

Magnus Sandvik Mangrud

---

## «Er du sterk fysisk, så gjør det noe med hodet ditt»

En kvalitativ undersøkelse om psykiatriske pasienters oppfatninger og opplevelser om fysisk aktivitet og helse i psykisk helsevern

---

Masteroppgave i idrettsvitenskap  
Seksjon for idrettsmedisinske fag  
Norges idrettshøgskole, 2019

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Helse er et vidt og komplekst begrep, og ulike oppfatninger knyttet til dette begrepet er vanlig. Det er begrenset kunnskap om psykiatriske pasienters oppfatninger av dette begrepet. Fysisk aktivitet har vist seg å kunne være en hensiktsmessig behandlingsform for personer med psykiske lidelser, men det er likevel begrenset forståelse for hvordan man kan tilrettelegge for fysisk aktivitet på en best mulig måte for denne gruppen. Denne oppgaven hadde derfor to hovedhensikter; (1) undersøke psykiatriske pasienters oppfatning av helsebegrepet, og (2) utforske deres opplevelser, erfaringer og tanker knyttet til fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykisk helsevern. Self-determination theory (SDT), selvbestemmelsesteorien, ble benyttet som teoretisk rammeverk. **Metode:** Prosjektet benyttet en fenomenologisk tilnærming. Seks deltakere (fire menn og to kvinner) med ulike diagnoser, som alle var tilknyttet samme institusjon, ble intervjuet og dataene ble analysert ved bruk av en tematisk analyse. **Resultater:** Datamaterialet resulterte i to globale temaer; (1) deltakernes oppfatning av helsebegrepet og (2) deltakernes opplevelser knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet. Deltakernes oppfatning av helsebegrepet omhandlet ikke bare sykdom, eller fravær av sykdom. Deltakerne delte alle en oppfatning om at til tross for tilstedeværelse av sykdom, kunne man likevel ha god helse dersom den enkelte kunne ta del i meningsfulle aktiviteter, opprettholde sosiale relasjoner og lære seg til å håndtere sine problemer. Deltakernes opplevelser knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet, besto av tre undertemaer; «opplevelser som følge av deltakelse», «barrierer knyttet til deltakelse» og «motivasjon for deltakelse». Opplevelser som følge av deltakelse tok for seg fysiske, psykiske og sosiale effekter som følge av deltakelse i fysisk aktivitet. Barrierer for deltakelse innebar problemer som følge av sykdommen, mangel på ferdigheter og bivirkninger av medisiner. Motivasjon for deltakelse omhandlet økt kunnskap om fysisk aktivitet, valgmuligheter i aktivitetstilbudet og sosiale aspekter. **Konklusjon:** Deltakerne i denne oppgaven så på helse som flerdimensjonalt, og bestående av fysisk og psykisk helse. Videre delte alle en oppfatning om at det er mulig å ha god helse til tross for at man er syk eller skadet, dersom man lærer seg å håndtere sine problemer og kan ta del i meningsfulle aktiviteter. Oppgaven viste også at fysisk aktivitet kan ha god effekt på pasientenes helse, og bør derfor prioriteres som behandlingsform for denne gruppen. Deltakernes tanker om tilrettelegging ser ut til å samsvare med ulike komponenter i SDT, noe som indikerer at dette kan være et hensiktsmessig teoretisk rammeverk å benytte i implementering og tilrettelegging av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser.

## Abstract

**Background:** Health is a wide and complex term, and different perceptions about health are very common. There are limited knowledge about mental health patients' perceptions of this term. Physical activity has been proven beneficial as a part of treatment for people with mental illness. However, we still need to understand how to most effectively implement and facilitate physical activity for this group. Based on this, this paper had to main aims; (1) explore the participants' perceptions of the term health, and (2) explore their experiences, thoughts and meanings about physical activity as a part of treatment in mental health care. This paper applied Self-determination theory (SDT) as a theoretical framework. **Method:** This project used a phenomenological approach. Six participants (four males and two females) with different diagnosis, all belonging to a mental health care centre, were interviewed, and their data were analysed using a thematic analysis. **Results:** The data resulted in two global themes; (1) the participants' perception of health, and (2) experiences regarding participation in physical activity. The participants' perception of health did not just consists of disease, or absence of disease. The results showed that despite being sick, there were still possible to obtain good health, if they were able to participate in meaningful activities, keep social relations and managed to cope with their illness. The participants experiences regarding participation in physical activity were divided into three subthemes; "experiences following participation", "barriers for participation" and "motivation for participation". Experiences following participation focused on physical, mental and social effects following participating in activity. Barriers for participation involved problems resulting from the illness, lack of skills and side effects of medication. Motivation for participation featured increased knowledge about physical activity, social aspects and feelings of choice. **Conclusion:** The participants in this project saw health as multidimensional, consisting of physical and mental health. Furthermore, they shared a perception that there is possible to obtain good health, despite being sick or injured, if people can learn to cope with their problems and take part in meaningful activities. This paper also showed that physical activity can be beneficial for the patients' health, and should therefore be prioritised as a part of treatment for people with mental illness. The participants' thoughts regarding facilitation of physical activity supports several aspects from SDT, which indicates that this might be a suitable theoretical framework to use when implementing and facilitating physical activity for people with mental illness.

## Forord

«Et sunt sinn i en sunn kropp» er ikke et nytt konsept. Allerede i romersk tid ble dette hevdet av poeten Juvenal, og siden da har vi visst at mental funksjon henger sammen med fysisk velvære. Over de siste to århundrer har det vært en stor samfunnsutvikling og denne har hatt negativ innflytelse på forholdet mellom fysisk helse og psykisk velvære. Jeg har nå brukt mitt siste skoleår som masterstudent til å utforske aspekter ved dette forholdet og forsøkt å utforske hvordan vi kan styrke forholdet mellom fysisk og psykisk helse. Denne oppgaven gir ingen fasit på dette, men forhåpentligvis er det noe å lære av den, og jeg håper at de av dere som ønsker å lese den får en god opplevelse. Til tross for at det er mitt navn på forsiden er ikke denne oppgaven et resultat av mitt arbeid alene. Det er flere som har vært med på å forme denne oppgaven og jeg ønsker derfor å benytte anledningen til å takke alle disse.

**Marit Sørensen:** Min veileder. Du har gitt meg uvurderlig faglig veiledning. Din kunnskap om oppgavens tematikk har vært til stor hjelp, og det har vært en ære å ha deg som veileder.

**Institusjonen som har vært samarbeidspartner for prosjektet:** Av hensyn til deltakerne gis ingen dypere beskrivelse av dere, men dere vet selv hvem dere er. Tusen takk for at dere la til rette slik at jeg kunne gjennomføre prosjektet mitt hos dere, og takk for at dere lot meg ta del i deres arbeid. Det har vært veldig lærerikt!

**Deltakerne i prosjektet:** Uten dere hadde dette bare vært en oppgave uten resultater. Tusen takk for at dere var villige til å åpne dere opp og dele deres opplevelser, erfaringer og tanker, og tusen takk for at dere lærer oss hvor mye vi faktisk ikke vet.

**Alf Magne Foss og Magnus Esberg:** Henholdsvis direktør og psykolog ved Skogli helse- og rehabiliteringssenter. Takk for at dere stilte opp og var behjelpelig i diskusjon av oppgavens resultater.

**Familie og venner:** Takk for at dere alltid har vært til stede med støttende ord, interesse og godt humør. Dere har alltid vært med på å motivere meg, noe som har gjort prosessen lettere.

Lillehammer, mai 2019

Magnus Sandvik Mangrud

## Oversikt over figurer

Figur 1. En konseptuell modell over potensielle virkningsmekanismer .....	13
Figur 2. En illustrasjon av SDT kontinuumet .....	21
Figur 3. Oversikt over veien fra koder til det globale temaet «Deltakernes oppfatning av helsebegrepet» .....	39
Figur 4. Oversikt over veien fra koder til det globale temaet «Deltakernes opplevelser knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet» .....	43

## Oversikt over tabeller

Tabell 1. Beskrivelse av utvalg .....	27
---------------------------------------	----

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Forord</b> .....	<b>iii</b>
<b>Oversikt over figurer</b> .....	<b>iv</b>
<b>Oversikt over tabeller</b> .....	<b>iv</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>v</b>
<b>1.0 Bakgrunn</b> .....	<b>1</b>
1.1 Forståelser av helse.....	1
Helse er å være frisk – medisinsk forståelse .....	2
Verdens helseorganisasjon – helhetlig definisjon .....	3
Helse – evne til tilpasning og selvregulering .....	4
Helse – pasienter med psykiske lidelsers oppfatning .....	5
1.2 Psykiske lidelser og fysisk aktivitet.....	6
Psykiske lidelser og fysisk helse .....	7
Fysisk aktivitet og forebygging av psykiske lidelser .....	8
Fysisk aktivitet som behandling for psykiske lidelser .....	9
Potensielle virkningsmekanismer .....	11
Aktivitetsnivået hos personer med psykiske lidelser .....	15
Motiver, barrierer og preferanser for fysisk aktivitet.....	16
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>19</b>
Selvbestemmelsesteorien .....	19
SDT – fysisk aktivitet og psykiske lidelser .....	21
<b>3.0 Oppsummering av forskningsbehov og hensikt med oppgaven</b> .....	<b>24</b>
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>25</b>
4.1 Design .....	25
4.2 Utvalg .....	26
4.3 Prosedyre .....	27
Observasjonspraksis .....	27
Forskerrollen og forskeren forståelse .....	28
Pilotintervjuer .....	29
Intervjuene .....	29
Oppbevaring av datamateriale .....	30

4.4 Analyse .....	31
Bli kjent med datamaterialet .....	31
Koding av datamaterialet .....	31
Finne temaer.....	32
Gjennomgang og vurdering av temaer.....	32
Definere og navngi temaer .....	33
Produksjon av rapport .....	33
4.5 Studiens troverdighet.....	34
Gyldighet.....	34
Overførbarhet .....	34
Pålitelighet .....	34
Forskerens objektivitet.....	35
4.6 Etske overveielser.....	35
<b>5.0 Resultater .....</b>	<b>38</b>
5.1 Deltakernes oppfatning av helse.....	39
Flerdimensjonalt .....	39
Syn på god helse .....	41
Sykdom i forhold til helse.....	42
5.2 Opplevelser knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet.....	43
Opplevelser som følge av deltakelse.....	44
Barrierer for deltakelse.....	46
Motivasjon for deltakelse.....	48
<b>6.0 Diskusjon.....</b>	<b>51</b>
6.1 Spørsmål 1 – Hvilke oppfatninger har deltakerne av begrepet helse? .....	51
6.2 Spørsmål 2 – Hvilke opplevelser har deltakerne om fysisk aktivitets rolle knyttet til egen helse?.....	53
6.3 Spørsmål 3 – Hvordan har deltakerne opplevd fysisk aktivitet som en del av behandlingen?.....	56
Tilfredsstillelse av behovet for autonomi .....	56
Tilfredsstillelse av behovet for kompetanse.....	57
Tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet .....	58
6.4 Spørsmål 4 – Hvilke tanker har deltakerne om tilrettelegging av fysisk aktivitet i psykiatrien, med mål om å øke deltakelse? .....	60
Valgmuligheter .....	60
Redusere følelsen av prestasjonspress .....	61
Skape mening knyttet til deltakelse i aktivitet .....	63

6.5 Styrker og svakheter .....	65
6.6 Oppgavens troverdighet.....	67
Gyldighet.....	67
Overførbarhet .....	68
Pålitelighet .....	68
Forskerens objektivitet.....	68
6.7 Oppgavens betydning for praksis .....	69
6.8 Videre forskning .....	70
<b>7.0 Konklusjon.....</b>	<b>72</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>73</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>98</b>
Vedlegg 1 – Intervjuguide .....	
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv med tilhørende samtykkeerklæring.....	
Vedlegg 3 – Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD) .....	
Vedlegg 4 – Godkjenning fra NiHs etiske komité .....	



# 1.0 Bakgrunn

## 1.1 Forståelser av helse

Helse er et bredt begrep, og kan ha en rekke ulike meninger. Ordet helse kommer av det gamle engelske uttrykket for å helbrede, *hael*, som oversatt til norsk betyr hel (Naidoo & Wills, 2000). Dette signaliserer at helse omfatter hele mennesket. Ulike oppfatninger knyttet til begrepet helse er vanlig, ettersom helse er et komplekst begrep, og kan ha flere ulike komponenter (Larson, 1999). Helse kan defineres som fravær av sykdom eller baseres på livskvalitet. Det kan også defineres som kvantitet (lengde på livet) og kvalitet, eller defineres som konstant fravær av fysisk og psykisk smerte og sykdom (Feinstein, 1992). En norsk studie av Fugelli & Ingstad (2001), som besto av intervjuer av totalt 80 personer, viste stor variasjon i oppfatninger. 17 av deltakerne påpekte at helse var synonymt med «å ikke være syk». Andre oppfatninger omhandlet at helse handler om trivsel, at det handler om at kroppens funksjon er intakt, at humøret er godt, at man føler mestring og har overskudd og energi i hverdagen (Fugelli & Ingstad, 2001). Denne studien er bare et eksempel på hvor mange ulike oppfatninger som eksisterer knyttet til begrepet helse, og det viser litt av hvor vanskelig det kan være å klart definere dette begrepet.

Å definere helse er derfor et ambisiøst og komplekst mål. Flere aspekter må tas i betraktning, flere interesser må vurderes, og mange kulturer må inkluderes, ettersom alle disse faktorene er med å påvirke hvordan man oppfatter begrepet helse (Mæland, 2009). Behovet for en økt forståelse av helsebegrepet er viktig, ettersom helse er sentralt i flere deler av samfunnet. Helsesektorene mottar store ressurser fra samfunnet, er med å skape et stort arbeidsmarked, og folkehelsen har kanskje større oppmerksomhet enn noen gang (Mæland, 2009). På bakgrunn av dette er det viktig å både definere, og også avgrense begrepet helse i ulike sammenhenger. Videre i denne delen vil det derfor presenteres et utdrag definisjoner og forståelser av helse, med mål om å utdype ulike oppfatninger knyttet til dette begrepet.

## **Helse er å være frisk – medisinsk forståelse**

I den moderne vestlige verden, er den dominerende forståelsen av helse som benyttes av helsepersonell både i trening og praksis omtalt som vestlig vitenskapelig medisin (Naidoo & Wills, 2000). Denne forståelsen opererer med et snevert syn på helse, og baserer seg på fravær av sykdom. Christopher Boorse regnes for å ha levert den best begrunnede definisjonen på helse, sett fra et biostatisk ståsted (Mæland, 2009). Han beskriver kroppen som en mekanisk enhet, som igjen kan deles i flere enkeltdeler, som alle har hver sin funksjon. De enkelte funksjonene bidrar til overlevelse og reproduksjon for organismen, direkte eller indirekte (Boorse, 1977). Boorse (1997) beskriver de ulike funksjonene som en del av menneskets artsdesign, og alt som bryter med dette designet blir betegnet som sykdom. Dersom alle kroppens funksjoner fungerer optimalt, i henhold til artsdesignet, blir dette definert som forenlig med helse (Boorse, 1977; 2014). En slik forståelse av helse har sitt opphav i patogenese, der helsefokuset er knyttet til fravær av sykdom, og det er denne forståelsen som preger den moderne medisinen i dag.

Den biostatistiske modellen, og vestlig vitenskapelig medisin generelt, har blitt kritisert på flere punkter. En av de største kritikkene knyttet til denne forståelsen, er at den definerer sykdom som et avvik fra kroppens normale biologiske funksjon, uavhengig om dette negativt påvirker dagliglivet (Mæland, 2009). På bakgrunn av dette, vil en diabetiker regnes som syk, ettersom vedkommende har et avvik fra det opprinnelige artsdesignet, til tross for at vedkommende lever normalt med ytre tilførsel av insulin (Mæland, 2009). Den klassiske vestlige medisinen gir også utfordringer knyttet til helsepromoterende arbeid. Disse utfordringene skyldes blant annet at denne holdningen baserer seg på et konsept om normalitet, som ikke er fullverdig akseptert (Naidoo & Wills, 2000). I tillegg tar den ikke høyde for sosiale og miljørelaterte dimensjoner knyttet til helse, og den ignorerer folks subjektive oppfattelse knyttet til egen helse. Ettersom fokuset for denne forståelsen er knyttet til patologi og dysfunksjon, medfører dette også at helsepersonell responderer på dårlig helse og fokuserer på behandling, fremfor å fokusere på helsefremmende arbeid (Naidoo & Wills, 2000).

## **Verdens helseorganisasjon – helhetlig definisjon**

Der medisinske, biologiske modeller ser på helse som motpol til sykdom, kom Verdens helseorganisasjon (WHO) med en mer helhetlig definisjon. WHO definerer helse som; *en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom* (WHO, 2018). Denne definisjonen roses for at den utvider helsebegrepet til å omfatte mer enn bare fravær av sykdom, som er tilfellet i et biomedisinsk ståsted. Den skal også roses for å slå fast ulike helsekomponenter; fysisk, psykisk og sosialt. Mæland (2009) peker på at særlig den siste komponenten, sosial helse, er en betydelig utvidelse av det klassiske helsebegrepet.

Selv om det finnes grunn til å rose denne definisjonen, har den også møtt mye kritikk siden den ble lansert i 1948 (WHO, 2018). Et av de største problemene er knyttet til bruken av ordet «komplett». Kravet om komplett helse vil medføre at de fleste av oss vil kunne klassifiseres med å ha dårlig helse (Huber et al., 2011). En oversiktsartikkel av Larson (1999) oppsummerer flere problemer knyttet til WHO's definisjon. Noen av problemene som trekkes frem er at det er ingen enighet knyttet til begrepet velvære innenfor definisjonen. Videre argumenteres det at både helse og velvære defineres ulikt fra ulike land og kulturer, og disse begrepene er derfor basert på en subjektiv vurdering (Larson, 1999; Mæland, 2009). På denne måten kan man derfor argumentere at det som er godt nok for noen, ikke vil være tilfellet for andre.

Definisjonen er også kritisert for å være for abstrakt og overambisiøs, og kan tolkes som et optimalt mål, fremfor en retningslinje for konkret handling. Det er også viktig å peke på at selv om denne definisjonen ikke bare fokuserer på helse som fravær av sykdom, ser det ut til at fravær av sykdom likevel er et minimumskrav (Mæland, 2009; Larson, 1999). Dette har medført vanskeligheter med å benytte denne forståelsen i både behandling og helsefremmende arbeid, ettersom den anses som for idealistisk og på mange måter uoppnåelig (Naidoo & Wills, 2000).

Til tross for mye kritikk, er WHO's definisjon den mest populære og mest hyppig brukte definisjonen på helse og den kan også forsvares, særlig for at den ser på mennesket som noe helhetlig. Det anses som viktig å forstå forholdene mellom de ulike helsedimensjonene (Naidoo & Wills, 2000).

## **Helse – evne til tilpasning og selvregulering**

Huber et al. (2011) konkluderer i sin artikkel at helse bør sees på som evnen til å tilpasse og regulere seg selv. Dette er også i lys av Ottawa Charteret, som påpeker at dersom man skal oppnå komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære, må en person kunne identifisere og realisere sine ambisjoner, tilfredsstillere sine behov og håndtere miljøet man befinner seg i (WHO, 1986). Det diskuteres også at helse kan sees på som evnen til å overvinne stress med minst mulig tap av energi (Smith referert i Mæland, 2009). På bakgrunn av dette, er tilpasning sett på som en grunnleggende egenskap når det kommer til helse, og det argumenteres for at man ikke skal skille mellom sykdom og helse.

I denne sammenhengen kan helse sees på som en dynamisk balanse mellom muligheter og begrensninger, som endrer seg over tid og som påvirkes av eksterne faktorer som sosiale og miljømessige utfordringer (Huber et al., 2011). På bakgrunn av dette hevder Huber et al. (2011) at dersom man på en suksessfull måte kan tilpasse seg en lidelse, vil man være i stand til å jobbe eller ta del i sosiale aktiviteter, samt føle seg frisk, til tross for sine begrensninger. I relasjon til en behandlingskontekst, kan denne forståelsen argumentere for at behandling ikke handler om å kvitte seg med problemer, men om å se på mennesker forbi deres problemer, med fokus på deres ferdigheter, muligheter, interesser og drømmer. Denne helseforståelsen bygger mye på Aaron Antonovskys (1979) salutogenese, som skiller seg fra patogenesen ved at den fokuserer på veien mot god helse. I dag er salutogenese omtalt som en paraplybetegnelse som inkluderer ulike teorier og tilnærminger med mål om å øke personers ressurser og styrker til å øke egen helse og velvære (Lindström & Eriksson, 2010).

Forståelsen av helse som evnen til tilpasning og håndtering vil videre benyttes som utgangspunkt for denne oppgaven. Denne helseoppfatningen anses som interessant å utforske i en psykiatrisk kontekst, ettersom det over de siste 40-50 årene har vært et skifte i ideologi og organisering av psykisk helsevern. Endringen har medført at fokuset har gått fra å kurere eller dempe symptomer, til økt fokus på å hjelpe personer til å håndtere sine lidelser, bli mer selvstendig, oppnå gode relasjoner med andre, og ta del i meningsfulle aktiviteter (Rössler, 2006). Denne oppfatningen og forståelsen av helse benyttes derfor videre i oppgaven. Målet med oppgaven er å undersøke helse som noe eget, og ikke i sammenheng med sykdom.

## **Helse – pasienter med psykiske lidelsers oppfatning**

Studier av pasienter med psykiske lidelser, og deres oppfatning av helse, har for det meste fokusert på «mental helse» eller «velvære». En studie på ungdommer, som nylig var diagnostisert med psykose, fant at velvære ble oppfattet som flerdimensjonalt, og besto av både fysisk, psykisk, sosialt, emosjonell, spirituell og økonomisk velvære (La, Ungar, Malla, Frankish & Suto, 2014). En annen studie av Mjøsund et al. (2015), fant at pasienter med psykiske lidelser oppfatter mental helse som et aspekt som alltid er til stede i livet, der man beveger seg opp og ned et kontinuum, på lik linje med en trapp. Toppen av trappen illustrerer best mulig mental helse, og bunnen illustrerer dårligst mental helse. Den dynamiske bevegelsen påvirkes av erfaringer innenfor fire sentrale domener i livet; det emosjonelle, det fysiske, det sosiale og det spirituelle. Hvor man befinner seg i trappen er med å påvirke følelser og handlinger i hverdagen (Mjøsund et al., 2015).

En svensk kvalitativ studie av Svedberg, Jormfeldt, Fridlund & Alvesson (2004), hadde som formål å beskrive hvordan pasienter oppfattet helsekonseptet innenfor psykisk helsevern. Resultatene viste at autonomi, samhold og følelse av meningsfullhet, var sentrale aspekter innenfor helsebegrepet. Videre konkluderte de at helse ikke blir sett på som en prosess over tid, men heller omhandler å være tilfredsstilt, føle harmoni og se mening i livet på et nåværende tidspunkt (Svedberg et al., 2004). En annen studie, som så på oppfatningen av begrepet «rehabilitering» hos pasienter med førsteepisodes psykose (Windell, Norman & Malla, 2012), beskrev at deltakerne presiserte tre domener ved rehabilitering; sykdomsrehabilitering, psykologisk og personlig rehabilitering, og sosial og funksjonell rehabilitering. Sykdomsrehabilitering omfattet i størst grad å lindre symptomer. Psykologisk og personlig rehabilitering gikk ut på å få økt følelse av kontroll, hvor pasientene har en oppfatning av at de selv kan påvirke eller ta kontroll over sin egen situasjon (Windell et al., 2012). Sosial og funksjonell rehabilitering ble beskrevet som evnen til å ivareta en positiv sosial identitet og sosial inkludering, som blant annet innebar evnen til å snakke med andre, gå på jobb og ha venner (Windell et al., 2012).

Pasienter med psykiske lidelser ser ut til å bli oversett som en verdifull kilde til kunnskap om helse (La et al., 2014), og det er mangelfull informasjon knyttet til forståelse av fenomenet helse som er basert på oppfatninger og opplevelser hos pasienter med psykiske lidelser. Det er

derfor viktig med økt innsikt i oppfatninger og opplevelser hos denne gruppen, slik at vi kan få økt kunnskap om psykiatriske pasienters oppfatninger og forståelse av helse. Slik kunnskap kan gi en økt forståelse knyttet til hvilke aspekter ved helse som er forventet at psykiatrisk behandling skal fremme i løpet av en behandlingsprosess, og kan derfor også være med å påvirke behandlingen som gis, samt påvirke interaksjonen mellom behandler og pasient.

## **1.2 Psykiske lidelser og fysisk aktivitet**

Psykiske lidelser kan beskrives som en tilstand som karakteriseres av: *«klinisk signifikante forstyrrelser hos en persons kognisjon, emosjonell regulering, eller atferd som reflekterer en dysfunksjon i den psykologiske-, biologiske-, eller utviklingsprosessen av mental funksjon. Psykiske lidelser er ofte assosiert med negativt stress og uførhet ved viktige aktiviteter»* (American Psychiatric Association (APA), 2013, s.20). Slike lidelser omfatter alt fra lettere angst- og depresjonslidelser, til mer omfattende og alvorlige lidelser som schizofreni og bipolar lidelse (Stubbs & Rosenbaum, 2018), og defineres i hovedsak gjennom bruk av to ulike diagnostiske verktøy, DSM-5 (APA, 2013), og ICD-10 (WHO, 2009), og lidelsene kan variere fra lett til alvorlig grad. Slike lidelser er vanlige i befolkningen, der omtrent en tredjedel i løpet av et år vil tilfredsstille kriteriene for minst én diagnose, og i løpet av livet vil cirka halvparten rammes av minst én psykisk lidelse (Mykletun, Knudsen & Mathisen, 2009). Nyere studier har estimert at ca. 38% av den totale europeiske befolkningen vil rammes av en eller flere psykiske lidelser hvert år, noe som tilsvarer 164.7 millioner mennesker (Wittchen et al., 2011).

Psykiske lidelser medfører en rekke konsekvenser, både på samfunnsmessig og personlig plan, og disse er ofte større enn de psykiske plagene i seg selv. Det kan blant annet ha stor negativ påvirkning på livskvalitet, familieliv, skolegang og videre utdanning, samt negativ påvirkning på arbeidslivet (Mykletun et al., 2009). Alvorlige psykiske lidelser påvirker ikke bare den som lider av lidelsen, men kan også ha negativ innvirkning på familiemedlemmer og andre som omgås personen på jevnlig basis. Basert på de omfattende problemene som forekommer av psykiske plager og lidelser, medfører dette store utfordringer hos helsevesenet (Lester & Howe, 2008).

Ulike behandlingsformer for psykiske lidelser inkluderer medikamenter, samtaleterapi, elektrokonvulsjonsbehandling og ulike sosiale aktiviteter og tiltak (Kringlen, 2012). De vanligste behandlingsformene på verdensbasis er medikamentell behandling og samtaleterapi (Morgan, Jorm & Reavley, 2013), og disse behandlingsformene har vist seg å være effektive i behandling av personer med psykiske lidelser, blant annet gjennom å redusere symptomer (Kringlen, 2012; Abbass et al., 2006).

