle heier på det sant?» (3)

5.2 Pasienten si rolle i eiga behandling

5.2.1. Den einskilde sin motivasjon

Frå intervjuet var det tydeleg at individuelle tilpassingar var nøkkelen til ei vellukka behandling. Vektlegginga låg i å identifisere utløysande og oppretthaldande faktorar for den tvangsprega treninga, samt reaksjonar som oppstod ved eventuelle innskrenkingar. Når dette var kartlagt, gjerne i samarbeid med andre faggrupper kunne ein arbeide meir målretta. Det vart understreka at åtferd, slik som tvangsprega trening ofte var eit symptom på noko djupare.

«Ein må berre prøve å sjå heile menneske. Korleis er det for deg, og kva skjer når vi eventuelt avgrensa treninga di?» (2)

Den individuelle tilpassinga var essensiell for at fysioterapeuten skulle kunne motivere pasienten sin, samt hjelpe pasienten med å motivere seg sjølv. Fleire informantar trakk fram at den indre driven til å bli frisk måte komme frå pasienten. Vidare presiserte dei at denne prosessen måtte gjennomførast nøye og fullstendig for å redusere sårbarheita for tilbakefall.

«Du kan ta vekk den eteforstyrta åtferda og du kan jobbe gjennom dei underliggande kjenslene og alt det der. Men, om du beheld ein liten gnist da, som eit tvangsprega forhold til trening... Då gjer ein seg meir sårbar for tilbakefall.» (3)

5.2.2 Relasjonelle forhold

Fleire av informantane hadde erfaring med bruk av gruppebasert trening for denne pasientgruppa. Dei vektla samhaldet si betydning i gruppa og korleis dette skapte ei forplikting mellom deltakarane. I tillegg såg dei klare økonomiske fordelar ved bruk av gruppebehandling. Frå erfaring opplevde informantane at det som blei sagt mellom pasientane i gruppa hadde mykje større innverknad enn det terapeuten sa.

«Det å danne relasjonar til andre, det å snakke med andre, det skaper ei form for tilhøyring og samhald som aukar sannsynet for at dette er noko ein klarar å halde på med på lang sikt.» (1)

Ein informant peika på gruppetrening som eit reiskap for å bryte med isolerande åtferd:

«Mange har blitt veldig slik at dei må trene aleine, at dei må gjere alt aleine og helde på inne i si eiga boble. Så mange treng å øve på å trene saman med andre, saman i rørsle og aktivitet, samt det med samspel og relasjonar. Desse tinga med gruppe tenkjer eg er bra.» (2)

Nokre synleggjorde også utfordringar med å ha pasientar i grupper. Fysioterapeutane fortalde at pasientar som var ny i ein behandlingssituasjon gjerne var usikre og utrygge i rørsle saman med andre. For desse pasientane måtte ein opparbeide ei tryggleik med fysisk aktivitet, gjerne innleiingsvis med individuell trening for å gjere pasienten meir sjølvstendig.

«Ein skal ikkje overlatast til seg sjølv. Første gong stikk vi kanskje innom gruppa..., andre gong sit vi i sofaen å ser på,.. og kanskje etter kvart vil ein kunne delta meir i rommet...» (1)

Ein informant presiserte at nokre pasientar, til dømes dei med traumehistorikk eller tendensar til valdeleg utagering, ikkje deltok i gruppe. Då av omsyn til seg sjølv eller andre pasientar. Det kom i tillegg fram at fleire av informantane ikkje hadde moglegheit til å utføre gruppebasert behandling på noverande arbeidsplass, på grunn av ressursmangel.

5.3 Fysioterapeuten som sentral aktør

Eit anna hovudtema som kom fram i analysen var fysioterapeuten si rolle i behandling av pasientgruppa. Informantane fortalde kva som var nødvendig for å sikre best mogleg behandling og kvifor det var fordelaktig at fysioterapeutar var ein del av det tverrfaglege temaet i slike pasientsakar:

«Eg tenkjer at fysioterapeutar burde hatt ei stemme inn i alle pasientsakar. Fordi alle pasientar som har ei psykisk helse har også ein kropp.» (1)

5.3.1 Fysioterapeuten si faglege kunnskap

Blant fysioterapeutane var det ulik oppfatning når det gjaldt synet på eiga kompetanse. Medan nokre følte seg trygge på at eiga kunnskap var tilstrekkeleg i møte med pasientgruppa, erkjente andre behovet for ytlagare kompetanseutvikling på området.

