

**Katrine Økland**

## **Motivasjon for å fortsette med golf blant deltakere i prosjektet Golf som Terapi**

En spørreundersøkelse basert på selvbestemmelsesteori (SDT) og  
mestringsforventningsteori (Self-Efficacy)

**Masteroppgave i idrettsvitenskap**

Seksjon for coaching og psykologi  
Norges idrettshøgskole, 2013



## Sammendrag

Rundt halvparten av verdens befolkning vil i løpet av livet sitt få en behandlingstrengende psykisk lidelse (Martinsen, 2000). Personer med psykiske lidelser er en populasjon som er, med hensyn til å pådra seg andre lidelser, knyttet til en usunn livsstil. Studier viser at fysisk inaktive personer har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn fysisk aktive (Martinsen & Taube, 2008a), og at fysisk aktivitet kan redusere sykdomssymptomer (Sørensen, 2006).

Motivasjon i denne oppgaven er uttrykt ved mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet til tross for opplevde barrierer. Teoretisk utgangspunkt var Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985) og Self-Efficacy Theory (Bandura, 1977). Idretten i denne studien er golf og ble gjennomført blant deltakere i prosjektet Golf som Terapi.

Hovedformålet med denne studien var å finne ut av hvordan personer med psykiske lidelser opplever behovstilfredsstillelse gjennom golf, fordi dette er et grunnlag for denne motivasjonen. Det ble videre undersøkt hvilken sammenheng opplevd behovstilfredsstillelse har for motivasjonen i form av mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf. I tillegg ble det undersøkt om opplevde helseeffekter, mestring av aktiviteten og andre bakgrunnsvariabler spilte noen rolle.

Det ble tatt utgangspunkt i en kvantitativ metodestrategi for å besvare problemstillingen. Studien er en tverrsnittstudie, hvor en survey, i form av en spørreundersøkelse ble brukt for å innhente data. Det ble også bedt til en fokusgruppe hvor deltakerne og kontaktpersonene som hadde bistått i undersøkelsen fikk informasjon om resultatene og invitert til å diskutere dem, noe som til en viss grad kunne brukes til å validere data.

Motivasjon i form av mestringsforventninger til å fortsette med golf korrelerte signifikant med tilfredsstillelse av behovene for autonomi og sosial tilhørighet, opplevde positive helseeffekter av aktiviteten og opplevd mestring av golf. En samlescore for behovstilfredsstillelse, tilfredsstillelse av behovet for autonomi og sosial tilhørighet var signifikant og positivt korrelert med positive scorer på helseeffekter. Det ble ikke funnet signifikante korrelasjoner mellom deltakernes alder, kjønn, om de hadde eller hadde hatt en psykisk lidelse eller varighet på den psykiske lidelsen og mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf.

Det ble funnet signifikante forskjeller mellom de som hadde høy og lav score på helseeffekter og behovstilfredsstillelse. Det ble også funnet signifikante forskjeller mellom de som hadde høy og lav score på mestring av golf og behovstilfredsstillelse. Tilfredsstillelse av behovet for kompetanse skiller seg ut ved at de ikke er signifikant korrelert med positive helseeffekter. Kompetanse var også det behovet deltakerne i gjennomsnitt scoret lavest på med hensyn til tilfredsstillelse.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Forord</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Bakgrunn</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1 "Golf som Terapi"</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2 Begrepsavklaringer</b> .....	<b>11</b>
1.2.1 Fysisk aktivitet.....	11
1.2.2 Psykiske lidelser .....	11
1.2.3 Motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet til tross for opplevde barrierer .....	11
<b>2. Foreliggende forskning om psykiske lidelser og fysisk aktivitet</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Psykiske lidelser</b> .....	<b>13</b>
2.1.1 Forekomst.....	13
2.1.2 Forebygging .....	14
<b>2.2 Positive helseeffekter ved fysisk aktivitet i forhold til personer med psykiske lidelser</b> .....	<b>15</b>
2.2.1 Angst og fysisk aktivitet.....	17
2.2.2 Depresjon og fysisk aktivitet .....	18
2.2.3 Schizofreni og fysisk aktivitet .....	19
<b>2.3 Forhold mellom fysisk aktivitet og samtidig bruk av medikamenter</b> .....	<b>20</b>
<b>2.4 Forhold som påvirker motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet til tross for opplevde barrierer</b> .....	<b>20</b>
2.4.1 Barrierer for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser .....	21
Oppsummering av empiri.....	22
<b>3. Teoretisk utgangspunkt</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1 Self-Determination Theory</b> .....	<b>23</b>
3.1.1 Autonomi.....	24
3.1.2 Kompetanse .....	25
3.1.3 Sosial tilhørighet.....	25
3.1.4 Internaliseringsprosessen .....	25
<b>3.2 Self-efficacy</b> .....	<b>27</b>
3.2.1 Tidligere erfaringer .....	28

3.2.2	Vikarierende erfaringer.....	29
3.2.3	Verbal overtalelse.....	29
3.2.4	Fysiologisk tilstand.....	29
3.2.5	Visuelle erfaringer.....	29
3.2.6	Emosjonell tilstand.....	29
	Oppsummering av teoretisk utgangspunkt.....	<b>30</b>
	Forskningsbehov.....	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>Problemstilling.....</b>	<b>31</b>
3.3.1	Problemområde.....	31
3.3.2	Forskningsspørsmål.....	31
<b>4.</b>	<b>Metode.....</b>	<b>32</b>
4.1	Valg av metodestrategi og studiedesign.....	<b>32</b>
4.1.1	Fordeler og ulemper ved valgt metodestrategi og design.....	32
4.2	Populasjon.....	<b>33</b>
4.3	Utforming av spørreskjema.....	<b>33</b>
4.3.1	Måleinstrumenter.....	35
4.4	Datainnsamlingsprosedyre.....	<b>38</b>
4.4.1	Pilotstudie.....	38
4.4.2	Gjennomføring.....	38
4.5	Databehandling.....	<b>39</b>
4.5.1	Data analyse.....	40
4.5.2	Fokusgruppe.....	40
4.6	Etikk.....	<b>41</b>
<b>5.</b>	<b>Resultater.....</b>	<b>42</b>
5.1	Utvalg.....	<b>42</b>
5.1.1	Kjønn.....	42
5.1.2	Aldersfordeling.....	42
5.1.3	Psykiske lidelser.....	43
5.1.4	Hvordan deltakerne fikk vite om prosjektet Golf som Terapi.....	44
5.1.5	Deltakernes fysiske aktivitetsnivå.....	44
5.2	Motivasjon for golf i form av mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer.....	<b>45</b>
5.2.1	Andre forhold for motivasjon.....	45

5.2.2	I hvilken grad deltakerne får tilfredsstilt de grunnleggende psykologiske behovene gjennom golf .....	46
<b>5.3</b>	<b>Forskjeller i motivasjon som mestringsforventning og behovstilfredsstillelse mellom de som opplever høye og lave helseeffekter .....</b>	<b>48</b>
<b>5.4</b>	<b>Forskjeller i motivasjon som mestringsforventning og behovstilfredsstillelse mellom de som scorer høyt og lavt på mestring av aktiviteten golf.....</b>	<b>49</b>
<b>5.5</b>	<b>Sammenhenger mellom motivasjon som mestringsforventninger, behovstilfredsstillelse, mestring av golf og helseeffekter .....</b>	<b>50</b>
<b>5.6</b>	<b>Fokusgruppe.....</b>	<b>51</b>
<b>6.</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>53</b>
<b>6.1</b>	<b>Motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer .....</b>	<b>53</b>
6.1.1	Sammenhenger mellom motivasjon som mestringsforventninger til å fortsette med golf og behovstilfredsstillelse, mestring av golf og opplevde helseeffekter .....	53
<b>6.2</b>	<b>Deltakere .....</b>	<b>55</b>
<b>6.3</b>	<b>Hvilke forskjeller finnes i erfaringer hos deltakerne?.....</b>	<b>56</b>
<b>6.4</b>	<b>Fokusgruppe.....</b>	<b>57</b>
<b>6.5</b>	<b>Styrker og svakheter ved undersøkelsen .....</b>	<b>57</b>
<b>7.</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>59</b>
<b>Referanser.....</b>		<b>60</b>
<b>Tabelloversikt .....</b>		<b>71</b>
<b>Figuroversikt.....</b>		<b>72</b>
<b>Forkortelser .....</b>		<b>73</b>
<b>Vedlegg .....</b>		<b>74</b>

## Forord

Når masteroppgaven nå nærmer seg slutten kan jeg nesten ikke vente med å starte livet mitt igjen. Det har vært en lang og krevende prosess som har tatt med sine offer på veien. Jeg kan ærlig innrømme at på dette året har jeg aldri trent mindre, spist så usunt, vært så usosial eller lite motivert (ironien i å skrive om motivasjon). Prosessen kan kanskje sammenlignes med et utvidet svangerskap hvor plagene og pestene bare står i kø underveis. Morgenkvalmen kom etter noen uker, da jeg bestemte meg for å bytte metode (fra kvalitativ til kvantitativ) og humørsvingningene og hetetoktene kom rundt den tiden jeg skulle lære meg IBM® SPSS® Statistics og dets analyser. De siste månedene var det så tungt å stå opp om morgenen og gå på skolen at jeg vurderte å sykemelde meg, og bli liggende hjemme å se på Dr. Phil og spise godteri. Standarden for god TV-underholdning har aldri vært så lav før. Det har med andre ord ikke vært en enkel prosess. Men(!) den dagen masteroppgaven er ferdig, den dagen jeg står med babyen min i hendene, gliser ned og tenker ”tenk at jeg har laget denne”; Da er det nok verdt alt strevet. Jeg ser frem til å suse rundt i mastertåke, slanke bort masterkiloene og legge ut hundrevis av bilder av masteren min på Facebook.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder, Marit Sørensen, for å ha holdt ut med meg i denne prosessen. Takk for all din kunnskap, engasjement for oppgaven og gode og konstruktive tilbakemeldinger. Din kunnskap og erfaring har vært uvurderlig.

Jeg vil også takke alle deltakerne og kontaktpersonene i Golf som Terapi som har bistått i undersøkelsen. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave. Spesielt takk til Olav Marcussen som har vært engasjert og hjelpsom fra første stund. Takk til pasienter ved Gaustad Sykehus og Håvard som besvarte spørreskjemaet som en pilotundersøkelse, og kom med gode tilbakemeldinger. Takk til Markus som fikk meg til å forstå analysene i IBM® SPSS® Statistics.

Takk til mamma og pappa for støtte og korrekturlesing. Takk til mine medstudenter for gode samtaler og diskusjoner underveis i skrivingen.



# 1. Bakgrunn

Min studie har som mål å utvikle ny kunnskap om motivasjon for å drive regelmessig fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser. Med bakgrunn i teoriene Self-Determination (Deci & Ryan, 1985) og Self-Efficacy (Bandura, 1977) ønsker jeg å finne ut hvordan personer med psykiske lidelser opplever behovstilfredstillelse gjennom golf, fordi dette er et grunnlag for motivasjon som mestringsforventninger til å fortsette med en aktivitet til tross for barrierer. Dette vil være viktig kunnskap for de som jobber med personer med psykiske lidelser for å kunne øke det fysiske aktivitetsnivået i denne populasjonen.

Personer med psykiske lidelser er en populasjon som er, med hensyn til å pådra seg andre lidelser, knyttet til en usunn livsstil. En av grunnene til dette kan være at for mange med psykiske lidelser, spesielt i institusjon kan hverdagen preges av kaffe, tobakk, medikamenter, mat og mye stillesitting (Sosial- og helsedirektoratet [SHdir], 2004). Personer med psykiske lidelser karakteriseres også ofte ved å ha en tilbaketrukket atferd. Å unngå andre mennesker eller sosiale settinger kan lett føre til inaktivitet og isolering i hverdagen. Det å ha en psykiske lidelse kan derfor oppleves begrensende i forhold til å drive fysisk aktivitet.

Økt motivasjon for regelmessig fysisk aktivitet vil også være en viktig ressurs for samfunnsøkonomien. Rundt halvparten av verdens befolkning vil i løpet av sitt liv få en psykisk lidelse hvor de vil trenge behandling (Martinsen, 2000). De mest anvendte behandlingsformene er samtaleterapi og medikamenter, og kostnadene til behandlingen øker, noe som gjør at helsevesenet ikke klarer å dekke behandlingsbehovet. Fysisk aktivitet kan derfor være en viktig selvhjelpsstrategi hos personer med psykiske lidelser (Martinsen, 2000). Med bakgrunn i dette ønsker jeg å se nærmere på motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer. Utvalget mitt vil representere brukere som har deltatt i prosjektet Golf som Terapi.

## 1.1 "Golf som Terapi"

I 2004 ble prosjektgruppen Golf som Terapi etablert i samarbeid med Norges Golf forbund (Golf som Terapi [GST], u.å.). Formålet med prosjektet er å vekke interessen for golf hos personer med psykiske lidelser. Rekruttering av brukerne skjer via psykiatriske

behandlingsmiljøer innen primær- og spesialisthelsetjenesten. Brukerne representerer alle aldersgrupper med lidelser av ulik art og grad.

Frem til 2009 ble stort sett behandlingsmiljøer i Oslo og Akershus kontaktet for et tilbud om deltakelse i prosjektet. De siste årene har imidlertid tilbudet utvidet bl.a. til grupper fra Halden og Sarpsborg. Nærmere 300 brukere har vært eller er i dag med i prosjektet, og av de som er ferdige har over 70% oppnådd bevis på at de er godkjent for spill på golfbaner (grønt kort) (GST, u.å.).

Prosjektgruppen driver sitt arbeid gjennom selskapet Golf som Terapi AS. Virksomheten startet i samarbeid med Hvam videregående skole og har målsettinger som passer direkte inn i skolens rolle og visjon, ikke minst gjelder dette prosjektet knyttet til helse og rehabilitering.