### **Psykiske lidelser og fysisk helse**

I tillegg til å være psykisk syke, har personer med psykiske lidelser økt forekomst av fysiske helseplager, som metabolsk syndrom, hjerte- og karsykdommer, type-2 diabetes, hypertensjon, respiratorproblemer, hyperlipidemi og overvekt (Allison et al., 2009; De Hert et al., 2011; Vancampfort et al., 2016a). Videre er det dokumentasjon som viser at personer med psykiske lidelser har en økt dødelighet sammenlignet med den generelle befolkningen, med en livsreduksjon på henholdsvis 20 og 15 år for menn og kvinner (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen, 2011; Nordentoft et al., 2013), og det ser ut til at denne livsreduksjonen har økt over tid (Laursen & Nordentoft, 2011; Saha, Chant & McGrath, 2007). Som et resultat av dette, er psykiske lidelser den femte største årsaken til sykdomsjusterte livsår, og den fremste årsaken til år levd med sykdom, og utgjør henholdsvis 7,4% og 22,9 % (Whiteford et al., 2013).

Den store livsreduksjonen hos denne gruppen kan delvis forklares av selvmord, ettersom personer med psykiske lidelser har en større selvmordsrate sammenlignet med den generelle befolkningen (Hor & Taylor, 2010). Når det er sagt, er den største dødsårsaken hos denne gruppen fysiske helseplager (Colton & Mandersheid, 2006), og først og fremst hjerte- og karsykdommer (Crump, Winkleby, Sundquist & Sundquist, 2013). De fysiske helseplagene hos personer med psykiske lidelser kan forklares av et samspill mellom flere faktorer. Blant annet har denne gruppen en økt forekomst av usunne livsstilsvaner, som dårlig kosthold, sedat livsstil, røyking og økt inntak av rusmidler (Scott & Happell, 2011). I tillegg er metabolske bivirkninger av medisiner, genetikk og problemer innenfor helsevesenet, med på å påvirke de fysiske helseplagene hos personer med psykiske lidelser negativt (De Hert et al., 2011). På grunn av størrelsen på problemet, er det vanskelig for helsesystemet å hjelpe alle, og det er derfor behov for flere alternative behandlingsformer som kan hjelpe personer med psykiske lidelser til å håndtere og behandle sine problemer, noe som har medført at fysisk aktivitet har

blitt lansert som en alternativ behandlingsform. Fysisk aktivitet er en enkel og kosteffektiv behandlingsform, og er som oftest også anerkjent blant personer med psykiske lidelser (Stanton, Rosenbaum, Kalucy, Reaburn & Happell, 2014). På bakgrunn av dette er det derfor interessant å utforske fysisk aktivitets potensielle rolle i forebygging og behandling av psykiske lidelser.

### **Fysisk aktivitet og forebygging av psykiske lidelser**

Fysisk aktivitet har lenge vært anerkjent som en effektiv metode i forebygging og behandling av flere fysiske sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, diabetes type-2, metabolsk syndrom, og ulike kreftformer (Reiner, Niermann, Jekauc & Woll, 2013), og det ser ut til at det kan ha like stor effekt som farmakologisk behandling på en rekke ulike sykdommer (Naci & Ioannidis, 2013). I tillegg til å motvirke fysiske helseplager, viser flere populasjonsundersøkelser at fysisk aktivitet også kan ha helsefremmende effekt på psykisk helse, og det er påvist at det kan ha positiv innvirkning på psykisk velvære, mental helse og livskvalitet i den generelle befolkningen (Berger & Tobar, 2007; Biddle & Mutrie, 2008; Biddle, Mutrie & Gorely, 2015).

Basert på de mentale fordelene av å delta i fysisk aktivitet, er det derfor grunn til å tro at det også kan forebygge psykiske lidelser, og flere studier har sett på denne sammenhengen. Goodwin (2003) undersøkte 6000 individer, med mål om å sammenligne prevalensen for psykiske lidelser mellom deltakere som var regelmessig aktive, mot dem som var i aktivitet av og til, sjeldent eller aldri. Resultatene viste at personer med et høyere aktivitetsnivå hadde signifikant lavere sannsynlighet for å bli diagnostisert med depresjon, panikk lidelser, agorafobi og sosial fobi (Goodwin, 2003). Harris, Cronkite & Moos (2006) gjennomførte en kohortstudie, der de fulgte 424 depressive voksne over ti år. Studien fant at økt aktivitetsnivå var assosiert med lavere grad av depresjon. I tillegg ble fysisk aktivitet trukket frem som en mulig buffer mot negative hendelser i livet (Harris et al., 2006). Andre studier trekker også frem at et høyere aktivitetsnivå er assosiert med en redusert risiko for utvikling av ulike psykiske lidelser (Brosse, Sheets, Lee & Blumenthal, 2002; Korhonen, Kujala, Rose & Kaprio, 2009).



Til tross for lovende resultater rundt sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse, er det verdt å merke seg at denne sammenhengen kan være krevende å studere, ettersom det kan være vanskelig å forutsi retningen på sammenhengen (Clow & Edmunds, 2014), noe som gjør at man ikke kan fastslå kausaliteten i dette forholdet. Personer med større psykologiske ressurser har høyere sannsynlighet for å delta i fysisk aktivitet, og det er derfor vanskelig å forutsi med sikkerhet om det er fysisk aktivitet som fremmer psykisk velvære, eller motsatt.

### **Fysisk aktivitet som behandling for psykiske lidelser**

Som beskrevet over, kan fysisk aktivitet være nyttig i forebygging av psykiske lidelser. I tillegg til de forebyggende egenskapene, er fysisk aktivitet også blitt lansert som en alternativ behandlingsform. På lik linje med den generelle befolkningen, har fysisk aktivitet vist seg å ha god effekt på flere fysiske helseparametere hos personer med psykiske lidelser, deriblant forbedret aerob kapasitet, forbedret blodtrykk, og redusert kroppsvekt og fettprosent (Beebe et al., 2005; Marzolini, Jensen & Melville, 2009; Scheewe et al., 2013). På bakgrunn av økt forekomst av fysiske helseplager hos denne gruppen, burde de fysiske fordelene av å delta i fysisk aktivitet, i utgangspunktet være grunn nok til å benytte dette som en del av behandlingen i psykisk helsevern.

I tillegg til positiv effekt på fysisk helse, er det blitt økt fokus på den potensielle påvirkningen på psykiske helseparametere, og som tidligere beskrevet er det vist at fysisk aktivitet kan gi flere mentale fordeler i den generelle befolkningen. Videre er det dokumentert at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på symptomer og andre psykiske helseutfall hos personer med psykiske lidelser (eks. Bailey, Hetrick, Rosenbaum, Purcell & Parker, 2017; Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis & Ward, 2014).

Oversiktsartikler og meta-analyser på depresjon, konkluderer at fysisk aktivitet kan være en effektiv behandlingsform (Kvam, Kleppe, Nordhus & Hovland, Josefsson, Lindwall & Archer, 2014; Rimer et al., 2012), hvor det ser ut til å ha større effekt sammenlignet med placebo eller ingen behandling, både hos kliniske og ikke-kliniske individer (Josefsson et al., 2014; Kvam et al., 2016; Craft & Landers, 1998). Studien til Kvam et al. (2016) viste i tillegg ingen signifikant forskjell mellom fysisk aktivitet og psykologisk eller farmakologisk behandling, og disse resultatene indikerer dermed at fysisk aktivitet og trening kan være like

effektivt som tradisjonell behandling i enkelte tilfeller. Liknende resultater er også observert i studier på ikke-kliniske og kliniske angstpasienter, der fysisk aktivitet har vist seg å ha en angstreduserende effekt, og kan derfor anbefales som en tilleggsbehandling for angstlidelser (Stonerock, Hoffman, Smith & Blumenthal, 2015; Conn, 2010; Jajakody, Gunadasa & Hosker, 2014).

Litteraturen knyttet til andre, mer alvorlige lidelser, som schizofreni er betydelig mindre sammenlignet med depresjon og angst. Likevel er det i nyere tid kommet mer lovende litteratur, som påpeker at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på positive og negative symptomer, livskvalitet, fysisk form og kognisjon hos pasienter med schizofreni (Firth et al., 2015; Vancampfort et al., 2012; Gorvzynski & Faulkner, 2010). En nyere oversiktsartikkel og meta-analyse av Dauwan et al. (2016) inkluderte 29 studier, og totalt 1109 deltakere, og studiene benyttet i hovedsak aerob trening eller yoga som treningsform. De konkluderte at fysisk aktivitet og trening hadde en moderat effekt på negative symptomer, liten effekt på positive symptomer, liten effekt på funksjonsevnen, moderat effekt på livskvalitet, og en moderat til stor effekt på depresjon (Dauwan et al., 2016). Det er også lovende litteratur som støtter fysisk aktivitet som behandlingsform hos personer med bipolar lidelse (Thomson et al., 2015; Melo, Daher, Albuquerque & De Bruin, 2016), rusproblematikk (Hallgren, Vancampfort, Giesen, Ludin & Stubbs, 2017) og spiseforstyrrelser (Vancampfort et al., 2013a; Vancampfort et al., 2016b), hvor fysisk aktivitet kan redusere symptomer, øke velvære og redusere fysiske helseplager. Biddle et al. (2015) peker på at det er usannsynlig at fysisk aktivitet kan fungere som en behandling mot alvorlige psykiske lidelser alene, men at det derimot kan være effektivt som en tilleggsbehandling.

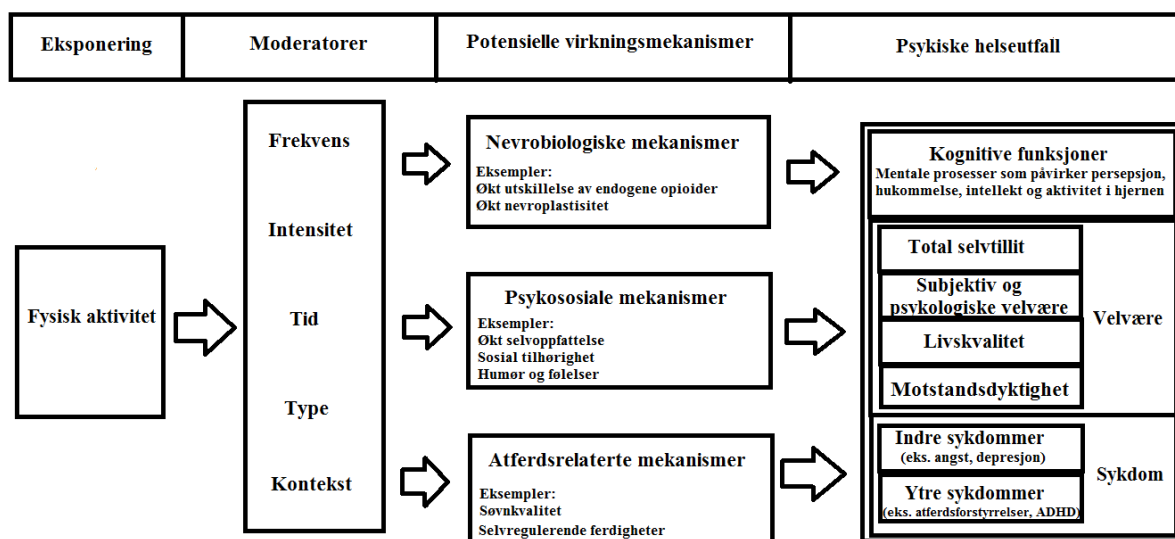
Effekten av fysisk aktivitet som behandling av psykiske lidelser er også presentert i kvalitative studier. Faulkner & Sparkes (1999) intervjuet tre personer med schizofreni, som alle skulle gjennomføre et ti-ukers treningsprogram, hvorav to fullførte programmet. Disse to rapporterte av fysisk aktivitet opplevdes som veldig hensiktsmessig, og rapporterte positiv effekt på symptomer på depresjon, økt selvtillit, økt kontroll over hallusinasjoner, og bedre søvn (Faulkner & Sparkes, 1999). I en mye nyere studie av Firth et al. (2016a), som inkluderte intervjuer av 19 personer, ble fysisk aktivitet og trening ansett som hensiktsmessig til å lindre symptomer, deriblant håndtere hallusinasjoner og negative tanker, samt bidra til å

reduere følelsen av tretthet. Videre ble det påvist at fysisk aktivitet bidro til økt selvtillit, som igjen kunne påvirke andre deler av livet (Firth et al., 2016a). Det er også rapportert positive effekter av fysisk aktivitet gjennom flere oversiktsartikler av kvalitative studier, hvor det oppsummeres at fysisk aktivitet kan gi en følelse av å gjøre noe meningsfullt, gi en følelse av identitet, forbedre symptomer, bedre fysisk form, og gi en god mulighet for sosial interaksjon og redusere følelsen av isolasjon (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2014a).

For å oppsummere, ser det ut til at fysisk aktivitet kan ha god effekt på både fysiske og psykiske helseparametere, og det kan trygt benyttes som behandlingsform for psykiske lidelser. For noen lidelser, som depresjon og angst, ser det ut til at det i enkelte tilfeller kan være like effektivt som annen tradisjonell behandling. For andre diagnoser, kan fysisk aktivitet også være hensiktsmessig som en tilleggsbehandling. Basert på den høye forekomsten av fysiske helseplager hos personer med psykiske lidelser, er det grunn til å tro at denne gruppen vil ha god nytte av fysisk aktivitet som en del av sin behandling, og ettersom det også kan påvirke psykisk helse, er det grunn til å tro at fysisk aktivitet og trening kan spille en viktig rolle i behandling av slike lidelser. Pasientene selv ser også ut til å anerkjenne fysisk aktivitet som en behandlingsform, men det er usikkert hvilken intensitet og hvilke typer aktivitet som har størst positiv påvirkning på psykisk velvære (Searle et al., 2011).

### **Potensielle virkningsmekanismer**

En økt forståelse av hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse, og evnen til å forklare hvilke virkningsmekanismer som påvirker dette forholdet, vil være nyttig i utvikling av suksessfulle intervensjoner og behandlingsopplegg for disse gruppene. Det ser ut til at mange av de potensielle virkningsmekanismene ikke er tilstrekkelig forstått (Vancampfort et al., 2016c) og det er derfor behov for å forsøke å forstå disse mekanismene ytterligere. Flere ulike hypoteser har blitt lansert, og en konseptuell modell, satt i en oversiktsartikkel av Lubans et al. (2016), er foreslått som utgangspunkt til å oppklare sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Denne modellen (figur 1) innebærer både nevrobiologiske, psykososiale og atferdsrelaterte mekanismer. I denne delen av oppgaven blir derfor disse potensielle virkningsmekanismene beskrevet ytterligere.



Figur 1. Oversikt over potensielle virkningsmekanismer av fysisk aktivitet på psykisk helse. (Inspirert av Lubans et al., 2016).

### Nevrobiologiske mekanismer

De nevrobiologiske mekanismene går ut på at fysisk aktivitet kan forbedre kognitiv og psykisk helse gjennom endringer i funksjonelle og strukturelle komponenter i sentralnervesystemet. Fysisk aktivitet og trening er assosiert med økt utløsning og syntese av flere nevrologiske faktorer, som kan assosieres med økt kognitiv funksjon, nevrogenese og plastisitet (Deslandes et al., 2009). Økt nevrogenese er en av de mest reproducerbare effektene av trening og antas å være en av nøkkelmekanismene som medfører økt velvære, mental helse og kognitiv funksjon som følge av fysisk aktivitet (Cotman, Berchtold & Christie, 2007; Phillips, 2017).

Fysisk aktivitet og trening medfører en økt utskillelse av endorfiner, som igjen kan medføre en følelse av eufori (Boecker et al., 2008). Utskillelsen av endorfiner øker i den limbiske delen av hjernen etter vedvarende aktivitet og dette kan oppklare sammenhengen mellom følelsen av eufori, som blant annet kan være vanlig hos løpere (Boecker et al., 2008). På bakgrunn av dette er det også tenkelig at ulike opioidrelaterte effekter, slik som økt utskillelse av endorfiner, kan mediere noen av de terapeutiske effektene på depresjon og angstrelaterte plager, som følge av fysisk aktivitet, og spesielt utholdenhetsrelatert aktivitet (Boecker et al., 2008).

Økt produksjon av serotonin har også vist seg å forekomme gjennom fysisk aktivitet (Wipfli et al., 2011). Serotonin kan trolig påvirke humør, og kan være med å forklare den antidepressive og angstdempende effekten. Serotoninhypotesen er interessant ettersom serotoninbaserte medisiner ofte benyttes i behandling av depresjon og angstlidelser (Wipfli et al., 2011), og derfor er det tenkelig at fysisk aktivitet kan medføre økt mental velvære gjennom denne mekanismen.

En stor oversiktsartikkel med fokus på pasienter med depresjon, bipolar lidelse og humørsykdommer, konkluderte at fysisk aktivitet kan ha positiv påvirkning på nevroplastisitet og en rekke andre prosesser i ulike hjerneregioner (Phillips, 2017). Disse kan medføre at ulike nettverk som er ansvarlig for emosjonell og kognitiv regulering gjenopprettes, som igjen gjør det lettere å håndtere miljømessige og biologiske krav. På bakgrunn av disse mekanismene, er det derfor tenkelig at fysisk aktivitet kan redusere risikoen for psykisk sykdom, graden av ulike symptomer, faren for tilbakefall og byrden for helsepersonell (Phillips, 2017).

### **Psykososiale mekanismer**

Fysisk aktivitet har også vist seg å kunne påvirke mental helse gjennom ulike psykososiale mekanismer. Velvære anses å øke gjennom å tilfredsstille generelle psykologiske behov, deriblant sosial interaksjon, autonomi, selvaksept, mestringsfølelse, og følelsen av å gjøre noe meningsfullt (Lubans et al., 2016). Fysisk aktivitet og trening gir mulighet for en person til å ta kontroll over egen helseatferd og utseende, noe som kan medføre en følelse av økt autonomi og kontroll. På denne måten er det mulig at den positive effekten av aktivitet ikke nødvendigvis skyldes endringen i seg selv, men følelsen av kontroll som en potensiell endring vil medføre (Fox, 1999).

Forbedringer i selvoppfattet kompetanse og mestringstro knyttet til ulike oppgaver, kan også forekomme gjennom regelmessig aktivitet, og dette kan bidra til å øke selvtillit og andre elementer knyttet til velvære (Knapen et al., 2005). Dette kan være spesielt viktig for eldre mennesker, eller personer som behandles for sykdom eller skader (Fox, 1999). Sonstroem (1984) påstår at fysisk aktivitet og trening kan være hensiktsmessig for å øke fysisk selvfølelse og selvtillit, og kan derfor være behjelpelig i behandling av psykiske lidelser. Økt fysisk selvfølelse og selvtillit er begge assosiert med økt deltakelse i fysisk aktivitet, i tillegg

til å være assosiert med mindre depressive symptomer (Knapen et al., 2005). Videre er også økt mestringstro foreslått som en psykososial mekanisme, og det ser ut til å være en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og mestringstro, og en negativ assosiasjon mellom mestringstro og ulike psykiske plager (Delahanty et al., 2006; Craft, 2013). Basert på dette er det tenkelig at troen på egne ferdigheter er med å påvirke den positive effekten av fysisk aktivitet på psykiske lidelser.

Fysisk aktivitet kan også påvirke psykisk helse gjennom distraksjon. Distraksjonshypotesen går ut på at fysisk aktivitet og trening kan fungere som en distraksjon fra bekymringer, stress og negative tanker (Craft, 2013). Distraksjon fungerer generelt som en måte å håndtere sine problemer gjennom å ta del i distraherende aktiviteter som bringer fokuset over på noe annet fremfor deres negative humør og tanker (Craft, 2013). Fysisk aktivitet ser derfor ut til å kunne fungere som en slik form for aktivitet.

Sosiale effekter av fysisk aktivitet har også fått økt oppmerksomhet de siste årene og det er grunn til å tro at også sosiale elementer kan påvirkes gjennom regelmessig aktivitet. Sosial tilhørighet er knyttet til økt selvtillit, og tilbaketrukkenhet er ofte en konsekvens som forekommer hos personer med psykiske lidelser (Fox, 1999). Fysisk aktivitet gir mulighet for sosial interaksjon gjennom ulike gruppeaktiviteter, noe som kan gi en følelse av sosial støtte, som igjen kan påvirke livskvaliteten (Fox, 1999). Som tidligere beskrevet er også sosial deltakelse og sosial interaksjon trukket frem som sentrale aspekter som er med å gi en positiv opplevelse av fysisk aktivitet som en behandling av psykiske lidelser (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2014a).

### **Atferdsrelaterte mekanismer**

Atferdsrelaterte mekanismer går ut på at økt mental helse som følge av fysisk aktivitet, er et resultat av endringer i relevante atferdsmønstre. For eksempel har både akutt og regelmessig fysisk aktivitet vist seg å kunne påvirke søvnkvaliteten (Kredlow, Capozzoli, Hearon, Calkins & Otto, 2015), og søvnkvalitet er antatt å være en viktig faktor som påvirker velvære (Biddle, Mutrie & Nanette, 2015).

I tillegg kan deltakelse i fysisk aktivitet påvirke selvregulering og håndteringsferdigheter som kan ha positiv innvirkning på psykisk helse. Selvregulering er normalt definert som handlinger som forekommer gjennom oppgaver som gir deltakeren mulighet til å kontrollere aktiviteter gjennom selvpålagte regler og reguleringer (Anshel, 2012). Zimmerman (1986) peker på tre ulike underkomponenter innenfor selvregulering, som alle har påvirkning i en aktivitetskontekst. Den metakognitive komponenten omhandler planlegging, organisering og evaluering underveis i prosessen. Dette kan innebære å planlegge treningsøkter, forberede seg med riktig utstyr og sette seg realistiske målsettinger. Den motiverende komponenten går ut på hvorvidt en person oppfatter seg selv som kompetent og autonom. Den siste, handlingskomponenten, innebærer å skape et miljø som best mulig kan hjelpe en person med å oppfylle målsettinger (Anshel, 2012). Basert på dette, er det grunn til å tro at selvregulering kan resultere i økt psykisk velvære gjennom en økt følelse av kontroll, kompetanse og måloppnåelser.

Til oppsummering, finnes det en rekke potensielle virkningsmekanismer, som innebærer både nevrobiologiske, psykososiale og atferdsrelaterte mekanismer. Til tross for ulike potensielle virkningsmekanismer, har disse blitt vanskelig å isolere og fastslå (Fox, 1999). Det er tenkelig at flere av de foreslåtte mekanismene er til stede i enhver situasjon og at det ikke er én spesifikk mekanisme som er med å oppklare sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Dominansen til de forskjellige mekanismene vil påvirkes av varighet og intensiteten på aktiviteten, personlige karakteristika, og miljørelaterte faktorer knyttet til treningen.

### **Aktivitetsnivået hos personer med psykiske lidelser**

Til tross for flere fordeler av å delta i fysisk aktivitet, er det godt dokumentert at personer med psykiske lidelser har et lavere aktivitetsnivå enn den generelle befolkningen (Richardson et al., 2005). Studier med selvrappoterende metoder viser at personer med psykiske lidelser deltar generelt i mindre aktivitet, har lavere grad av moderat-til-høy aktivitet og er mer inaktive sammenlignet med andre personer (Carpiniello, Primavera, Pilu, Vaccargiu & Pinna, 2013; Nyboe & Lund, 2013; Ussher, Stanbury, Cheeseman & Faulkner, 2007).

Studier med objektive målemetoder, slik som akselerometer, ser også ut til å samsvare med resultatene fra studiene beskrevet over. Helgadottir, Forsell & Ekblom (2015) benyttet akselerometer som målemetode for fysisk aktivitet. Totalt ble 308 deltakere, med hovedsakelig depresjon eller angstlidelser, inkludert i studien, hvorav 165 hadde gyldige data ved slutten av studien. Resultatene viste at deltakerne var stillesittende mesteparten av tiden, og en veldig liten andel tid ble brukt på moderat- eller høyintensiv aktivitet (Helgadottir et al., 2015). I en annen studie av Janney et al. (2014), som så på fysisk aktivitetsnivå hos personer med bipolar lidelse, viste lignende resultater. Deltakerne i denne studien deltok i stillesittende aktivitet omtrent 80 % av dagen, noe som tilsvarte omtrent 13,5 time per dag. Omtrent 14 minutter om dagen ble brukt på moderat-til-høy aktivitet, mens lav aktivitet sto for 215 minutter per dag (Janney et al., 2014). Lignende resultater er også blitt trukket fram i ulike oversiktsartikler og meta-analyser, som konkluderer at personer med psykiske lidelser deltar i mer stillesittende aktivitet og har et lavere aktivitetsnivå enn den generelle befolkningen, særlig med tanke på moderat-til-høy aktivitet (Burton et al., 2013; Vancampfort et al., 2016d; Stubbs et al., 2016a).

Alt i alt viser en stor andel studier at personer med psykiske lidelser har et lavere aktivitetsnivå enn den generelle befolkningen. De er mer stillesittende og deltar i mindre moderat-til-høy aktivitet. Disse resultatene ser ut til å være konsekvente både i studier med subjektive og objektive målemetoder. Basert på kunnskapen om effektene av å delta fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser, er det derfor uheldig at aktivitetsnivået er så lavt hos denne gruppen. Det er derfor behov for å forstå faktorer som påvirker aktivitetsnivået.

### **Motiver, barrierer og preferanser for fysisk aktivitet**

For å redusere stillesittende tid og øke aktivitetsnivået hos personer med psykiske lidelser, er det viktig å forstå motiver, barrierer og preferanser knyttet til fysisk aktivitet hos denne gruppen. Dette vil også være gunstig i tilrettelegging og implementering av fysisk aktivitet som behandlingsform. En økt forståelse rundt disse faktorene kan bidra til å øke deltakelsen, samt redusere frafallet som forekommer i flere intervensjonsstudier (Stathopoulou et al., 2006; Stubbs et al., 2016b).



Med tanke på preferanser for fysisk aktivitet, ser det ut til at aktiviteter med lav intensitet, slik som gange, er foretrukket som aktivitetsform for denne gruppen (Ussher et al., 2007). Videre er det foretrukket med aktiviteter som kan gjennomføres hjemme, eller i omgivelser som ikke krever spesielle fasiliteter, og omtrent halvparten ser ut til å foretrekke individuelle aktiviteter, mens den andre halvparten foretrekker gruppeaktiviteter (Fraser et al., 2015; Ussher et al., 2007). Preferanser for aktivitet bør tas med i betraktning når det tilrettelegges for fysisk aktivitet, ettersom motivasjonen har vist seg å øke dersom aktivitetene er tilpasset individets ønsker og interesser (Vancampfort et al., 2013b; Farholm, Sørensen & Halvari, 2016). Ekkekakis (2009) legger også vekt på at intensiteten på aktiviteten bør tilpasses slik at deltakerne selv kan velge, ettersom dette kan ha positiv påvirkning på affektive responser, og økt positiv affekt er assosiert med økt deltakelse både over kortere og lengre perioder (Suterwala et al., 2016).