«Men altså, heilt konkret har vi ein kunnskap som andre yrkesgrupper ikkje har.» (2)

Ein av fysioterapeutane uttrykte bekymring om å bli for spissa i profesjonsutøvinga, og at ein treng breiare kompetanse for å møte dei behova og forventningane som finnast. Likevel var det einigheit om at fysioterapeutar har eit rikt kompetansefelt som inkluderer kunnskap om kropp, kontakt med kropp, trening, samt tilpassing av trening.

Det vart også lagt vekt på viktigheita av å formilde denne kunnskapen vidare til pasienten. Der ein stor del av fysioterapirolla handla om å lære opp pasienten til å gjere eigne vurderingar seinare. Ein av fysioterapeutane oppsummerte det slik:

«Ei av hovudrollene til fysioterapeutar er jo å forklare pasientar på ein så enkel og forståeleg måte som mogleg samanhengen mellom korleis vi brukar kroppen og korleis hovudet verkar, men også korleis hovudet kan påverke kroppen. Samanhengen mellom fysisk og psykisk helse.» (1)

Fysioterapeutane gjorde det tydeleg under intervjuet at tverrfagleg samarbeid var vegen å gå, og at ein viktig del av det å vere profesjonell var å vite når ein burde oppsøkje ytterlegare hjelp. Dei understreka vidare at den samla kunnskapen profesjonane i eit tverrfagleg team hadde, utfylte kvarandre og skapte tryggleik både ovanfor pasient og terapeut.

«...er det nokre eg ser som er veldig undervektig, så kontaktar eg fastlegen ganske raskt, eventuell BUP. Det er i den situasjonen ein skil kva er det ein har ansvar for og kva er det ein har kompetanse på.» (2)

5.3.2 Betydning av relasjonsbygging mellom terapeut og pasient

Det å skape ein relasjon mellom terapeut og pasient var viktig for å gi ei god terapeutoppleving for pasienten, samt heilt avgjerande for at terapeutarbeidet skulle gi gode resultat.

«Altså eit suksesskriterium i all behandling er jo at ein har ein god relasjon til terapeuten sin.» (1)

Fysioterapeuten sine personlege kvalitetar, som det å vere open, autentisk og nysgjerrig vart trekt fram som viktig i relasjonsbygging. Dei la spesielt fokus på å ikkje vere redd for å stille pasienten spørsmål, sjølv kring vanskelege tema. På denne måten visste pasienten kva han eller ho kunne forvente, og enklare opne seg når ein var klar for det. Ein av informantane fortalde frå tidlegare erfaring:

«Etter kvart som tilliten auka og alliansen blei sterkare, og dei skjønnte at eg var der berre for å hjelpe dei med det som dei ynskja.. Og dei kjente at vi var på lag, gjorde det at dei opna seg gradvis meir og meir» (3).

Informantane opplevde at pasientar i ein ukjent relasjon ofte underrapporterte på både ete- og treningsvanar. Dette hadde tydelege ulemper i behandlingsframdrifta, men også betydning for kva hjelp pasientane kunne motta.

«Om pasienten fortel at dei har eit godt forhold til kropp og er vand til å trene masse og glad i å trene, så kan det jo vise seg på eit eller anna tidspunkt at det ikkje er sikkert at det stemmar heilt likevel.» (1)

Fysioterapeutane fortalde at ein først måtte bli kjent med pasienten for å lage ein felles plan for målsetting og behandlingsmetode. Dette oppnådde ein ved å vere ærleg, utan å dømme eller kritisere pasienten sine tidlegare val. Denne tilnærminga baserte seg på tillit og gjensidig respekt.

6.0 Diskusjon av funn

I denne delen vil vi diskutere funn frå analysen sett i lys av den teoretiske bakgrunnen presentert tidlegare. Gjennom analyse av datamaterialet har vi kome fram til tre hovudkategoriar. Desse representerer informantane sine opplevingar og erfaringar med behandling av pasientgruppa. Fokusområda vi har valt ut er «*Fysisk aktivitet i behandling: Regulering og balansegang*», «*Dei relasjonelle faktorane: betydning for behandling*» og «*Fysioterapeuten si rolle i behandling: Kroppsideal og realitetsforståing*». Vi vil vidare presentere ein diskusjon av metoden.