Visjonen til prosjektet er at golf skal etableres som en fritidsaktivitet også for psykisk syke. Golf skal bli et godt behandlings- og aktivitetstilbud for mennesker med psykiske lidelser. Gjennom prosjektet ønsker gruppelederne å skape et grunnlag for brukerne til å få en bedre fysisk og psykisk helse samt en sunnere livsstil og en bedre hverdag (GST, u.å.). I følge Golf som Terapi er golf i gruppe, drevet i den regi de har, særlig egnet til å gi pasientene en opplevelse av likeverd med både instruktør og deltakende behandlere i en tydelig og strukturert ramme (GST, u.å.). Noen av de viktigste erfaringene gruppelederne hadde fra prosjektet var at brukerne fikk trene på menneskelig samvær og kommunikasjon slik at pasienten ikke fikk følelsen av å hele tiden forholde seg til et ”behandlingsapparat” (Føyn, Haakstad, & Falkum, 2011). Pasientene fikk også anledning til å knytte seg til et inkluderende idrettsmiljø, og en positiv arena – golfbanen – ga en opplevelse av normalitet, egenverd og bedret selvfølelse (Føyn, Haakstad, & Falkum, 2011).

Ut fra det prosjektet presenterer og de erfaringene de legger vekt på, kan det se ut til at det er en del aspekter ved aktiviteten golf som virker motiverende for personer med psykiske lidelser. Det kan være et stort potensiale for motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer i denne aktiviteten, og særlig i hvordan den blir gjennomført. For å kunne si mer om dette er vi nødt til å undersøke om dette kan dokumenteres.

## **1.2 Begrepsavklaringer**

### **1.2.1 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet defineres ofte som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk (Bouchard, Shephard & Stephens, 1994). Fysisk aktivitet er et vidt begrep som dekker både idrett, mosjon, trening, osv., og det er vårt samlede daglige energiforbruk som i et helseperspektiv bestemmer om vi er tilstrekkelig fysisk aktive eller ikke (Lærum, Leijon, Kallings, Faskunger, Börjesson, Ståhle, 2008).

Aktiviteten i denne studien er golf. Historisk sett har golf blitt ansett for å være en fritidsbeskjeftigelse. De siste årene har imidlertid golf tiltrukket seg spillere fra hele verden, og blir mer og mer anerkjent som en idrett. Golf er en relativt teknisk idrett og mange av brukerne som er med i studien er på nybegynnernivå.

### **1.2.2 Psykiske lidelser**

I følge Folkehelseinstituttet [FHI] (2011-a) omfatter psykiske lidelser alt fra enkle fobier og lettere angst- og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Videre påpekes det at felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (FHI, 2011-a). Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Betegnelsen psykiske lidelser blir kun brukt når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt, og de medfører ofte høyere belastning enn psykiske plager (FHI, 2011-a). Det er ofte uklare grenser mellom psykisk god helse og psykisk dårlig helse. Hva som er en psykisk lidelse for noen kan være en mindre plage for andre.

### **1.2.3 Motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet til tross for opplevde barrierer**

Motivasjon er en så kompleks prosess at man må velge bestemte faktorer når man skal forske på det. I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985) og Self-Efficacy Theory (Bandura, 1977). Deci & Ryan (1985) bruker begrepet medfødte psykologiske behov i deres omfattende teori om motivasjon og selvbestemmelse, og at tilfredsstillelse av disse behovene er viktig for motivasjonen. De medfødte psykologiske behovene som for motivasjon er viktig å få tilfredsstilt er; autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet. Tilfredsstillelse av autonomi hevdes å være den overordnede energikilde til

motivasjon i Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985). Innenfor Self-Determination Theory betraktes motivasjon som overordnet og grunnleggende for at handlinger skal settes i gang (Deci & Ryan, 1985).

Self-efficacy er et begrep innen psykologi for troen på at man er kapabel til å kontrollere ens egen utføring av en bestemt oppgave (Gilson & Feltz, 2012). Forsøk på å oversette begrepet self-efficacy til norsk, har endt med å kalle det mestringsforventninger. Det blir satt et skille mellom oppgavespesifikke- og selv-regulerende mestringsforventninger (Bandura, 1997).

Oppgavespesifikke mestringsforventninger referer til oppfatningen av mulige konsekvenser av en persons handlinger, mens selv-regulerende mestringsforventninger referer til kontroll over personlig handling (Schwarzer & Renner, 2006). I denne oppgaven er mestringsforventninger til å kunne fortsette med golf til tross for opplevde barrierer uttrykket for motivasjon.

## **2. Foreliggende forskning om psykiske lidelser og fysisk aktivitet**

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant forskning som danner grunnlaget for min problemstilling og videre drøfting av resultater. Her beskrives forekomst og forebygging av psykiske lidelser, helseeffekter av fysisk aktivitet, barrierer for- og tilrettelegging av fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser. Videre vil jeg redegjøre for ulike psykiske lidelser som sannsynligvis forekommer i mitt utvalg og hvilke effekter fysisk aktivitet har på disse lidelsene. En kort oversikt over diagnoser kan gjøre det lettere å få en forståelse for hvilke karakteristika de ulike psykiske lidelsene i mitt utvalg kan ha.

### **2.1 Psykiske lidelser**

#### **2.1.1 Forekomst**

Verdens helseorganisasjon har anslått at psykiske lidelser på verdensbasis vil være den nest viktigste årsaken til sykdomsbehandling i 2020, med 15% av sykdomsbyrden (Helse- og omsorgsdepartementet [HOD], 2002). Hos barn og unge er mellom 10 og 20% rammet av store psykiske problemer, så store at det går ut over deres dagligliv, og mellom 4 og 7% trenger behandling (HOD, 2002). Fra 2010 til 2011 var det en økning på behandlingstrengende barn og unge med psykiske lidelser i alle regioner, og nasjonalt var det en økning i antall pasienter på 2.6% (Helsedirektoratet [Hdir], 2012). De vanligste plagene som rammer barn og unge er angst, depresjon, hodepine, magesmerter og søvnproblemer.

I andre kvartal i 2011 var i gjennomsnitt 6.5% av alle arbeidstakerne sykemeldt av lege (FHI, 2011-b). 15.3% av disse sykemeldingene var grunnet psykiske lidelser, men det reelle antallet antas imidlertid å være langt høyere pga. underrapportering av psykiske lidelser ved sykemeldinger (FHI, 2011-b). Lettere psykiske lidelser, spesielt angst og depresjonslidelser utgjør de fleste sykemeldingene for psykiske lidelser (FHI, 2011-b). I følge Folkehelseinstituttet vil ca. en fjerdedel av befolkningen utvikle en angstlidelse og hver femte nordmann vil utvikle en depresjon i løpet av livet (FHI, 2011-c).

## 2.1.2 Forebygging

Som nevnt tidligere øker forekomsten av psykiske lidelser, og helsevesenet vil ikke kunne behandle alle. Det er derfor ekstremt viktig med forebygging innen psykisk helse. For en effektiv forebygging, trengs det god kunnskap om faktorer som henger sammen med utvikling av psykiske lidelser (Knudsen, Schjelderup-Mathiesen, & Mykletun, 2010). Psykiske lidelser har en mengde risikofaktorer, og de må stort sett virke i samspill med andre for at en lidelse skal utvikles. Sjansen for utvikling av en psykisk lidelse er forhøyet dersom personer har arvelig sårbarhet og vokser opp i familier hvor de utsettes for mange belastninger. Ved å redusere eller fjerne kroniske og akutte belastninger og tilføre støtte til personen kan man forebygge psykiske lidelser (Knudsen, et al., 2010). Lav sosioøkonomisk status, utestenging fra arbeidslivet og tilgjengelighet av alkohol er også faktorer som assosieres med dårlig psykisk helse (Knudsen, et al., 2010). Politiske virkemidler som skattepolitikk, økonomisk støtte til svakerestilte grupper, god tilgang til høyere utdanning og høy sysselsetting kan være med på å begrense sosial ulikhet i samfunnet. Tilgjengelighet av alkohol kan begrenses med strengere aldersgrenser og åpningstider (Knudsen, et al., 2010).

For psykisk friske personer vil fysisk aktivitet gi økt velvære, bedre evne til å takle stress, energioverskudd og en bedre søvnrutine – og kvalitet (FHI, 2012). Dette er effekter som kan være med på å forebygge en eventuell mild eller moderat psykisk lidelse. For personer som har en mild til moderat depresjon eller kronisk trøtthetssyndrom (ME), er fysisk aktivitet et godt dokumentert behandlingsalternativ (FHI, 2012). Ved å følge Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet kan man forebygge psykisk sykdom og/eller forhindre at milde til moderate psykiske plager blir verre (FHI, 2012).

Gjennom ”Opptappingsplan for psykisk helse” ville regjeringen synliggjøre hvordan samfunnet kunne bidra til å forebygge blant annet psykiske problemer (HOD, 1999). For å forebygge psykiske problemer og fremme sunn helse blir det lagt vekt på den enkeltes opplevelse av mestring, sosial støtte, tilhørighet, opplevelse av å være til nytte, evne til å ta ansvar for seg selv og evne til å ta i bruk egne ressurser (HOD, 2002). 1. januar 2012 tredde den nye folkehelseloven i kraft, og både kommuner og stat får nå et mer helhetlig ansvar for befolkningens helse. De enkelte kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. (Lovdata, 2011). Blant annet er fysisk aktivitet nevnt som et av tiltakene for en bedre folkehelse, og kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme helse og å forebygge sykdom (Lovdata,

2011). Folkehelseloven tar sikte på å forebygge fremfor å bare reparere. Bedre forebygging vil på sikt gi flere leveår med god helse og økt livskvalitet i befolkningen (HOD, 2011). På Lovdata sine nettsider kan man lese at:

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Lovdata, 2011).

## ***2.2 Positive helseeffekter ved fysisk aktivitet i forhold til personer med psykiske lidelser***

Psykiske lidelser og fysisk aktivitet er et omfattende felt, så jeg velger å se nærmere på noen oversiktsartikler. Ut fra disse oversiktsartiklene velger jeg å plukke ut en del enkeltstudier som jeg synes er spesielt relevante for min studie. For at vi skal få en bedre forståelse for hva psykiske plager og lidelser innebærer, har jeg også valgt å se nærmere på noen studier som tar for seg enkelte psykiske lidelser. Helsedirektoratet foretok en kartlegging av alle pasienter som ble behandlet for psykiske lidelser i Norge i 2009; ”Pasienter i det psykiske helsevernet i 2009” (Hdir, 2011). Om lag 165.000 pasienter ble behandlet i det psykiske helsevernet i 2009. 34% av disse ble behandlet for en affektiv lidelse som depresjoner og manier, eller en nevrotisk lidelse (30%). I den mest ressurskrevende pasientgruppen hadde 28% en schizofrenilidelse (Hdir, 2011). På bakgrunn av dette har jeg valgt å se nærmere på positive helseeffekter hos pasienter med angst, depresjon og schizofreni. Aller først; en gjennomgang av positive helseeffekter ved fysisk aktivitet i forhold til personer med psykiske lidelser generelt.

Aktiviteter sammen med andre vises å være en positiv arena som styrker den enkeltes muligheter til å delta på andre arenaer (SHdir, 2004). Å delta i en aktivitet hvor det vil bli gitt beskjeder og instruksjoner krever oppmerksomhet og tilstedeværelse. Konsentrasjonen blir da rettet mot selve aktiviteten, og naturlig tretthet, forårsaket av fysisk aktivitet, kan redusere behovet for avslappende medikamenter (SHdir, 2004).

Tversnittsstudier viser generelt en høyere forekomst av psykiske lidelser hos fysisk inaktive mennesker (Martinsen & Taube, 2008a). Regelmessig fysisk aktivitet er en av de viktigste

faktorene for å bevare en god helse og forebygge sykdom, spesielt ved sykdommer med risiko for nedsatt levealder og økt generell sykkelighet. Ifølge Martinsen & Taube (2008a) bør imidlertid ikke fysisk aktivitet erstatte tradisjonell behandling ved alvorlige psykiske lidelser, men bør integreres i et helhetlig behandlingsopplegg.

Richardson, Faulkner, McDevitt, Skrinar, Hutchinson, & Piette (2005) laget en oversiktsartikkel som tok for seg fysisk aktivitetsnivå blant personer med alvorlige psykiske lidelser. De så at pasientene hadde høy risiko for kroniske sykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer (Richardson, et al., 2005). Dette var i stor grad forbundet med en stillesittende atferd. I samme studie så de at effekten av fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter var lik effekten av psykoterapeutiske intervensjoner. Trening kan også antas å lindre sekundære symptomer som lav selvfølelse og sosial tilbaketrekning (Richardson, et al., 2005). Mye tyder også på at fysisk aktivitet er godt akseptert av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og blir ofte betraktet som en av de mest verdsette komponentene i behandling av en psykisk lidelse (Richardson, et al., 2005). I en studie av Sørensen (2006) ser også man at flertallet av pasientene (N=57,4%) rapporterte at fysisk aktivitet reduserte sykdomssymptomer.

Eksisterende studier viser også at fysisk aktivitet vil være av stor betydning for å opprettholde en god mental helse blant personer med bipolar lidelse (Wright, Everson-Hock, & Taylor, 2009). En studie som undersøkte aktivitetsnivået til pasienter med schizofreni, depresjon og bipolar lidelse viste at de, ikke overraskende er mindre fysisk aktive enn den generelle befolkningen (Daumit, et al., 2005). Den mest foretrukne aktivitetsformen var å gå. Kvinner og de som ikke hadde regelmessig sosial kontakt med andre personer var blant dem som var mest inaktive (Daumit, et al., 2005). Å prioritere fysisk aktivitet i behandlingen av psykiske lideser vil derfor være av stor betydning for folkehelsen (SHdir, 2000).

I en oversiktsartikkel av Wolff, Gaudlitz, von Lindenberger, Plag, Heinz, & Ströhle, (2011) påpeker de at bevis for helseeffekter av fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser er svake, bortsett fra hos personer med alvorlig depresjon. De så imidlertid at terapeutisk kontakt, sosial støtte og distraksjon fra lidelsen kan hjelpe til med noen av de negative symptomene ved lidelsen, spesielt fysisk aktivitet ved lav intensitet (Wolff, et al., 2011).

En annen studie, som gir et mer alternativt perspektiv på hvordan idrett og mosjon kan hjelpe menn med alvorlig psykiske lidelser, så på narrative ressurser. Å snakke om idrett og mosjon



med andre gjorde at pasientene kunne dele personlige historier hvor de hadde bygd eller vedlikeholdt en positiv selvfølelse og identitet. Slike fortellinger skiller seg vesentlig fra – og kan vurderes som alternativer til – sykdomshistorier (Carless & Douglas, 2008).