Sentrale barrierer inkluderer mangel på motivasjon og sosial støtte, depresjon og negativt humør, trøtthet og mangel energi, bivirkninger av medisiner, og mangel på kunnskap og erfaring med fysisk aktivitet (Firth et al., 2016b; Bernard et al., 2013; Soundy, Stubbs, Probst, Hemmings & Vancampfort, 2014; Fraser et al., 2015). Oversiktsartikkelen til Glowacki et al. (2017) konkluderte at barrierene hos personer med psykiske lidelser er tilsvarende for den generelle befolkningen, men denne gruppen trenger ekstra hjelp med å motvirke emosjonelle barrierer. Det kan også være interessant å påpeke at tidsrelaterte barrierer ikke er like fremtredende hos personer med psykiske lidelser sammenlignet med den generelle befolkningen, og det samme gjelder for barrierer knyttet til fasiliteter og kostnad (Firth et al., 2016b).

I en systematisk oversiktsartikkel av Firth et al. (2016b), kom det fram at den største andelen av deltakerne (80-90%) trakk frem forbedring av fysisk og psykisk helse som de største motivene for å være i aktivitet. Andre faktorer var vektnedgang og forbedring av utseende, glede ved å delta i aktivitet og sosiale aspekter som å møte andre mennesker (Firth et al., 2016b). En nyere oversiktsartikkel av Glowacki, Duncan, Gainforth & Faulkner (2017), med fokus på voksne personer med depresjon, konkluderte at sosial støtte var en av de største motivene for å ta del i fysisk aktivitet. Sosial støtte har også blitt trukket frem i andre studier som en viktig faktor for å påvirke deltakelse innenfor fysisk aktivitet, og støtten kan komme

fra blant annet ansatte innenfor psykisk helsevern (Carpiniello et al., 2013), eller fra familie og venner, eller andre med tilsvarende utfordringer (Soundy et al., 2014a).

Til tross for god teoretisk beskrivelse av motiver, barrierer og preferanser, er ikke dette tilstrekkelig for å øke fysisk aktivitetsnivå hos personer med psykiske lidelser. Dersom man ønsker å forstå motivasjon for fysisk aktivitet hos denne gruppen, er det viktig å være oppmerksom på faktorer som påvirker motivasjonsprosessen (Biddle & Nigg, 2000), og det er mangel på studier som går i dybden på motivasjon og fysisk aktivitet hos denne gruppen (Farholm & Sørensen 2016a; Farholm & Sørensen, 2016b). Til tross for det lave aktivitetsnivået, og de mange barrierene som forekommer hos personer med psykiske lidelser, indikerer flere studier at en stor andel av denne gruppen skulle ønske aktivitetsnivået var høyere (Carpiniello et al., 2013; Ussher et al., 2007). Farholm, Sørensen, Halvari & Hynnekleiv (2017) fant i sin studie at så mange som 90% av utvalget ønsket et høyere aktivitetsnivå. Dette står derfor ikke i stil med motivasjonsproblemen som rapporteres både fra personer med psykiske lidelser (Fraser et al., 2015; Bernard et al., 2013) og fra helsepersonell (Happell et al., 2013; Robson et al., 2013). Denne ubalansen omtales ofte som et tomrom mellom intensjon og handling (Sniehotta, 2005), og går ut på at ønske om å gjøre noe, ikke er det samme som å gjøre det. Det er derfor et økt behov for å forstå hva som påvirker tomrommet mellom intensjon og handling, i tillegg til økt forståelse for hvordan veien fra intensjon til handling kan bli lettere hos personer med psykiske lidelser (Farholm & Sørensen, 2016b).

## 2.0 Teori

Motivasjon kommer av det latinske ordet *movere*, som betyr «å bevege» eller «beveger deg», og reflekterer energien og styrken på å initiere og opprettholde en atferd (Anshel, 2014). I mange situasjoner er motivasjon ansett som den store nøkkelen til suksess, deriblant innenfor idretts- og aktivitetskontekster. Motivasjon anses som viktig med tanke på optimal prestasjon, og blir ofte sett på som et resultat av selvtillit, vinnervilje, positiv tenkning, riktig personlighet eller genetik, og det eksisterer minst 32 teorier med spesifikke definisjoner for motivasjon (Roberts, 2012). En av disse er Self-determination theory (SDT), selvbestemmelsesteorien, som har blitt en av de mest populære teoriene innenfor idretts- og aktivitetspsykologi.

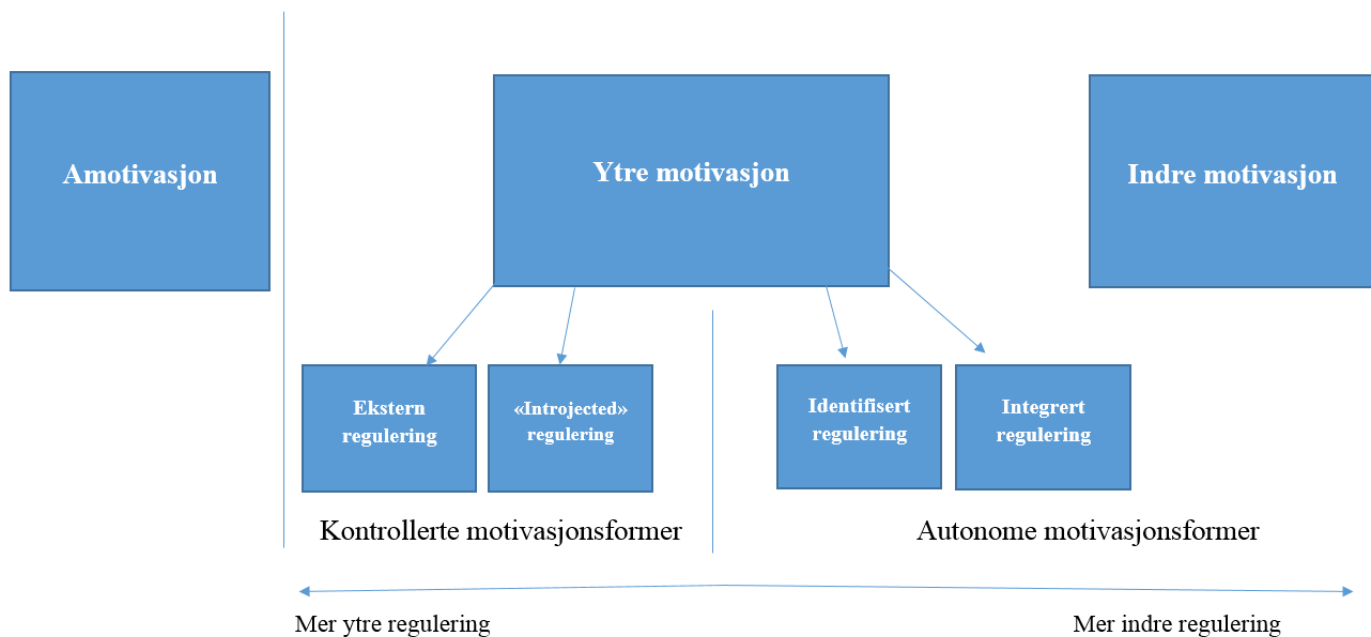
### Selvbestemmelsesteorien

Self-determination theory (SDT), selvbestemmelsesteorien, er en makroteori som omfatter menneskelig motivasjon, utvikling og velvære, og består av seks miniteorier. SDT bygger på at alle individer har en naturlig, medfødt evne til å søke reelle utfordringer, og utvikle seg selv gjennom personlige erfaringer (Deci & Ryan, 2002). I følge SDT opptrer ikke disse prosessene uten videre, da de påvirkes av en rekke sosiale faktorer som fremmer eller hindrer disse tendensene. Faktorene som påvirker disse prosessene organiseres rundt konseptet som SDT omtaler som grunnleggende psykologiske behov. Disse behovene er behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet, og disse omtales som essensielle for psykologisk vekst, integritet og velvære (Deci & Ryan, 2000). Behovet for autonomi går ut på at mennesker handler basert på eget valg og vilje (Deci & Ryan, 1994). Behovet for kompetanse omhandler hvorvidt en person kan uttrykke sine ferdigheter, i tillegg til at vedkommende har en følelse av å fungere effektivt innenfor et gitt miljø (Deci & Ryan, 1994). Ryan & Deci (2002) fremhever at kompetanse ikke nødvendigvis handler om å mestre en spesifikk ferdighet, men snarere at vedkommende har en følelse av selvtillit. Behovet for tilhørighet baserer seg på at mennesker har et grunnleggende behov for å føle tilhørighet til andre innenfor et sosialt miljø (Deci & Ryan, 2007). Dersom alle disse behovene blir tilstrekkelig tilfredsstillt, vil det medføre økt velvære, og demonstrere mer viljebasert motivasjon. Dersom behovene ikke tilfredsstilles, kan dette føre til redusert velvære og mer kontrollert motivasjonsatferd (Deci & Ryan, 2000).

Et annet aspekt ved SDT er at den skiller mellom ulike former for motivasjon, og fokuserer mer på motivasjonskvaliteten til en person i en gitt kontekst (Deci & Ryan, 1985). Det mest generelle skillet går mellom indre og ytre motivasjon. Personer med indre motivasjon tar del i en aktivitet fordi aktiviteten i seg selv er tilfredsstillende. Personer med ytre motivasjon tar del i en aktivitet på bakgrunn av instrumentelle grunner, eller med det formål å oppnå et utfall som ikke er relatert til aktiviteten i seg selv (Deci & Ryan, 2000). Videre skiller SDT mellom ulike former for ytre regulering, ettersom disse kan variere fra ulike situasjoner (Teixeira, Carraca, Markland, Silva & Ryan, 2012). I følge SDT er det alt i alt fire former for ytre motivasjon, der de går fra å være fullstendig styrt av ytre belønning eller straff, til å bli mer og mer styrt av eget valg og vilje (Teixeira et al., 2012; Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2002). *Ekstern regulering* er den mest ytre regulerede formen for motivasjon. Den styres fullstendig av ytre faktorer, som for eksempel å motta en belønning, eller å unngå en form for straff. Den neste formen, som på engelsk kalles «*introjected*» regulering, er når en person motiveres av et indre press. Til tross for at dette styres av noe indre regnes ikke dette som en indre motivasjon, ettersom den reguleres av ytre faktorer. *Identifisert regulering* forekommer når atferden verdsettes og aksepteres av personen, samt at aktiviteten gjennomføres på eget initiativ, til tross for at den ikke er tilfredsstillende i seg selv. *Integrert regulering* er den mest selvbestemte formen for kontrollert motivasjon. I slike tilfeller er aktiviteten sett på som viktig, ettersom den samsvarer med personlige verdier, mål og behov. Denne formen for regulering har derfor mange likheter med indre motivasjon, men kan likevel sees på som en ytre form for motivasjon, ettersom den har som formål å oppnå et separat formål som ikke er relatert direkte til atferden (Ryan & Deci, 2002; Teixeira et al., 2012).

Etter hvert som SDT har utviklet seg, har det vært et skifte i fokus fra indre og ytre motivasjon, til fokus på autonom og kontrollert motivasjon. Autonom motivasjonsatferd inkluderer identifisert og integrert regulering, samt indre regulering, og kjennetegnes av at en person anerkjenner sine handlinger og handler på bakgrunn av egen vilje (Deci & Ryan, 2008). Kontrollert motivasjonsatferd inkluderer ekstern og «*introjected*» regulering, og kjennetegnes av at handlinger styres av et indre eller ytre press, som for eksempel følelsen av skyld eller skam (Deci & Ryan, 2008). Som en kontrast til både autonom og kontrollert motivasjon, er amotivasjon, som er en tilstand der personen ikke er motivert for å delta i en aktivitet, eller der vedkommende ikke har noen intensjon til å gjøre det. Amotivasjon kan forekomme dersom en person ikke anser aktiviteten som viktig, ikke føler seg kompetent til å

gjennomføre oppgaven, eller ikke kan knytte det å delta i aktiviteten til et spesifikt utfall (Ryan & Deci, 2000b). SDT kan derfor sees som et kontinuum (figur 2) som går fra amotivasjon, over til ytre kontrollerte motivasjonsformer, videre til mer selvbestemte autonome motivasjonsformer.



Figur 2. Illustrasjon av SDT kontinuumet (inspirert av Deci & Ryan, 2008, s.17).

### SDT – fysisk aktivitet og psykiske lidelser

SDT har blitt benyttet som teoretisk rammeverk i forskning på fysisk aktivitet og psykiske lidelser. Sørensen (2006) var den første som utforsket konsepter fra SDT hos denne gruppen, og resultatene viste at indre motivasjon var assosiert med økt selvrapportert fysisk aktivitetsnivå, i tillegg til mindre psykiatriske symptomer under aktivitet. Videre var autonomt regulert motivasjon, positivt relatert til opprettholdelse av aktivitet. I nyere studier på personer med schizofreni (Vancampfort et al., 2013b; Vancampfort et al., 2014) og personer med affektive lidelser (Vancampfort et al., 2015a), viste resultatene at økt grad at autonom motivasjon var signifikant relatert til økt deltakelse i fysisk aktivitet. En annen studie av Vancampfort et al. (2015b), som så på forskjellen mellom ulike diagnosegrupper, fant at affektive lidelser hadde høyere grad av «*introjected*» regulering, som går ut på vedkommende motiveres av indre press. Forfatterne argumenterte for at det er tenkelig at personer med affektive lidelser opplever mer følelse av skyld og skam når de ikke håndterer oppgaver de

enten har gitt seg selv, eller som de er gitt av andre (Vancampfort et al., 2015b). På lik linje med de tidligere studiene, viste disse resultatene at høyere grad av autonom motivasjon var assosiert med økt aktivitetsnivå. Det var også verdt å merke seg at aktivitetsnivå hadde en positiv assosiasjon mellom ytre (identifisert regulering) og indre regulering, uavhengig av alder eller BMI. Dette indikerer at indre motivasjon ikke nødvendigvis er nok alene for enkelte personer med psykiske lidelser for å ta del i en aktivitet, og det ser ut til at forståelsen og verdien av aktiviteten ser ut til å være like viktig som det å finne glede i aktiviteten (Vancampfort et al., 2015b).

Farholm et al. (2017) benyttet også SDT, og undersøkte sammenhengen mellom fysisk aktivitetsnivå og motivasjon for fysisk aktivitet, selvoppfattet kompetanse knyttet til fysisk aktivitet, apati og demografiske variabler. Resultatene viste at høyere grad av integrert regulert motivasjon og selvoppfattet kompetanse for fysisk aktivitet var assosiert med økt aktivitetsnivå, til tross for justering for apati (Farholm et al., 2017). Dette er interessante resultater, ettersom det viser at fokus på motivasjon og kompetanse knyttet til en spesifikk atferd (for eksempel fysisk aktivitet) burde fremheves underveis i behandlingen. Resultatene viste også at deltakerne ble lite motivert av ekstern regulerende faktorer, og mer motivert av identifisert regulering. Dette tyder på at motivasjon basert på ytre straff eller belønning bare delvis påvirker deltakelsen i fysisk aktivitet for denne gruppen. Det viser også at til tross for at verdiene av fysisk aktivitet anerkjennes, er ikke dette tilstrekkelig for å overføre intensjon til handling (Farholm et al., 2017).

Med tanke på tilfredsstillelse av grunnleggende psykologiske behov, ser det ut til at et aktivitetsmiljø som støtter tilfredsstillelse av disse, medfører økt aktivitetsnivå og velvære som følge av deltakelse. En studie av Farholm et al. (2016) fant at et aktivitetsmiljø tilpasset tilfredsstillelse av grunnleggende psykologiske behov, var positivt assosiert med tilfredsstillelse av disse, og tilfredsstillelse av disse behovene var assosiert med autonom motivasjon, og mental helse relatert livskvalitet. I tillegg var tilfredsstillelse av grunnleggende psykologisk behov negativt assosiert med kontrollert motivasjon og amotivasjon. Helsepersonell og andre som jobber tett på personer med psykiske lidelser, spiller en viktig rolle med tanke på å øke aktivitetsnivået hos denne gruppen (Happell et al., 2012), og resultatene over indikerer at helsepersonell bør fokusere på å skape et aktivitetsmiljø som

fremmer tilfredsstillelse av grunnleggende psykologisk behov, ettersom det kan bidra til økt autonom motivasjon (Ryan & Deci, 2000a). Behovet for autonomi kan for eksempel støttes gjennom å inkludere deltakerne i valg av aktiviteter, gi deltakerne valgmuligheter og minimere press (Farholm & Sørensen, 2016b; Romain & Bernard, 2018; Haase, Taylor, Fox, Thorp & Lewis, 2010). Behovet for kompetanse kan tilfredsstilles gjennom å tilrettelegge for mestringsopplevelser, i tillegg til å gi positive tilbakemeldinger, bidra i utvikling av målsettinger og ferdigheter, samt hjelpe deltakerne til å finne strategier for å håndtere eventuelle barrierer (Farholm & Sørensen, 2016b; Haase et al., 2010). Til slutt, kan behovet for sosial tilhørighet tilfredsstilles ved at helsepersonell oppnår et terapeutisk forhold til pasienten. Dette forholdet kan styrkes gjennom å verdsette og støtte pasientenes meninger og perspektiver knyttet til fysisk aktivitet, samt legge til rette for at deltakerne kan dyrke relasjoner til andre og føle gruppetilhørighet (Haase et al., 2010; Bradshaw & Pedley, 2012).

SDT er blitt benyttet innenfor en rekke studier i forskning på motivasjon for fysisk aktivitet, og de siste årene har den også blitt benyttet i forskning på motivasjon for fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser. Alt i alt, konkluderes det at SDT kan være veldig nyttig i å forstå og promotere atferd knyttet til fysisk aktivitet (Teixeira et al., 2012), og dette ser også ut til å være tilfellet for personer med psykiske lidelser. Personer med psykiske lidelser kan være regelmessig fysisk aktive, dersom aktivitetene er tilpasset deres behov, og gir dem tilstrekkelig med utfordringer (Farholm et al., 2016). For å oppnå dette trekkes SDT frem som en gunstig teori å benytte i tilrettelegging og implementering av fysisk aktivitet for denne gruppen (Farholm & Sørensen, 2016b, Vancampfort et al., 2015b; Farholm et al., 2017). SDT vil deretter benyttes som teoretisk rammeverk for denne oppgaven, og skal benyttes i diskusjonen av oppgavens resultater, der resultatene skal forsøke å forstås på bakgrunn av ulike komponenter i SDT.

### 3.0 Oppsummering av forskningsbehov og hensikt med oppgaven

Basert på bakgrunns- og teorimaterialet presentert tidligere i oppgaven, er det tydelig at det er flere områder som har behov for ytterligere forståelse. Det eksisterer relativt lite forskning knyttet til psykiatriske pasienters oppfatning og opplevelser av begrepet helse, og det er derfor et behov for økt forståelse av dette. Som tidligere beskrevet kan en økt forståelse av dette gi verdifull informasjon som kan tas med i utvikling og tilrettelegging av behandling i psykisk helsevern.

Videre er det behov for ytterligere forskning knyttet til fysisk aktivitet som behandling av psykiske lidelser. Alt i alt er det god dokumentasjon knyttet til fysiske og psykiske fordeler av å delta i fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser, men til tross for dette er aktivitetsnivået lavere hos denne gruppen sammenlignet med den generelle befolkningen. Det er derfor behov for en dypere forståelse av motivasjonsprosessen for fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser, og økt forståelse for hvordan overgangen fra intensjon til handling kan gjøres lettere og mer effektiv gjennom hensiktsmessig tilrettelegging.

På bakgrunn av dette er det derfor utviklet følgende problemstillinger for oppgaven;

- 1. Hvilke oppfatninger har deltakerne av begrepet helse?*
- 2. Hvilke opplevelser har deltakerne rundt fysisk aktivitets rolle knyttet til egen helse?*
- 3. Hvordan har deltakerne opplevd fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykisk helsevern?*
- 4. Hvilke tanker har deltakerne om tilrettelegging av fysisk aktivitet i psykisk helsevern?*



## 4.0 Metode

Hensikten med oppgaven var å undersøke pasienter med psykiske lidelser og deres oppfatning av begrepet helse. Videre var det ønskelig å få innsikt i deres opplevelser knyttet til fysisk aktivitet som behandlingsform i psykisk helsevern, samt deres oppfatning og opplevelser om hvordan fysisk aktivitet kan påvirke deres helse. I denne delen av oppgaven vil prosjektets metodekapittel presenteres. Det vil bli gjort en beskrivelse av prosjektets design, prosedyre, analyse av materialet. Det vil også presenteres etiske overveielser som forekom før, under og etter prosjektet.

### 4.1 Design

For å besvare oppgavens problemområder ble det benyttet en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ forskning er en tradisjon i samfunnsvitenskapen hvor man er avhengig av å studere mennesker i deres naturlige miljø og samhandle med folk ut fra deres eget språk og deres ståsted, og denne forskningsmetoden egner seg godt når man ønsker å fremheve prosesser og meninger som ikke kan måles i kvantitet eller frekvens (Thagaard, 2013). Markula & Silk (2011) peker på tre hovedområder der kvalitative metoder egner seg spesielt godt; kartlegging, kritisering og til å skape sosial endring. Kartlegging refererer til prosjekter som har som mål å få en overordnet forståelse knyttet til en atferd, et fenomen eller et felt (Markula & Silk, 2011), og en slik tilnærming vil være gunstig i prosjekter der man utforsker et tema man ikke har stor kjennskap til. Carless & Sparkes (2008) argumenterer for at kvalitative, fremfor kvantitative forskningsmetoder er ofte mer egnet i forskning på personer med psykiske lidelser. Gjennom for eksempel enkeltintervjuer, eller fokusgruppeintervjuer gir dette muligheter for å gi brukeren en «stemme», noe som bidrar til å gjøre evalueringsprosessen mer rettet mot brukerne (Carless & Sparkes, 2008). Andre argumenterer også for at det er nødvendig å starte med å lytte til personer som har «vært der», som i dette tilfellet er personer med psykiske lidelser.

Casestudier egner seg godt til å besvare forklarende og beskrivende spørsmål (Yin, 2009), og denne oppgaven benytter et kollektivt casestudiedesign. På bakgrunn av dette, ble det derfor i denne studien plukket ut et utvalg pasienter, med mål om å få økt forståelse om deres oppfatninger og opplevelser knyttet til oppgavens tematikk, som kan bidra til å gi økt

forståelse av potensielt andre pasienter. Innenfor slike studier er ikke målet å generalisere resultatene på tvers av ulike populasjoner, men har som mål å utvikle, revidere, og/eller verifisere det teoretiske rammeverket som studien baseres på (Yin, 2009).

Oppgaven benyttet en fenomenologisk tilnærming. Det sentrale aspektet ved fenomenologi er å studere menneskers erfaringer og opplevelser, og gjennom denne prosessen få en forståelse av de fenomener som ønskes belyst (Markula & Silk, 2011). Fenomenologi er opptatt av enkeltpersoners opplevelser, og belyser forståelsen av erfaringer i den virkelige verden (Walton, 2001). En slik tilnærming ble ansett som hensiktsmessig, ettersom formålet med oppgaven var å forstå og beskrive ulike fenomener basert på deltakernes opplevelser, erfaringer og oppfatninger.

Som datainnsamlingsmetode ble det benyttet intervjuer med en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1). En forsker må alltid spørre seg selv om hvilken datainnsamlingsmetode som anses som hensiktsmessig, basert på forskningsspørsmålene som skal besvares i prosjektet. I dette tilfellet ble intervjuer ansett som en fornuftig metode for datainnsamling ettersom kvalitative intervjuer gir mulighet til å få økt innsikt i deltakerens opplevelser, erfaringer og refleksjoner (Thagaard, 2013). Kvale (2007) forklarer at det kvalitative forskningsintervjuet; *«har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne opplevelsene»* (s.21). På bakgrunn av forskningsspørsmålene ble derfor kvalitative intervjuer ansett som hensiktsmessig og benyttet som innsamlingsmetode.

## **4.2 Utvalg**

Oppgaven benyttet et strategisk utvalg i rekrutteringsprosessen. Gjennom et strategisk utvalg søker man personer som besitter egenskaper eller kvalifikasjoner som gjør dem godt egnet til å besvare prosjektets problemstillinger og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013). Alle deltakerne ble plukket ut fra en institusjon som var samarbeidspartner for oppgaven. Denne institusjonen bruker fysisk aktivitet som en sentral del av sin behandling, og på bakgrunn av dette var disse deltakerne av stor interesse for oppgaven. Totalt ble seks deltakere plukket ut, hvorav fire menn og to kvinner, i alder 25-41 år og med ulike diagnoser. Utvalget er beskrevet i tabell 1.

Inklusjonskriteriene for utvalget var at deltakerne behersket norsk, at de var villig til å delta i prosjektet og hadde tilstrekkelig samtykkekompetanse. Det var også ønskelig med en viss variasjon i utvalget, som inkluderte at både menn og kvinner skulle være representert, og det var ønskelig med deltakere som deltok mye og lite i fysisk aktivitet ved institusjonen. I tillegg var det ønskelig med en viss aldersforskjell mellom deltakerne. Denne variasjonen var ønskelig, da det var interessant å utforske eventuelle forskjeller mellom alders- og diagnosegrupper og eventuelle forskjeller hos personer med ulik erfaring med fysisk aktivitet. På bakgrunn av disse ønskene og kriteriene, ble rekrutteringen gjennomført i samarbeid med behandler ved institusjonen. Behandler gjorde en vurdering av hvilke deltakere som var godt egnet for å delta i prosjektet, og disse ble deretter forespurt. Seks personer sa seg villig til å delta i prosjektet. Av hensyn til deltakerne gis ingen nærmere beskrivelse av institusjonen.

### **4.3 Prosedyre**

#### **Observasjonspraksis**

I forkant av datainnsamlingsperioden, var undertegnede til stede ved institusjonen i to uker høsten 2018. Hensikten med oppholdet var å bli kjent med institusjonen og få mulighet til å få innsikt i institusjonens behandlingsmodell og ukesstruktur. Oppholdet var gunstig og lærerikt og ga verdifull innsikt i institusjonens behandlingsopplegg. Stake (2005) peker på at observasjon vil være et nyttig steg i studieprosessen, ettersom det gir mulighet til å få økt forståelse av konteksten fenomenene opptrer i. Observasjonsoppholdet ga derfor økt forståelse knyttet til hva pasientene forholder seg til under et døgnopphold, og hvordan behandlingsopplegget legges opp. Oppholdet ga også gunstig øving med tanke på å bli kjent med pasienter. Til tross for at det var lite trolig at noen av pasienten under dette oppholdet skulle benyttes som utvalg i prosjektet, var det likevel en fin anledning til å øve på å bygge relasjoner og føre samtaler med pasientene.