6.1 Fysisk aktivitet i behandling: Regulering og balansegang

Fysioterapeutane framheva fordelane av fysisk aktivitet, og var einige om at det var ei positiv tilnærming i behandling. Dei understreka at fysisk aktivitet er bra for alle, og at det handla om å regulere treninga til eit sunt nivå framfor å eliminere den heilt. Mahindru et al. (2023) støttar denne oppfatninga ved å vise til dei positive effektane på humør, sjølvverd, stress og søvnkvalitet. Det er likevel viktig å erkjenne at tvangsprega trening er eit alvorleg symptom hos personar med eteforstyrning. Tidlegare forskning viser at slik treningsåtfærd auka sjansen for tilbakefall (Bratland-Sanda et al., 2009), noko som gjer at terapeutar er forsiktige med å inkludere fysisk aktivitet i behandling (Mathisen et al., 2018).

Informantane var derimot bekymra for at fullstendig aktivitetsnekt, kunne føre til anna sjukdomsregulerande åtfærd og dermed berre skyve problemet til side. Trening kan vere ein effektiv måte å regulere kjensle på, men dersom den blir for einsidig kan det medføre negative konsekvensar (ROS, u.å.). For nokre pasientar er bruk av trening kontraindikert, og det anbefalast å redusere aktivitet og oppfordrast til kvile (Johannessen, 2018, s. 178). Til tross for dette argumenterte ein informant for at alle menneske kan delta i ei viss form for fysisk aktivitet, og at ingen har godt av å vere inaktive. Helseportpedagog Bjørnar Johannessen støttar dette synet og har ingen tru på aktivitetsnekt. Han understreka viktigheita av rørsle for å oppretthalde kroppen sine funksjonar (Johannessen, 2018).

Fysioterapeutane ynskja å integrere fysisk aktivitet i behandling gjennom å fremje lystprega og inkluderande aktivitetar som var gøyale og helsefremjande. Dette var eit bevisst val for å bryte med den tvangsprega tilnærminga til trening. I likskap med dette skriv Johannessen (2018) at

aktivitetar som flyttar fokuset vekk frå sjølve treninga er å føretrekke i behandling (2018, s. 178). På den andre sida var fysioterapeutane opptekne av å ivareta ein arena som for pasientane ofte var knytt til meistring. Studie viser at behandlinga må opplevast som meiningsfull for pasienten for å gi fysisk og psykisk gevinst (Bratland-Sanda et al., 2009; Mathisen et al., 2018). For å oppretthalde motivasjon hos pasientane var det difor viktig for fysioterapeutane å inkludere aktivtear valt av pasientane sjølv i behandlinga.

Bruken av fysisk aktivitet i behandling er kompleks, og understreka nødvendigheita av individuell tilnærming basert på behov og tilstand. Det er tydeleg at det å finne ein balanse mellom å fremje helse og unngå å forverre ein tilstand er nøkkelen for god behandling.

6.2 Dei relasjonelle faktorane: Betydning for behandlingsresultat

Fysioterapeutane framheve betydninga av det relasjonelle miljøet som oppstår i ei gruppe. Dei erfarte at pasientane hadde større innflyting på kvarandre enn terapeuten aleine. Tidlegare forskning peikar likeins på dei positive effektane av sosial støtte og fellesskap for betre velvære og motivasjon (Halden, 2022). Det er likevel viktig å erkjenne at gruppetrening kan føre til utfordringar, som auka samanlikning og konkurranse rundt kroppsvekt og treningsmengd mellom deltakarane (Vandereycken, 2011). Det kan også føre til læring av dårlege vanar som igjen kan forverre tilstanden. Ein av fysioterapeutane påpeika at gruppetrening ikkje passa for alle, og individuell tilpassing av behandling var nødvendig.