### **2.2.1 Angst og fysisk aktivitet**

I følger Martinsen & Taube (2008b) består angst av et bredt spekter av følelser. Dette kan være alt fra engstelse og uro til redsel og panikk. En person med angst kan oppleve kroppslige symptomer, som er tegn på overaktivitet i det sympatiske nervesystemet. Pustevansker, hjertebank, svette, svimmelhet, illebefinnende samt symptomer på spenninger i muskulaturen, for eksempel skjelving og rastløshet er vanlige kroppslige symptomer som følge av angst (Martinsen & Taube, 2008b). Minst hver tiende person rammes en gang i livet av en angsttilstand, og over en tredel av de pasientene som presenterer et psykiatrisk problem i allmennpraksis, opplever angst (Norsk helseinformatikk [NHI], 2007).

Det er foretatt få undersøkelser av pasienter med angstlidelser, men det er en tendens at angstlidelser forekommer oftere blant personer som er fysisk inaktive enn blant personer som er aktive (Martinsen & Taube, 2008b). Det er også veldokumentert at fysisk aktivitet vil midlertidig redusere situasjonsangst (state anxiety) (Martinsen & Taube, 2008; Martinsen, 2011). Dette gjelder personer med både forhøyet og normalt angstnivå (Martinsen, 2011). En studie som sammenlignet fysisk aktivitet, Klomipramin og placebo i behandlingen av panikklidelse så at regelmessig fysisk aktivitet alene, sammenlignet med placebo, er assosiert med betydelig klinisk bedring hos pasienter som lider av panikklidelse. (Broocks, et al., 1998).

En oversiktsartikkel av Barbour, Edenfield, & Blumenthal (2007) så at enkeltstående treningsøkter reduserte situasjonsangst og panikksymptomer. Flere studier har også sett på effekten av fysisk aktivitet på angst-sensitivitet, det vil si frykt for angstrelaterte kroppslige symptomer som økt hjerterytme og rask pust (Barbour, et al., 2007). Resultatene viste at både lav intensitet (gange på tredemølle på 1 mph) og høy intensitet (gange eller jogging på tredemølle for å oppnå mellom 60-90% av maksimal hjerterefrekvens) reduserte angst-sensitivitet (Barbour, et al., 2007).

I en undersøkelse gjort av Goodwin (2003) så man at fysisk aktive personer hadde lavere forekomst av angstlidelser som panikklidelse, sosial fobi, spesifikke fobier og agorafobi. Studien er en tverrsnittstudie og sier derfor ingenting om årsak og virkning. Det er da

interessant å stille seg spørsmålene; er fysisk inaktivitet en årsak til angst eller fører angst til fysisk inaktivitet? For å kunne besvare slike spørsmål må det gjennomføres longitudinelle studier, og så vidt vi vet er ingen slike enda offentliggjort (Martinsen & Taube, 2008b).

### **2.2.2 Depresjon og fysisk aktivitet**

Depressive lidelser karakteriseres ved redusert stemningsleie, nedsatt lyst og interesse og økt tretthet (NHI, 2009). Det er vanlig å skille mellom alvorlige, moderate og milde depresjoner. Forekomsten av depresjoner har økt de siste tiårene og minst 25% av alle kvinner og 15% av alle menn vil i løpet av livet få en behandlingstrengende depresjon (NHI, 2009).

Ved depresjon har fysisk aktivitet en positiv effekt både for å hindre og behandle depresjonsepisoder (Taylor, Sallis, & Needle, 1985; Kjellman, Martinsen, Taube, & Andersson, 2008; Martinsen, 2011). Man finner positive sammenhenger mellom fysisk aktivitet og depresjon hos begge kjønn i alle aldersgrupper, men spesielt hos kvinner og personer som er over 40 år (Martinsen, 2011). Dette gjelder både akutte episoder så vel som langvarige. Fysisk aktivitet ved lett og moderat depresjon har vitenskapelig støtte som behandling, og andre helseeffekter som følge av fysisk aktivitet er viktig fordi depresjon ofte forekommer hos personer med somatiske sykdommer (Kjellman, et al., 2008). Regelmessig fysisk aktivitet vil derfor representere stor gevinst både for den enkelte og for samfunnet generelt (Kjellman, et al., 2008).

Resultater av prospektive studier har demonstrert at inaktive personer har høyere risiko for depresjon enn personer som er fysisk aktive (Barbour, et al., 2007). En annen studie antyder at en moderat økning i maksimalt oksygenopptak (15-30%) var tilstrekkelig til å oppnå en antidepressiv virkning fra et treningsprogram (Martinsen, Medhus, & Sandvik, 1985). Fysisk aktivitet samsvarende med hva helsemyndighetene anbefaler er en effektiv behandling for personer med milde til moderate depressive lidelser (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, & Chambliss, 2005). Er aktiviteten lavere enn hva helsemyndighetene anbefaler er behandlingen sammenlignbar med placeboeffekt (Dunn, et al., 2005). Mye tyder på at fysisk aktivitet er assosiert med redusert depresjon (Harris, Cronkite, & Moos, 2006; Plante, 1996; Tkachuk & Martin, 1999). I tillegg ser det ut til at fysisk aktivitet kan være spesielt nyttig i forbindelse med medisinske problemer og mye stress i livet til personene. Å oppmuntre pasienter til å engasjere seg i fysisk aktivitet har derfor store fordeler med få åpenbare risikoer (Harris, et al., 2006).

### 2.2.3 Schizofreni og fysisk aktivitet

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse hvor det er stor variasjon i sykdomsbildet mellom forskjellige mennesker (Martinsen & Taube, 2008a). Pasienten må ha vært psykotisk i en viss periode for å kunne få diagnosen, og de vanligste psykotiske symptomene er vrangforestillinger og hallusinasjoner (Martinsen & Taube, 2008a). Schizofreni rammer ca 0.5-1 prosent av befolkningen og sykdommen debuterer vanligvis mellom 15- og 35-årsalderen (Martinsen & Taube, 2008a).

Blant personer med schizofreni er fysisk inaktivitet, røyking og overvekt vanlig, og bidrar sannsynligvis til økt sykkelighet og dødelighet. Regelmessig fysisk aktivitet vil derfor være en av de viktigste faktorene for å bevare en god helse og forebygge sykdommen (Martinsen & Taube, 2008a). En oversiktsartikkel av Bjørnstadjordet (2009) fant ulike rapporterte effekter av fysisk aktivitet som økt energinivå, bedret selvbilde og initiativ i forhold til å legge fremtidsplaner i eget liv for personer med schizofreni. Resultatene viser også bedring av deltakernes sosiale evner i form av at de ble mer imøtekommende, mindre isolerte og tilbaketrukket (Bjørnstadjordet, 2009).

En annen studie påpeker at fysisk aktivitet bør inkluderes i behandlingen av pasienter med schizofreni for å bedre fysisk kapasitet og forebygge hjerte- og karsykdommer (Heggelund, Nilsberg, Hoff, Mørken, & Helgerud, 2011). Et program bestående av kontrollert kosttilskudd og regelmessig fysisk aktivitet kan redusere kroppsvekt og forbedre metabolske profiler av insulin, triglyserider, og IGF- bindingsprotein 3 (IGFBP-3) blant overvektige, innlagte pasienter som tar klozapin i behandling for schizofreni (Wu, Wang, Bai, Huang, & Lee, 2007). Funn fra Faulkner & Sparkes (1999) viser at trening har potensiale til å redusere oppfatninger av hørselshallusinasjoner, øker personers selvtillit, og forbedrer søvnmønster og generell atferd. Fokus på sosial interaksjon fremfor trening er et viktig element som fremmer disse fordelene. De anbefaler sterkt å inkludere trening som et supplement i psykiatrisk behandling (Faulkner & Sparkes, 1999). Fysisk aktivitet vises også å være en godt likt mestringsstrategi og bedrer mental helse for pasienter med schizofreni (Bjørnstadjordet, 2009). Det er også interessant å se at fysisk aktivitet økte motivasjonen til å delta i annen aktivitet/behandling (Bjørnstadjordet, 2009).

En annen oversiktsartikkel viser også at trening er en nyttig behandlingsmåte for noen av de negative symptomene av schizofreni i tillegg til depresjon og angst (Faulkner & Biddle,

1999). De påpeker imidlertid at eksisterende forskning ikke tillater noen faste konklusjoner med hensyn til de psykologiske fordelene ved fysisk aktivitet hos personer med schizofreni, men viser at fysisk aktivitet vil ha en positiv effekt på negative symptomer ved sykdommen (Faulkner & Biddle, 1999).

### **2.3 Forhold mellom fysisk aktivitet og samtidig bruk av medikamenter**

Moderne antipsykotiske medikamenter er effektive, gir mindre motoriske bivirkninger og fører til bedre behandling hos pasienter med psykotiske lidelser. Forskning viser derimot at de kan gi metabolske og kardiovaskulære bivirkninger. Bivirkningene varierer fra vektøkning, hyperglykemi, lipid økning, hjerterytmeforstyrrelser og myokarditt (Andreassen & Bentsen, 2004). Eksisterende forskning viser at fysisk friske personer kan drive intens fysisk aktivitet samtidig som man bruker terapeutiske doser psykofarmaka (Martinsen & Stanghelle, 1997). I noen tilfeller ved lette til moderate lidelser som depresjon og angst vil nok noen kunne erstatte medikamenter med fysisk aktivitet, særlig nedtrapping av doser. Ved tyngre psykiske lidelser foreligger det ingen data som enda tyder på at fysisk aktivitet kan erstatte medikamenter.

### **2.4 Forhold som påvirker motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet til tross for opplevde barrierer**

Det foreligger lite forskning på feltet om motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet til tross for opplevde barrierer blant personer med psykiske lidelser. Studier har vist at deltakelse i fysisk aktivitetstilbud for personer med psykiske lidelser er sammenlignbare med den generelle befolkningen selv om de kan oppleve flere barrierer for fysisk aktivitet på grunn av sykdommen (Richardson, et al., 2005). Det samme gjaldt også for andre studier (Kristiansen, 2010; Sørensen, 2006) hvor de så på behovstilfredsstillelse og selv-skjema for fysisk aktivitet. Det blir derfor viktig å fokusere på positive erfaringer fra selve aktiviteten, med hensyn til motivasjon som

mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet til tross for opplevde barrierer (Sørensen, 2006).

Den første studien som så på mestringsforventninger hos personer med schizofreni spektrum påpeker at treningsholdning eller holdning til fysisk aktivitet er svært viktig for å få denne gruppen i aktivitet (Beebe, et al., 2010). De påpeker at å forbedre treningsholdning er et kritisk første steg mot det endelige målet om å øke treningsdeltakelse. Likevel setter de spørsmål ved validiteten av studien på grunn av metodiske svakheter og tvetydige resultater (Beebe, et al., 2010). Året etter ble en ny studie publisert (Beebe, et al., 2011) og så vidt vi vet er dette den første studien som rapporterte korrelasjoner relatert til treningsatferd hos personer med schizofreni spektrum. Alder var korrelert med oppmøte og utholdenhet, og antall minutter de gikk kan være korrelert med økt psykiatrisk stabilitet, og over tid, en bedre forståelse av helseeffektene ved fysisk aktivitet (Beebe, et al., 2011).

Hvis fysisk aktivitet skal brukes i psykiatrisk behandling, er det viktig at pedagogisk tilrettelegging og motivasjonshensyn får en bred plass (Sørensen, 1998). Funn av Ryan, Patrick, Deci, & Williams (2008) viste at når pasienter får tilfredsstilt sine grunnleggende psykologiske behov, autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet, opplever de mer engasjement i behandlingen og opprettholder gode resultater over tid.

Moe (2011) beskriver noen nødvendige rammebetingelser som er helt avgjørende for å lykkes med fysisk aktivitet på psykiatriske behandlingsinstitusjoner. Ledelsen må være positiv – eller i hvertfall ikke negativ, en eller flere i personalgruppen bør brenne for dette, og fysisk aktivitet må anerkjennes som behandling og ikke fritidssysse (Moe, 2011). Mye tyder på at det er mulig å gjennomføre fysisk aktivitet dersom det blir tilrettelagt for det hos personer med psykiske lidelser. Personalets rolle, tilretteleggingen for transport og at det er attraktivt synes å være viktig (Kristiansen, 2010).

#### **2.4.1 Barrierer for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser**

En studie som målte ulike barrierer for å drive fysisk aktivitet hos pasienter med schizofreni så at begrenset erfaring med fysisk aktivitet, virkningen av sykdommen, negative effekter av medisiner, angst og påvirkning av støttenettverk hadde stor innvirkning (Johnstone, Nicol, Donaghy, & Lawrie, 2009). Disse barrierene må derfor vurderes i utformingen av fysiske

aktiviteter for å bekjempe fedme og andre fysiske helseproblemer relatert til psykiske lidelser (Johnstone, et al., 2009). En kvalitativ studie viste at fysisk aktivitet integrert i det psykiske helsevernet kan fjerne ulike barrierer pasienter med psykiske lidelser har for å drive fysisk aktivitet (Hodgson, McCulloch, & Fox, 2011). I samme studie så de at en kombinasjon av psykiske lidelser og bivirkninger fra medikamentell behandling var de største barrierene for deltakelse i fysisk aktivitet. Resultatene fra studien viste også at deltakelse i fysisk aktivitet indikerte fordeler som mental velvære og bedring av den psykiske sykdommen (Hodgson, et al., 2011). For at personer med psykiske lidelser skal oppleve minst mulig barrierer for å drive fysisk aktivitet er det viktig at helsepersonell eller andre tilrettelegger fysisk aktivitet slik at det blir mulig å gjennomføre for denne populasjonen.

### *Oppsummering av empiri*

Vi har sett at psykiske lidelser blir anslått å være den nest viktigste årsaken til sykdomsbehandling i 2020 på verdensbasis (HOD, 2002). Personer med alvorlige psykiske lidelser har også høy risiko for kroniske sykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer, som er i stor grad forbundet med stillesittende atferd. Mye av forskningen som forklarer fordelene ved fysisk aktivitet i psykiatriske populasjoner så vel som i forebygging av psykiske lidelser i prekliniske populasjoner er preget av metodiske svakheter (Taylor, Sallis, & Needle, 1985; Barbour, et al., 2007; Bjørnstadjordet, 2009).