Vinteren 2019 var undertegnede tilbake på nytt opphold. Under dette oppholdet var det hovedfokus på å være mer delaktig i selve behandlingsopplegget, samt bygge relasjoner til deltakerne, ettersom datainnsamlingen skulle finne sted under dette oppholdet. Derfor var det viktig å bygge opp en forståelse og relasjoner til deltakerne, slik at forutsetningene for intervjuene var best mulig.

## **Forskerollen og forskeren forståelse**

En kvalitativ forsker kan sees på som en observatør, men som en situert observatør, og det er godt kjent at forskerens bakgrunn og forforståelse påvirker forskningsprosessen og former forskningsresultatene (Markula & Silk, 2011). Det er derfor viktig å bli gjort oppmerksom på forskerens bakgrunn. Undertegnede er en etnisk, hvit, norsk mann i midten av 20-årene, og er masterstudent i idrettsmedisinske fag ved Norges idrettshøgskole. Kanskje ikke overraskende har jeg et brennende engasjement for fysisk aktivitet og trening, og har stor tro på at dette vil være hensiktsmessig som forebygging og behandling av både fysiske og psykiske sykdommer. I tillegg til dette har jeg i flere år vært toppidrettsutøver i håndball og beachhåndball, og har også fått æren av å spille landskamper for Norge.

I tillegg til kjennskap til forskerens bakgrunn, er det også viktig med en god forforståelse for konteksten og fenomenene som undersøkes. De to oppholdene ved institusjonen bidro sterkt til dette. Undertegnede fikk et godt innblikk i institusjonens behandlingsmodell, og fikk derfor en økt forståelse for hva pasientene gjennomgår underveis i sitt behandlingsopphold. Ved oppholdet vinteren 2019, var jeg som tidligere beskrevet mer delaktig i selve behandlingsopplegget. På denne måten fikk jeg en egen nærhet til deltakerne og fikk dannet relasjoner, og det er tenkelig at det var lettere å bli godkjent av deltakerne gjennom denne prosessen, ettersom de også fikk mulighet til å bli kjent med meg. Med tanke på intervjuene som skulle gjennomføres ble det gjort et grundig arbeid ved innhenting av teori og bakgrunnsmateriale, ettersom dette er en viktig forutsetning for å forstå deltakernes svar, og vil ha stor nytte i analyseprosessen.

Til tross for at begge oppholdene ga mulighet for å bygge gode relasjoner til pasientene, i tillegg til at arbeidet med teori og bakgrunnsmateriale ga et godt grunnlag for å forstå deltakernes svar og refleksjoner, var det også viktig å være bevisst på å ha en viss distanse til materialet. Med en for stor nærhet til materialet, kan det hende at enkelte tanker og refleksjoner som deltakerne presenterer oppleves som selvfølgeligheter basert på konteksten fenomenene forekommer i, som for eksempel effekter av fysisk aktivitet.

Distanse var også viktig under analyseprosessen. Etter at resultatene var plukket ut, ble derfor deler av resultatene diskutert sammen med et varierende utvalg, som medstudenter, andre ansatte innenfor helsesektoren og utenforstående som ikke har en spesiell bakgrunnsforståelse om prosjektets tematikk. På denne måten kunne undertegnede få innsikt i andre tanker og oppfatninger knyttet til prosjektets resultater, og på denne måten hindre at kun min egen oppfatning formet analysen av resultatene. Andre tiltak er beskrevet i analysen.

### **Pilotintervjuer**

Det ble gjennomført totalt tre pilotintervjuer i forkant av datainnsamlingsperioden. Et pilotintervju referer til et «forsøksintervju» der forskeren har mulighet til å teste sine intervjuferdigheter, og teste ut intervjuguiden som forsøksverktøy (Markula & Silk, 2011). Pilotintervjuer kan være nyttige, ettersom forskeren får mulighet til å opparbeide seg erfaringer knyttet til intervjusituasjonen (Kvale & Brinkman, 2010). Markula & Silk (2011) peker på at det er vanlig å gjennomføre minst ett pilotintervju med en bekjent, med mål om å få tilbakemeldinger rundt intervjuprotokollen. Basert på disse tilbakemeldingene er det mulighet for forskeren å gjøre endringer på intervjuguiden, og eventuelt forbedre sine intervjuferdigheter. Pilotintervjuene ga veldig nyttig erfaring som var til god hjelp under intervjuene med deltakerne i prosjektet. Det er derimot viktig å påpeke at pilotintervjuene ikke ble gjennomført på personer med psykiske lidelser, og intervjuguiden ble derfor ikke testet spesifikt mot den gruppen som skulle intervjues.

### **Intervjuene**

Enkeltintervjuer ble benyttet som datainnsamling for denne oppgaven, da det ble ansett som mest hensiktsmessig, ettersom hensikten med oppgaven var å få økt innsikt i deltakernes oppfatninger og opplevelser knyttet til oppgavens tematikk. Formålet med et intervju er å få omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon, eller informasjon knyttet til synspunkter og meninger rundt temaer som tas opp under intervjuet (Thagaard, 2013). Intervjuer er derfor godt egnet til å få innsikt i deltakernes opplevelser, følelser og tanker.

Intervjuene ble avtalt i samarbeid med behandler ved institusjonen, deltaker og intervjuer, og ble gjennomført vinteren 2019. En semistrukturert intervjuguide dannet grunnlaget for intervjuene, men i stor grad var målet at deltakeren skulle føre samtalen, og guiden ble benyttet først og fremst som et hjelpemiddel til å sørge for at prosjektets hovedproblemområder ble tatt opp underveis i samtalen. Før intervjuets oppstart ble informasjonsskrivet (vedlegg 2) tilknyttet oppgaven presentert på en grundig måte slik at deltakerne var innforstått med hva deltakelse i prosjektet innebar. Etter en nøye gjennomgang underskrev deltakerne et informert samtykke. Etter at samtykke var i orden, ble det gjort en rask gjennomgang av temaer som skulle belyses, hvor lang tid som var til rådighet, og hvordan samtalen skulle gå for seg. Båndopptaker ble startet når selve intervjuet ble satt i gang.

Hovedtemaene i intervjuguiden var strukturert etter fire hovedområder, som skulle gjenspeile prosjektets problemområder: (a) deltakernes oppfatninger og meninger knyttet til helsebegrepet, (b) deltakernes opplevelser med fysisk aktivitet, og dets rolle knyttet til egen helse, (c) deltakernes opplevelser knyttet til fysisk aktivitet som en del av behandlingen og (d) deltakernes opplevelser og meninger knyttet til tilrettelegging av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. Ettersom tidspunktene for intervjuet var avtalt på forhånd, var det lagt opp til at vi hadde god tid til rådighet, noe som gjorde at undertegnede som intervjuer kunne følge opp temaer og utsagn som deltakerne presenterte underveis.

### **Oppbevaring av datamateriale**

All innsamlede datamateriale som kan spores tilbake til deltakerne, inkludert navn og informert samtykke, ble oppbevart innelåst ved behandlingsansvarlig institusjon, i dette tilfellet Norges idrettshøgskole. Ettersom utvalget ikke besto av mer enn seks deltakere, var det ikke nødvendig med en kodeliste som knyttet eventuelle deltakernummer til deltakernes navn. Ettersom kodeliste ikke var nødvendig, bidro dette til å styrke deltakerens anonymitet.

Transkripsjonene fant sted så fort som mulig etter intervjuene var gjennomført. Etter endt transkribering, ble alle lydfilene slettet. Hver deltaker fikk også tilgang på sitt intervju, slik at de kunne få mulighet til å lese gjennom. Målet med gjennomlesingen var for å sjekke om de følte seg forstått under intervjuet, og eventuelt korrigere feil dersom dette ikke var tilfelle. Ingen deltakere ønsket å benytte seg av dette.

#### **4.4 Analyse**

Oppgaven benyttet en tematisk analyse. Det er ingen fast konsensus for å gjennomføre en tematisk analyse, men Braun & Clarke (2006) har designet en guide for en slik analyse, på seks punkter, og denne ble benyttet for dette datamaterialet. Punktene består av; (1) bli kjent med datamaterialet, (2) koding av datamaterialet, (3) finne temaer, (4), gjennomgang og vurdering av temaer, (5) definere og navngi temaer, og (6) produsere rapport. De ulike punktene vil bli nøyere presentert i den påfølgende delen av oppgaven.

##### **Bli kjent med datamaterialet**

Første steg i analysen går ut på å gjøre seg kjent med datamaterialet. For å få til dette gjorde undertegnede både gjennomføringen og transkripsjonen av intervjuene. Til tross for at transkriberingen kan virke frustrerende og tidkrevende, er det en veldig god måte å bli kjent med materialet (Riessman, 1993). Videre legger Braun & Clarke (2006) vekt på at repetert lesing er viktig, ettersom man leser gjennom materialet flere ganger, og kan søke etter meninger og mønstre underveis. Det anses som ideelt å lese gjennom flere ganger før man starter kodingsprosessen, da ideer og identifisering av mulige mønstre vil skapes etter hvert som man leser (Braun & Clarke, 2006). Derfor ble transkripsjonene lest gjennom to ganger av undertegnede. Det samme var tilfellet for en annen person som skulle bistå i kodingsprosessen og fungere som «medkoder».

##### **Koding av datamaterialet**

Fase to består av koding, og denne prosessen begynner etter at man er kjent med materialet. Koding går ut på å identifisere et utsnitt av materialet som beskriver informasjon knyttet til prosjektets problemstilling (Miles & Huberman, 1994). Hensikten med denne prosessen er å plukke ut de meningsfulle segmentene av intervjuet. Ulike utsnitt som ble vurdert som interessante og potensielt aktuelle til å besvare problemstillingen ble plukket ut, og disse

kodene ble sortert inn i ulike mapper. Mappesystemet var til god nytte for neste steg, ettersom de ulike mappene bidro til å utforme temaer for oppgaven. Undertegnede kom først med et utkast til potensielle koder, og deretter ble disse vurdert av «medkoder» for prosjektet. Gjennom to runder med dialog og diskusjon ble partene enige om kodene som skulle danne grunnlaget for den videre analysen. Analyseverktøyet MAXQDA 2018 ble benyttet til koding og de resterende delene av analysen.

### **Finne temaer**

Etter koding, var neste steg å søke etter temaer innenfor materialet. I denne fasen var målet å sortere det kodede materialet til potensielle temaer. I denne sammenhengen representerer de ulike temaene sentrale aspekter ved datasettet, og er med å representere et mønster i de ulike oppfatningene og opplevelsene som kommer frem i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Kodene som ble identifisert i fase to, ble vurdert opp mot prosjektets problemstillinger, og kodene som ble ansett som mest relevante til å besvare disse ble tatt med inn i utforming av temaer. Undertegnede i samarbeid med «medkoder» ble i fellesskap enige om koder, og deretter enige om potensielle temaer. Alt dette skjedde over to runder med refleksjon og diskusjon.

### **Gjennomgang og vurdering av temaer**

Etter at ulike temaer var foreslått som potensielle for oppgaven, var neste steg å vurdere temaene som var blitt utformet. Braun & Clarke (2006) legger vekt på at man i denne prosessen vil oppdage at noen temaer viser seg å overlapse med hverandre, ikke være relevante for oppgaven eller ha behov for å brytes ytterligere ned for å få en helhetlig forståelse.

Denne fasen besto av to former for vurdering. Den første omhandlet vurdering av de ulike kodene som er trukket ut, der hver enkelt kode vurderes om den passer inn innenfor et eller flere temaer. Dette gjøres for å se om kodene bidrar til å danne et sammenhengende mønster (Braun & Clarke, 2006). Under denne gjennomgangen var det noen av de utplukkede kodene som måtte vurderes videre, ettersom de ikke passet inn i sine opprinnelige temaer. Braun & Clarke (2006) sier at dersom kodene ikke passer inn må man vurdere om det er kodingene selv som er problemet, eller om de må flyttes til et annet tema. Koder som ikke passet inn



under de ulike temaene, medførte enten en justering av temaet de var en del av, eller dannelse av nye temaer. Dersom kodene ikke passet til temaene, ble de enten plassert inn under et annet tema som ble funnet relevant, eller ekskludert fra analysen.

Den andre vurderingsfasen er forholdsvis lik som den første, men her vurderes hvert enkelt tema i lys av hele datasettet. I denne fasen vurderes gyldigheten til hvert enkelt tema opp mot innholdet i intervjuet (Braun & Clarke, 2006). Det ble også reflektert hvorvidt det forekom sammenhenger mellom temaene på ulike nivåer. Temaer med fellestrekk ble slått sammen for å skape en mer helhetlig forståelse, og dette resulterte til færre sentrale temaer med omfattende informasjon, fremfor mange små ulike temaer. Etter en nøye gjennomgang ble det derfor stående igjen med temaer som ble vurdert til å ha en fornuftig sammenheng, og som godt representerer datasettet i sin helhet.

### **Definere og navngi temaer**

Fase fem besto av å definere og navngi temaene, som var plukket ut som et resultat av fase fire. I denne fasen er målet å identifisere og presisere essensen av hva hvert enkelt tema handler om, og hvilke aspekter ved datamaterialet hvert tema fokuserer på (Braun & Clarke, 2006). Temaene som i utgangspunktet var plukket ut, ble her navngitt med presise og tydelige stikkord, for eksempel «helseoppfatning». Veien fra koding til ferdig definerte hovedtemaer er illustrert i figur 3 og 4.

### **Produksjon av rapport**

Etter at man har utarbeidet et fullstendig sett med temaer, kan analysen og den endelige rapporten ferdigstilles (Braun & Clarke, 2006). Gjennom den endelige rapporten er hensikten å presentere datainnsamlingsprosessen og redegjøre for hvordan man har kommet fram til de ulike temaene. I denne fasen skal det presenteres eksempler fra datasettet som trekker frem essensen i materialet, og som er forståelig for leseren. Fremstillingen av essensen kan for eksempel forekomme gjennom sitater fra deltakerne, som er tilfellet i denne oppgaven. Formålet med rapporten er å presentere datamaterialet på en fornuftig og forståelig måte, og diskutere dette i lys av tidligere forskning og forskningsspørsmålene for oppgaven.

## **4.5 Studiens troverdighet**

Det stilles ofte spørsmålstejn rundt troverdigheten til studier som benytter kvalitative forskningsmetoder, ettersom deres konsepter om validitet og reliabilitet ikke kan beskrives på samme måte som i kvantitative, naturvitenskapelige forsøk (Shenton, 2004). Derimot legges det mer vekt på å argumentere for studiens troverdighet, og Shenton (2004) peker på fire sentrale punkter som enhver kvalitativ forsker burde tenke på når det argumenteres for studiens troverdighet; gyldighet, overførbarhet, pålitelighet og forskerens objektivitet. Disse punktene vil derfor bli beskrevet i den kommende delen.

### **Gyldighet**

Innenfor kvalitative studier kan gyldighet betegnes som studiens interne validitet (Shenton, 2004; Thagaard, 2013). Gyldighet baserer seg på om resultatene fra studien stemmer overens med den virkeligheten som er beskrevet av deltakerne. Det er en rekke ulike faktorer som påvirker gyldigheten, deriblant bruk av veletablerte metoder, kjennskap til kulturen, ærlige svar fra deltakeren og forskerens bakgrunnsforståelse (Shenton, 2004).

### **Overførbarhet**

Overførbarhet kan sammenlignes med ekstern validitet, og omhandler hvorvidt resultatene i en studie kan overføres til andre situasjoner (Thagaard, 2013). Kvalitative forskningsmetoder baserer seg ofte på et begrenset miljø og utvalg, og det er vanskelig å demonstrere at resultatene kan overføres til andre situasjoner (Shenton, 2004). Til tross for at hvert enkelt utvalg er unikt, representerer de likevel en del av en større gruppe, og som et resultat av dette er det tenkelig at resultatene til en viss grad kan være overførbare, og dette punktet bør derfor ikke ignoreres (Shenton, 2004). For at utenforstående skal kunne vurdere om funnene fra en studie appellerer til andre situasjoner, bør tematikken som forskningen undersøker beskrives på en nøyaktig og detaljrik måte.

### **Pålitelighet**

Pålitelighet kan sammenlignes med begrepet reliabilitet (Shenton, 2004). I utgangspunktet refererer reliabilitet til om en annen forsker vil komme fram til de samme resultatene, dersom vedkommende anvender samme metode (Thagaard, 2013). Ettersom forskeren er sentral innenfor kvalitativ forskning, er det viktig å være bevisst på at undersøkelsesmetoden,

datainnsamlingen og analysen kan påvirke resultatene. På bakgrunn av dette må en kvalitativ forsker argumentere for studiens pålitelighet gjennom redegjørelse for hvordan datainnsamlingen og databehandlingen har foregått (Grimen & Ingstad, 2015; Thagaard, 2013).

### **Forskerens objektivitet**

Dette punktet baserer seg på om forskeren opprettholder objektivitet innenfor en studie. I slike tilfeller må derfor en forsker argumentere så godt som mulig at resultatene som forekommer er et resultat av deltakernes erfaringer, oppfatninger og opplevelser, fremfor å være basert på forskerens karakteristikk og erfaringer (Shenton, 2004). Innenfor kvalitative metoder er det riktig nok vanskelig å sikre fullstendig objektivitet, ettersom alle former for tester, skjemaer og guider er menneskeskapte (Patton, 1990).

## **4.6 Etiske overveielser**

Under alle studier på mennesker er det en rekke etiske retningslinjer som må følges. Markula & Silk (2011) henviser til Nürnberg-koden, som omhandler generelle etiske retningslinjer innenfor vitenskapen. Generelle punkter omhandler blant annet at forskningen må basere seg på tidligere forskning, at forskningen må ha en nytteverdi, at den ikke skal medføre skade, og at potensiell risiko ikke skal overgå de potensielle fordelene ved forskningen. Prosjektets problemstillinger er tidligere presentert og begrunnet på bakgrunn av bakgrunns- og teorikapittelet for oppgaven. I forkant av prosjektets oppstart ble det gjort en nøye vurdering av fordeler og potensielle ulemper ved å delta i prosjektet. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 3). Det er også godkjent av etisk komité ved Norges idrettshøgskole (vedlegg 4).

Pasienter med psykiske lidelser, regnes som en sårbar gruppe, og faren for sårbarhet og spørsmål om tilstrekkelig samtykkekompetanse kan by på utfordringer i forskning på denne gruppen (Hummelvoll, 2012). Markula & Silk (2011) legger vekt på at i forskning på sårbare grupper stilles det ekstra krav til beskyttelse av disse deltakerne. Det ble skrevet en avtale med institusjonen, som blant annet tok for seg taushetsplikt, oppbevaring av datamaterialet, delegering av ansvarsroller, og generelt gjennomføring av prosessen. På denne måten prøvde

alle parter å legge til rette for en best mulig gjennomføring av prosjektet, samtidig som deltakerne skulle utsettes for minst mulig belastning.

Samtykkekompetansen ble vurdert av behandler ved institusjonen. Behandler mottok et informasjonsskriv som ble presentert for potensielle deltakere. Undertegnede ble ikke koblet inn før deltakerne hadde sagt at de kunne tenke seg å delta i prosjektet. Alle deltakerne underskrev et informert samtykkeskriv, der det var presisert hensikten med prosjektet, hva det ville innebære å ta del i prosjektet, at deltakelse var frivillig og at deltakerne kunne trekke seg når som helst i prosessen uten å oppgi noen grunn. Samtlige deltakere underskrev informasjonsskrivet. Det ble innhentet kjønn, diagnose og alder etter samtykke fra deltakerne, da dette var opplysninger som var ansett som relevante for oppgaven. Navn ble også samlet inn gjennom informert samtykke, og disse ble oppbevart innelåst ved Norges idrettshøgskole på prosjektansvarlig sitt kontor. Samtykkeerklæringene makuleres straks oppgaven er godkjent.

Med mål om å sikre anonymitet, er datamateriale som omhandler veldig spesielle hendelser hos deltakernes liv, der de har mulighet til å bli gjenkjent, blitt ekskludert fra oppgaven. På bakgrunn av dette, kan det i enkelte deler av oppgaven ha blitt utelatt datamateriale som i utgangspunktet ville vært interessant for å besvare prosjektets problemstillinger. De nåværende resultatene ser ikke ut til å kunne medføre noen negative konsekvenser for de involverte.

Intervjuopptakene og transkripsjonene var kun tilgjengelig for undertegnede og undertegnedes veileder, som var prosjektansvarlig for prosjektet. Dette var også et ledd i prosessen som bidro til å opprettholde konfidensialiteten av materialet. Konfidensiell behandling av datamaterialet bidrar til å redusere deltakernes belastning av å delta i prosjektet og alle deltakerne er tildelt pseudonymer. Kun anonymiserte utskrifter blir oppbevart for eventuell publisering.

Nærheten mellom forskeren og deltakeren er en sentral del, og nærheten til deltakeren kan også by på etiske utfordringer. I intervjusituasjoner kan forskeren møte på etiske utfordringer med tanke på hvor personlige og nærgående spørsmål som skal stilles (Thagaard, 2013; Markula & Silk, 2011). Derfor må forskeren vise respekt for intervjupersonen, og ikke lede vedkommende til å si noe de ikke ønsker, eller som de kan angre på i ettertid. Intervjuguiden ble nøye vurdert av undertegnede og prosjektansvarlig, og behandlere ved institusjonen fikk også innsyn i guiden dersom de ønsket å korrigere noe de anså som utfordrende å ta opp. Spørsmålene for guiden var i utgangspunktet ikke knyttet til pasientenes psykiske sykdom, eller andre potensielle utfordrende temaer, men tidvis kunne pasientene åpne seg mye, og fortelle nære og personlige opplevelser knyttet til deres psykiske sykdom. Derfor var jeg bevisst på å hele tiden ha en åpen og støttende tilnærming til deltakerne, og forsøkte å gi dem mulighet til å føre samtalen i størst mulig grad. Dersom noen skulle ha angret seg i etterkant, ville dette bli tatt hånd om av behandler ved institusjonen.

## 5.0 Resultater

Utvalget besto av seks deltakere, hvorav fire menn og to kvinner, og deltakerne var mellom 25-41 år. Deltakerne hadde ulike diagnoser og hadde vært innlagt ved institusjonen i varierende tid. Beskrivelse av utvalget er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalg

Navn (pseudonym)	Kjønn	Alder	Diagnose(r), etter ICD-10	Erfaringer med fysisk aktivitet
Alexander	Mann	26	- Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet - Tilbakevendende depressiv lidelse - Sosial fobi - Problemer som skyldes alkohol og andre stimulanter	Spilt fotball i barneårene, mer styrketrening i voksen alder. Sporadisk aktivitetsnivå de siste årene.
Bettina	Kvinne	41	- Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	Drevet med blant annet turn, rytmisk sportsgymnastikk og ballet da hun var yngre.
Christian	Mann	25	- Panikklidelse - Agorafobi - Tilbakevendende depressiv lidelse	Alltid spilt fotball, både i barne-, ungdoms- og voksenårene.
David	Mann	30	- Tilbakevendende depressiv lidelse	Drevet med fotball og styrketrening tidligere, og spilt mye frisbeegolf de siste årene.
Eirik	Mann	30	- Uspesifisert bipolar affektiv lidelse - Alkoholavhengighetssyndrom	Lang erfaring med blant annet fotball, badminton

og tennis, i tillegg til litt styrketrening i 20-årene.

Frida	Kvinne	40	- Opiatavhengigssyndrom	Erfaring med fotball og håndball, og mye varierende erfaring fra gymmen på skolen.
-------	--------	----	-------------------------	--

---

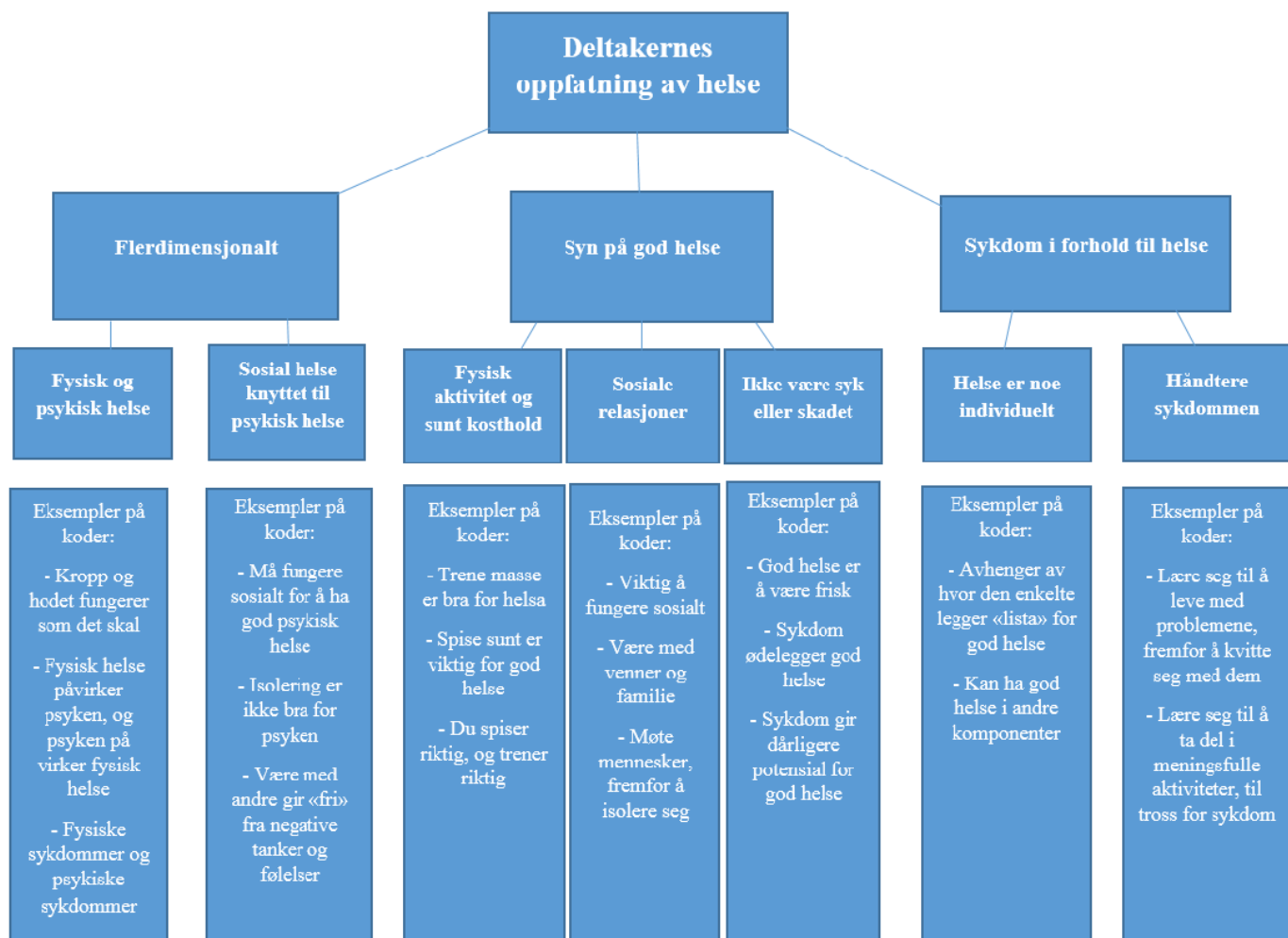
Analysen av datamaterialet resulterte i 412 koder, som dannet grunnlaget for resten av analysen. Disse kodene resulterte i 16 kategorier, seks temaer, og to overordnede, globale temaer. Veien fra koder til globale temaer er illustrert i figur 3 og 4. De globale temaene for oppgaven ble; (1) deltakernes oppfatning av helse, og (2) deltakernes opplevelser knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet.