Fysioterapeutane skildra ei pasientgruppa med store variasjonar, noko som set krav til individuelle tilpassingar. Dette understrekast også i NKNS sine anbefalingar for fysioterapibehandling, der ein legg vekt på individuell vurdering i samarbeid med pasienten (NKNS, 2024). Informantane fortalde at for pasientar med behov for lite forstyringar og mykje rettleiing, er individuell behandling gunstig. På den andre sida er det kjent at mange føretrekk å trene aleine og slik isolerer seg sosialt sett (Martinsen, 2018, s. 124). Individuell behandling vil ikkje bryte med dette mønsteret, og dermed ikkje kunne endre det sosiale aspektet med symptombiletet til pasientane. Å finne den rette balansen mellom desse omsyna krev ei grundig vurdering av kvar enkelt pasient sin situasjon, samt ei fleksibel tilnærming til behandlinga.

Sjølv om alle fysioterapeutane var positive til bruk av gruppebehandling, implementerte berre ein av dei behandlingsforma i sin praksis. Dei to andre indikerte at mangelen på ressursar var ein sentral årsak til at dei ikkje nytta eit slikt tilbod. Samstundes la dei vekt på at relasjonen mellom terapeut og pasient for nokre var minst like viktig. Sjølv om dette igjen kravde mykje tid og ressursar, var dei einige om at terapeut-pasient-relasjonen var avgjerande for ei vellukka behandling.

I ein tillitsfull relasjon opplevde fysioterapeutane større openheit frå pasientane. Dette støttast av teorien som seier at det først er når pasienten kjenner seg trygg at endring kan skje (Løken & Rise, 2019, s. 31). Samstundes kom det fram at ein som fysioterapeut skal halde seg profesjonell ovanfor pasienten. Dette innebære at sjølv om pasienten delar personlege og private kjensle, erfaringa og tankar, skal ikkje ein som terapeut gjere det same (Norsk fysioterapeutforbund, 2024). Å skape ei atmosfære av tillit samstundes som ein opprettheld profesjonelle grenser byr på utfordringar. Tillit er nødvendig for å fremje openheit og samarbeid, samstundes som terapeuten må overhalde etiske retningslinjer og respektere pasienten sitt personvern. Balansering av desse aspekta krev sensitivitet, empati og anna profesjonalitet frå terapeuten si side, samstundes som pasienten sine behov for tillit og støtte ivaretakast.

6.3 Fysioterapeuten si rolle i behandling: Kroppsideal og realitetsforståing

Informantane delte erfaringar om at mange pasientar hadde eit forvrengt kroppsbilete og forståing kring effekten av fysisk aktivitet og trening på kroppen. Studiar av Aarmo et al. (2021) og Danielsen et al. (2005) støtter dette funnet hos personar med eteforstyrningar og trekk fram at pasientane ofte ikkje klarer å bedømme om treningsmengda deira er hensiktsmessig eller overdriven. Danielsen et al. (2005) vektlegg difor undervisning om kropp, trening og psykisk helse i behandling for å korrigere feiloppfatningar, med mål om å gi pasientane dei reiskapane dei treng for å ta vare på eiga helse (2005, s. 54).

Pasientinformasjon er ein viktig del av behandlinga, der fysioterapeutar med si fagkunnskap har ei nøkkelrolle i å forbetre pasientane si forståing av trening og kroppslege reaksjonar ved aktivitet. Uansett om pasientane sin motivasjon for trening var estetikk, prestasjon eller

meistring av kjensler, var målet med behandlinga det same: å etablere eit positivt og realistisk forhold til fysisk aktivitet og eigen kropp. Dette støttes av fleire fagfolk, inkludert Campbell og Hausenblaus (2009), som i deira metaanalyse argumentera for den positive effekten av fysisk aktivitet på kroppsbilete.

Ein må likevel ta omsyn til at fysisk aktivitet i behandlinga også kan auke fokuset på kropp og eventuelle endringar i vekt, feittprosent, prestasjon eller utsjånad (Martin Ginis & Bassett, 2011, s. 378–386). Informantane understreka at fysioterapeutane si kunnskapsformidling måtte opplevast som autentisk for å være effektiv. Dei måtte vere bevisst på si eiga framtoning og korleis dei formidla "sunn" treningsåtfærd. Pasientane sine forventningar til fysioterapeuten måtte takast i betraktning, då det til dømes er vanleg å tru at fysioterapeutar trenar meir enn andre. Dette kunne skape paradoksale situasjonar når fysioterapeutane måtte råde pasientane til å redusere si eiga treningsmengd. På den andre sida kunne fysioterapeuten som tydeleg representant for sin faglege kunnskap skape positive reaksjonar hos pasientane. Fysioterapeutane fungerte då som ei referanse for dei pasientane som tidlegare ikkje hadde opplevd at nokon kunne prioritere systematisk trening òg ha eit heilskapleg syn på kropp og helse.