Det har lenge vært kjent at de generelle helsegevinstene ved fysisk aktivitet i seg selv, bør være nok til at det bør benyttes i behandling av personer med psykiske lidelser (Veale, 1987). Det har imidlertid vist seg at personer med psykiske lidelser ikke er motiverte for fysisk aktivitet (Veale, 1987). Likevel ser man i nyere studier at dersom fysisk aktivitet blir tilrettelagt, er denne populasjonen like motivert og fysisk aktiv, som resten av befolkningen (Richardson, et al., 2005; Sørensen, 2006). Dette innebærer at motivasjon er et sentralt tema når vi ser på fysisk aktivitet i forhold til personer med psykiske lidelser.

Det foreligger som sagt lite forskning på motivasjon hos personer med psykiske lidelser. Den manglende forskningen på motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser utgjør grunnlaget for min forskning på motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet til tross for opplevde barrierer, og to teorier som belyser ulike aspekter om motivasjon er Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985) og Self-Efficacy (Bandura, 1977). Disse blir presentert nærmere i neste kapittel.

### 3. Teoretisk utgangspunkt

Mitt uttrykk for motivasjon i denne oppgaven er deltakernes behovstilfredsstillelse gjennom golf og særlig self-efficacy som mestringsforventninger til å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer. Opplevd kompetanse, rent oppgave-spesifikt, blir undersøkt med Self-Determination Theory. Mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer blir undersøkt med den selv-regulerende self-efficacy. Self-efficacy blir brukt som en del av kompetanseaspektet av golf.

Self-Determination Theory er en motivasjonsteori utviklet av Edward L. Deci og Richard M. Ryan ved University of Rochester. Hovedbudskapet i Self-Determination Theory er at motivasjon er noe som oppstår i samspill mellom ytre krefter og indre behov og motiver (Deci & Ryan, u.å.-a).

Self-efficacy er en viktig faktor når man skal belyse treningsatferd (McAuley, 1992-a). Self-efficacy blir definert som; "...beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments" (Bandura, 1997; 3). Det er foreslått at self-efficacy er en kognitiv forklaring på forskjeller i personers evner til å utføre utfordrende oppgaver (Bandura, 1997). Self-efficacy er en av de mest hyppig siterte psykologiske faktorene som påvirker sportslig prestasjon og er et hovedfokus for forskning innenfor sportpsykologi (Feltz, 1992).

#### 3.1 Self-Determination Theory

Self-Determination Theory er en empirisk basert metateori om indre og ytre kilder til motivasjon, som representerer et bredt rammeverk for studiet av menneskelig motivasjon og personlighet (Deci & Ryan, u.å-a). Deci & Ryan (1985) mener at mennesket er ikke avhengig av ytre belønningssystemer for å bli motivert. Behov for selvstendighet, sosiale relasjoner og kompetanse/mestring er sterke indre drivkrefter som kan skape en motivasjon som overgår den som skapes av ytre faktorer (Deci & Ryan, u.å-a). Hvis de tre grunnleggende psykologiske behovene ikke blir møtt vil det føre til redusert velvære og motivasjon (Deci & Ryan, u.å.-a). Å forstå hvorfor folk deltar i aktiviteter, altså kilden til motivasjon, er også viktig for å fremme engasjement og utholdenhet i aktiviteter (Standage & Ryan, 2012). På hjemmesiden til teorien kan man lese at: "To be self determined is to endorse one's actions at

the highest level of reflection. When self Determined, people experience a sense of freedom to do what is interesting, personally important, and vitalizing” (Deci & Ryan, u.å.-b).

Det er også stort fokus på sosiale og kulturelle faktorer og hvordan de kan fremme eller undergrave personers følelse av vilje og initiativ, i tillegg til trivsel og kvalitet på prestasjoner. Forhold som støtter den enkeltes opplevelse av autonomi, kompetanse og tilhørighet blir hevdet å fremme motivasjon for aktiviteter, inkludert forbedret prestasjon, utholdenhet og kreativitet (Deci & Ryan, u.å.-a). Selv-bestemmelse er altså mer enn en kapasitet; det er også medfødt psykologisk behov (Deci & Ryan, 1985).

Self-Determination Theory postulerer begrepet medfødte psykologiske behov (*innate psychological needs*) som grunnlag for personers selvbestemmelse og psykologisk velvære i eget liv (Deci & Ryan, 2000). I følge teorien er velvære mer enn en subjektiv opplevelse av positivitet, men også en kroppslig funksjon der individet oppdager tilstedeværelse vitalitet, psykologisk fleksibilitet, og en sterk indre følelse av velvære. Videre påpeker Deci & Ryan (2000) at fravær av de grunnleggende psykologiske behovene vil resultere i passivitet og fravær av velvære og trivsel. De tre grunnleggende psykologiske behovene er; autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet.

### **3.1.1 Autonomi**

Autonomi refererer til vilje, individets ønske om å selv-organisere erfaring og atferd og å drive aktiviteter som stemmer overens med individets integrerte følelse av selvet (Angyal, 1965; deCharms, 1968; Deci, 1980; Ryan & Connell, 1989; Sheldon & Elliot, 1999 I Deci & Ryan, 2000). Begrepet er langt mindre utbredt i empirisk psykologi enn de to andre behovene, kompetanse og sosial tilhørighet. Innenfor Self-Determination Theory gjelder autonomi opplevelsen av integrering og frihet, og det er en viktig del av sunn menneskelig fungering (Deci & Ryan, 2000). Motiverende strategier som belønning eller trusler undergraver autonomi og fører til utfall som redusert indre motivasjon, mindre kreativitet, og dårligere problemløsning. Å gi individet valg, erkjenne individets følelser og forsterke følelsen av at valget blir initiativt tatt av individet gir en tilfredsstillende av behovet for autonomi, og gir positive resultater (Deci & Ryan, 2000). For at fysisk aktivitet skal bli ansett som viktig og opprettholdt utenfor behandlingsapparatet eller kontrollerte omgivelser må psykisk syke verdsette aktiviteten og personlig anerkjenne dens betydning (Ryan, et al., 2008).



### **3.1.2 Kompetanse**

Behovet for kompetanse må også være oppfylt for langsiktig, god psykisk helse (Deci & Ryan, 2000). Positive tilbakemeldinger er med på å forsterke indre motivasjon, mens negative tilbakemeldinger har en tendens til å hindre opplevelsen av kompetanse og dermed svekkes den indre motivasjonen (Deci & Ryan, 2000). Å få positive tilbakemeldinger på en aktivitet er ofte med på å øke selvtillit og å føle seg kompetent i aktiviteten. Dette kan igjen bidra til å øke den indre motivasjonen til å fortsette aktiviteten.

### **3.1.3 Sosial tilhørighet**

Sosial tilhørighet viser til ønsket om å føle seg knyttet til andre, kjærlighet og omsorg og å bli elsket og tatt vare på (Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1958; Harlow, 1958; Ryan, 1993 I Deci, & Ryan, 2000). Self-determination theory antyder at den indre motivasjonen blir sterkere i sammenhenger hvor man føler sosial tilhørighet til andre (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000).

Deci & Ryan (2000) mener også at det finnes situasjoner der sosial tilhørighet er mindre sentralt for individets indre motivasjon, enn autonomi og kompetanse. Personer engasjerer seg gjerne i isolerte aktiviteter som kabal eller fotturer med en indre motivasjon. Dette kan tyde på at sosial tilhørighet ikke trenger å være en nødvendighet da proksimale faktorer opprettholder en indre motivasjon. (Deci & Ryan, 2000).

Prosessen der ytre reguleringer blir indre reguleringer kalles internaliseringsprosessen. Self-determination theory, med sin organismisk-dialektisk metateori, påpeker at dette skjer mellom person og kontekst (Deci & Ryan, 2000).

### **3.1.4 Internaliseringsprosessen**

Utgangspunktet for Self-Determination Theory er at mennesker er aktive, vekstorienterte organismer som er naturlig tilbøyelig mot integrering av sine psykiske elementer til en enhetlig oppfatning av seg selv og integrering av seg selv i større sosiale strukturer (Deci & Ryan, 2000). Med andre ord antyder teorien at det er en del av det adaptive designet av den menneskelige organismen å engasjere seg i interessante aktiviteter, utøve kapasitet, oppnå tilhørighet i sosiale grupper, og å integrere intrapsykiske og mellommenneskelige opplevelser i en relativ enhet (Deci & Ryan, 2000). Teorien antyder en grunnleggende menneskelig

bevegelsesbane mot vitalitet, integrasjon og helse. Denne tendensen vil fortsette så lenge de grunnleggende psykologiske behovene blir møtt. Tendensen vil imidlertid opphøre når behovene ikke blir møtt. Kort sagt; opprettholdelse av indre motivasjon krever tilfredsstillende av alle tre psykologiske behovene, en eller to er ikke nok (Deci & Ryan, 2000).

For å oppnå en internalisering mener teorien at å gi en meningsfull begrunnelse, anerkjenne individets følelser og behov, samt å legge opp til og fremme valg fremfor press og kontroll, er nødvendig (Deci, Eghrari, Patrick, & Leonde, 1994). I samme studie så de også at når den sosiale konteksten støtter selvbestemmelse, vil mest sannsynlig en integrering skje, mens når konteksten ikke støtter selvbestemmelse, var det en større forekomst av introjeksjon (Deci, et al., 1994).

Det finnes fire typer motivasjonsgrunnlag som presenterer ulik grad av internalisering, og disse innebærer ulik grad av selvbestemmelse.

Ved ytre regulert motivasjon blir personers atferd kontrollert av bestemte eksterne situasjoner (Deci & Ryan, 2000). Folks atferd bestemmes kun av ytre motiver som materielle belønninger eller for å unngå straff. Innenfor Self-Determination Theory viser det seg at når man ikke blir påvirket av ytre motiver som belønning eller straff, vil denne type motivasjon falle vekk (Deci & Ryan, 2000).

Introjeksjon kan betraktes som delvis internalisering, der individet tar i bruk eksterne regulatoriske prosesser, men disse prosessene er ikke akseptert som hans eller hennes eget. Disse prosessene tvinger eller presser individet til å oppføre seg etter dem og blir støttet opp av truede interne sanksjoner (f.eks. skyldfølelse eller skam) eller interne belønninger (f.eks. selvforherligelse). Prosessene blir derfor ikke en del av hva Deci & Ryan (2000) refererer til som ”det integrerte selvet”. Introjeksjon er en relativt ineffektiv type internalisering (Williams & Deci, 1996).

Ved identifisert regulert motiavasjon vil personer anerkjenne og akseptere de underliggende verdier av en atferd og det forekommer er mer fullstendig internalisering (Deci & Ryan, 2000). Atferden er imidlertid fortsatt ytre regulert da den fortsatt er instrumentell. Personen vil utføre en handling på bakgrunn av andre motiver enn spontan glede og tilfredshet (Deci & Ryan, 2000).

Integrasjon er den optimale formen for internalisering, der individet identifiserer seg med viktigheten av en atferd. Integrasjon er nødvendig for at kontrollert atferd skal bli autonom. Prosessene oppleves som individets egne, og man opplever mindre intern konflikt, tar mer ansvar for å regulere atferden sin, og atferden blir viljestyrt (Williams & Deci, 1996)

De tre medfødte psykologiske behovene og internaliseringsprosessen blir derfor helt sentrale når man arbeider med motivasjon for fysisk aktivitet. Self-efficacy er et annet begrep relatert til kompetanse, så jeg velger å bruke self-efficacy som et supplement i min oppgave.

### **3.2 Self-efficacy**

Self-efficacy er et begrep innen psykologi for troen på at man er kapabel til å kontrollere ens egen utføring av en bestemt oppgave (Gilson & Feltz, 2012). Forsøk på å oversette begrepet self-efficacy til norsk, har endt med å kalle det mestringsforventninger.

Mestringsforventninger er i senere tid blitt fanget opp i forskjellige psykologiske teorier, men er i utgangspunktet et nøkkelbegrep i Banduras (1977) sosial-kognitive teori, hvor han knytter høy mestringsforventning opp mot kompetanse. Mestringsforventninger kan tilby verdifull innsikt i personers motiverende tendenser i både idrett og fysisk aktivitet (Gilson & Feltz, 2012).

Banduras teori er ikke uten kritikk, men forskning på mestringsforventninger innenfor idrett og fysisk aktivitet har vist en konsekvent signifikant sammenheng mellom økt mestringsforventning og prestasjon (Feltz, 1992). Mestringsforventninger skiller seg fra selvtillit, som går på menneskers egenverdi og syn på seg selv. Å tro på egne krefter er en viktig del av menneskets viten om selvet (Bandura, 1977). Mestringsforventninger kan også gi både fysiske og psykiske helsegevinster som færre sykdomstilfeller, raskere bedring etter sykdom eller operasjoner og mindre stress og depresjonstilfeller (Bandura, 1977). Lav mestringsforventning hos personer korrelerer med inaktivitet (Trost, Owen, Bauman, Sallis, & Brown, 2002).

Mitt motivasjonsuttrykk i denne oppgaven er selv-regulerende mestringsforventninger – hvorvidt deltakerne tror de kan klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer. Mestringsforventninger inkorporerer både interne og eksterne aspekter (Beebe, et al., 2010).

Det blir satt et skille mellom oppgavespesifikke- og selv-regulerende mestringsforventninger (Bandura, 1997). Oppgavespesifikke mestringsforventninger referer til oppfatningen av mulige konsekvenser av en persons handlinger, mens selv-regulerende mestringsforventninger referer til kontroll over personlig handling (Schwarzer & Renner, 2006).

Motivasjon for fysisk aktivitet avhenger av flere variabler, og blant dem er selv-regulerende mestringsforventninger. Selv-regulerende mestringsforventninger refererer til å kunne fortsette med en aktivitet til tross for opplevde barrierer (Schwarzer & Renner, 2006).

Personers mestringsforventninger til å kunne fortsette med en aktivitet til tross for barrierer har vist seg å være en viktig variabel for å kunne fortsette med en fysisk aktivitet over tid (Dzewaltowski, Noble & Shaw, 1990; Feltz & Riessinger 1990; McAuley, 1992-b, 1993; Shaw, Dzewaltowski & McElroy, 1992; Weinberg, Grove, & Jackson, 1992; Weiss, Wiese, og Klint, 1989). Utholdenhet i fysisk aktivitet har også vist seg å avhenge av personers selv-regulerende mestringsforventninger (Weinberg, Gould & Jackson 1979; Weinberg, Gould, Yukelson & Jackson, 1981; Weinberg, Yukelson & Jackson, 1980).