## 5.1 Deltakernes oppfatning av helse

### Flerdimensjonalt

Mange av deltakerne beskrev helse som flerdimensjonalt, og delte dette først og fremst opp i fysisk og psykisk helse. Videre var mange av deltakerne bevisst på at de ulike komponentene hang nøye sammen og kunne påvirke hverandre. Det ble også beskrevet at det var viktig at disse komponentene fungerte godt sammen hvis man skulle ha god helse. Frida beskrev det som at de henger sammen i en tykk tråd:

*«God helse, da tenker jeg på god psyke, sammen med at man har en god kondisjon, og at man har god fysisk helse også da. Ja, at kroppen er i god form også da, sammen med god psyke da. At det henger sammen i en ganske tykk tråd da».*



Figur 3. Illustrasjon over veien fra koder til temaet "Deltakernes oppfatning av helse".

Få av deltakerne snakket om sosial helse som en egen komponent, men for mange var dette nært knyttet til psykisk helse, og sosiale komponenter ble derfor beskrevet som noe som i stor grad kunne påvirke psyken. Å være sosial med andre kunne gi økt humør og hindre isolering, noe som ble ansett som gunstig med tanke på god helse:

*«God helse, eller god psyke, eller psykisk helse, da må man jo være sosial, og man må trene på det. Så jeg har tenkt på at det spiller veldig mye. Det er viktig å være med andre» (Alexander).*

*«Ja, nei det sosiale er også viktig, i forhold til psykisk helse. Jeg tror faktisk alle trenger å på en måte fungere sosialt da» (Christian).*



## Syn på god helse

Mange deltakere beskrev god helse som at man hadde det bra med seg selv, og dette gikk ut på at man var i god form, både fysisk og psykisk. Noen av deltakere beskrev dette som at kropp og hode fungerte «normalt», og at de fungerte godt overens:

*«For meg så er helse at kroppen fungerer bra, og at den har det godt. At kropp og hodet fungerer godt overens» (Daniel).*

*«Nei, helse betyr at både... kroppen fungerer sånn den skal, og psykisk helse, at hodet skal fungere sånn som det skal. At det samkjører... at det... at det blir normal» (Alexander).*

For å oppnå god helse påpekte deltakerne ulike faktorer de mente bidro til dette. Dette inkluderte blant annet fysisk aktivitet, sunt kosthold, kontakt med andre mennesker, å ha en jobb og overskudd i hverdagen. På den andre siden var dårlig helse assosiert med inaktivitet, rusmisbruk, dårlig kosthold og isolering. Mange hadde stort fokus på det fysiske aspektet ved helse, og for Eirik var god helse først og fremst knyttet til et høyt aktivitetsnivå, noe han beskrev som å være en treningskar:

*«For jeg tenker mye på god helse som at da er man treningskar på en måte. At man kan jogge i 20 minutter».*

I tillegg til alle de overnevnte faktorene, var mange av deltakerne opptatt av at god helse inkluderte fravær av sykdom eller skade. Dette ble argumenterte med at potensiale for å oppnå god helse var betydelig dårligere dersom man enten var syk eller skadet, ettersom det kunne ha negativ påvirkning på ulike deler av livet. Alexander beskrev sykdom som noe ødeleggende for god helse:

*«God helse det er alt, eller hva heter det, at alt fungerer som det skal, og sykdom det er noe som ødelegger det da».*

## Sykdom i forhold til helse

Til tross for et relativt tydelig skille mellom god og dårlig helse, var samtlige deltakere opptatt av at til tross for tilstedeværelse av sykdom var det likevel mulig å oppnå god helse. Blant annet mente enkelte deltakere at det var mulig å lære seg til å håndtere plagene sine, og på denne måten lære seg å leve med dem. Deltakerne påpekte viktigheten av å fokusere på sine ressurser og muligheter fremfor begrensninger og utfordringer som følge av sykdommen. For Frida var det å kunne håndtere stemmene sine nok til at hun kunne føle at hun hadde hatt en god dag:

*«En god dag er når jeg har lite stemmer, eller når jeg klarer å mestre stemmene, gjennom å utfordre meg selv, med å være med på for eksempel trening, eller andre ting da som gjør at jeg greier å tenke annerledes, og det er så befriende. Bare jeg liksom greier å unngå å ha de stemmene i ti minutter da, så er det faktisk som solskinn i hjertet mitt».*

Flere av deltakerne var som tidligere beskrevet, opptatt av hvordan helsebegrepet ble delt opp. Ettersom helse ble sett på som flerdimensjonalt, mente noen av deltakerne at til tross for at man er syk eller skadet, kan man likevel ha god helse dersom man er tilfredsstillt med de andre helsekomponentene. For eksempel ble det forklart at man kan ha dårlig psykisk helse, men likevel være i god fysisk form og dermed ha god fysisk helse. Christian forklarte at gjennom fremgang på fysisk helse, kunne dette også ha effekt på psyken, og på denne måten kunne han derfor forbedre sin totale helse ved å få fremgang i et annet domene:

*«Du kan jo ha diagnoser, og psykiske lidelser og likevel være i god fysisk form, for eksempel. For meg så er det jo på en måte en måte å stikke litt av på da, og bruke... eller heller fokusere på hvordan du kan få fremgang fysisk, og kanskje den psykiske biten følger med. Jeg har hørt det at er du sterk fysisk, så gjør det noe med hodet».*

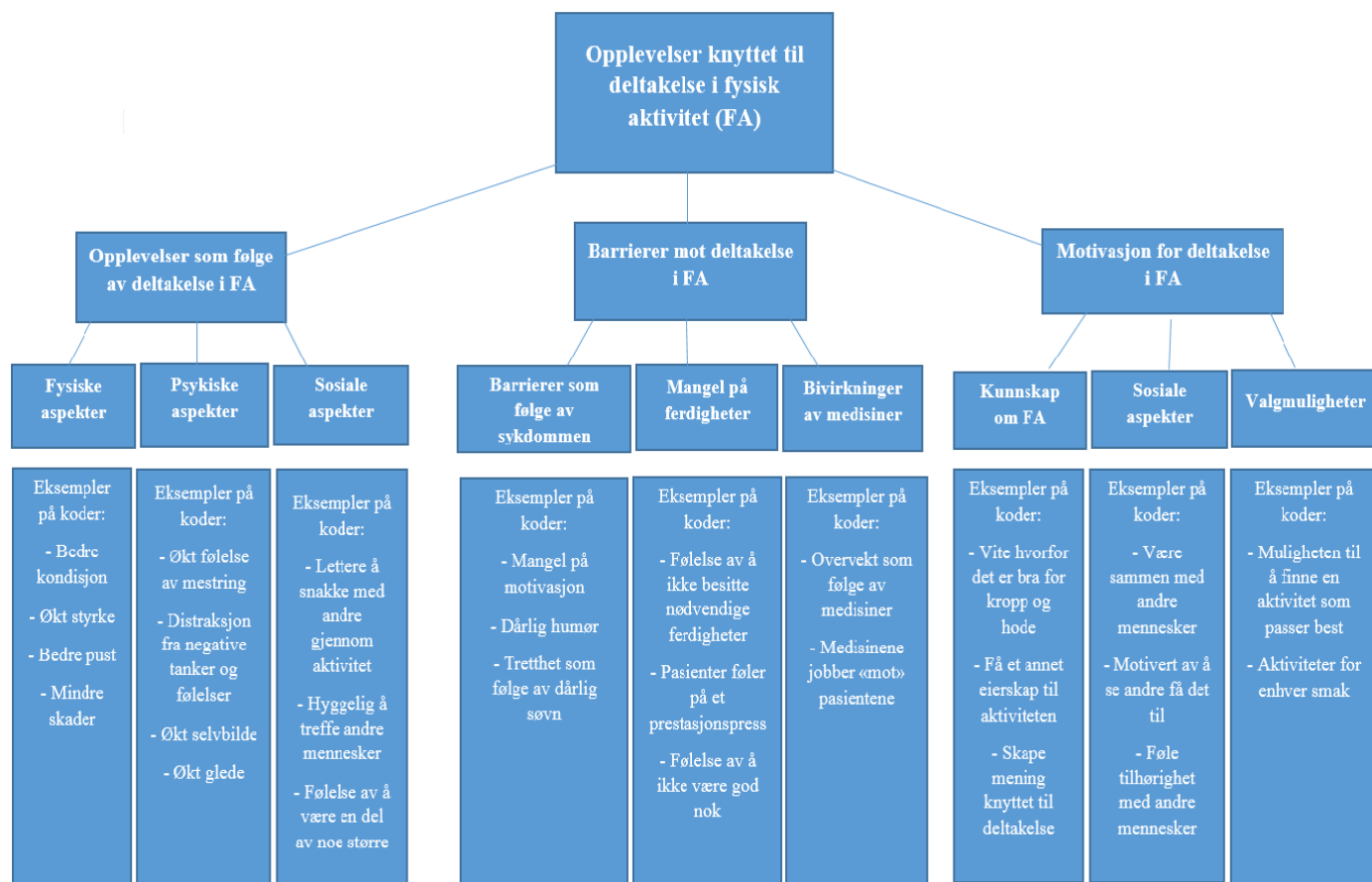
Helse ble også sett på som noe individuelt, noe som var avgjørende for hvordan man tolket god og dårlig helse, og standarden kunne derfor variere fra person til person. Deltakerne mente derfor at til tross for sykdom eller skade, kunne man likevel ha god helse, forutsatt at man klarte å ta del i aktiviteter som var viktig for den enkelte. God helse var derfor avhengig av hva man ønsket å oppnå, og det ble forklart at for de som ønsker mye vil veien til god helse bli lengre, mens for de som ønsker lite vil veien til god helse bli kortere. God helse var derfor

ulikt fra person til person, og det ble forklart at det som er godt nok for noen, ikke nødvendigvis er godt nok for andre:

«Og jeg tenker, det kan jo bli god helse for dem. Men hvis du hadde satt den samme helsen på en annen person da, så hadde det vært dårlig helse da» (Alexander).

«Nei, mye kommer vel an på hva du ønsker å oppnå da. Det er klart vil du være toppidrettsutøver, så må du jo... det er jo på et helt annet nivå, men hvis du er fornøyd med å bare være med på det som skjer med familie og venner, så... det er vel alt etter hvor du legger lista tenker jeg» (Christian).

## 5.2 Opplevelser knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet



Figur 4. Illustrasjon over veien fra koder til temaet "Opplevelser knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet".

## Opplevelser som følge av deltakelse

Samtlige deltakere, uavhengig av aktivitetsnivå, hadde alle god erfaring med fysisk aktivitet, og alle var tydelig på at fysisk aktivitet kunne ha en god innvirkning på deres helse gjennom en rekke ulike mekanismer. Alle var klar over de fysiske fordelene, og flere hadde også fått oppleve disse gjennom blant annet økt kondisjon, økt styrke, bedre balanse, vektnedgang og bedre pust. For noen var bare det å kjenne kroppen jobbe en god opplevelse, av den grunn at man følte seg sliten etter aktiviteten, men på en god måte. Bettina forklarte at hun synes det var godt å kjenne kroppen jobbe når hun gikk tunge turer, for eksempel i motbakke:

*«Jeg liker å gå lange turer. Den bakken her er veldig fin. En veldig bratt bakke, det liker jeg, når du kjenner at du ordentlig har brukt kroppen».*

I tillegg til fysiske fordeler, hadde samtlige deltakere opplevd ulike psykiske fordeler som følge av deltakelse i fysisk aktivitet. Omtrent alle deltakerne fortalte at de opplevde en følelse av mestring gjennom fysisk aktivitet. Denne mestringsfølelsen kunne bidra til økt selvbilde, selvtillit og mestringstro. David fortalte at denne følelsen var noe han verdsatte veldig mye, da sykdommen ofte medførte en følelsen av å være udugelig:

*«Ja, absolutt. Mestringsfølelsen gjør jo mye med psyken din. Det er jo... når du føler at du er nedslitt og ikke duger til noe, så er det jo en aktivitet. Det å få den mestringsfølelsen da, det er jo noe du verdsetter ganske stort. Det å få til ting».*

Mestringsfølelsen var også viktig for flere av deltakerne, da de fikk en følelse av å også kunne mestre andre aktiviteter. Dette ble ansett som viktig og verdifullt, og denne følelsen kunne overføres til andre deler av livet, som for eksempel jobb eller sosiale settinger.

Mestringsfølelsen fungerte derfor som en motivasjon for å prøve å ta del i andre aktiviteter:

*«Ja, det styrker den følelsen at jeg kan. At jeg kan utrette ting. Og jeg veit ikke hvorfor, men det liksom bare beviser at jeg klarer det, så da kan jeg også klare andre ting. Om det er å holde et møte eller et foredrag, eller bare være med kjæresten, da det var vanskelig. Men det bare støtter den ideen om at jeg kan, hvis jeg vil» (Alexander).*

*«Nei, det gir jo kanskje litt pågangsmot da, en liten «boost» til å prøve nye ting. Kanskje man får litt mer tillit til seg selv, og at man tørr å hive seg på og prøve» (Christian).*

En annen fremtredende effekt var at fysisk aktivitet var en god anledning til å få distraksjon fra negative tanker og følelser. Flere uttalte at de slet med vonde tanker og følelser, og fysisk aktivitet ga dem anledning til å få distraksjon fra disse, ettersom aktiviteten bidro til å ta vekk fokuset fra det som foregikk i hodet. Noen fortalte også at tankene og følelsene gjorde at de slet med mye uro og indre stress, og de forklarte at fysisk aktivitet var en fin måte å få frigjort uroen som hadde bygget seg opp. Gjennom frigjørelse av stress og uro følte deltakerne seg lettere etterpå, noe som igjen bidro til en økt følelse av glede og overskudd i etterkant av aktiviteten:

*«Jo, det er jo det at når jeg for eksempel trener litt da, så føler jeg at jeg får tankene over på andre ting. Pluss at jeg slipper å ha disse tvangstankene... altså hele tiden. Det liksom stopper opp da, og så kommer det andre tanker da som jeg føler er mer positive, og mer positive for meg da» (Frida).*

*«Altså hvis du sliter med aggresjonsproblemer, og sinneproblemer, så kan du ta det ut på... altså fysisk da. Så det blir på en måte at du må prøve å finne en måte å få den energien ut på en positiv måte. Sånn tenker hvert fall jeg da» (Christian).*

Noen av deltakerne la vekt på nevrobiologiske mekanismer. Disse deltakerne forklarte at under fysisk aktivitet forekommer det prosesser i hjernen, deriblant utskillelse av endorfiner. Basert på dette, mente deltakerne at det var positivt å delta i aktivitet, og forklarte at man kunne oppleve en følelse av glede som et resultat av de nevrobiologiske prosessene:

*«Man får utløst endorfiner og kan finne litt lykke der» (Eirik).*

*«Det skjer noe oppe i hjernen vår, når vi trener, som gjør at vi får det bedre. Vi utvikler endorfiner blant annet, som gjør at vi får det bedre da. Man får det rushet og mer energi, og man på en måte bobler av positivitet, og det er så godt når man har det tøft da» (Frida).*

I tillegg til fysiske og psykiske fordeler ble det også presentert flere sosiale opplevelser som følge av deltakelse i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet bidro blant annet til at deltakerne kom seg ut i stedet for å sitte inne og isolere seg. Det var også en fin anledning til å snakke med, og føle tilhørighet til andre mennesker. Bettina forklarte at for henne var det lettere å snakke med andre når hun deltok i fysisk aktivitet sammenlignet med andre situasjoner:

*«Ehm... jeg er jo veldig dårlig sosialt, og trenger egentlig å trene på sånne ting. Så det er kanskje lettere da å snakke med noen når vi går, enn om man sitter et sted og... ja».*

Noen fortalte også at gjennom fysisk aktivitet fikk de en følelse av å bli akseptert av andre pasienter og personal, og på denne måten ble ulike «skiller» vasket bort. Christian forklarte dette på en god måte, hvor han forklarte at alle kunne føle seg like, og det var ingen forskjeller mellom pasienter og personal:

*«Det blir et helt annet preg på det da, når personalet og pasientene kan på en måte være på tur uten at det er et sånt klart skille, sånn som på andre institusjoner».*

### **Barrierer for deltakelse**

Til tross for en rekke positive opplevelser som følge av deltakelse i fysisk aktivitet, forklarte flere av deltakerne at de opplevde ulike barrierer som kunne hindre dem i å delta i fysisk aktivitet og andre deler av behandlingen. Frida og Eirik hadde begge opplevd vektøkning som en bivirkning av medisiner, og forklarte at vektoppgangen hadde gjort det krevende å ta del i fysisk aktivitet, ettersom det opplevdes veldig tungt å være i aktivitet.

For Bettina var noen av de største barrierene knyttet til sosiale aspekter. Hun fortalte at hun slet med en rekke sosiale utfordringer, og selv om hun opplevde fysisk aktivitet som hensiktsmessig med tanke på sosial trening, var det likevel krevende for henne å ta del i enkelte aktiviteter:

*«Jeg tror jeg må ha... jeg må nok bruke tid på det, for det er nok mange sånne sosiale greier i det som jeg sliter litt med. Og da gjøre sånne ting sammen med andre mennesker, det... ja, jeg må nok bruke litt tid på det».*

For flere av deltakerne var enkelte barrierer knyttet til sykdommene deres. Alexander og Eirik forklarte at problemer med humøret kunne gjøre det utfordrende å delta i fysisk aktivitet. Dette forklarte de med at dårlig humør ofte førte til mangel på motivasjon:

*«Ja, det er... depresjon, og veldig det med stress. For jeg... depresjon det tar bort motivasjon, livslyst, og jeg veit jo hva jeg burde og hva jeg liker, men det er veldig vanskelig å komme seg ut» (Alexander).*

*«Nei, det er mest humøret det går på. Jeg er bipolar da, så det går litt sånn opp og ned, når du har motivasjon og ikke. Sånn som her når det er fast to ganger i uka at nå er det trim, det kan kræsje litt med hvor jeg er i stemningsleie da» (Eirik).*

Forventningspress og mangel på ferdigheter ble også trukket frem som potensielle barrierer. Mange delte en oppfatning om at det var knyttet forventninger til prestasjoner under aktivitetene, og på bakgrunn av dette kunne mangel på ferdigheter oppleves som utfordrende. Det ble også trukket frem at mange pasienter føler på et stor press som de ofte legger på seg selv. David trodde dette var tilfellet for flere pasienter ved institusjonen, og forklarte at følelsen av å ikke være flink nok var en av grunnene til dårlig oppmøte:

*«Ja. Jeg tror mange føler den at du både må være trent, du må være god for å være med. Du må ha koordinasjon med ball for å være med, og sånne ting».*

Basert på det store forventningspresset, mente Alexander at det var viktig å minimere følelsen av prestasjonspress. Han hadde en oppfatning om at mange pasienter opplever press med tanke på deltakelse i behandling, både fra andre, men også fra seg selv. Derfor var han opptatt av at personalet måtte være flinke til å presisere at man ikke må yte maksimalt for å delta i fysisk aktivitet:

*«Ja, det at... det å få det tilbudet om at du... at de snakker litt mer om at det er lov å ta seg mye pauser. At du føler ikke på det presset om å yte maks, for det et sånt press som du har oppe i hodet, som jeg tror de fleste har».*

## **Motivasjon for deltakelse**

Deltakerne fortalte om en rekke motiver som kunne ha stor innvirkning på deres deltakelse i fysisk aktivitet. En viktig faktor for mange av deltakerne var de sosiale aspektene. Som tidligere beskrevet var flere av deltakerne opptatt av de sosiale fordelene av å delta i fysisk aktivitet, og dette fungerte også som en motivasjonskilde for videre deltakelse. Flere la vekt på at de satte stor pris på å møte andre mennesker, og for Christian var de sosiale aspektene noe som motiverte han sterkt for deltakelse:

*«Ja, jeg synes både det med aktiviteten og at det er lett å bli kjent med folk gir en lyst til å være med da».*

Valgmuligheter og variasjon i aktivitetstilbudet kunne også være en motiverende faktor for noen av deltakerne. Basert på de mange valgmulighetene som var tilgjengelig ved institusjonen, var det i stor grad enighet om at aktivitetene var tilrettelagt slik at flest mulig pasienter hadde mulighet til å delta, ettersom hver enkelt pasient fikk mulighet til å finne en aktivitet som matchet deres preferanser. David fortalte at han var godt fornøyd med tilbudet, og mente at det var noe for enhver smak:

*«Nei, jeg synes her, så har de et veldig fint aktivitetstilbud til hver enkelt. Du kan drive med alt du vil egentlig. Alt fra styrketrening til sykling, gå deg en tur, sykle. Her har du et vidt spekter av aktiviteter. Jeg synes egentlig, sånn tilbudet er her, så er det veldig fint».*

Det ble også beskrevet at aktiviteter der man selv kunne velge intensitet, som for eksempel gåturer, var foretrukket av flere. I tillegg var muligheten av å velge mellom ulike aktiviteter ansett som spesielt viktig i startfasen på et behandlingsopphold, ettersom det ga pasientene mulighet til å finne en aktivitet som var oppnåelig for den enkelte. På denne måten kunne det bygge opp en motivasjon for å ta del i aktiviteter i starten av behandlingsoppholdet, for så å deretter utfordre seg ytterligere gjennom andre aktiviteter. Frida beskrev dette slik:

*«Jeg tror det er viktig at liksom alle sammen føler seg... ja, at folk føler seg integrert da, og at det er oppgaver da som er oppnåelige for alle. At det liksom er sånn at alle greier å være med på det. Og så etter hvert, så kan man liksom øke nivået litt da, det tror jeg».*



Selv om mange var godt fornøyd med de ulike valgmulighetene ved institusjonen, var det ikke alle som følte at de hadde like mange valgmuligheter til enhver tid. Dette kunne blant annet variere på ulike tider av året, ettersom deltakerne forklarte at de følte på flere muligheter i sommerhalvåret sammenlignet med vinterhalvåret. Noen av deltakerne forklarte at mangel på valgmuligheter kunne virke demotiverende, og dermed også fungere som en barriere mot deltakelse:

*«Eh, ja, kanskje. Jeg er litt sånn... jeg synes det er veldig godt å gå tur, og være alene. Og så har jeg vært her, og tenker ja her er det trim og sånn, okei, da skal jeg gå tur. Men så sier de at nei i dag, så skal vi ikke gå tur. Da blir jeg litt sånn... det hindrer meg i å... ja» (Bettina).*

*«Nei, jeg er jo glad i å gå tur, og setter pris på det. Så sånn som nå, når jeg er litt trøtt og de skal i treningsrommet, så er ikke det helt for meg akkurat nå» (Eirik).*

Frida, som ofte var fornøyd med de tilgjengelige mulighetene, mente likevel at det enkelte ganger burde være mer variasjon i tilbudene. Hun forklarte at dersom variasjonen var større, kunne dette gi henne en mulighet til å oppdage andre aktiviteter og kanskje bli ytterligere motivert for å delta:

*«Ja, det kunne vært litt mer sånn variabelt, og litt flere ting å velge mellom (...) Jo, fordi at da hadde jeg kanskje funnet andre ting som jeg syntes hadde vært ålreit også. For jeg er en person som liker å gjøre flere ting. Jeg henger meg ikke opp i en ting som jeg synes er ålreit å gjøre, for det er som regel flere ting da».*

Kunnskap og forståelse av fysisk aktivitet ble også ansett som en mulig motivasjonsfaktor. Økt kunnskap og forståelse baserte seg i hovedsak på to punkter; (1) kunnskap om potensielle effekter som følge av deltakelse, og (2) kunnskap om enkle treningsprinsipper. Deltakerne argumenterte for at kunnskap om potensielle effekter kunne ha god innvirkning på motivasjon, da dette ga pasientene mulighet til å bli bevisst på hvordan fysisk aktivitet kunne fungere som behandling. På denne måten fikk aktiviteten en større mening, noe som ville være gunstig med tanke på motivasjon for deltakelse:

*«Ja, det tror jeg. Sånn at man ikke gjør det... ikke forgjeves, men bare at man ikke snubler gjennom trimmen en gang i uka. For da får man litt mål og mening da» (Eirik).*

Kjennskap til enkle treningsprinsipper ble også trukket frem av flere deltakere. Alexander la stor vekt på dette, og forklarte at kunnskap om ulike treningsprinsipper og øvelser kunne gi pasientene en følelse av «eierskap» til treningen. Denne følelsen hadde gitt han en følelse av kompetanse, noe som ga han en trygghet til å ta styring over sin egen aktivitet, og dette var noe han fant veldig givende og motiverende:

*«Og du har liksom ikke noe peiling på det, så du føler veldig... altså, du har et oppsett, men du følger ikke at du eier treninga. At du styrer treninga selv. Men så begynte jeg å lese om det, og etter det, så ble det morsomt. For da kunne jeg endre på repetisjoner noen uker, og alt det der da. Så det har hvert fall vært veldig behjelpelig for meg, med informasjon. Å lære».*

Til tross for at deltakerne opplevde kunnskap om ulike aspekter ved fysisk aktivitet som motiverende, påpekte flere at det var lite fokus på dette ved institusjonen. Derfor hadde flere en oppfatning om at det burde være mer fokus på å lære bort kunnskap knyttet til ulike aspekter ved fysisk aktivitet, da det var tenkelig at flere pasienter hadde hatt godt av å forstå hvordan fysisk aktivitet kunne fungere som behandling. Frida mente at dersom pasientene hadde fått økt kjennskap til fysisk aktivitet og trening, ville dette motivere både de som deltok og ikke deltok i aktivitetene:

*«Ja, da tror jeg faktisk flere hadde blitt med, og de som var med hadde gitt jernet enda mer».*

## 6.0 Diskusjon

Dette kapitlet vil først gi en kort diskusjon knyttet til utvalget. Hoveddelen vil deretter bestå av diskusjon knyttet til oppgavens fire problemstillinger. Til slutt vil det diskuteres styrker og svakheter ved oppgaven, oppgavens troverdighet, oppgavens betydning for praksis, og råd for fremtidig forskning.