6.4 Diskusjon av metode

I all forskning vil ein kunne finne svakheiter som påverka oppgåva sin gyldigheit og pålitelegheit (Skilbrei, 2023, s. 87). Under forskinga har vi forsøkt å halde oss nøytrale og kritiske for å ivareta oppgåva sin kvaliteten, men ein vil likevel finne manglar.

Validitet handlar om oppgåva si gyldigheit, og i kva grad ein kan trekkje gyldige slutningar frå resultata (Postholm, 2010, s. 170). For svare på vårt forskingsspørsmål valde vi semistrukturerte djupneintervju med ei fenomenologisk tilnærming. Dette gjorde at vi tydeleg fekk fram informantane sine subjektive erfaringar, noko som styrka validiteten i oppgåva. Postholm (2010) poengtera at forskaren er det viktigaste forskingsinstrumentet i kvalitativ forskning, og at ein må vere bevisst på korleis refleksiviteten påverka oppgåva (2010, s. 127). I metodekapittelet synleggjorde vi eigen forforståing og reflekterte korleis dette kunne forme forskingsprosessen. Under utforminga av intervjuguide unngjekk vi leiande spørsmål, og forsøkte å legge frå oss

forhandsbestemte haldingar. Likevel baserer kvalitativ forskning seg på tolkingar. Braun og Clarke (2008) skriv at forskaren sin forkunnskap og egne haldingar til problemstillinga vil påverke resultatata, og ein fullstendig nøytralitet vil difor ikkje eksistere.

Reliabilitet handlar om kor stabile resultatata er, og i kva grad dei kan etterprøvast og reproduserast (Postholm, 2010, s. 169). Vi har forsøkt å synleggjere vår framgangsmåte med å skildre kva val vi har tatt og kvifor. Samstundes er det vanskeleg å reprodusere resultat frå fenomenologisk metode (2010, s. 136), då dei tema vi har valt å trekke fram i analysen ikkje nødvendigvis er det andre ville sett på som mest essensielt. Dette vil påverke oppgåva sin reliabilitet. Vi såg på det som ei styrke å vere to i denne prosessen, då vi kunne diskutere kva tema ein opplevde som viktig.

I kvalitativ studie er grundig datainnsamling den viktigaste faktoren som sikrar kvalitet og pålitelegheit (Kallio et al., 2016, s. 2955). To av fysioterapeutane vi intervjuar var vidareutdanna innan psykomotorisk fysioterapi, dette kan ha påverka deira synspunkt og tilnærming i behandlinga. Likevel opplevde vi at dei klarte å svare uavhengig av si vidareutdanning. Sidan vi enda er i ein læringsprosess ynskter begge å gjennomføre eit intervju kvar. Dette kan ha påverka formidlinga av oppfølgingsspørsmål og framtoning. Det er også første gangen vi jobbar med eit slikt forskingsprosjekt, noko som påverkar kvaliteten av gjennomføringa.

7.0 Konklusjon

Fysisk aktivitet blir sett på som eit verdifullt verktøy i behandling av pasientar med tvangsprega trening som symptom på si eteforstyrning. I behandlinga er dei sentrale momenta normalisering av fysisk aktivitet, og pasientundervisning. Fysioterapeutane vektlegg overvaka og lystprega fysisk aktivitet for å fremja meistring og rørsleglede, samstundes som dei bevisst ynskjer å flytte fokuset vekk frå estetikk, tal, og prestasjon. Undervisning med utgangspunkt i tema som kropp, trening, og psykisk helse sjåast på som avgjerande for å bryte med pasientgruppa sine vrangførestillingar. Fysioterapeuten har med utgangspunkt i si særskilde faglege og praktiske kompetanse, ei viktig rolle som informasjonsformidlar og rettleiar om «sunn» treningsåtfærd. Gruppebehandling blir føretrekt då det fremjar sosialt fellesskap og reduserer isolerande åtfærd. Likevel må fysioterapeutane gjere individuelle tilpassingar basert på kvar enkelt sitt

sjukdomsbilete. I dette arbeidet krev det brei kunnskap, varsemnd og profesjonalitet, samt ei forståing av det paradoksale ved aktivitet som både symptom og behandling. Oppgåva viser at medan fysisk aktivitet er ein sentral del av problemet for desse pasientane, kan den, når den utførast med fagleg kunnskap og gjensidig forståing vere ein del av løysinga.