Mestringsforventninger er basert på fire viktige påvirkningskilder: Tidligere erfaringer, vikarierende erfaringer, verbal overtalelse og fysiologisk tilstand (Bandura, 1977). Maddux (1995) har også i senere tid tilføyd to ekstra kilder; visuelle erfaringer og emosjonell tilstand. Sammenlagt finnes det altså seks påvirkningskilder til mestringsforventninger, som jeg vil utdype litt nærmere i de neste avsnittene.

### **3.2.1 Tidligere erfaringer**

Tidligere erfaringer er den mest innflytelsesrike kilden til mestringsforventninger (Bandura, 1997). Tidligere erfaringer gir individet riktige, ekte og objektive beviser på om man har det som skal til for å lykkes (Bandura, 1997). Personer som har opplevd mestring av oppgaver har derfor større tro på seg selv, enn de som har erfart nederlag (Bandura, 1977). Likevel påpeker Bandura (1997) at man bør vektlegge gode arbeidsvaner som årsak til suksess. Hvis en utøver forventer raske og gode resultater i en idrett er det lett å bli demotivert av feiltrinn. Talent bør i mindre grad vektlegges fordi man i mindre grad kan kontrollere det. Tidligere erfaringer baserer seg kun på det utøveren selv gjør, og gjelder derfor kun for denne utøveren – i motsetning til vikarierende erfaringer (Bandura, 1997).

### **3.2.2 Vikarierende erfaringer**

Å observere og lære hva andre gjør kan overføre mye, nyttig informasjon til observatøren. Teorien sier at vikarierende erfaringer vil øke innsats og troen på at en selv også kan klare en bestemt oppgave (Bandura, 1997). Gode øvingsbilder kan resultere i at man får lettere til en bestemt oppgave selv. Å lære av hverandre kan derfor være en nyttig metode for å øke sine egne mestringsforventninger.

### **3.2.3 Verbal overtalelse**

Hvis andre tror at du kan klare en bestemt oppgave og overtaler deg til at du kan klare det, er det lettere selv å tro at du vil klare det (Bandura, 1977). Kommunikasjon med en trener eller andre på en idrettsarena kan bidra til økt selvtillit og tro på at en kan klare en bestemt oppgave eller øvelse. Verbal overtalelse har allikevel ikke en veldig sterk innvirkning på en persons mestringsforventning hvis tidligere erfaringer har vært negative (Bandura, 1977).

### **3.2.4 Fysiologisk tilstand**

I stressende situasjoner vil kroppen få fysiologiske signaler, og disse kan ha informativ verdi om vår personlig kompetanse. Hvordan man tolker fysiologiske signaler påvirker troen på om man kan mestre utfordrende situasjoner (Bandura, 1977).

### **3.2.5 Visuelle erfaringer**

I Banduras kilde til motivasjon om vikarierende erfaringer introduserer han oss for visuelle erfaringer. Teorien sier at personer har en stor kapasitet for symbolske, kognitive aktiviteter (Bandura, 1997). Mennesker er i stand til å visualisere utfall av mulige situasjoner og hendelser, egne reaksjoner til disse situasjonene og hendelsene, og mulige konsekvenser av de (Maddux, 1995). Maddux (1995) mener derfor at visuelle erfaringer skiller seg fra vikariende erfaringer. Visuelle erfaringer kan oppleves mer ekte enn vikarierende erfaringer fordi man kan fremkalle og takle følelser som for eksempel prestasjonsangst på en helt annen måte enn ved vikarierende erfaringer (Maddux, 1995).

### **3.2.6 Emosjonell tilstand**

Igjen presenterer Bandura (1997) to begrep i ett, mens Maddux (1995) mener vi bør skille mellom fysiologiske og emosjonelle tilstander. Maddux (1995) mener at emosjonelle

tilstander ikke er et produkt av fysiologiske tilstander, men at det er to forskjellige kilder til mestringsforventninger. Emosjonelle tilstander inkluderer subjektive oppfatninger av følelser og humør (Maddux, 1995).

### *Oppsummering av teoretisk utgangspunkt*

I følge teorien Self-Determination må de grunnleggende psykologiske behovene; autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet bli møtt for at personer skal oppleve motivasjon og velvære. Forhold som støtter den enkeltes opplevelse av behovstilfredsstillelse hevdes å fremme motivasjon for aktiviteter, inkludert forbedret prestasjon, utholdenhet og kreativitet (Deci & Ryan, u.å.-a). Mestringsforventninger blir i denne studien brukt som et supplement til kompetanseaspektet og sier noe om mestringsforventning til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer. Bandura (1977) knytter høy mestringsforventning opp mot kompetanse.

### Forskningsbehov

Ved ferdig oppsummert foreliggende kunnskap på feltet og en gjennomgang av teoretisk utgangspunkt for denne studien ser vi at det mangler en god del kunnskap om motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser. Det kan diskuteres om dette er en vanskelig gruppe å forske på, men vi skal likevel ikke utelukke den verdifulle informasjonen vi får fra dem. Derfor ønsker jeg å finne ut følgende:

### **3.3 Problemstilling**

#### **3.3.1 Problemområde**

Motivasjon for fysisk aktivitet (golf) blant personer med psykiske lidelser med utgangspunkt i erfaringer og opplevelser gjennom Golf som Terapi.

#### **3.3.2 Forskningsspørsmål**

- Hvordan er personer med psykiske lidelsers motivasjon for aktiviteten golf i form av mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer?
- Hvordan opplever personer med psykiske lidelser at de får tilfredsstilt behovene for autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet gjennom fysisk aktivitet?
- Hvordan opplever personer med psykiske lidelser helseeffekter gjennom fysisk aktivitet?
- Hvordan opplever personer med psykiske lidelser oppgavespesifikk mestring av en fysisk aktivitet?
- Hvilken sammenheng er det mellom behovstilfredsstillelse, opplevde helseeffekter, opplevd mestring og motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet?

Ut fra teorien kan vi forvente positive sammenhenger mellom behovstilfredsstillelse, opplevde helseeffekter, mestring og motivasjon for fysisk aktivitet. For å besvare problemstillingen på en best mulig måte anser jeg det som mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i en kvantitativ metodestrategi. Jeg vil i det følgende begrunne dette nærmere.

## **4. Metode**

I dette kapittelet beskrives mine metodiske valg, populasjon og datainnsamlingen.

### **4.1 Valg av metodestrategi og studiedesign**

Vitenskapelige metoder er et sett av retningslinjer som skal sikre at vitenskapelig virksomhet er faglig forsvarlig, og generelt sett en planmessig framgangsmåte for å nå et bestemt mål (Grønmo, 2004). Metoden jeg velger studien angir hvordan jeg skal framskaffe kunnskap og utvikle teoriene, og hvordan jeg skal sikre at kunnskapen og teoriene oppfyller kravene til vitenskapelig kvalitet og relevans (Grønmo, 2004).

Det er vanlig å skille mellom to metodestrategier. Kvalitativ forskningsstrategi baserer seg på tekstdata, mens kvantitativ metodestrategi er basert på talldata (Ringdal, 2013). Valg av metodestrategi og design bør nøye vurderes i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål som skal besvares. Problemstillingen utgjør derfor en viktig rettesnor for hvordan min studie skal legges opp og gjennomføres (Grønmo, 2004). Studien er rettet mot å se på en populasjons fysiske helse og vurderinger, meninger og erfaringer knyttet til prosjektet Golf som Terapi. Studien er en tverrsnittstudie, hvor en survey, i form av en spørreundersøkelse ble brukt for å innhente data (Grønmo, 2004). Det ble også bedt til en fokusgruppe hvor deltakerne og kontaktpersonene som hadde bistått i undersøkelsen ble invitert til å høre om og diskutere resultatene.

#### **4.1.1 Fordeler og ulemper ved valgt metodestrategi og design**

Ved å sende ut spørreskjemaer per post kunne jeg inkludere respondenter fra hele landet, og ha et større utvalg med mindre kostnader, enn ved personintervju (Gratton & Jones, 2010). Golf som Terapi inkluderer også deltakere fra Vestlandet. I dette prosjektet hadde jeg også mulighet til å inkludere personer som ikke ønsker å gi seg til kjenne. Med mindre deltakerne ønsket å komme på møtet om resultatene, ville studenten ikke ha noen kontakt med deltakerne i det hele tatt. All kontakt foregikk gjennom kontaktpersonene i Golf som Terapi. Spørreskjemametoden ga derfor gode muligheter til å beskytte svarsituasjonen og de som svarte kan garanteres full anonymitet (Ringdal, 2013). Respondentene kunne også velge selv når det passet best å svare, og et spørreskjema tar som regel mye kortere tid å svare på enn et personlig intervju (Gratton & Jones, 2010).



En ulempe med denne metoden er at det må sendes ut purringer til de som ikke har svart, og det kan ofte være vanskelig å vite hvem som har svart og ikke svart. For å gjøre denne prosessen litt enklere, fikk kontaktpersonene et sett nummer de kunne gi sine deltakere. På den måten kunne jeg vite hvem av kontaktpersonene som hadde levert og hvem som ikke hadde det.

Valg av en kvalitativ metode for min undersøkelse ville resultert i langt færre informanter, med mer detaljerte beskrivelser fra hver informant. Denne metoden kunne gitt meg langt flere nyanser av respondentenes begrunnelser av de grunnleggende psykologiske behovene, men jeg ville kanskje ikke funnet ut om det er sammenhenger mellom behovstilfredsstillelse, opplevd mestring, opplevde helseeffekter og motivasjon for å fortsette med golf.

## **4.2 Populasjon**

Målgruppen for undersøkelsen var personer med psykiske lidelser som hadde deltatt i Golf som Terapi. Deltakerne var både personer som fortsatt er aktive i golf og som ikke lenger er aktive, både menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Personer under 18 år ble ekskludert fra studien. Diagnose ble ikke vektlagt i min undersøkelse. Utvalget ble verken inkludert eller ekskludert på bakgrunn av diagnose. Årsaken til dette var at jeg ønsket å nå ut til flest mulig av de som deltok i prosjektet. Personer med psykiske lidelser er en vanskelig populasjon å forske på, og å gå dypere inn i selve lidelsen kunne vært med på å avskrekke noen fra å svare på spørreundersøkelsen. Det ble derfor ikke stilt spørsmål om hvilken diagnose deltakerne hadde, så diagnosene i utvalget kan variere stort. Hensikten med undersøkelsen var ikke å gå dypere inn i forskjeller mellom lidelsene, men heller å se om det å ha en psykisk lidelse gjør forholdet til motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer, for fysisk aktivitet noe annerledes.

## **4.3 Utforming av spørreskjema**

Hvordan surveyen er utført, som hvilke spørsmål som stilles, hvordan svarene er samlet inn, og hvilke personer som svarer på spørsmålene, kan påvirke kvaliteten av resultatene fra undersøkelsen (Groves, Fowler, Couper, Lepkowski, Singer, & Tourangeau, 2009).

Kategoriske variabler var kjønn, aldersgruppe, hvor lenge deltakerne har hatt en psykiske lidelse, spørsmål om erfaringer og opplevelser knyttet til prosjektet og golf som en fysisk aktivitet. Skalaene som ble benyttet var også kategoriske variabler. Alle spørsmål ble formulert etter målgruppens kunnskapsnivå, og noen hensyn ble tatt i forhold til sykdomsbildet til populasjonen (Ringdal, 2013).

Spørreskjemaet ble delt inn i tre hoveddeler:

1. Golf som terapi
2. Golf (som en fysisk aktivitet)
3. Bakgrunnsinformasjon

Første del av spørreskjemaet handlet om hvordan deltakerne fikk vite om prosjektet, og hvordan prosjektet hadde påvirket sider ved deres helse. De første spørsmålene i spørreskjemaet bør være enkle, korte og nøytrale (Ringdal, 2013; Thomas, Nelson & Silverman, 2011). I starten er det også viktig at respondentene motiveres til å fullføre utfyllingen av skjemaet (Ringdal, 2013). Vi var derfor opptatt av å møte forventningene de gjerne måtte ha, og siden vi kom til deltakerne på grunn av deres deltakelse i prosjektet Golf som Terapi, ville vi starte med nettopp det.

Andre del av spørreskjemaet omhandlet golf som en fysisk aktivitet, mestring og kompetanse, og ulike barrierer for golf. Her får vi en glidende overgang fra prosjektet de har vært med i, og over til sporten golf. Mange som deltok i prosjektet tok grønt kort i golf, og driver gjerne med golf utenom prosjektet i dag. Ikke alle er aktive golfspillere, men på bakgrunn av at alle har deltatt i prosjektet Golf som Terapi, vil de kunne relatere seg til disse spørsmålene.

Siste del bestod av noen korte spørsmål om bakgrunnsinformasjon; kjønn, alder, hvor lenge de har hatt en psykisk lidelse, og bevegelse og kroppslig anstrengelse på fritiden det siste året før de startet med golf.

Spørreundersøkelsen har kun lukkede spørsmål, med noen åpne svaralternativer som ”annet, skriv inn”. Ved å velge lukkede spørsmål er det en større sannsynlighet for å en høyere svarprosent (Thomas, et al., 2011). Lukkede spørsmål tar kortere tid å svare på, er oftere klarere og forstå, og det er derfor en større sjanse for at flere velger å svare (Ringdal, 2013). Både utseende og formatet på spørreskjemaet kan ha en signifikant betydning for svarprosenten (Thomas, et al., 2011). Organisering av spørsmål og lengden på selve

spørreskjemaet ble derfor nøye vurdert av både prosjektleder, prosjektansvarlig og leder av prosjektgruppen Golf som Terapi. Som Thomas, et al., (2011) påpeker er vi ikke opptatt av mye data, men god data.

Det er mange detaljer å tenke på i utforming av spørreskjema. Alt fra fargede ark, design og til og med prikkede linjer fra spørsmål til svar kan ha en betydning på svarprosenten (Thomas, et al., 2011). Spesielt med tanke på populasjonen vi ville undersøke, var vi opptatt av at spørreskjemaet var kort, ryddig og enkelt å svare på, Vi ønsket selvfølgelig at flest mulig ville ta seg tid til å svare.

#### **4.3.1 Måleinstrumenter**

Tidligere oversatte og validerte skalaer ble benyttet for å måle variabler innen både Self-Determination Theory, Self-Efficacy Theory og fysisk aktivitet. Det gir trygghet at et spørsmål, eller en skala, er brukt tidligere og har fungert (er valid). For en eventuell sammenligning av tidligere undersøkelser kreves også identiske spørsmålsformuleringer (Ringdal, 2013).