Denne oppgaven rekrutterte pasienter med psykiske lidelser, som alle ble rekruttert fra en institusjon som var samarbeidspartner for prosjektet. Institusjonen hvor alle deltakerne var tilknyttet, benytter fysisk aktivitet som en del av sitt behandlingsopplegg, noe som gjorde deltakerne interessante og relevante for oppgaven. På bakgrunn av dette har oppgaven benyttet et strategisk utvalg, som vil si at man plukker ut deltakere som besitter egenskaper som gjør dem velegnet til å besvare oppgavens tematikk. Derfor ble deltakere rekruttert fra den aktuelle institusjonen fremfor en annen tilfeldig institusjon.

### 6.1 Spørsmål 1 – Hvilke oppfatninger har deltakerne av begrepet helse?

Personer med psykiske lidelser ser ut til å bli oversett som en kilde til kunnskap om helse. Det eksisterer lite kunnskap om deres forståelse og oppfatning om helsebegrepet, og det er derfor behov for økt kunnskap knyttet til dette. Slik kunnskap kan gi økt forståelse om hvorvidt behandlingen innenfor psykisk helsevern samsvarer med pasientenes oppfatninger og forventninger. Deltakerne i denne oppgaven så på helse som flerdimensjonalt, og delte dette opp i fysisk og psykisk helse. Lignende funn er også presentert i andre studier på personer med psykiske lidelser, som forklarer at helse og velvære består av ulike komponenter og kan påvirkes av ulike domener i livet, deriblant fysisk, psykisk, sosialt, økonomisk, emosjonelt og spirituelt (La et al., 2015; Mjøsund et al., 2015). Disse resultatene viser at personer med psykiske lidelser ser på helse som noe helhetlig, noe som indikerer at psykisk helsevern kan ha godt av å fokusere på en helhetlig behandling, med det formål å påvirke flest mulig helsedomener.

Videre var deltakernes umiddelbare oppfatning av helse i stor grad beskrevet med utgangspunkt i en medisinsk forståelse, hvor helse omhandlet at kropp og hodet fungerer som det skal, og at man ikke er syk eller skadet. En slik forståelse kan sammenlignes med Boorse (1977, 2014) og hans biostatistiske modell, som forklarer at helse er synonymt med at kroppen fungerer slik den er laget for å gjøre, noe han beskriver som kroppens artsdesign. En slik medisinsk forståelse preger den vestlige medisinen, og det er denne holdningen som i stor grad benyttes både i trening og praksis av helsepersonell (Naidoo & Wills, 2000). Det kan derfor være grunn til å forstå at flere av deltakerne deler denne oppfatningen av helse, ettersom det er tenkelig at slike oppfatninger er basert på deres egne erfaringer og opplevelser med helsevesenet. Som tidligere poengtert er denne forståelsen riktig nok krevende å benytte i helsefremmende arbeid, i og med at den baserer seg på et konsept om normalitet, og er derfor vanskelig å benytte i praksis. Psykiske lidelser er problemer som kan være vanskelig å bli kvitt, og på bakgrunn av dette vil derfor ikke deltakerne eller andre pasienter kunne defineres som forenlig med helse basert på en medisinsk forståelse.

Til tross for en medisinsk grunnforståelse av helse, viste resultatene fra denne oppgaven at samtlige deltakere delte en oppfatningen om at man likevel kan oppnå god helse til tross for at man er syk eller skadet. Basert på deltakernes oppfatning om helse som noe individuelt, hvor terskelen for god helse kan variere fra person til person, ga dette en forståelse av at til tross for tilstedeværelse av sykdom kan en person ha god helse dersom vedkommende kan ta del i verdifulle aktiviteter. Huber et al. (2011) mener at helse bør sees på som evnen til regulering og tilpasning, og argumenter for at dersom man kan lære seg å håndtere en lidelse, kan dette medføre at man likevel kan ta del i helsefremmende aktiviteter som fysisk aktivitet, jobb og andre sosiale aktiviteter som den enkelte finner givende. Andre studier på personer med psykiske lidelser finner også lignende resultater, der følelsen av å ha kontroll over egen situasjon, følelsen av å kunne ta del i meningsfulle aktiviteter og følelsen av sosial inkludering var viktig både som en del av helsekonseptet, men også viktig som en del av behandlingsprosessen (Svedberg et al., 2004; Windel et al., 2012).

Resultatene fra denne oppgaven, kombinert med resultater fra lignende studier, indikerer at det er mulig å ha god helse til tross for at man er syk eller skadet. Viktige komponenter for å lykkes med dette innebærer følelsen av å kunne håndtere sin egen situasjon, være i stand til å

ta del i meningsfulle aktiviteter, og følelsen av sosial inkludering. Basert på disse resultatene er det grunn til å tro at personer med psykiske lidelser ønsker at psykisk helsevern skal fokusere på å styrke pasientens ressurser slik at de lettere kan håndtere sine lidelser og ta del i aktiviteter som er viktige for den enkelte. Denne oppfatningen ser ut til å samsvare med dagens ideologi i psykisk helsevern, som over de siste 40-50 årene har skiftet fra en mer medisinsk tilnærming til et økt fokus på å utnytte pasientenes ressurser med mål om å lettere håndtere sine lidelser, bli mer selvstendig og bygge sosiale relasjoner (Rössler, 2006). Etersom pasientenes oppfatninger matcher denne ideologien, indikerer dette at psykisk helsevern i stor grad har en hensiktsmessig tilnærming når det kommer til behandling av personer med psykiske lidelser.

## **6.2 Spørsmål 2 – Hvilke opplevelser har deltakerne rundt fysisk aktivitets rolle knyttet til egen helse?**

Over de siste årene har det vært en økt interesse og dokumentasjon av fysisk aktivitet og trening som forebygging og behandling av psykiske lidelser (Stubbs & Rosenbaum, 2018), spesielt med mål om å redusere den økte forekomsten av fysiske helseplager som er fremtredende hos denne gruppen (Allison et al., 2009; De Hert et al., 2011; Vancampfort et al., 2016a). Resultatene fra denne oppgaven viste at deltakerne opplevde en rekke fordeler på egen helse som følge av deltakelse i fysisk aktivitet. Alle deltakerne var klar over de fysiske fordelene av å delta i aktivitet som forbedret blodtrykk, bedre kondisjon, økt styrke og reduisering i fettmasse. Dette samsvarer også med studier som viser at fysisk aktivitet har effekt på blant annet aerob kapasitet og fettmasse hos personer med psykisk lidelser (Scheewe et al., 2013; Beebe et al., 2005).

I tillegg til fysiske fordeler, hadde samtlige deltakere opplevd en rekke psykologiske og sosiale effekter som følge av deltakelse i fysisk aktivitet. Flere la vekt på følelsen av mestring, økt selvbilde og økt selvtillit. Lignende resultater er presentert i en annen kvalitativ studie av personer med første-episodes psykoser (Firth et al., 2016a), der deltakerne forklarte at fysisk aktivitet bidro til økt selvbilde, som følge av økt selvtillit og mestringsfølelse. Deltakerne i den samme studien poengterte også at økt selvtillit og mestringsfølelse kunne overføres til andre arenaer i livet. Resultatene fra denne oppgaven gjenskapte disse funnene, hvor deltakerne forklarte at mestringsfølelsen som følge av deltakelse i fysisk aktivitet kunne

brukes i troen på å mestre egen behandling, jobb og sosiale settinger. Mestringsfølelse kan påvirke en rekke elementer knyttet til velvære (Knapen et al., 2005), og ettersom personer med psykiske lidelser ofte sliter med nedstemthet og mangel på motivasjon, er det derfor gunstig å øke mestringsfølelsen hos denne gruppen, og det er grunn til å tro at fysisk aktivitet kan være en god arena for å få til dette.

En annen viktig fordel som følge av fysisk aktivitet var distraksjon fra negative tanker og følelser. Distraksjonshypotesen har lenge vært anerkjent som en potensiell virkningsmekanisme for fysisk aktivitets påvirkning på psykisk helse (Craft, 2013), og basert på deltakernes opplevelser ser det ut til at denne hypotesen også er gjeldende i dette tilfellet. Disse opplevelsene er også interessante med tanke på deltakernes oppfatninger knyttet til helse og sykdom. Deltakerne delte alle en oppfatning om at man kan være syk og likevel ha god helse dersom man lærer seg å håndtere eller tilpasse seg sykdommen, i tillegg til å fokusere på muligheter fremfor begrensninger. Med utgangspunkt i distraksjonshypotesen er det derfor grunn til å tro at fysisk aktivitet kan bidra i håndtering av en sykdom, ettersom det gir pasientene en mulighet til å få fri fra bekymringer, stress og negative tanker. Leith (1994) forklarer at denne effekten delvis kan skyldes at pasienten blir tvunget til å fokusere på aktiviteten, samt fysiologiske responser som økt puls og hjerterytme, og argumenterer at denne effekten trolig er størst i starten på en treningsperiode. Når det er sagt er det grunn til å tro at etter hvert som pasienten blir vant til å trene, kan dette redusere fokuset på selve aktiviteten, og i stedet gi rom for at negative tanker og følelser kan komme tilbake. For å unngå dette kan det være hensiktsmessig med et varierende tilbud og en progressiv treningsplan, slik at pasientene hele tiden vil møte nye utfordringer i treningsarbeidet og derfor blir tvunget til å fokusere på aktiviteten. Dersom dette lykkes, vil trolig effekten av distraksjonshypotesen vedvare over lengre tid.

Enkelte deltakere var klar over potensielle nevrobiologiske effektene som forårsakes av fysisk aktivitet, som for eksempel utløsning av endorfiner. Dette kan også være med å oppklare hvorfor noen av deltakerne opplever økt glede i etterkant av fysisk aktivitet og trening. Denne oppgaven benyttet en kvalitativ tilnærming, med enkeltintervjuer som datainnsamlingsmetode, og denne tilnærmingen er ikke egnet til å utforske nevrobiologiske mekanismer hos deltakerne. Når det er sagt, er det likevel verdt å fremheve at enkelte

deltakere var bevisst på disse mekanismene, ettersom studier indikerer at fysisk aktivitet kan påvirke en rekke prosesser i ulike hjerneregioner, som blant annet styrer emosjonell og kognitiv regulering (Phillips, 2017), og kan derfor være nyttig i behandling av psykiske lidelser.

Sosiale opplevelser som følge av fysisk aktivitet var også veldig viktig for flere av deltakerne. Gjennom fysisk aktivitet fikk deltakerne føle tilhørighet og samarbeide med andre mennesker. Det var også lettere for flere av deltakerne å føre samtaler under fysisk aktivitet sammenlignet med andre aktiviteter. Dette samsvarer med andre studier, der det å møte andre mennesker, i tillegg til å være en del av noe større, trekkes frem som en positiv opplevelse av fysisk aktivitet (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2014a). Disse opplevelsene er viktige å trekke frem, ettersom personer med psykiske lidelser ofte isolerer seg, noe som medfører at de kan miste sosial kontakt (Ward, Annamalai & Chwastiak, 2018). Fysisk aktivitet kan derfor være en fin anledning til å bygge relasjoner til andre mennesker.

Til oppsummering, viser resultatene at deltakerne i denne oppgaven har opplevd en rekke positive effekter på egen helse som følge av deltakelse i fysisk aktivitet, som innebærer både fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Dette indikerer at fysisk aktivitet kan ha en rekke positive innvirkninger på pasientenes helse gjennom ulike mekanismer, og kan derfor være effektivt i både forebygging og behandling av psykiske lidelser, og bør derfor prioriteres som en del av behandlingen i psykisk helsevern. Når det er sagt, er det verdt å nevne at alle deltakerne som ble rekruttert i dette prosjektet hadde relativt god erfaring med fysisk aktivitet fra tidligere i livet. Det er grunn til å tro at disse deltakerne i utgangspunktet er positive til fysisk aktivitet, og har trolig større sannsynlighet for å ha erfart positive opplevelser som følge av deltakelse. Det er ikke sikkert dette ville vært tilfellet for pasienter som ikke har like mye erfaring med fysisk aktivitet.

### **6.3 Spørsmål 3 – Hvordan har deltakerne opplevd fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykisk helsevern?**

Fysisk aktivitet ble anerkjent som behandlingsform av samtlige deltakere, og alle var derfor positive til å ha fysisk aktivitet som en del av sin behandlingsplan. Dette samsvarer med andre studier som finner at både personer med psykiske lidelser, samt helsepersonell innenfor psykisk helsevern, er positive til fysisk aktivitet som behandlingsform (Searle et al., 2011; Robson et al., 2013). Etersom SDT benyttes som teoretisk rammeverk, vil deltakernes opplevelser knyttet til fysisk aktivitet som en del av behandlingen diskuteres med utgangspunkt i den.

#### **Tilfredsstillelse av behovet for autonomi**

Resultatene fra oppgaven viste at alle deltakerne var opptatt av valgmuligheter med tanke på aktiviteter. Deltakerne hadde ulike opplevelser knyttet til dette, hvor noen var veldig fornøyd med aktivitetstilbudet og følte de stort sett hadde muligheten til å gjøre det de selv hadde lyst til. På den annen side følte noen på mindre frihet, noe som medførte en følelse av begrensning, som igjen kunne oppleves som en barrierer for enkelte. I lys av SDT er det anbefalt å tilby valgmuligheter knyttet til fysisk aktivitet for å tilfredsstille behovet for autonomi (Farholm & Sørensen, 2016b; Haase et al., 2010). På denne måten kan pasientene selv bidra til å bestemme hvilke aktiviteter de ønsker å ta del i, og derfor få en økt følelse av medbestemmelse, som igjen kan bidra til å øke motivasjonen for å delta i fysisk aktivitet (Ryan & Deci, 2000a; Ryan & Deci, 2017).

Med tanke på preferanser for ulike aktiviteter, var deltakerne ofte fornøyd med aktiviteter hvor de selv kunne styre intensiteten, som for eksempel gåturer. Med utgangspunkt i SDT, er det grunn til å tro at dette også kan bidra med å tilfredsstille behovet for autonomi, ettersom pasientene kan bli mer motivert for å delta i aktivitet hvis de selv føler at de kan bestemme hvor mye de bidrar. Utgangspunktet for autonomi går ut på at mennesker handler på eget valg og vilje (Deci & Ryan, 1994), og muligheten til å kunne bestemme over egen aktivitet vil trolig øke både motivasjonen og gleden av å delta i fysisk aktivitet.



Til tross for at flere av deltakerne ofte ga uttrykk for at mye av aktivitetene ved institusjonen var tilrettelagt for tilfredsstillende av behovet for autonomi, var dette ikke nødvendigvis tilfellet for alle aktiviteter. Noen deltakere følte seg begrenset under enkelte aktiviteter, enten ved at de ikke fikk tilbud om alternativer, eller ved at de opplevde mangel på variasjon i aktivitetstilbudet. Disse resultatene antyder at hvorvidt pasientene føler tilfredsstillende av behovet for autonomi, varierer fra ulike aktiviteter.

### **Tilfredsstillende av behovet for kompetanse**

Som beskrevet tidligere var opplevelsen av mestring, økt selvtillit og økt mestringstro viktige opplevelser for flere av deltakerne. Disse resultatene indikerer at aktivitetstilbudet er tilrettelagt slik at pasientene kan oppnå en følelse av mestring, som vil være hensiktsmessig med tanke på å tilfredsstillende behovet for kompetanse. Flere av aktivitetene som ble foretrukket av deltakerne ble begrunnet med at det var enkelt å gjennomføre, samt at man kunne se resultater. Det er grunn til å tro at dette bidrar i tilfredsstillende av behovet for kompetanse.

Opplevelsen av valgmuligheter var også viktige med tanke på behovet for kompetanse. Gjennom muligheten av å velge mellom ulike aktiviteter, kunne pasientene velge hvilken aktivitet som passet best til den enkeltes preferanser og utfordringer. Deci & Ryan (2002) forklarer at følelsen av kompetanse vil oppstå dersom utfordringene i miljøet eller aktiviteten er tilpasset ferdighetene til individet. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at valgmulighetene som er tilgjengelige ved institusjonen, kan bidra i tilfredsstillende av behovet for kompetanse, ettersom den enkelte pasienten kan finne et alternativ der vedkommende får optimale utfordringer med utgangspunkt i sin egen kapasitet. En annen fordel av valgmuligheter og variasjon er at pasientene får mulighet til å bli kjent med ulike aktiviteter, noe som kan være fordelaktig etter utskrivelse. Ettersom kompetanse går ut på at en person har en følelse av å fungere effektivt innenfor et gitt miljø (Ryan & Deci, 2002) kan et variert tilbud gi pasientene mulighet til å finne en eller flere aktiviteter de mestrer. Det er også grunn til å tro at dersom pasienten er komfortabel med å utøve ulike aktiviteter, kan denne kompetansen gjøre det lettere å delta i aktivitet etter utskrivelse.

Til tross for flere oppfatninger om at aktivitetstilbudet på mange måter var tilrettelagt for å tilfredsstillere behovet for kompetanse, viste oppgavens resultater at enkelte pasienter kunne føle at fysisk aktivitet var krevende, og dette kunne derfor oppleves som en barriere for deltakelse. Dersom pasientene føler på et ferdighetspress knyttet til fysisk aktivitet, hvor de selv føler at de ikke besitter de nødvendige ferdighetene, er det forståelig at pasientene ikke nødvendigvis er motivert for å delta. Denne oppfatningen samsvarer ikke med opplevelsene knyttet til selve aktivitetstilbudet, og disse resultatene indikerer derfor at det ikke nødvendigvis er aktivitetstilbudet som er problemet, men snarere pasientenes forforståelse og oppfatning av fysisk aktivitet som hindrer dem i å delta. På bakgrunn av dette kan det tenkes at helsepersonell burde være flinkere til å veilede og støtte pasientene i forkant av aktivitetene, slik at de ikke føler på et ferdighetspress knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet. Videre kan det være hensiktsmessig å tilby aktiviteter som ikke krever spesielle ferdigheter, som for eksempel gange. Andre studier har også vist at slike aktiviteter foretrekkes av personer med psykiske lidelser (Ussher et al., 2007).

### **Tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet**

Som tidligere beskrevet var sosiale aspekter knyttet til fysisk aktivitet viktig for flere av deltakerne. Behovet for tilhørighet baserer seg på at mennesker har et grunnleggende behov for å føle tilhørighet til andre mennesker (Deci & Ryan, 2007), og flere av aktivitetene ga gode muligheter for dette, ettersom en stor andel ble gjennomført som gruppetrening. Et eksempel på dette var gåturer, da dette var en fin aktivitet der deltakerne kunne snakke med andre. Muligheten av å kunne gjennomføre aktiviteter sammen med andre ga en følelse av å være en del av noe større, hvor deltakerne følte at de var en del av et «oss», og ikke bare et «meg». Det er også interessant at noen deltakere følte det var enklere å være sammen med andre mennesker gjennom fysisk aktivitet sammenlignet med mer stillesittende aktiviteter. Pasienter med psykiske lidelser kan ha sosiale utfordringer. Det er grunn til å tro at fysisk aktivitet kan være hensiktsmessig for å danne sosiale relasjoner til andre mennesker, ettersom hovedfokuset med aktiviteten ikke er det sosiale aspektet.

Tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet kan også være interessant å diskutere på bakgrunn av deltakernes oppfatning av helsekonseptet. Deltakerne beskrev viktigheten av sosiale relasjoner og det å delta i meningsfulle aktiviteter som viktig for å oppnå god helse. På bakgrunn av dette kan fysisk aktivitet fremstå som en god helsefremmende aktivitet, ettersom det gir gode muligheter for sosiale relasjoner, noe som i seg selv kan oppleves som meningsfullt for den enkelte pasient. Med utgangspunkt i SDT er det derfor grunn til å tro at de sosiale effektene som følge av fysisk aktivitet, bidrar sterkt i tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet, noe som igjen kan forklare at flere av deltakerne føler at fysisk aktivitet har god effekt på pasientenes velvære, i tillegg til at de blir mer motivert for videre deltakelse (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2002; Ryan & Deci, 2017).

Til tross for mange sosiale fordeler av å delta i fysisk aktivitet, viste også resultatene fra denne oppgaven at sosiale utfordringer kunne gjøre det krevende å delta i fysisk aktivitet. En av deltakerne i denne oppgaven forklarte at hun opplevde gruppeaktiviteter som krevende på grunn av hennes utfordringer med å være sammen med andre mennesker. Selv om dette kun var tilfellet for én deltaker, er det likevel verdt å fremheve, ettersom personer med psykiske lidelser ofte kan oppleve sosiale utfordringer som en del av sine problemer (Ward et al., 2018), noe som kan gjøre det krevende å delta i gruppeaktiviteter. På bakgrunn av dette, er det mulig at selv om aktivitetstilbudet ved institusjonen er tilrettelagt for å tilfredsstille behovet for tilhørighet, vil likevel enkelte pasienter kunne føle på sosiale utfordringer knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet, og det er derfor viktig å ta hensyn til disse. Når det er sagt, var vedkommende likevel ofte fornøyd med behandlingstilbudet, ettersom gåtur ofte var et alternativ, og på denne måten fikk hun likevel anledning til å ta del i aktivitet, selv om hun ikke deltok på gruppeaktivitetene.

For å oppsummere, legger SDT vekt på at tilfredsstillelse av de tre grunnleggende psykologiske behovene autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet gjennom en atferd, vil medføre økt velvære og økt autonom motivasjon for den aktuelle atferden (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2017). Basert på deltakernes opplevelser knyttet til fysisk aktivitet som en del av behandlingen, ser det ut til at aktivitetstilbudet ved institusjonen i forholdsvis stor grad gir muligheter for å tilfredsstille disse behovene. Dette kan oppklare at deltakerne i stor grad gir uttrykk for at de er fornøyd med aktivitetstilbudet som eksisterer ved institusjonen.

Når det er sagt, ser det ut til at hvorvidt behovene tilfredsstilles delvis kan være avhengig av hvilke former for aktivitet som tilbys, da det ser ut til at tilfredsstillelsen er større under enkelte aktiviteter og enkelte årstider. Det er riktig nok verdt å nevne at aktivitetstilbudet som gis ved denne institusjonen ikke spesifikt bygger på SDTs komponenter, og det er derfor ikke overraskende at tilbudet ikke til enhver tid er tilpasset for å tilfredsstille disse behovene.

#### **6.4 Spørsmål 4 – Hvilke tanker har deltakerne om tilrettelegging av fysisk aktivitet i psykisk helsevern?**

Til tross for anerkjennelsen av de mange fordelene som følge av deltakelse i fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser, har likevel denne populasjonen et lavere aktivitetsnivå sammenlignet med den generelle befolkningen (eks. Helgadottir et al., 2015; Janney et al., 2014; Stubbs et al., 2016a). Det er også tidligere beskrevet at en stor andel av personer med psykiske lidelser ønsker å øke sitt aktivitetsnivå (Farholm et al., 2017). Dette var også tilfellet i denne oppgaven, der alle deltakerne ga uttrykk for at de ønsket å være regelmessig fysisk aktive. I tillegg var deltakerne i stor grad fornøyd med aktivitetstilbudet ved institusjonen. Likevel viste også resultatene fra denne oppgaven at deltakerne opplevde ulike barrierer for deltakelse, noe som også er vist i andre studier (Firth et al., 2016b; Glowacki et al., 2017). Det er tenkelig at disse barrierene resulterer i en ubalanse mellom ønsket aktivitetsnivå og det faktiske aktivitetsnivået hos personer med psykiske lidelser. For å dekke mellomrommet fra intensjon til handling, er det derfor viktig å tilrettelegge og implementere fysisk aktivitet på en fornuftig måte, og som en del av denne oppgaven fikk deltakerne selv mulighet til å presentere sine tanker knyttet til tilrettelegging av fysisk aktivitet i psykiatrien, og disse vil utdypes og diskuteres nærmere.

#### **Valgmuligheter**

Som beskrevet tidligere var flere av deltakerne opptatt av valgmuligheter og variasjon i tilbudet. Dette ble også vektlagt under spørsmål knyttet til tilrettelegging av fysisk aktivitet. Valgmuligheter og variasjon ble ansett som gunstig, ettersom det ga pasientene anledning til å finne en aktivitet som matchet deres egne preferanser. Det er tidligere vist at en ubalanse mellom pasientenes preferanser og tilbudet som gis kan medføre lavere deltakelse og et lavere aktivitetsnivå (Abrantes et al., 2011). Studier påpeker også at det er større sannsynlighet for økt autonom motivasjon dersom den enkeltes ønsker og interesser tas med i betraktning når man planlegger fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser (Farholm et al., 2016;

Vancampfort et al., 2013b). Dette er også blitt fremhevet i en kvalitativ studie på personer med bipolar lidelse, der deltakerne la vekt på viktigheten av å ta hensyn til pasientenes interesser, fysiske form og energinivå (Wright et al., 2012). Det er derfor tenkelig at det vil være hensiktsmessig å involvere pasienter i utforming av aktivitetstilbudet, da det er grunn til å tro at dette kan styrke pasientenes motivasjon for deltakelse i fysisk aktivitet.

Med tanke på preferanser viste resultatene fra denne oppgaven at aktiviteter som ble foretrukket ofte var aktiviteter der deltakerne fikk mulighet til å styre intensiteten selv. Selvstyrt intensitet har tidligere vist seg å gi en positiv påvirkning på affektive responser i etterkant av treningen (Ekkekakis, 2009), noe som er interessant, da positiv affekt har vist seg å være assosiert med økt deltakelse over både kortere og lengre perioder (Suterwala et al., 2016). Ekkekakis, Parfitt & Petruzello (2011) forklarer at den positive opplevelsen som følge av selvstyrt intensitet kan gi en følelse av autonomi og kontroll over egen situasjon, hvor fysisk aktivitet går fra å være noe man *må* gjøre, til noe man *velger* å gjøre. Det er også vist at den gjennomsnittlige selvstyrte intensiteten som regel faller inn under anbefalingene for fysisk aktivitet (Ekkekakis et al., 2011), noe som indikerer at selv om pasientene får regulere sin egen intensitet, vil dette likevel kunne gi helsegevinster. På bakgrunn av dette er det derfor grunn til å mene at fysisk aktivitet i størst mulig grad bør tilpasses slik at pasientene selv kan styre intensiteten under aktiviteten, da det er grunn til å tro at dette vil medføre en mer behagelig opplevelse, og samtidig gi gode helsefordeler, både fysisk og psykisk.