Oppgåva har klare avgrensingar ved å berre inkludere erfaringar frå fysioterapeutar, og ikkje pasientane direkte. Fysioterapeutane sine refleksjonar supplert av pasientane si oppleving av trening i behandling kunne gitt eit meir heilskapleg svar på problemstillinga. Frå arbeidet med oppgåva har vi sett eit ytterlegare behov for kunnskap om fysioterapeutiske intervensjonar for pasientgruppa. Vidare forskning burde difor fokusere på korleis fysioterapeuten kan integrerast som ein del av det tverrfaglege behandlingsteamet.

8.0 Referanseliste

- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/deltaking-stotte-tillit-og-tilhorighet/Deltaking%20st%C3%B8tte%20tillit%20og%20tilh%C3%B8righet.pdf>
- Bratland-Sanda, S., Rosenvinge, J. H., Vrabel, K. a. R., Norring, C., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø. & Martinsen, E. W. (2009). Physical activity in treatment units for eating disorders: Clinical practice and attitudes. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 14(2–3), e106–112. <https://doi.org/10.1007/BF03327807>
- Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Campbell, A. & Hausenblas, H. A. (2009). Effects of exercise interventions on body image: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 780–793. <https://doi.org/10.1177/1359105309338977>
- Cook, B. J., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Thompson, R., Sherman, R. & McCallum, K. (2016). Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 48(7), 1408–1414. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000912>
- Dahlgren, C. L., Reneflot, A., Brunborg, C., Wennersberg, A.-L. & Wisting, L. (2023). Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community based two-phase study. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(11), 2062–2073. <https://doi.org/10.1002/eat.24032>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzMzMjYyNTdfX0FO0?sid=2e5225e2-6b1e-4275-87fa-4982815d92f1@redis&vid=0&format=EK&rid=1>
- Danielsen, M. (2006). *Kroppsbilde, spiseforstyrrelse og fysioterapi: En kasusrapport*. (12/2006). <https://www.fysioterapeuten.no/kroppsbilde-spiseforstyrrelse-og-fysioterapi--en-kasusrapport/123572>

- Fysionett. (2023, 11. august). *Overtrening—Hvordan kjenne igjen tegnene – Symptomer og årsaker*. <https://www.fysionett.no/overtrening-hvordan-kjenne-igjen-tegnene/>
- Halden, I. (2022, 12. juni). *Derfor virker gruppetrening så bra*. forskning. <https://www.forskning.no/norges-idrettshogskole-partner-podcast/derfor-virker-gruppetrening-sa-bra/2036593>
- Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. I K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Red.), *HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION Theory, Research, and Practice* (4. utg., s. 189–207). Jossey-Bass. https://www.academia.edu/6487965/HEALTH_BEHAVIOR_AND_HEALTH_EDUCATION_Theory_Research_and_Practice_4TH_EDITION
- Helsebiblioteket. (2022, 31. august). *4.4 Kvalitativ metode*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.4-kvalitativ-metode>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Spiseforstyrrelser: Nasjonal faglig retningslinje*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2023, 4. juli). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling: Voksne og eldre—Generelle råd*. Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/voksne-og-eldre>
- Helsedirektoratet. (2024a). *Helsegevinstene av fysisk aktivitet er større enn tidligere antatt*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsegevinstene-fra-fysisk-aktivitet-er-storre-enn-tidligere-antatt>
- Helsedirektoratet. (2024b). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. helsenorge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2020-12-04-133). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