##### *Basic Psychological Needs in Exercise Scale (BPNES)*

De grunnleggende psykologiske behovene ble forsøkt belyst gjennom ”Basic Psychological Needs in Exercise Scale” (Vlachopoulos & Michailidou, 2006). BPNES ble utviklet i Europa og andre forskere har etterlyst mer forskning ved bruk av denne skalaen (Wilson, Mack, & Grattan, 2008). BPNES var foretrukket fordi den har blitt oversatt fra engelsk til norsk og så tilbake til engelsk igjen (Sæbu, Sørensen, & Halvari, 2011). Begrepet fysisk aktivitet i denne skalaen ble erstattet med golf, ellers er skalaen den samme. Skalaens validitet og reliabilitet i forhold til fysisk aktivitet har blitt etablert på bakgrunn av en studie av Wilson & Bengoechea (2010). BPNES bestod av 12 spørsmål hvor det måles i hvilken grad de grunnleggende psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet ble tilfredsstilt (La Guardia, et al., 2000). Eksempel på påstander som skal tas stilling til i spørreundersøkelsen er: ” Golf er i stor grad forenlig med mine valg og interesser” (autonomi); ”Jeg føler jeg har stor fremgang i forhold til målet mitt med golf” (kompetanse); og ” Jeg føler meg veldig bekvem sammen med andre som driver med golf” (sosial tilhørighet). Besvarelsene ble gitt på en 7-punkts Likert skala som gikk fra ”slett ikke sant” (1) til ”meget sant” (7), til å avdekke sannsynlighetsgrader. Svarene vi får av en Likert-skala gjør det enklere å identifisere forbedringsområder ved måling av holdninger eller atferd, enn det ville gjort med ”ja/nei”-

spørsmål. For autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet ble det regnet ut en separat score ved å ta et gjennomsnitt på summen av hver subskala. En total score for grunnleggende psykologiske behov ble regnet ut ved å ta et gjennomsnitt av alle svarene.

### *Perceived Competence Scale (PSC)*

PSC bestod av et kort skjema med 4 spørsmål og måler grad av opplevd kompetanse i ulike settinger. I denne studien ble det målt grad av opplevd kompetanse i golf. PSC er en av de mest valide skjemaene i Self-Determination Theory (Self-Determination Theory, u.å.-a). Begrepet fysisk aktivitet i denne skalaen ble erstattet med golf, ellers er skalaen den samme. Eksempel på en påstand som skal tas stilling til i undersøkelsen er; ”Jeg føler meg i stand til å mestre golf nå”.

### *Exercise Self-Regulation Questionnaire (SRQ-E)*

SRQ-E bestod av 19 spørsmål som måler grad av autonom regulering i fysisk aktivitet (Ytre, introjisert, identifisert og indre). I denne studien blir det målt grad av autonom regulering i golf. Begrepet fysisk aktivitet ble derfor byttet ut med golf, ellers er skalaen den samme. Skalaen har tidligere blitt oversatt fra engelsk til norsk av en tospråklig forsker, for så blitt oversatt tilbake til engelsk av en annen tospråklig oversetter for å sikre en konseptuell nøyaktighet (Sæbu & Sørensen, 2011). Skalaens validitet og reliabilitet har også blitt etablert på bakgrunn av et utvalg fra USA i Rockafellow et. al. i 2006 (Sitert i Sæbu & Sørensen, 2011). På bakgrunn av de fire underskalaene ble en relativ autonomi index (RAI) beregnet for hver deltaker. RAI gir et mål for grad av autonom regulering, der positive tall i innebærer autonom regulering, mens negative tall innebærer kontrollert regulering. Ytre regulering er vektet -2, introjisert -1, identifisert +1 og indre +2 (Self-Determination Theory, u.å.-b).

$$RAI = 2 \times \text{Indre} + \text{Identifisert} - \text{Introjisert} - 2 \times \text{Ytre}$$

### *The Physical Exercise Self-Efficacy Scale (PESES)*

Mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer ble målt med ”The Physical Exercise Self-Efficacy Scale” (Scwarzer & Renner, 2006). Fysisk aktivitet i denne skalaen ble erstattet med golf, ellers er skalaen den samme. Skalaen besto av fem påstander, og svarene ble gitt på en 10-punkts Likert skala som gikk fra ”Svært usikker” (0)

til ”Svært sikker” (10). Det finnes flere skalaer som måler mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer. Vi valgte å ta utgangspunkt i Schwarzers & Renner (2006) skala, men med flere nyanser av svarene. I stedet for å velge en skala fra 0-4, valgte vi Banduras (1977) svaralternativer som går fra 0-10 (0-100). En fordel ved flere svaralternativer er at vi får en mer nøyaktig måling av hva deltakerne mener. Eksempel på en påstand som skal tas stilling til i spørreundersøkelsen er: ”Jeg tror at jeg kunne gjennomføre en planlagt økt med golf selv om jeg er trøtt”. Basert på en longitudinell studie i Tyskland, foreslår Schwarzer & Renner (2006) at helsespesifikk Self-Efficacy er signifikant relatert til tilsvarende helseatferd. Skalaens validitet og reliabilitet har blitt etablert i en studie, og skal fungere godt i denne studien (Renner, Knoll, & Schwarzer, 2000). Gjennomsnittscore for hver person ble regnet ut ved å legge sammen total score og dele på fem (fem påstander).

### *Visual Analogue Scale (VAS)*

Behovet for opplevd kompetanse ble målt med ”Visual Analogue Scale” av hvor godt de mestret golf (Aitken, 1969). Skalaen er mye brukt innen psykologi og er en lett, forståelig skala (Maxwell, 1978; Selby, Chapman, Etazadi-Amoli, Dalley, & Boyd, 1984) Vi tegnet opp en 10 cm. lang linje hvor deltakerne ble bedt om å krysse av på linjen (fra 0 til 10) hvor godt de følte at de klarte å spille golf nå. Etterpå ble det målt opp hvor de hadde krysset. Skalaen var foretrukket fordi det er en ganske enkel metode å måle kompetanse på som tar liten tid i forhold til flere spørsmål. Med tanke på populasjonen ønsket vi å ha enklest mulig skalaer. Skalaens reliabilitet og validitet har blitt etablert på bakgrunn av en studie om følelse av *velvære* (Clarke & Spear, 1964).

### *Fysisk aktivitet*

Et spørsmål som siden 1994 har blitt brukt i Cohort of Norway (CONOR) ble også brukt i denne studien for å måle fysisk aktivitetsnivå. Dette har vist sterke korrelasjoner til et utfyllende spørreskjema om personers fysiske aktivitetsnivå (IPAQ-L) (Graff-Iversen, Anderssen, Holme, Jenum, & Raastad, 2008). Deltakerne ble bedt om å beskrive bevegelse og kroppslig anstrengelse på fritiden sin det siste året før de startet med golf. Spørsmålet hadde fire svaralternativer og deltakerne skulle krysse av på det alternativet som samsvarte mest med deres aktivitetsnivå.

## **4.4 Datainnsamlingsprosedyre**

### **4.4.1 Pilotstudie**

Pilotstudier ble gjennomført ved to anledninger. Pilot 1 ble gjennomført på en medarbeider ved Høgda avlastning. Høgda avlastning har brukere som både har fysisk og/eller psykiske funksjonshemminger. Personen gikk igjennom hele undersøkelsen og ga tilbakemeldinger på formuleringer av noen spørsmål og svaralternativer. Endringer ble gjort i etterkant av diskusjon av tilbakemeldingene.

Pilot 2 ble gjennomført på pasienter ved Gaustad sykehus. De driver ukentlig med styrketrening, og tok derfor sin trening som utgangspunkt for undersøkelsen. De ga tilbakemeldinger på spørsmål som var uklare, lange og litt vanskelige å forstå. De synes også at hele undersøkelsen var litt lang. En pasient sa at han ikke ville ha svart på dette spørreskjemaet om han hadde fått det i posten og skulle svare hjemme alene. Da jeg spurte om han ville ha svart på skjemaet med gruppa si og gjerne med noen som kunne forklare eller lese spørsmålene høyt, svarte han at han gjerne kunne svart på det. At gruppelederne er tilstede når utvalget besvarer spørreskjemaet kan derfor være av signifikant betydning i forhold til svarprosenten.

Etter to solide pilotundersøkelser og tilbakemeldingene fra de, har vi måttet kutte ned på spørreskjemaet. Vi tok vekk flere måleinstrumenter for å kunne få flere besvarelser enn vi mest sannsynlig hadde fått med det opprinnelige spørreskjemaet, på grunn av lengden på spørreskjemaet.

PSC ble tatt bort fra det opprinnelige spørreskjemaet for å gjøre det enklere. Vi beholdt kun VAS for å innhente informasjon om det oppgavespesifikke mestringsaspektet. SRQ-E ble også tatt bort. Tilbakemeldingene fra pilot 2 var entydige om at de ikke forstod hensikten med disse spørsmålene og at de var litt like noen av de andre i BPNES. Noen sa at de ville hoppet over den skalaen fordi den var for lang. Vi endte derfor opp med et noe kortere skjema enn det vi i utgangspunktet hadde laget.

### **4.4.2 Gjennomføring**

Det ble opprettet kontakt med leder for prosjektgruppen Golf som Terapi i november for å høre om deltakelse i prosjektet kunne være av interesse. Relevant informasjon vedrørende

prosjektet og prosedyren ble sendt til prosjektleder for Golf som Terapi. Videre tok han kontakt med flere kontaktpersoner i prosjektet for å høre om de var interessert i å hjelpe oss med gjennomføring av studien. 16 kontaktpersoner sa seg villige til å hjelpe til med undersøkelsen og jeg fikk tilsendt e-postadresser til disse. Jeg opprettet, kort tid etter, kontakt med kontaktpersonene og sendte informasjon om hva de skulle gjøre, informasjon om studien, og spørreskjema per e-post. Kontaktpersonene ble bedt om å gjerne komme med kommentarer til spørreskjemaet. Dette ble for øvrig gjort tidlig i desember, slik at jeg kunne starte opp tidlig på nyåret, med å sende ut spørreskjemaer. Kontaktpersonene hadde noen kommentarer til spørreskjema og små endringer ble gjort i forhold til utseende. Studenten fikk så en postadresse til hver kontaktperson og informasjon om hvor mange spørreskjemaer de ønsket å motta.

Videre ble totalt 150 spørreskjemaer, samtykkeskjemaer, informasjon om studien og én ferdig frankert konvolutt adressert til meg, sendt til kontaktpersonenes postadresser.

Kontaktpersonene stod ansvarlig for gjennomføring av hele spørreundersøkelsen. Det var viktig for oss at respondentene kjente kontaktpersonen og følte seg trygg på denne personen. Dato for innlevering av spørreskjemaer ble avtalt på forhånd og ferdig utfylte skjemaer ble samlet inn av kontaktperson og sendt til studenten når de hadde gjennomført spørreundersøkelsen med alle sine deltakere. Utsending av spørreskjemaer foregikk i midten av januar, og alle fikk litt over en måned på å levere tilbake skjemaene. Vi var opptatt av at de skulle ha god tid til å besvare, da gruppene ikke møtes så ofte.

Samtykkeskjema ble beholdt av kontaktpersonene. Kontaktpersonene fikk også en liste hvor de kunne skrive inn hvilket navn som tilhørte hvilket deltakernummer. På den måten kunne deltakerne enkelt gå til sin kontaktperson hvis de ville trekke seg fra undersøkelsen. Jeg vet ikke hvilket deltakernummer som tilhører hvilket navn.

Innen mars hadde jeg fått alle spørreskjemaene tilsendt. Totalt 48 ble sendt tilbake til meg. Databehandling og analysene ble påbegynt rett etter dette.

## **4.5 Databehandling**

I kvantitativ metode innebærer databehandling og –analyse at man benytter ulike statistiske teknikker som kan forenkle informasjon og gi oversikt over viktige tendenser og

sammenhenger (Tuft, 2011). All data ble registrert og analysert i programmet IBM® SPSS® Statistics, versjon 19 (Tidligere kalt PASW Statistics Base) (SPSS, 2009).

#### **4.5.1 Data analyse**

Deskriptive analyser, frekvensberegninger og gjennomsnittscore ble benyttet der det var hensiktsmessig. En samlescore ble laget for opplevde helseeffekter hvor svaralternativene ble scoret følgende: ”Svært positivt”= 5, ”Positivt”= 4, ”Verken eller”= 3, ”Positivt”= 2 og ”Svært negativt”= 1. Alle disse ble summert.

Scoren for opplevd kompetanse bestod av et selvvalgt kryss på en 10 cm linje (VAS).

Deltakerne ble også delt inn i en gruppe med høye og lave scorer for total behovstilfredsstillelse og hver subskala. Deretter ble det delt inn i grupper etter høye og lave scorer med hensyn til helseeffekter og opplevd kompetanse i golf. Delepunktet ble satt ved medianen for begge faktorer. Lav score var til og med medianen, og høy score var over medianen. T-tester for uavhengige grupper ble gjort for å sammenligne gjennomsnittscorene for de to gruppene.

Vi foretok en reliabilitetsanalyse (Chronbach’s Alpha) av BPNES og PESES for å sikre at skalaene fungerte på denne populasjonen.

Signifikansnivået for analysene ble satt til  $P < .05$ .

#### **4.5.2 Fokusgruppe**

Det ble invitert til en fokusgruppe for alle deltakerne og kontaktpersonene som har hjulpet til med undersøkelsen. Det kom 4 stk. på møtet. På grunn av anonymisering vet studenten ikke hvem som var kontaktpersoner og hvem som var deltakere. Studenten informerte om fokusgruppens formål og hvordan aktiviteten skulle foregå i forkant (Ringdal, 2013). Etter et kort foredrag om resultatene fra studien, ble disse diskutert med de som hadde møtt opp. Grunnen til at vi ville gjennomføre en fokusgruppe var for å kunne vise deltakerne og kontaktpersonene hva som var resultatene av studien. For mange kan det være interessant å se hva vi kom frem til, så vi ønsket å gi noe tilbake til de som hadde bistått i undersøkelsen, som takk for innsatsen.



Spørsmål som ble stilt fra studenten:

”Hvorfor tror dere at kjønnsfordelingen var så skjev?”

”Hvorfor tror dere at svarprosenten var lav?”