### **Redusere følelsen av prestasjonspress**

Deltakerne var opptatt av å minimere følelsen av prestasjonspress knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet. Gjennom resultatene fra oppgaven kom det fram at flere av deltakerne delte en oppfatning om at psykiatriske pasienter ofte kjenner på et stort press knyttet til deltakelse. Dette presset ble beskrevet som noe pasientene la på seg selv, og derfor ble det forklart at det var viktig å bygge opp en forståelse og trygghet om at det var greit å ikke delta maksimalt. Viktigheten av denne tryggheten ble også trukket frem, da flere av deltakerne trodde mange pasienter føler på et prestasjonspress under fysisk aktivitet, der ferdigheter og resultater er i fokus. Dette er ikke utenkelig å forestille seg, da det er grunn til å tro at mange forbinder fysisk aktivitet enten med toppidrett eller får assosiasjoner til kroppsøving på skolen, der ferdigheter ofte er i fokus med tanke på karakterer. For å bygge opp denne tryggheten hviler

det et stort ansvar på helsepersonell og andre som jobber tett på personer med psykiske lidelser, ettersom de er i en viktig posisjon til å påvirke aktivitetsnivået hos denne gruppen (Happell et al., 2012). Tidligere er det poengtert at det å minimere press kan være hensiktsmessig for å tilfredsstillere behovet for autonomi, og med dette også bidra til økt autonom motivasjon for deltakelse i fysisk aktivitet (Farholm & Sørensen, 2016b; Romain & Bernard, 2018).

Personer med psykiske lidelser har som kjent en rekke ulike barrierer mot å delta i fysisk aktivitet (eks. Firth et al., 2016b; Soundy et al., 2014b; Glowacki et al., 2017), noe som kan medføre at pasientene ikke føler seg helt i stand til å delta. Derfor er det viktig at helsepersonell er flinke til å vise forståelse og støtte ovenfor pasientene, da dette kan bidra til å redusere følelsen av prestasjonspress. Andre studier har påvist at sosial støtte fra helsepersonell er en viktig faktor med tanke på motivasjon for fysisk aktivitet (Carpiniello et al., 2013; Ussher et al., 2007). Et trygt og godt terapeutisk forhold mellom helsepersonell og pasient, kan også bidra i tilfredsstillende av behovet for tilhørighet, der verdsetting av pasientens meninger, følelser og tanker knyttet til fysisk aktivitet kan resultere i en følelse av å bli hørt og forstått av andre, og på denne måte øke pasientens velvære og motivasjon (Ryan et al., 2011; Farholm & Sørensen, 2016b).

Vancampfort et al. (2015b) fant i sin studie at personer med affektive lidelser i stor grad motiveres av et indre press, og argumenterer for at slike pasientgrupper ofte opplever mer følelse av skyld og skam når de ikke gjennomfører oppgaver de enten pålegger seg selv, eller som de får av andre. En slik forståelse samsvarer med uttalelsen fra enkelte av deltakerne, som presenterte en oppfatning av at flere av pasientene legger et stort press på seg selv. Å motiveres av indre press, er ansett som en kontrollert form for motivasjon, og ikke hensiktsmessig med tanke på å vedvare et høyt aktivitetsnivå over tid. Det er derfor viktig å redusere følelsen av press hos pasientene, da dette trolig vil bidra til økt autonom motivasjon, samt økt velvære hos pasienten, som igjen øker sjansen for å opprettholde aktivitetsnivået over tid (Deci & Ryan, 2002; Teixeira et al., 2012).

### **Skape mening knyttet til deltakelse i aktivitet**

Det ble også trukket fram viktigheten av å skape mening knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet. Flere delte oppfatningen om at dersom pasientene kunne finne mening knyttet til det å delta i fysisk aktivitet, ville dette styrke deres motivasjon. Dette ble begrunnet med at alle pasienter i utgangspunktet ønsker å hjelpe seg selv, noe som ofte er grunnen til at de velger å søke seg til ulike institusjoner. Det er derfor grunn til å tro at dersom pasientene opplever deltakelse i fysisk aktivitet som meningsfullt, er sjansen større for at de ønsker å ta del i aktivitetene. For å skape mening knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet, påpekte deltakerne at enkel pasientundervisning kunne være hensiktsmessig. Dette kunne innebære å lære om de potensielle fordelene av å delta i aktivitet, både fysisk, psykisk og sosialt. Det var også ønskelig med en innføring i enkle treningsprinsipper, da dette kunne gi deltakerne et annet eierskap til det å delta i aktivitet, og på denne måten styrke deres motivasjon. Denne tankegangen kan igjen sees i lys av behovet for autonomi, da det er tenkelig at dersom pasientene føler eierskap til egen aktivitet og egen trening, kan dette gi en følelse av å delta på grunnlag av eget valg og egen vilje, noe som kan resultere i økt autonom motivasjon, som er ansett som den beste formen for motivasjon ifølge SDT (Deci & Ryan, 2000; Teixeira et al., 2012).

I tillegg var det å ha kjennskap til ulike aktiviteter og treningsprinsipper gunstig med tanke på trygghet til å delta i fysisk aktivitet, både under innleggelse, men også etter utskrivelse. Samtlige deltakere var overbevist om at fysisk aktivitet også kunne hjelpe dem etter endt behandlingsopphold, og følelsen av kompetanse for å delta i aktivitet på egenhånd etter utskrivelse ble derfor sett på som veldig viktig. På generelt grunnlag er det anbefalt at helsepersonell setter av tid til å gjennomgå enkle prinsipper knyttet til fysisk aktivitet. Disse prinsippene innebærer intensitet, frekvens, varighet, i tillegg til anbefalinger for fysisk aktivitet (Ward et al., 2018). Sallis (2015) påpeker at selv om 150 minutter med moderat-til-høy aktivitet i uka er anbefalt, trenger ikke dette å være startpunktet. For pasienter som deltar i lite eller ingen aktivitet er det viktig å starte rolig for så å øke aktivitetsmengden. For å lykkes med dette er det viktig at helsepersonell er flinke til å veilede, støtte og motivere pasientene underveis i prosessen.

Det er også grunn til å tro at trygghet for deltakelse i fysisk aktivitet kan bidra i tilfredsstillelse av behovet for kompetanse, ettersom det kan styrke pasientenes selvtillit og mestringstro (Deci & Ryan, 1994). I resultatkapittelet kom det frem at det å føle seg trygg på egne ferdigheter knyttet til fysisk aktivitet ville gjøre det lettere å opprettholde aktivitetsnivået etter utskrivelse. Dette medførte at deltakerne ikke bare deltok for å delta, men de visste også hvordan de skulle gjøre det, og hvorfor. På bakgrunn av disse opplevelsene kan det tenkes at det å tilby pasientene enkel undervisning i enkle treningsprinsipper, samt gjøre pasientene oppmerksom på de potensielle fordelene av å delta i fysisk aktivitet, vil styrke pasientenes følelse av kompetanse og motivasjonen for deltakelse. Dette er viktig å fremheve ettersom mangelfull kunnskap om fysisk aktivitet er en vanlig barriere hos personer med psykiske lidelser (Bernard et al., 2013; Firth et al., 2016; Vancampfort et al., 2015b), og dette kan derfor være en måte å overkomme denne barrieren på.

På mange måter ser det ut til at mange av deltakernes tanker om tilrettelegging kan overføres til ulike komponenter innenfor SDT. Dette er interessant, ettersom det ser ut til at pasientenes opplevelser og meninger støtter SDT som et hensiktsmessig teoretisk rammeverk. Dette samsvarer med andre studier som argumenterer for at SDT ser ut til å være et gunstig teoretisk rammeverk å benytte under tilrettelegging og implementering av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser (Farholm & Sørensen, 2016b; Vancampfort et al., 2015b; Farholm et al., 2017). På bakgrunn av dette burde helsepersonell jobbe med å tilrettelegge for et aktivitetstilbud som tilfredsstiller grunnleggende psykologiske behov, som beskrevet i SDT, og på denne måten bidra til å øke autonom motivasjon, som er ansett som den beste formen for motivasjon med tanke på å opprettholde aktivitetsnivået over tid (Teixeira et al., 2012; Deci & Ryan, 2002).

En logisk løsning for å lykkes med tilrettelegging av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser er å benytte en eller flere med kompetanse på fysisk aktivitet og trening, og få implementert slike fagpersoner inn i psykisk helsevern. Når det er sagt, er det tenkelig at dersom fysisk aktivitet skal implementeres på en fornuftig og effektiv måte, må det støttes av alle i en tverrfaglig personalgruppe. Ofte er sykepleiere den gruppen som beskrives å ha det sterkeste terapeutiske forholdet til pasientene (Bradshaw & Pedley, 2012), og det er grunn til å tro at disse er i en sterkere posisjon til å veilede og støtte pasientene i intensjonsfasen, i



tillegg til å følge opp og støtte pasientene underveis i prosessen. Til tross for at helsepersonell anerkjenner fysisk aktivitet som en behandlingsform for denne pasientgruppen (Happell et al., 2012), ser det likevel ut til at fysisk aktivitet har en lav prioritet innenfor psykisk helsevern. I en studie av Farholm & Sørensen (referert i Farholm, 2016) rapporterte helsepersonell ulike utfordringer med tanke på promotering av fysisk aktivitet. Disse utfordringene innebar blant annet mangel på tid, mangel på personell, utfordringer knyttet til personalets generelle praksis og håndtering av plutselige krisesituasjoner (Farholm & Sørensen, referert i Farholm, 2016). En oversiktsartikkel av Glowacki, Weatherson & Faulkner (2018) fant i tillegg at mangel på trening om hvordan man best promoterer fysisk aktivitet, var en fremtredende barriere for helsepersonell. Det ser derfor ut til at helsepersonell står ovenfor ulike utfordringer som må håndteres for at promoteringen og tilretteleggingen av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser skal bli optimal.

## **6.5 Styrker og svakheter**

Som i alle andre studier, finnes det både styrker og svakheter knyttet til denne oppgaven som er verdt å utdype ytterligere.

Opgaven har benyttet en kvalitativ tilnærming med enkeltintervjuer av pasienter med psykiske lidelser, og dette anses som en styrke for den gitte oppgaven. En kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig i dette tilfellet, ettersom det gir pasientene en mulighet til å få en «stemme». Da denne oppgaven hadde problemstillinger knyttet til deltakernes opplevelser, oppfatninger og tanker om oppgavens tematikk, er tilnærmingen i denne oppgaven ansett som et godt metodevalg for å besvare oppgavens problemstillinger. I tillegg til en hensiktsmessig metodisk tilnærming, har også denne oppgaven benyttet et teoretisk rammeverk, i dette tilfellet SDT. Det å benytte et teoretisk rammeverk er ansett som gunstig, ettersom det bidrar med å forklare resultatene fra oppgaven.

Undertegnede har vært delaktig under hele forskningsprosessen, noe som anses som en fordel ved oppgaven. Det faktum at undertegnede først gjennomførte et observasjonsopphold, samt gjennomførte datainnsamlingen på egenhånd, bidro til å gi en helhetlig forståelse av deltakernes opplevelser, oppfatninger og tanker.

En annen styrke er at analyseprosessen involverte flere personer. Til tross for at det er ansett som hensiktsmessig at undertegnede var delaktig i hele forskningsprosessen, kan dette samtidig by på utfordringer i analysen, ettersom det er tenkelig at analysen kan preges av opplevelser som har funnet sted i forkant. I mange tilfeller innenfor kvalitativ forskning tolker forskeren data fra deltakere som allerede har tolket sin situasjon (Thagaard, 2013), noe som gjør at det kan oppstå problemer dersom forskeren ikke har reflektert tilstrekkelig rundt dette. For å unngå at analysen ble preget av undertegneds forforståelse og opplevelser, ble analysen også gjennomgått av en annen person som fungerte som «medkoder», og dette betyr at to personer har gjennomgått transkripsjonene og reflektert over svarene fra deltakerne. Etter en gjennomgang hver for seg av alle transkripsjonene, ble partene gjennom to runder med diskusjon og refleksjon, enige i fellesskap om koder og aktuelle temaer som dannet grunnlag for resultater og videre diskusjon.

Med tanke på svakheter er det grunn til å tro at utvalget i denne oppgaven ikke representerer en helhetlig pasientgruppe innenfor psykisk helsevern. Utvalget ble plukket ut i samarbeid med behandler ved institusjonen, og det var ønskelig med variasjon i kjønn, alder og diagnoser. Det var også ønskelig at deltakerne hadde deltatt i aktivitet ved institusjonen i varierende grad. En viss variasjon ble oppnådd med tanke på kjønn, alder og diagnoser. I tillegg ble det også plukket ut deltakere som hadde variert deltakelse ved institusjonen, men alle deltakerne hadde relativt mye erfaring med fysisk aktivitet fra tidligere i livet, i hvert fall slik det ble beskrevet. Deltakelse i prosjektet var basert på frivillighet, og det er ikke utenkelig at personer som i utgangspunktet var mer positive til fysisk aktivitet og helse var mer positive til å delta i prosjektet. På bakgrunn av dette har oppgaven antakeligvis ikke klart å fange opp opplevelser og erfaringer fra den delen av pasientgruppa som ikke nødvendigvis er like positive til fysisk aktivitet i utgangspunktet. Det er også verdt å påpeke at oppgaven gir et begrenset datamaterialet, ettersom den kun baserer seg på svar fra seks deltakere. Flere deltakere ville antakeligvis beriket materialet i oppgaven ytterligere.

En del av denne oppgaven hadde som mål å utforske deltakernes oppfatninger av begrepet «helse». Det ble derimot ikke utforsket hvordan deltakerne oppfattet begrepet «fysisk aktivitet». I etterkant er det grunn til å mene at dette muligens burde inngått som en del av oppgaven. Da oppgaven ikke har fått innblikk i dette, kan man ikke si med sikkerhet at deltakerne deler den samme oppfatning om fysisk aktivitet, noe som kan ha påvirket hvordan deltakerne tolker spørsmål knyttet til oppgavens tematikk.

## **6.6 Oppgavens troverdighet**

Som tidligere beskrevet påpeker Shenton (2004) fire punkter som enhver kvalitativ forsker burde tenke på når det argumenteres for studiens troverdighet; gyldighet, overførbarhet, pålitelighet og forskerens objektivitet, og disse punktene skal vurderes med utgangspunkt i denne oppgaven.

### **Gyldighet**

Gyldighet baserer seg på om resultatene fra studien stemmer overens med den virkeligheten som er beskrevet av deltakerne. For denne oppgaven er det benyttet intervjuer, som er en anerkjent og hyppig brukt metode innenfor kvalitativ forskning. Intervjuet benyttet en semistrukturert intervjuguide, noe som gjorde det mulig å finne en balanse mellom fri og styrt samtale. På denne måten fikk deltakerne i stor grad mulighet til å lede samtalen, noe som man kan tenke ga økt sjans for at deltakerne fikk svare ærlig og fritt, og derfor ikke følte seg styrt til å avgi spesifikke svar.

Observasjonspraksisen, i tillegg til fem uker med delvis deltakende arbeid ved institusjonen, bidro til å gi økt kjennskap til pasientene, behandlingen og institusjonen i sin helhet. Videre bidro det i utvikling av relasjoner til deltakerne, noe som økte sjansen for at deltakerne svarte ærlig og ikke holdt noe tilbake. Målet med forskningsprosessen er at deltakerne ikke påvirkes til å gi svar som forskeren ønsker å høre. Dette kan derimot være vanskelig å løse på en tilfredsstillende måte, ettersom forskerens tilstedeværelse alltid er med å prege datainnsamlingen i større eller mindre grad (Thagaard, 2013). I lys av dette kan det være verdt å nevne at undertegnede fagbakgrunn kan ha preget deltakernes svar til en viss grad. Som en student innenfor idrettsmedisinske fag, i tillegg til flere år som toppidrettsutøver, og med en oppfatning om at fysisk aktivitet kan være effektivt som behandling av psykiske lidelser, er

det tenkelig at sannsynligheten for at deltakerne ønsker å snakke negativt om fysisk aktivitet er forholdsvis lav. Uten at dette kan sies med sikkerhet, er det likevel viktig å være bevisst på dette, da det kan ha medført at noen deltakere holder tilbake informasjon om potensielle negative opplevelser om fysisk aktivitet.

### **Overførbarhet**

Overførbarhet omhandler hvorvidt resultatene i en studie kan overføres til andre situasjoner (Thagaard, 2013). Faktorer som påvirker studiens overførbarhet, er om gjennomføringen av studien er beskrevet på en detaljert måte, og om temaene som undersøkes er tilstrekkelig beskrevet og definert (Shenton, 2004). På denne måte kan utenforstående vurdere hvorvidt resultatene fra en studie kan overføres til andre situasjoner. I denne oppgaven er oppgavens tematikk, utvalg, i tillegg til prosessene om datainnsamling og analysen beskrevet på en detaljert måte, og bidrar derfor til å argumentere for studiens potensielle overførbarhet til andre situasjoner.

### **Pålitelighet**

Pålitelighet kan sammenlignes med reliabilitet, og referer i utgangpunktet til om en annen forsker vil komme fram til de samme resultatene, dersom vedkommende anvender samme metode (Thagaard, 2013). I denne oppgaven er det så godt som mulig redegjort for prosedyrer for datainnsamlingen. Det er blant annet benyttet en intervjuguide, som til en viss grad styrker påliteligheten i oppgaven, ettersom den sørger for at alle deltakerne har fått samme spørsmål. Det er også beskrevet nøye hvordan behandlingen av datamaterialet har gått for seg, gjennom en tematisk analyse hvor hvert steg er nøye forklart. Det faktum at analysen ikke er gjort alene kan også styrke oppgavens pålitelighet. Ettersom to personer har gjennomført analysen og kommet frem til koder og temaer i fellesskap, reduserer dette sjansen for at undertegnedes forforståelse og opplevelser har påvirket analysen.

### **Forskerens objektivitet**

Dette punktet baserer seg på om forskeren opprettholder objektivitet innenfor en studie, og i slike tilfeller må derfor en forsker argumentere så godt som mulig at resultatene som forekommer er et resultat av deltakernes erfaringer, oppfatninger og opplevelser, fremfor å være basert på forskerens karakteristikk og erfaringer (Shenton, 2004). Det er tidligere beskrevet forskerrollen innenfor kvalitative forskningsprosjekter, og som en del av dette, er

deler av forskerrollen innenfor dette prosjektet presentert. Undertegnedes forforståelse og bakgrunn som student i idrettsmedisinske fag kan som tidligere nevnt ha preget datainnsamlingen. Når det er sagt, har prosjektet forsøkt så langt det lar seg gjøre å legge til rette for at deltakerne kan presentere sine opplevelser, meninger og erfaringer på en åpen og fri måte, og på denne måten danne et rettferdig og godt grunnlag for analysen. At analysen er gjennomført av to personer er også med å påvirke forskerens objektivitet. På denne måten er det ikke bare undertegnedes tolkninger som preger analysen, og sannsynligheten for at forskerens objektivitet opprettholdes gjennom prosjektet er større.

## **6.7 Oppgavens betydning for praksis**

Resultatene fra denne oppgaven kan gi økt kunnskap som kan være relevant for helsepersonell innenfor psykisk helsevern. For det første viser resultatene at deltakernes helseoppfatning samsvarer med ideologien som preger psykisk helsevern i dag. Denne innebærer å bygge opp pasientenes ressurser til å håndtere sine problemer, ta del i meningsfulle aktiviteter og bygge sosiale relasjoner til andre mennesker. I stor grad kan man si at deltakerne i denne oppgaven delte denne oppfatningen, noe som tyder på at psykisk helsevern i utgangspunktet benytter en hensiktsmessig tilnærming med tanke på behandling av personer med psykiske lidelser, og at de derfor bør fortsette å jobbe etter disse prinsippene. Det faktum at deltakerne så på helse som noe flerdimensjonalt gjør også at psykisk helsevern bør ha et helhetlig behandlingsfokus med mål om å påvirke flest mulig helsedomener.

For det andre viser resultatene fra denne oppgaven at samtlige deltakere anerkjente fysisk aktivitet som behandlingsform. Videre forklarte deltakerne at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på både fysiske, psykiske og sosiale aspekter, noe som tyder på at fysisk aktivitet kan være veldig nyttig som behandlingsform for personer med psykiske lidelser. Det er også grunn til å tro at fysisk aktivitet kan overføres til ulike komponenter innenfor ideologien for behandling i psykisk helsevern, da resultatene fra denne oppgaven viste at fysisk aktivitet blant annet kan gi økt mestringfølelse, fungere som distraksjon fra symptomer, og være en god arena for å skape sosiale relasjoner med andre mennesker. Basert på alle disse fordelene, sammen med den velkjente risikoen for fysiske helseplager hos denne gruppen, er det stort grunnlag for at fysisk aktivitet bør prioriteres og implementeres som behandlingsform for personer med psykiske lidelser.

Til slutt viser resultatene fra denne oppgaven at til tross for at deltakerne er positive til fysisk aktivitet som behandlingsform, ønsker å være fysisk aktive, og opplever positive effekter som følge av deltakelse, er dette en gruppe som likevel føler på ulike barrierer som kan gjøre det problematisk å delta i aktivitet. Helsepersonell kan være en viktig brikke i å hjelpe pasientene med å overføre intensjon til handling. Deltakernes tanker knyttet til tilrettelegging kan overføres til ulike komponenter i SDT, noe som indikerer at SDT ser ut til å være et hensiktsmessig rammeverk å benytte i tilrettelegging av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. SDT legger vekt på at forholdet mellom pasient og personell er viktig med tanke på å utvikle autonom motivasjon. På bakgrunn av dette burde helsepersonell tilrettelegge for et aktivitetstilbud som fremmer tilfredsstillelse av de grunnleggende psykologiske behovene; autonomi, kompetanse og tilhørighet. Autonomi kan tilfredsstilles ved å tilby valgmuligheter, involvere pasientene i utvikling av aktiviteter, redusere pasientenes følelse av prestasjonspress, og ta hensyn til pasientens preferanser, utfordringer og meninger. Behovet for kompetanse kan tilfredsstilles gjennom å tilrettelegge for mestringsopplevelser, bistå pasientene med å håndtere barrierer for deltakelse, og veilede pasientene i ulike aktiviteter og enkle treningsprinsipper. Til slutt kan tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet støttes gjennom å skape et trygt, støttende og empatisk terapeutisk forhold til pasientene, samt tilrettelegge aktiviteter på en slik måte at pasientene kan oppnå relasjoner til andre mennesker (Haase et al., 2010; Deci & Ryan, 2002; Farholm & Sørensen, 2016b; Farholm et al., 2016; Teixeira et al., 2012).

## **6.8 Videre forskning**

Det er nå god dokumentasjon på de fysiske og psykiske fordelene som følge av deltakelse i fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. Det er også i nyere tid blitt mer fokus på faktorer som påvirker deltakelsen i fysisk aktivitet hos denne gruppen, og det vil være gunstig å få ytterligere kunnskap om disse faktorene.

Selv om fysisk aktivitet ser ut til å bli anerkjent som behandlingsform for personer med psykiske lidelser, av både pasienter og helsepersonell, er det likevel tydelig at helsepersonell står ovenfor en rekke utfordringer med å tilby optimale aktivitetstilbud for denne gruppen. Fremtidig forskning bør derfor utforske hvordan man kan påvirke helsepersonell til å promotere fysisk aktivitet på en optimal måte.

De fleste studier som omhandler fysisk aktivitet som behandling for psykiske lidelser, er ofte foretatt enten som en intervensjon, eller gjennomført ved ulike institusjoner. Det er derfor manglende kunnskap om effektive tiltak for personer som ikke er innlagt ved institusjoner, som for eksempel ute i kommunene, og det kan derfor være interessant å utforske hvordan man kan implementere fysisk aktivitet inn i kommunale tilbud for personer med psykiske lidelser. Videre forskning bør også fokusere på ulike muligheter som kan bidra til opprettholde aktivitetsnivået i etterkant av intervensjoner eller behandlingsopphold. For å utforske dette vil det være hensiktsmessig med både eksperimentelle og kvalitative undersøkelser for å få en helhetlig forståelse av denne prosessen.

## 7.0 Konklusjon

Resultatene fra denne oppgaven har vist at deltakernes oppfatning av helsebegrepet ikke bare omhandler sykdom, eller fravær av sykdom. Deltakerne så på helse som flerdimensjonalt, og delte dette hovedsakelig i fysisk og psykisk helse. Videre delte alle en oppfatning om at man til tross for tilstedeværelse av sykdom, likevel kunne ha god helse dersom den enkelte kunne ha det bra med seg selv, ta del i meningsfulle aktiviteter, opprettholde sosiale relasjoner og lære seg til å håndtere sine problemer. I stor grad står denne oppfatningen i stil med ideologien innenfor psykisk helsevern, noe som indikerer at behandlingen i utgangspunktet samsvarer med deltakernes forventninger og ønsker.

Videre viser resultatene at fysisk aktivitet kan påvirke deltakernes helse, og påvirke både fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Fysiske aspekter innebærer økt kondisjon, økt styrke, vektnedgang og redusert risiko for skader. Psykiske fordeler gikk ut på distraksjon fra negative tanker og følelser, økt mestringsfølelse, bedre humør og frigjørelse av stress og uro. Sosiale opplevelser gikk ut på å møte og snakke med andre mennesker, føle seg akseptert i et miljø, og følelsen av å være en del av noe større. Fysisk aktivitet ser derfor ut til å påvirke helsen hos personer med psykiske lidelser gjennom en rekke ulike helsekomponenter.

Oppgaven viste også at tilbudet ved den aktuelle institusjonen på mange måter kan tilfredsstillende grunnleggende psykologiske behov, først og fremst i de tilfellene der deltakerne var fornøyd med aktivitetstilbudet. Disse resultatene, kombinert med deltakernes tanker om tilrettelegging for fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser, gir støtte for SDT som et teoretisk rammeverk med tanke på å forstå aktivitetsatferd hos denne gruppen. Deltakernes tanker om tilrettelegging indikerer også at fysisk aktivitet fortsatt har for liten prioritet, og dette tyder på at helsepersonell fortsatt har en vei å gå med tanke på optimal promotering og tilrettelegging av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser.



## Referanseliste

Abbass, A. A Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S. ...

Crowe, E. (2006). This Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD004687.

Abrantes, A. M., Battle, C. L., Strong, D. R., Ing, E., Dubreuil, M. E., Gordon, A. & Brown,

R. A. (2011). Exercise preferences of patients in substance abuse treatment. *Mental Health and Physical Activity*, 4, 79-87. doi: 10.1016/j.mhpa.2011.08.002

Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A., Fabricatore, A. N., Daumit,

G. L., ... Alpert, J. E. (2009). Obesity among those with mental disorders: A National Institute of Mental Health meeting report. *American Journal of Preventive Medicine*, 36, 341-350.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Anshel, M. (2014). *Applied Health Fitness Psychology*. Champagin, IL: Human Kinetics

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

Bailey, A. P., Hetrick, S. E., Rosenbaum, S., Purcell, R. & Parker, A. G. (2017). Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review

and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 48(7), 1068-1083. doi: 10.1017/S0033291717002653

Beebe, L. H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Swant Allen, S., & Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of person with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 661-676.

Berger, B. G., & Tobar, D. (2007). Physical activity and quality of life. I G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Red.), *Handbook of sport psychology* (3. utg.), (s. 598-620). Hoboken, NJ: Wiley.

Bernard, P., Romain, A. J., Esseul, E., Artigusse, M., Poy, Y., Baghdadli, A. & Ninot, G. (2013). Barrières et motivation à l'activité physique chez l'adulte atteint de schizophrénie: revue de littérature systématique. *Science and Sports*, 28, 247-252.