- Hem, E., Kirkevold, M., Friis, S. & Vaglum, P. (2021). *Innføring i klinisk forskning og fagutvikling*. Universitetsforlaget.
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Fysioterapi: Bachelor*. hvl.no.
<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/fysioterapi/>
- Johannessen, B. (2018). Praktiske erfaringer med trening for mennesker med psykiske lidelser. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet—Psykisk helse—Kognitiv terapi* (3. utg., s. 172–185). Fagbokforlaget.
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965.
<https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Lichtenstein, M. B., Hinze, C. J., Emborg, B., Thomsen, F. & Hemmingsen, S. D. (2017). Compulsive exercise: Links, risks and challenges faced. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 85–95. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113093>
- Løken, H. S. & Rise, M. B. (2019). Psykomotorisk fysioterapi til mennesker med traumeerfaring – en kvalitativ intervjustudie. *Fysioterapeuten*, 8, 26–32.
- Mahindru, A., Patil, P. & Agrawal, V. (2023). Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review. *Cureus*, 15(1), Artikkel: e33475.
<https://doi.org/10.7759/cureus.33475>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martin Ginis, K. A. & Bassett, R. L. (2011). Exercise and Changes in Body Image. I T. F. Cash & L. Smolak (Red.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., s. 378–386). Guilford.
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet—Psykisk helse—Kognitiv terapi* (3.

utg.). Fagbokforlaget.

Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School. (u.å.). *Harvard Second Generation Study*. Harvardstudy. <https://www.adultdevelopmentstudy.org>

Mathisen, T. F., Bratland-Sanda, S., Rosenvinge, J. H., Friborg, O., Pettersen, G., Vrabel, K. A. & Sundgot-Borgen, J. (2018). Treatment effects on compulsive exercise and physical activity in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 6(43). <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0215-1>

Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Pettersen, G. & Sundgot-Borgen, J. (2020). Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(4), 574. <https://doi.org/10.1002/eat.23228>

Mental Health Foundation. (2021). *Physical activity and mental health*. Mentalhealth. <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/physical-activity-and-mental-health>

Meyer, C. & Taranis, L. (2011). Exercise in the eating disorders: Terms and definitions. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 169–173. <https://doi.org/10.1002/erv.1121>

Minano-Garrido, E. J., Catalan-Matamoros, D. & Gómez-Conesa, A. (2022). Physical Therapy Interventions in Patients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13921. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113921>

Mond, J. M. & Calogero, R. M. (2009). Excessive Exercise in Eating Disorder Patients and in Healthy Women. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 227–234. <https://doi.org/10.1080/00048670802653323>

Monell, E., Levallius, J., Forsén Mantilla, E. & Birgegård, A. (2018). Running on empty – a nationwide large-scale examination of compulsive exercise in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0197-z>

- Nilsen, M., Danielsen, M. & Grønlund, G. E. (2005). *Fysioterapi og spiseforstyrrelser*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). https://nsfsf.no/wp-content/uploads/2015/12/fysioterapi_og_spiseforstyrrelser.pdf
- NKNS, N. klinisk nettverk for spiseforstyrrelser. (2024, 22. april). *Fysisk aktivitet og alvorlige spiseforstyrrelser—Anbefalinger for kartlegging og behandling*. hnt. <https://www.hnt.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern-og-rus/rksf/fysisk-aktivitet-og-alvorlige-spiseforstyrrelser/#kartlegging>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2024). *Fysioterapeuters ansvar som helsepersonell: Fysioterapeutens forhold til pasienten*. <https://fysio.no/helsepersonellansvaret>
- Nystad, W. & Ekelund, U. (2023). *Folkehelse rapporten: Fysisk aktivitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Robert Waldinger. (2015. november). What makes a good life? Lessons from the longest study on happiness [Video-episode]. I *TED Talks*. TED. https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness
- ROS. (u.å.). *Tvangspreget trening*. nettros. <https://nettros.no/fa-kunnskap/trening/>
- Skilbrei, M.-L. (2023). *Kvalitative metoder; planlegging gjennomføring og etisk refleksjon* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Teien, H. K. (2013). *Historisk gjennomgang av studier utført av FFI på Krigsskolens stridskurs* (FFI-rapport 2013/01566). Forsvarets forskningsinstitutt. <https://ffi-publikasjoner.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12242/1002/13-01566.pdf>

Vandereycken, W. (2011). Can Eating Disorders Become 'Contagious' in Group Therapy and Specialized Inpatient Care? *European Eating Disorders Review*, 19(4), 289–295.
<https://doi.org/10.1002/erv.1087>

Aarmo, I., Danielsen, M. & Almvik, A. (2021). Erfaringer med fysisk aktivitet blant kvinner med spiseforstyrrelser. En intervjustudie. *fysioterapeuten.no*, 4(21), 46–53.