”Stemmer disse resultatene med deres erfaringer?”

”Er de negative avkrysningene på helseeffekter typisk for denne populasjonen?”

”Hvordan kan vi best mulig tilrettelegge fysisk aktivitet for denne populasjonen?”

## **4.6 Etikk**

Søknad ble sendt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og godkjent av dem pr. brev 08.11.2012 (Se vedlegg 1).

Informasjonsbrev ble sendt til kontaktpersonene. De ble informert om å levere spørreskjemaene til de deltakerne de hadde ansvar for, se til at skjemaet ble fylt ut av deltakerne, for så å sende det tilbake i en ferdig frankert konvolutt til studenten. Deltakerne ble informert om prosjektets formål, at deltakelsen var frivillig, at de hadde rett til å trekke seg før resultatene ble publisert og at deltakelsen var anonymisert. Ved hjelp av kontaktpersonene som gikk igjennom informasjon om studien, fikk respondentene informasjonen de trengte. Videre ble en samtykkeerklæring underskrevet av alle deltakerne. Disse ble levert tilbake til kontaktpersonen slik at vi som forskere ikke fikk vite deltakernes identitet.

Alle spørreskjemaene som har blitt besvart ble oppbevart i et låst skap og vil bli destruert innen ett år etter at undersøkelsen er ferdig

## **5. Resultater**

### **5.1 Utvalg**

Nærmere 300 personer har totalt deltatt i Golf som Terapi. I og med at mange har sluttet var det ikke mulig å få tak i alle. Vi sendte ut 150 spørreskjemaer fordelt på 16 kontaktpersoner. Det ble lagt inn ekstra kopier av spørreskjemaene til alle kontaktpersonene i tilfelle noen trengte flere, eller at noen skrev feil og ville ha et nytt skjema. Kontaktpersonene anga antall deltakere i sine grupper, og samlet tilsvarte det 133 stk. Det ble imidlertid antydnet fra kontaktpersonene at vi kanskje ikke ville få inn så mange som vi hadde håpet på, grunnet sykdomsbildet til noen av brukerne. Ikke alle spørsmål ble fullstendig besvart av alle deltakere, så antall ubesvarte spørsmål blir oppgitt for hvert spørsmål.

Totalt 48 stk. svarte på spørreskjemaet. Dette utgjorde en svarprosent på 36.09%. Grunnen for at de resterende ikke svarte på spørreskjemaet ble ikke oppgitt. Sammensetningen av utvalget bør ideelt sett tilsvare sammensetningen i hovedmassen (populasjonen) for å få et representativt utvalg. Det er imidlertid alltid muligheter for at representativiteten er sviktende på grunn av tilfeldigheter, som kan beregnes ved for eksempel å konstruere feilmarginer rundt resultatene. Vi kan i dette tilfellet derfor ikke være helt sikre på at vi hadde et utvalg uten tilfeldige skjevheter. Det er rimelig å anta at det var en viss skjevhet i utvalget. De som var mest preget av den psykiske lidelsen og de som var minst motiverte, er mest sannsynlig de som ikke ønsket å svare på spørreskjemaet.

#### **5.1.1 Kjønn**

Det var en klar overvekt av menn med i studien. Av totalt 48 deltakere var 43 menn og 3 kvinner. 2 stk. svarte ikke på spørsmålet. Med en så skjev kjønnsfordeling hadde det ikke noe hensikt å analysere dataene videre med hensyn til kjønnsforskjeller.

#### **5.1.2 Aldersfordeling**

De fleste deltakerne tilhørte aldersgruppen 30-39 år (35.4%). Av tabell 5.1 kan man se at de fleste deltakerne var mellom 20 og 49 år (89.6%). Med en så homogen gruppe med hensyn til aldersfordeling hadde det ikke noe hensyn å analysere disse dataene videre.

**Tabell 5.1:** Aldersfordeling

Variabler	n	%
Alder		
Under 20 år	2	4.2
20-29 år	12	25.0
30-39 år	17	35.4
40-49 år	14	29.2
Over 50 år	1	2.1
Ubesvart	2	4.2
Totalt	48	100

### 5.1.3 Psykiske lidelser

Ikke alle som svarte på spørreskjemaet sa at de hadde eller hadde hatt en psykisk lidelse.

18.8% (n=9) svarte at de ikke hadde eller hadde hatt en psykisk lidelse. 75% (n=36) svarte at de hadde eller hadde hatt en psykisk lidelse og 50% (n=18) svarte at de hadde hatt en psykisk lidelse i mer enn 6 år. Se mer utfyllende informasjon i tabell 5.2.

**Tabell 5.2:** Psykiske lidelser

Variabler	n	%
Psykisk lidelse		
Ja	36	75.0
Nei	9	18.8
Ubesvart	3	6.3
Totalt	48	100
Varighet		
1-2 år	4	11.1
3-4 år	5	13.9
5-6 år	5	13.9
Mer enn 6 år	18	50
Ubesvart	4	11.1
Totalt	36	100

Av de (n=9) som hadde svart ”Nei” på om de hadde eller hadde hatt en psykisk lidelse har 13.9% (n=5) fått vite om prosjektet gjennom det behandlingstilbudet de har. Andre steder som ble nevnt var gjennom kommunens aktivitetstilbud (n=1), av en venn/venner (n=1), gjennom jobb (n=1), og gjennom Rustjenesten Lørenskog (n=1). 5 deltakere sier altså at de ikke har eller har hatt en psykisk lidelse, men har likevel fått vite om prosjektet Golf som Terapi gjennom et behandlingstilbud. Det kan være grunn til å tro at de sliter med noe, men kanskje de ikke vil definere det som en psykisk lidelse.

Resultatene viste signifikante forskjeller mellom deltakerne med og uten psykiske lidelser på kun én variabel, mestring av golf (se tabell 5.8). Vi fant ingen signifikante forskjeller på noen andre sentrale variabler mellom deltakerne med og uten psykiske lidelser.

Deltakerne ble derfor behandlet som én gruppe bortsett fra på variabelen mestring av golf, hvor vi så nærmere på forskjellene.

#### 5.1.4 Hvordan deltakerne fikk vite om prosjektet Golf som Terapi

**Tabell 5.3:** Hvordan deltakerne fikk vite om prosjektet

Variabler	n	%
Gjennom kommunens aktivitetstilbud	6	12.5
Av en venn/venner	1	2.1
Av noen i familien	0	0
Fant det på internett	0	0
Gjennom det behandlingstilbudet jeg har	31	64.6
Av fastlegen min	1	2.1
Annet	4	8.3
Flere alternativer	4	8.3
Ubesvart	1	2.1
Totalt	48	100

Av tabell 5.3 kan vi se at 64.6% (n=31) fikk vite om Golf som Terapi gjennom det behandlingstilbudet de hadde. Noen svarte også flere alternativer der de hadde hørt om Golf som Terapi både gjennom kommunens aktivitetstilbud og gjennom det behandlingstilbudet de hadde (n=4). Andre steder deltakerne nevnte var jobb (n=1), dagsenter (n=1), attføringsbedrift (n=2) og rustjenesten (n=1).

#### 5.1.5 Deltakernes fysiske aktivitetsnivå og helse

**Tabell 5.4** Fysisk aktivitetsnivå før oppstart med Golf som Terapi

Variabler		n	%
Fysisk aktivitetsnivå	Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse.	24	50.0
	Går, sykler eller beveger deg på en annen måte minst 4 timer i uka.	13	27.1
	Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller lignende.	3	6.3
	Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig, og flere ganger i uka.	3	6.3
	Ubesvart	5	13.9
	Totalt	48	100

Av tabell 5.4 kan man se at 50% (n=24) oppgir at de ikke drev fysisk aktivitet i forkant av Golf som terapi. 27 % (n=13) oppgir at de var i lett fysisk aktivitet minst 4 timer i uka. Mosjonsidrett og hard fysisk aktivitet/konkurranseidrett ble drevet av 12.6% (n=6).

## 5.2 Motivasjon for golf i form av mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer

Skalaen for mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for barrierer er en ganske godt utprøvd skala, men vi valgte å gjøre en reliabilitetsanalyse (Chronbach's Alpha) for å sikre at skalaen fungerte på denne populasjonen. Analysen viste at for mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for barrierer (5 items) var Alpha= .88 (n=48)

**Tabell 5.5:** Motivasjon for golf i form av mestringsforventninger til å fortsette med aktiviteten til tross for opplevde barrierer (n=48)

Variabler	N	Mean	Std. Deviation
Mestringsforventninger til å fortsette med golf	48	7.0875	1.72782

Alle deltakerne (n=48) svarte på spørsmålet om hvor godt de følte at de mestret golf. Deltakerne scoret i gjennomsnitt 7.08 (SD=1.727). Dette utgjør en prosent på 70.9% i gjennomsnitt av maksimal score. Sammenlignet med Schwarzer & Renners (2006) studie hvor deltakerne scoret totalt 59.3% i gjennomsnitt av maksimal score, ser det ut til at deltakerne i denne studien scorer relativt høyt.

### 5.2.1 Andre forhold for motivasjon

**Tabell 5.6** Hvordan deltakerne opplever at deltakelsen i Golf som terapi har påvirket sider ved deres helse

Variabler	Svært positivt		Positivt		Verken eller		Negativt/ Svært negativt		Ubesvart	Totalt
	n	%	n	%	n	%	n	%	%	%
Fysisk form	6	12.5	27	56.3	15	31.3				100
Kroppsvekt	3	6.3	13	27.1	30	62.5	2	4.2		100
Energi/overskudd	9	18.8	29	60.4	8	16.7	2	4.2		100
Anspenhet/stress	6	12.5	22	45.8	18	37.5			4.2	100
Angst	3	6.3	24	50	20	41.7			2.1	100
Smerter	2	4.2	10	20.8	31	64.6	2	4.2	6.3	100
Glede/humør	21	43.8	21	43.8	3	6.3	2	4.2	2.1	100
Depresjon	8	16.7	23	47.9	14	29.2	2	4.2	2.1	100
Søvn	5	10.4	13	27.1	28	58.3	1	2.1	2.1	100
Selvbilde	11	22.9	28	58.3	8	16.7			2.1	100
Sosialt samvær	21	43.8	24	50	2	4.2			2.1	100
Sosial utrygghet	7	14.6	22	45.8	17	35.4	1	2.1	2.1	100

Av tabell 5.6 kan vi se at de faktorene som deltakerne opplever har påvirket sider ved deres helse mest positivt ("svært positivt" og "positivt") er sosialt samvær (93.8%) , glede/humør (87.6%), selvbilde (81.2%) og energi/overskudd (79.2%). Vi ser en klar overvekt av positiv score på deltakernes opplevde helseeffekter av golf. Kun 4.2% (n=2) oppgir at Golf som Terapi har påvirket kroppsvekt, energi/overskudd, smerter og glede/humør negativt. Det var også et åpent svaralternativ (annet), hvor deltakerne kunne oppgi andre faktorer som har påvirket sider ved deltakernes helse. Andre faktorer som deltakerne nevnte var tilregnelighet (n=1), forhold til kolleger (n=1), generelt humør (n=1) Koble ut – glemmer problemer (n=2), mestring (n=1) og opptrening etter ulykke (n=1). Alle faktorene ble oppgitt i kategoriene "Svært positivt" eller "Positivt".

### 5.2.2 I hvilken grad deltakerne får tilfredsstilt de grunnleggende psykologiske behovene gjennom golf

BPNES er en ganske godt gjennomprøvd skala, men vi gjorde likevel en reliabilitetsanalyse (Chronbach's Alpha) av subskalaene for å sikre at de fungerte for denne populasjonen. Denne analysen viste at for behovstilfredsstillelse for autonomi (4 itmes) var Alpha= .86 (n=46). For subskalaen om tilfredsstillelse for kompetanse var Alpha=.86 (n=46), og for subskalaen om tilfredsstillelse for sosial tilhørighet var Alpha=.88 (n=47).

**Tabell 5.7:** Behovstilfredsstillelse gjennom golf

<b>Variabler</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>
Autonomi	46	5.0652	1.21499
Kompetanse	47	4.8245	1.08085
Sosial tilhørighet	47	5.7660	.97997
BPNES	46	5.2138	.89419
Ubesvart	2		
Totalt	48		

Høyest score var på tilfredsstillelse av behovet for sosial tilhørighet (M=5.77, SD=.980), mens kompetanse var den skalaen deltakerne scoret lavest (M=4.82, SD=1.08). En total score for alle subskalaene (BPNES) ble også regnet ut (M=5.21, SD=.894).

**Tabell 5.8:** Hvor godt deltakerne mestrer å spille golf

<b>Variabler</b>	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>
Med psykiske lidelser			
Mestring av golf	36	5.61	1.81
Uten psykiske lidelser			
Mestring av golf	9	7.34	1.39
Ubesvart	3		
Totalt	48		

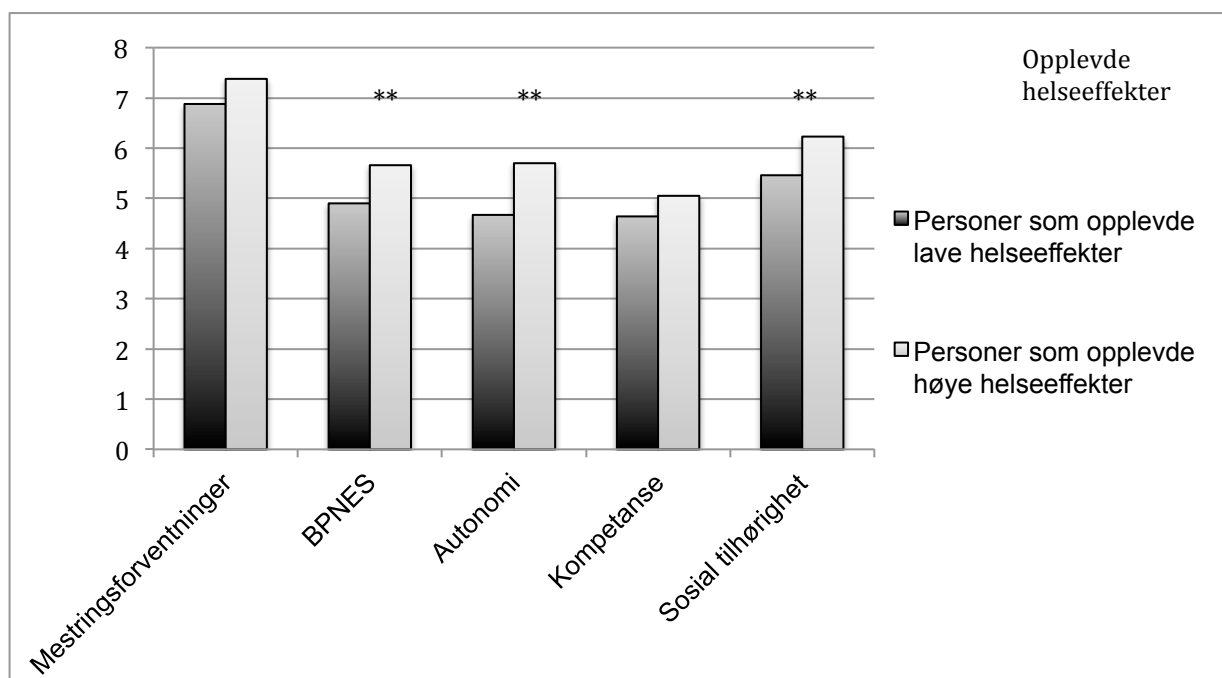
Deltakerne med psykiske lidelser scoret i gjennomsnitt 5.61 (SD=1.81) på hvor godt de mestret aktiviteten golf. Mestring av golf ble også regnet ut i gruppa uten psykiske lidelser (M=7.34, SD=1.39) Total score ble regnet ut for hånd med linjal.