Biddle, S. J. H., & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity: Determinants, well being, and interventions* (2. utg). London: Routledge.

Biddle, S. J. H., Mutrie, N., Gorely, T. (2015). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions* (3. utg). London: Routledge.

Biddle, S. J. H. & Nigg, C. R. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 290–304.

Boecker, H., Sprenger, T., Spilker, M. E., Henriksen, G., Koppenhoefer, M., Wagner, K. J. ...

Tolle, T. R. (2008). The Runner's High: Opioidergic Mechanisms in the Human Brain. *Cerebral Cortex*, 18(11), 2523-2531. doi: 10.1093/cercor/bhn013

Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573.

doi: 10.1086/288768

Boorse, C. (2014). A second rebuttal on health. *Journal of Medicine and Philosophy*, 39(6),

683-724. doi: 10.1093/jmp/jhu035

Bradshaw, T. & Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the physical

health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 266–273.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative*

*research in psychology*, 3(2), 77-101.

Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S., & Blumenthal, J. A. (2002). Exercise and the

treatment of clinical depression in adults: Recent findings and future directions. *Sports Medicine (Auckland, NZ)*, 32(12), 741-760.

Burton, C., McKinstry, B., Szentagotai Tatar, A., Serrano-Blanco, A., Pagliari, C., & Wolters,

M. (2013). Activity monitoring in patients with depression: A systematic review.

*Journal of Affective Disorders, 145, 21-28.*

Carless, D. & Sparkes, A. C. (2008). The physical activity experiences of men with serious mental illness: Three short stories. *Psychology of Sport and Exercise, 9(2)*, 191-210. doi: 10.1016/j.psychsport.2007.03.008.

Carpiniello, B., Primavera, D., Pilu, A., Vaccargiu, N., & Pinna, F. (2013). Physical activity and mental disorders: a case-control study on attitudes, preferences and perceived barriers in Italy. *Journal of Mental Health, 22*, 492-500.

Clow, A. & Edmunds, S. (2014). Relationship between physical activity and mental health. I A. Clow & S. Edmunds (Red.). *Physical Activity and Mental Health* (s.3-16). Champaign, IL: Human Kinetics.

Colton, C. W. & Mandersheid, R. W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease, 3(2)*, A42.

Conn, V. S. (2010). Anxiety outcomes after physical activity interventions: Meta analysis findings. *Nursing Research, 59(3)*, 224-231.

Cotman, C. W., Berchtold, N. C., & Christie, L.-A. (2007). Exercise builds brain health: Key roles of growth factor cascades and inflammation. *Trends in Neuroscience, 30*, 295-301.

Craft, L. (2013). Potential psychological mechanisms underlying the exercise and depression relationship. I P. Ekkekakis (red.), *Routledge Handbook of Physical Activity and Mental Health* (s.161-168).

Craft, L. & Landers, D. M. (1998). The Effect of Exercise on Clinical Depression and Depression Resulting from Mental Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20(4), 339-357.

Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in persons with Schizophrenia: A Swedish national cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 170, 324-333.

Dauwan, M., Begemann, M. J., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2016). Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 588-599.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domain. *Canadian Psychology*, 49, 14-23.

De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... Leucht,

- S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry, 10*, 52-77.
- Delahanty, L. M., Conroy, M. B., & Nathan, D. M. (2006). Psychological predictors of physical activity in Diabetes Prevention Program. *Journal of the American Dietetic Association, 106*, 698–705. doi: 10.1016/j.jada.2006.02.011.
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., ... Laks, J. (2009). Exercise and mental health: Many reasons to move. *Neuropsychobiology, 59*, 191-198.
- Ekkekakis, P. (2009). Let them roam free? Physiological and Psychological Evidence for the Potential of Self-Selected Exercise Intensity in Public Health. *Sports Medicine, 39*(10), 857-888.
- Ekkekakis, P., Parfitt, G., & Petruzzello, S. J. (2011). The pleasure and displeasure people feel when they exercise at different intensities: decennial update and progress towards a tripartite rationale for exercise intensity prescription. *Sports Medicine, 41*, 641-671.
- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016a). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International journal of mental health nursing, 25*, 194-205. doi: 10.1111/inm.12214
- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016b). Motivation for physical activity and exercise in severe

mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *International journal of mental health nursing*, 25, 116-126. doi: 10.1111/inm.12217

Farholm, A., Sørensen, M., & Halvari, H. (2016). Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12413.

Farholm, A. (2017). *Motivation and physical activity in individuals with mental illness*. (Doktoravhandling). Norges idrettshøgskole, Oslo.

Farholm, A., Sørensen, M., Halvari, H., & Hynnekleiv, T. Associations between physical activity, motivation, apathy, and functioning in inhabitants with mental illness from a rural municipality: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17. doi: 10.1186/s12888-017-1528-3

Faulkner, G. E. J. & Sparkes, A. (1999). Exercise as therapy for schizophrenia: An ethnographic study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21, 52–69.

Feinstein, A. (1992). Benefits and Obstacles for Development of Health Status Assessment Measures in Clinical Settings. *Medical Care* 30:MS50-6.

Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and Meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45, 1343-1361.

- Firth, J., Carney, R., Jerome, L., Elliot, R., French P. & Yung, A. R. (2016a). The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 16(36), 1-9. doi: 10.1186/s12888-016-0751-7
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorchynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016b). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 2869-2881.
- Fraser, S. J., Chapman, J. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A., & Burton, N. W. (2015). Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 413-420.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse – slik folk ser det. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 121, 3600-3604.
- Glowacki, K., Duncan, M. J., Gainforth, H. & Faulkner, G. (2017). Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, 13, 108-119.
- Glowacki, K., Weatherson, K. & Faulkner, G. (2018). Barriers and facilitators to health care providers' promotion of physical activity for individuals with mental illness: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*. doi: 10.1016/j.mhpa.2018.10.006.



- Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine, 36*(6), 698-703.
- Gorczynski, P., & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review, 8*(36), 665–666.
- Grimen, H. & Ingstad, B. (2015). Kvalitative forskningsopplegg. I P. Laake, B. R. Olsen og H. B. Benestad (red.). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg.), (s. 321-350). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haase, A. M., Taylor, A. H., Fox, K. R., Thorp, H., & Lewis, G. (2010). Rationale and development of the physical activity counselling intervention for a pragmatic TRial of Exercise and Depression in the UK (TREAD-UK). *Mental Health and Physical Activity, 3*, 85-91.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity, 5*, 4-12.
- Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013). Survey of Australian mental health nurses on physical activity promotion. *International Journal of Mental Health Promotion, 15*, 148-161.
- Harris, A. H. S., Cronkite, R. & Moss, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and

depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93, 79-85.

Helgadottir, B., Forsell, Y., & Ekblom, O. (2015). Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross sectional study. *Plos One*, 10, e0115894. doi: 10.1371/journal.pone.0115894

Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24(4), 81-90.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(3). doi: 10.1136/bmj.d4163

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : synspunkter på psykiatrisk sykepleie* (7. utgave.). Oslo: Gyldendal.

Janney, C. A., Fagiolini, A., Swartz, H. A., Jakicic, J. M., Holleman, R. G., & Richardson, C. R. (2014). Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and sedentary behavior using accelerometry. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 498-504.

Jayakody K, Gunadasa S, Hosker C. (2014). Exercise for anxiety disorders: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48, 187-196.

doi: 10.1136/bjsports 2012-091287

Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24, 259-272.

Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Copenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G. & Knapen, K. (2005). *Psychotherapy and Pscyhosomatics*, 74, 353-361. doi: 10.1159/000087782

Korhonen, T., Kujala, U. M., Rose, R. J., & Kaprio J. (2009). Physical Activity in Adolescence as a Predictor of Alcohol and Illicit Drug Use in Early Adulthood: A Longitudinal Population Based Twin Study. *Twin Res Hum Genet* 12(3): 261–268. doi: 10.1375/twin.12.3.261

Kredlow, A., Cappozzoli, M. C., Hearon, B. A., Calkins, A. W. & Otto, M. W. (2015). The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 427-449.

Kringlen, E. (2012). *Psykiatri*. 10 utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju* (oversatt av T. M. Anderssen og J. Rygge). Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67-86.

Lal, S., Ungar, M., Malla, A., Frankish, J., & Suto, M. (2014). Meanings of well-being from the perspectives of youth recently diagnosed with psychosis. *Journal of Mental Health*, 23(1), 25-30. doi: 10.3109/09638237.2013.841866

Larson, J. S. (1999). The Conceptualization of Health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.

Leith, L. M. (Ed). (1994). *Foundations of exercise and mental health*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

Lester, H. & Lowe, A. (2008). Depression in primary care: three key challenges. *Postgraduate Medical Journal*, 84, 545-548. doi: 10.1136/pgmj.2008.068387.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis: salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan.

Lubans, D., Richards, J., Hilman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M. ... Biddle, S. (2016). Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic

Review of Mechanisms. *Pediatrics*, 138(3), 1-13

Markula, P. & Silk, M. (2011). *Qualitative Research for Physical Culture*. New York: Palgrave Macmillan.

Marzolini, S., Jensen, B., & Melville, P. (2009). Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise programme for individuals with severe schizophrenia: A multidisciplinary approach. *Mental Health and Physical Activity*, 2, 29-36.

Mason, O. J., & Holt, R. (2012). Mental health and physical activity interventions: a review of the qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 21(3), 274-284.

Melo, M. C., Daher Ede, F., Albuquerque, S. G., & de Bruin, V. M. (2016). Exercise in bipolar patients: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 198, 32-38.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. California: Sage.

Mjøsdund, N. H., Eriksson, M., Norheim, I., Keyes, C. L. M., Espnes, G. A. & Vinje, H. F. (2015) Mental Health as perceived by Persons with Mental Disorders – an Interpretative Phenomenological Study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 17(4), 215-233. doi: 10.1080/14623730.2015.1039329

Morgan, A. J., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2013). Beliefs of Australian health professionals

about the helpfulness of interventions for mental disorders: Differences between professions and change over time. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(9) 840–848.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 8/2009). Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf> 20.12.18

Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse?* Oslo: Universitetsforlaget.

Naci, H., & Ioannidis, J. P. (2013). Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ*, 347, f5577.

Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health Promotion: Foundations for Practice*. Edinburgh: Ballière Tindall.

Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., ... Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *Plos One*, 8, e55176 doi: 10.1371/journal.pone.0055176

Nyboe, L., & Lund, H. (2013). Low levels of physical activity in patients with severe mental illness. *Nordic journal of psychiatry*, 67(1), 43-46.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park:

Sage.

Phillips, C. (2017). Physical Activity Modulates Common Neuroplasticity Substrates in Major Depressive and Bipolar Disorder. *Neural Plasticity*, 1-37. doi: 10.1155/2017/7014146

Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13:813.

Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchison, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for individuals with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 324-331.

Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis*. Newbury Park, CA: Sage.

Rimer, J., Dwan, K., Lawlor, D. A., Greig, C. A., McMurdo, M., Morley, W., & Mead, G. E. (2012). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004366.

Roberts, G. C. (2012). Motivation in sport and exercise from an achievement goal theory perspective: After 30 years, where are we? I G. C. Roberts & D. C. Treasure (Red.), *Advances in motivation in sport and exercise* (3. utg). Champaign, IL: Human Kinetics.

Robson, D., Haddad, M., Gray, R. & Gournay, K. (2013). Mental health nursing and physical health care: A crosssectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 409–417.

Romain, A. J. & Bernard, P. (2018). Behavioral and Psychological Approaches in Exercise Based Interventions in Severe Mental Illness. I Stubbs, B & Rosenbaum, S (Red.). *Exercise-Based Interventions for Mental Illness*, (s. 189-208).

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(9), 964. doi: 10.4088/JCP.13r08765

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination: An organismic dialectical perspective. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.), *Handbook of self-determination research* (s. 3-33). Rochester, New York, NY: University of Rochester Press.



- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York, NY: The Guilford Press.
- Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World psychiatry*, 5(3), 151-157.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1123-1131.
- Sallis, R. (2011). Developing healthcare systems to support exercise: exercise as the fifth vital sign. *British Journal of Sports Medicine*, 45(6), 473-474. doi: 10.1136/bjism.2010.083469
- Scheewe, T. W., Backx, F. J. G., Takken, T., Jörg, F. van Strater, A. C. P., Kroes, A. G. ... Cahn, W. (2013). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Pshyiatrica Scandinavica*, 127, 464-473. doi: 10.1111/acps.1202
- Scott, D., & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 589-597.

- Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, J. & Turner, K. (2011). Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 149-156. doi: 10.3399/bjgp11X567054
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health*, 20, 143-160.
- Sonstroem, R. J. (1984). Exercise and self-esteem. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 12, 123-155.
- Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, B., Probst, M., Coffee, P., & Vancampfort, D. (2014a). The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: a systematic review and meta-ethnography. *Psychiatry Research*, 220(1), 11-19.
- Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Hemmings, L., & Vancampfort, D. (2014b). Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: A survey of physical therapists. *Psychiatric Services*, 65(5), 693-696.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The*

*Sage handbook of qualitative research* (s. 443-466). Thousand Oaks, CA,: Sage Publications Ltd.

Stanton, R., Rosenbaum, S., Kalucy, M., Reaburn, P. & Happell, B. (2014). A call to action: exercise as treatment for patients with mental illness. *Australian Journal of Primary Health, 21*(2), 120-125. doi: 10.1071/PY14054

Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits J. A. J. & Otto, M. J. (2006). Exercise Interventions For Mental Health: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychological Science Practice, 13*, 179-193.

Stonerock, G. L., Hoffmann, B. M., Smith, P. J. & Blumenthal, J. A. (2015). Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *The Society of Behavioral Medicine, 49*, 542-556. doi: 10.1007/s12160-014-9685-9

Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., ... Vancampfort, D. (2016a). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research, 176*, 431-440.

Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Richards, J., Soundy, A., ... Schuch, F. B. (2016b). Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression. *Journal of Affective Disorders, 190*, 457-466.

Suterwala, A. M., Rethorst, C. D., Carmody, T. J., Greer, T. L., Grannemann, B. D., Jha, M. & Trivedi, M. H. (2016). Affect Following First Exercise Session as a Predictor of Treatment Response in Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(8), 1036-1042. doi: 10.4088/JCP.15m10104

Svedberg, P., Jormfeldt, H., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2004). Perceptions of the concept of health among patients in mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(7), 723-736. doi: 10.1080/01612840490486791

Sylvia, L. G., Kopeski, L., Brown, C., Bolton, P., Laudate, C., DiGangi, G., ... Neuhaus, E. C. (2013). An adjunct exercise program for serious mental illness: Who chooses to participate and is it feasible? *Community Mental Health Journal*, 49, 213-219.

Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16, 391- 398.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thomson, D., Turner, A., Lauder, S., Gigler, M. E., Berk, L., Singh, A. B., ... Sylvia, L. (2015). A brief review of exercise, bipolar disorder, and mechanistic pathways. *Frontiers in Psychology*, 6, 147. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00147

- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services, 58*(3), 405-408.
- Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L.V., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gomez-Conesa, A. & De Hert, M. (2012a). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical Therapy, 92*, 11–23.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert M., Adámkova, M., Skjaerven, L.H., Catalán-Matamoros, D. ... Probst, M. (2013a). A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disability Rehabilitation, 35*(26), 2191-2196.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Vansteenkiste, M., De Herdt, A., Scheewe, T. W., Soundy, A., ... Probst, M. (2013b). The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 210*, 812-818.
- Vancampfort, D., Vansteenkiste, M., De Hert, M., De Herdt, A., Soundy, A., Stubbs, B., ... Probst, M. (2014). Self-determination and stage of readiness to change physical activity behaviour in schizophrenia. *Mental Health and Physical Activity, 7*, 09-176.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Stubbs, B., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Soundy, A., &

- Probst, M. (2015a). Negative symptoms are associated with lower autonomous motivation towards physical activity in people with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 128-132.
- Vancampfort, D., Madou, T., Moens, H., De Backer, T., Vanhalst, P., Helon, C., ... Probst, M. (2015b). Could autonomous motivation hold the key to successfully implementing lifestyle changes in affective disorders? A multicentre cross sectional study. *Psychiatry Research*. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.021i
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Connaughton, J., Du Plessis, C., Yamamoto, T., ... Stubbs, B. (2016b). Top 10 research questions to promote physical activity in people with binge eating disorder. *The Journal of Treatment and Prevention*, 24(4), 326-337. doi: 10.1080/10640266.2015.1123988
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Connaughton, J., du Plessis, C., Yamamoto, T., & Stubbs, B. (2016c). What are the top 10 physical activity research questions in schizophrenia? *Disability and Rehabilitation*, 38, 2235-2243.
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., De Hert, M., Mugisha, J., ... Stubbs, B. (2016c). Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 201, 145-152.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Connaughton, J., du Plessis, C., Yamamoto, T., & Stubbs, B. (2016d). What are the top 10 physical activity research questions in

schizophrenia? *Disability and Rehabilitation*, 38, 2235-2243.

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199, 453-458.

Walton, J. A. (2001). The lived experience of mental illness. I S. K. Toombs (Red.), *Handbook of phenomenology and medicine. Philosophy and medicine series* (s. 279-293). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Ward, M., Annamalai, A. & Chwastiak, L. (2018). Integrating Physical Activity Into Routine Mental Health Care: The Physicians Perspective. I B. Stubbs & S. Rosenbaum (Red.), *Exercise-Based Interventions for Mental Illness* (266-285). London: Academic Press.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1575-1586.

Windell, D., Norman, R. & Mall, A. K. (2012). The Personal Meaning of Recovery Among Individuals Treated for a First Episode of Psychosis. *Psychiatric services*, 63(6), 548-553.

Wipfli, B., Landers, D., Nagoshi, C. & Ringenbach, S. (2011). An examinaion of serotonin

and psychological variables in the relationship between exercise and mental health.

*Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sport*, 21, 474-481.

Witchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ...

Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

World Health Organisation. (1986). Ottawa Charter for health promotion. *Journal of Health Promotion*, 1, 1-4.

World Health Organisation. (2009). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems*. Genève: World Health Organisation.

World Health Organisation. (2018). *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. Hentet fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> 12.10.18.

Wright, K., Armstrong, T., Taylor, A., & Dean, S. (2012). 'It's a double edged sword': A qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136, 634-642.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.



Zimmerman, B. J. (1986). Becoming a self-regulated learner: Which are the key subprocesses? *Contemporary Educational Psychology, 11*, 307-313.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 – Intervjuguide

### Introduksjon

- **Presenter meg selv og hvorfor jeg engasjerer deg i dette prosjektet.**
- **Presenter temaet, og presiser hvilken informasjon du er ute etter under intervjuet. Begrunn på bakgrunn av oppgavens formål.**
- **Presenter informasjonsskriv, og hent inn samtykke.**
- **Bli enig om hvor lang tid dere har til rådighet.**
- **Forklar hvorfor respondenten er interessant.**
- **Deltakeren er anonym, og dataene behandles konfidensielt.**
- **Intervjuene transkriberes og sendes til gjennomlesing dersom det er ønskelig.**

### Intervju – spørsmål

#### *Helsebegrepet*

*Hva mener du «helse» er?*

Forbered oppfølgingsspørsmål som utfordrer deltakeren til å reflektere mer.

*Kan du si noe mer om hvordan god helse oppleves for deg?*

*(Fysiske, psykiske, sosiale aspekter)*

*Hvordan oppleves dårlig helse?*

*Er det flere ting du tenker kan være viktig i forhold til god og dårlig helse?*

*Er det noe som er viktigere enn noe annet for deg?*

*Hvordan tenker du sykdom i forhold til helse?*

*Er det mulig å være syk eller skadet, og likevel ha god helse?*

*Hva er en god dag for deg?*

*Hva tror du man kan gjøre for å øke din velvære?*

*(Fysisk, psykisk og sosialt)*

### ***Fysisk aktivitet og helse***

*«Generelt om fysisk aktivitet»*

*Hvilke erfaringer har du fra før med fysisk aktivitet, og trening?*

*Ulike faser av livet: barn, ungdomsår, voksen?*

*Ønsker du å være fysisk aktiv?*

*Hvorfor – eller hvorfor ikke?*

*(Få klarhet i autonom vs. kontrollert regulering)*

*Er det noe som hindrer deg i å være fysisk aktiv?*

*Hvordan tror du at du kan håndtere disse utfordringene?*

*Tenker du at fysisk aktivitet kan påvirke din helse?*

*Hvordan?*

*(Fysisk, psykisk og sosialt)*

*Hvilke former for fysisk aktivitet setter du mest pris på?*

*Hva er grunnen til dette?*

*Hvordan opplever du at dette motiverer deg for videre aktivitet?*

*Hvilke aktiviteter setter du ikke så stor pris på?*

*Hva er grunnen til dette?*

***Overgang til fysisk aktivitet som en behandlingsform ved institusjonen:***

*Har du deltatt i fysisk aktivitet som en del av din behandling her?*

*Hvis ja:*

*Hvordan opplever du fysisk aktivitet som en del av behandlingen?*

*(Tilfredsstillelse av behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet)*

*(Husk å spørre rundt de ulike behovene)*

*Er det noe som burde vært annerledes?*

*Hvilke tanker har du med tanke på tilrettelegging av fysisk aktivitet i psykiatrien?*

*Gi dem mulighet til å presentere sine tanker om hvordan det burde legges opp. Få dem til å reflektere rundt spørsmålet basert på hvordan de opplever det.*

*Tror du fysisk aktivitet kan hjelpe deg etter endt behandling? I så fall, hvordan?*

*Hvordan tenker du fysisk aktivitet kan hjelpe deg til å håndtere hverdagen?*

*Hva tror du skal til for å opprettholde aktiviteten?*

*Har du noe du ønsker å legge til?*

## **Vedlegg 2 – Informasjonsskriv med tilhørende samtykkeerklæring**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet «Fysisk aktivitet i psykisk helsevern»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, der målet er å få økt forståelse om oppfatninger rundt begrepet helse, og opplevelser knyttet til fysisk aktivitet som behandlingsform innenfor psykiatrien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet, er å få økt forståelse om oppfatninger av begrepet helse, samt opplevelser knyttet til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen innenfor psykisk helsevern. Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave i idrettsmedisin ved Norges idrettshøgskole. Opplysninger som innhentes gjennom dette prosjektet skal kun benyttes til dette formålet.

#### **Hvem er ansvarlig for prosjektet?**

Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave ved Norges idrettshøgskole.

Norges idrettshøgskole er initiativtaker for prosjektet. «X» har sagt seg villig til at Norges idrettshøgskole kan gjennomføre prosjektet sitt hos dem. Fekjær vil velge ut deltakere til intervjuene og forestå den første kontakt med pasienter med forespørsel om deltakelse. De vil videreformidle kontakt kun med de som selv ønsker å delta. Det er Norges idrettshøgskole som er ansvarlig for oppbevaring av opplysninger og behandling av disse.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du som deltaker er viktig, siden institusjonen du er på, legger stor vekt på fysisk aktivitet som en del av sin behandling. Det er derfor sannsynlig at du har opparbeidet deg erfaringer og opplevelser som kan gi god informasjon til dette prosjektet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Prosjektet benytter intervjuer til å samle inn data, og dersom du ønsker å delta i prosjektet innebærer det at du blir intervjuet en gang, der spørsmålene er knyttet til oppgavens temaer. Intervjuet vil ta maksimalt 1,5 time. Det blir benyttet båndopptaker under intervjuene, og deretter blir intervjuene skrevet ned. Dersom du ønsker, vil du få mulighet til å lese gjennom ditt intervju og eventuelt korrigere dersom du synes noe ikke kommer riktig fram.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger?**

Opplysningene oppbevares på en maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon. Det er kun masterstudent og veileder som har tilgang til opplysningene. Informasjonen som registreres om deg, skal kun benyttes med den hensikt å besvare prosjektets problematikk, slik det er beskrevet. Du har rett til å få innsyn i opplysningene som er registrert om deg, og du har rett til å korrigere eventuelle feil som forekommer i de registrerte opplysningene. All informasjon som innhentes fra deg, inkludert samtykkeerklæringen med ditt navn på, vil oppbevares innelåst ved Norges Idrettshøgskole. Dette vil bli makulert når masteroppgaven er godkjent, og kun utgaver av intervjuene uten personidentifiserbare opplysninger vil bli oppbevart videre.

Alle opplysninger som tas ut av institusjonen behandles uten navn og adresse eller andre opplysninger som kan spore materialet tilbake til deg.

### **Hva skjer med opplysningene dine når prosjektet er avsluttet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1.12.19. Samtykkeskrivet makuleres etter at masteroppgaven er levert og godkjent.

#### Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle opplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Prosjektet er også godkjent av Norges idrettshøgskoles etiske komité.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Dersom du har spørsmål knyttet til prosjektet kan du kontakte:

Magnus Sandvik Mangrud – masterstudent

Tlf: 98806858 E-post: mangrud94@hotmail.com

Marit Sørensen – Veileder og prosjektansvarlig

Tlf: 99500102 E-post: marit.sorensen@nih.no

NIHs interne personvernombud

Turid Sjøstedt

Tlf: 95039516 E-post: turid.sjostedt@nih.no

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Eventuelt student

(Forsker/veileder)

-----  
-----



## **SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fysisk aktivitet i psykiatrien», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju med formål å besvare prosjektets problemstillinger
- at opplysninger om meg som omfatter min alder og diagnose blir innhentet via min journal på «X»

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. (1.12.2019)

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vedlegg 3 – Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD)**

### **NSD Personvern**

15.01.2019 09:48

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 583607 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 15.01.19 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### **MELD ENDRINGER**

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige personopplysninger frem til 01.12.19

### **LOVLIG GRUNNLAG**

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

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 4 – Godkjenning fra NiHs etiske komité

### Søknad 81-111018 – Fysisk aktivitet i psykiatrien

Vi viser til søknad, prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv, samtykkeskjema og innsendt melding til NSD.

I henhold til retningslinjer for behandling av søknad til etisk komite for idrettsvitenskapelig forskning på mennesker, ble det i komiteens møte av 11. oktober 2018 konkludert med følgende:

#### Vedtak

*Av forelagte dokumentasjon er det ikke helt klart om data som skal behandles er reelt anonymiserte. Reell anonymisering forutsetter at det ikke er mulig å tilbakeføre informasjon til personer, hverken direkte (fordi koblingsnøkkel er slettet), eller indirekte. Komiteen finner at prosjektet er forsvarlig under forutsetning av:*

- *At vilkår fra NSD følges*
- *At nødvendig godkjenning foreligger fra de ansvarlige på institusjonen der forskningsdeltakerne rekrutteres, herunder eventuell avtale dersom forskningsdata skal lagres utenfor NIH.*

Komiteen gjør oppmerksom på at vedtaket er avgrenset i tråd med fremlagte dokumentasjon.

Dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektet som kan ha betydning for deltakernes helse og sikkerhet, skal dette legges fram for komiteen før eventuelle endringer kan iverksettes.

Med vennlig hilsen

Professor Sigmund Loland  
Leder, Etisk komite, Norges idrettshøgskole