T-test for uavhengige grupper viste at det var signifikante forskjeller mellom personer med og uten psykiske lidelser og mestring av golf ( $t=-2.72$ ,  $p<.01$ ).

Noen deltakere hadde skrevet tall i tillegg til krysset. Resultatene er kun basert på cm-mål. Det var kun ett tilfelle hvor krysset og tallet stemte. Én deltaker hadde notert tallet 4 ved krysset, og bommet kun med 0.5cm. (4.5 cm.). Resten av deltakerne som hadde skrevet egne tall i tillegg til krysset (n=6) hadde skrevet et tall som var høyere enn det krysset representerte. I gjennomsnitt utgjør dette en feilmargin på 1,08%. Hadde vi regnet med tallet de hadde skrevet selv, ville deltakerne altså scoret litt høyere på kompetanse. På grunn av selvrapportert tall i tillegg til kryss på linja kan vi derfor anta at behovet for kompetanse var noe mer tilfredsstilt enn fremstilt i denne studien.

### 5.3 Forskjeller i motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer og behovstilfredsstillelse mellom de som opplever høye og lave helseeffekter

Medianen av samlescoren på helseeffektene var 45 og deltakerne ble delt inn i to grupper hvor lav effekt var til og med medianen og høy effekt var over medianen. T-test for uavhengige grupper viste at det var signifikante forskjeller mellom tilfredsstillelse av behovet for autonomi mellom den gruppa som scoret høyt på helseeffekter og den gruppa som opplevde lave helseeffekter ( $t=-3.054$ ,  $df=40$ ,  $p=.004$ ). Det samme gjaldt for sosial tilhørighet ( $t=-2.737$ ,  $df=41$ ,  $p=.009$ ) og total behovstilfredsstillelse ( $t=-2.894$ ,  $df=40$ ,  $p=.006$ ). (Se figur 5.1)



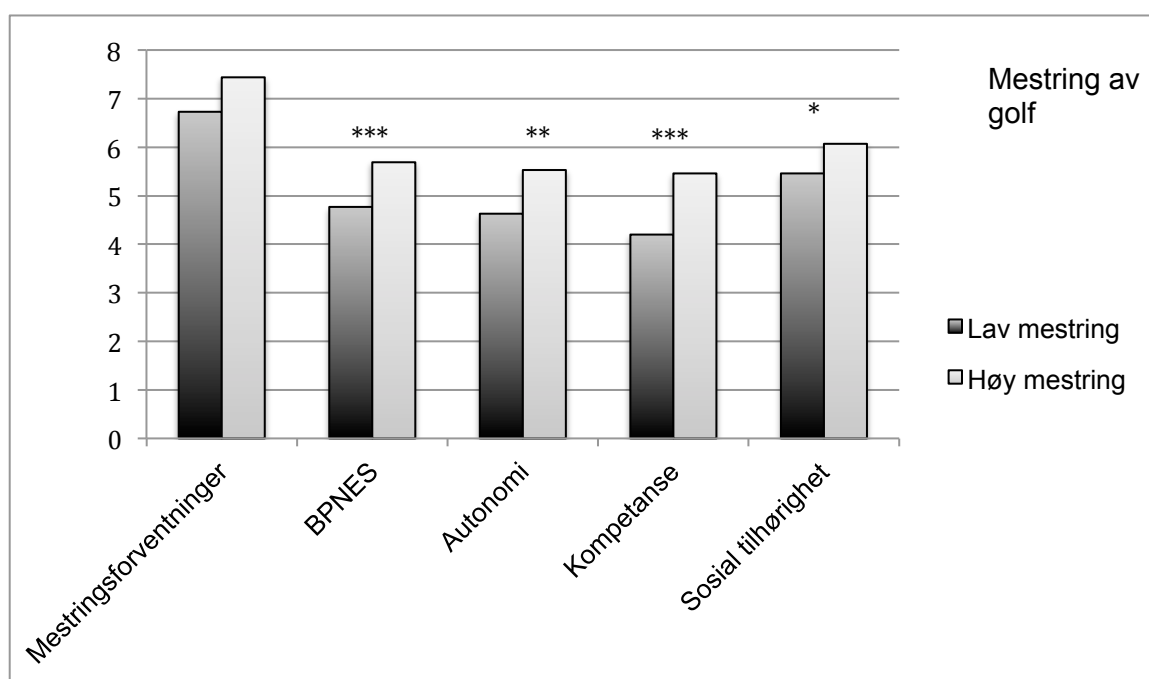
**Figur 5.1:** Illustrasjon over forskjeller i motivasjon som mestringsforventning og behovstilfredsstillelse mellom de som opplever høye og lave helseeffekter

(\*  $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ )



#### 5.4 Forskjeller i motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer og behovstilfredsstillelse mellom de som scorer høyt og lavt på mestring av aktiviteten golf

Medianen på samlescoren av mestring var 6 og deltakerne ble delt inn i to grupper hvor lav effekt var til og med medianen og høy effekt var over medianen. T-test for uavhengige grupper viste at det var signifikante forskjeller i mestringsforventninger til golf og opplevd tilfredsstillelse av behovet for autonomi ( $t=-2.671$ ,  $df=44$ ,  $p=.011$ ). Det samme gjaldt også mellom mestringsforventninger til golf og opplevd tilfredsstillelse av behovene for kompetanse ( $t=-4.884$ ,  $df=45$ ,  $p<.000$ ), sosial tilhørighet ( $t=-2.212$ ,  $df=45$ ,  $p=.032$ ) og total behovstilfredsstillelse ( $t=-4.071$ ,  $df=44$ ,  $p<.000$ ). Se mer utfyllende informasjon i figur 5.2.



**Figur 5.2:** Illustrasjon over forskjeller i motivasjon som mestringsforventning og behovstilfredsstillelse mellom de som scorer høyt og lavt på mesting av aktiviteten golf

(\*  $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ )

## 5.5 Sammenhenger mellom motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer, behovstilfredsstillelse, mestring av golf og helseeffekter

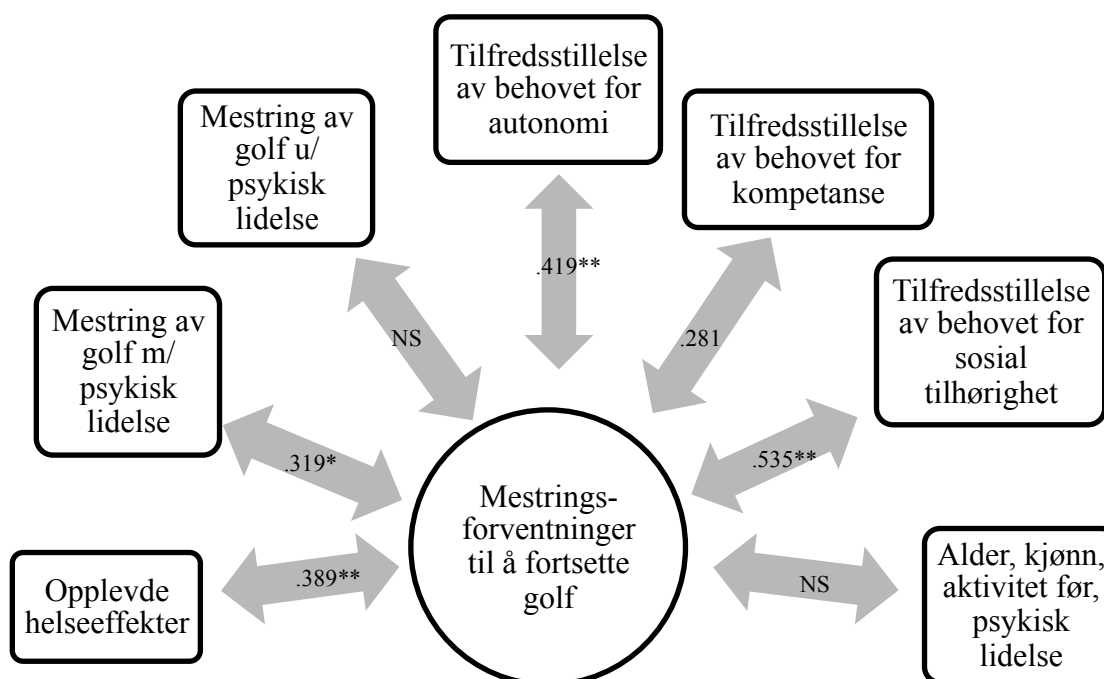
For å undersøke sammenhenger mellom variablene som inngår i motivasjonsprosessen ble det utført en Pearson's korrelasjonsanalyse. Tabell 5.9 viser korrelasjonene mellom motivasjon som mestringsforventninger til å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer, behovstilfredsstillelse, mestring av golf og opplevde helseeffekter etter deltakelse i Golf som Terapi. For å få mer nyanser i korrelasjonene ble behovstilfredsstillelse også delt inn i de tre subskalaene autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet.

**Tabell 5.9:** Bivariat korrelasjon (Pearson's *r*) mellom mestringsforventninger, behovstilfredsstillelse, mestring av golf og opplevde helseeffekter

Variabler	Mean	Std. Deviation	Std.							
			1	2	3	4	5	6	7	
1. Motivasjon i form av mestringsforventninger	7.1333	1.83271	1							
2. Opplevde helseeffekter	46.6190	4.65270	.389**	1						
3. Behovstilfredsstillelse	5.1944	.95131	.500**	.570**	1					
4. Tilfredsstillelse av behovet for sosial tilhørighet	5.7813	.88561	.535**	.531**	.760**	1				
5. Tilfredsstillelse av behovet for kompetanse	4.7396	1.11920	.281	.309*	.796**	.371*	1			
6. Tilfredsstillelse av behovet for autonomi	5.0625	1.132953	.419**	.552**	.875**	.530**	.558**	1		
7. Mestring av golf	1.4167	.50361	.311*	.358*	.675**	.493**	.642**	.514**	1	

(\* = Korrelasjon signifikant ved  $p = .05$ , \*\* = Korrelasjon signifikant ved  $p = .01$ )

Dette resultatet kan anskueliggjøres i en figur:



**Figur 5.3:** Illustrasjon over *bivariat korrelasjon (Pearson's r)* mellom mestringsforventninger, behovstilfredsstillelse, mestring av golf og opplevde helseeffekter

(\* = Korrelasjon signifikant ved  $p=.05$ , \*\* = Korrelasjon signifikant ved  $p=.01$ )

De største korrelasjonene var mellom helseeffekter ( $r=.389$ ), tilfredsstillelse av behovet for autonomi ( $r=.419$ ), tilfredsstillelse av behovet for sosial tilhørighet ( $r=.535$ ) og mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer. Faktorer som ikke korrelerer med mestringsforventninger til å fortsette med golf er mestring av golf hos personer uten psykiske lidelser, alder, kjønn, aktivitet før deltakelsen i Golf som Terapi, om man har en psykisk lidelse og hvor lenge man evt. har hatt en psykisk lidelse.

## 5.6 Fokusgruppe

Funnene i tabell 5.6 ble diskutert i forhold til de deltakerne som hadde gitt uttrykk for at Golf som Terapi hadde påvirket sider ved deres helse negativt. Noen mente at det kunne være feil avkrysning både i forhold til kroppsvekt, energi/overskudd, glede/humør, depresjon og søvn. Det ble diskutert blant noen at *ren tilfeldighet* kunne være årsaken til negativ avkrysning på

disse faktorene. En *dårlig dag* kunne også ha påvirkning på negativ avkrysning. Andre mente at hvis man føler at man ikke mestrer golf, kan dette direkte påvirke disse faktorene negativt. *Hvis man gruer seg til en økt kan det gå ut over søvnen, og hvis noen bruker mer slag enn andre på et hull kan det påvirke humøret negativt. Man føler seg mislykket.*

Avslutningsvis for resultatene i tabell 5.6 ble det diskutert at toppspillere ikke skiller seg fra denne gruppa når det gjelder de negative avkrysningene på helseeffekter. Å føle seg mislykket eller at et dårlig slag går ut over glede/humør og søvn er vanlig hos alle. Det er helt *naturlig å føle nederlag når andre ser på at man driter seg ut.*

Kjønnsfordeling ble diskutert og det ser ut til at golf enda er en relativt mannsdominert sport.

Enkelte synes også det var vanskelig å få personer til å fortsette å spille golf etter deltagelse i Golf som Terapi. Det ble diskutert at *når deltagelse blir tilrettelagt for denne populasjonen vil motivasjonen for å delta være høyere enn når de må planlegge økter selv.* Frafallet etter deltagelse i Golf som Terapi er stort. Faktorer som er med på å øke frafallet er *økonomi til å satse på sporten, evne til å kunne ta buss og ta med seg golfkøller til golfstedene, og flere steder har ikke et opplegg som passer denne populasjonen ordentlig.* Tilrettelegging for fysisk aktivitet er derfor en nøkkelfaktor og *mye av tilretteleggingen ser ut til å være vanskelig å gjennomføre pga. økonomisk støtte i forhold til kommune og forskjellige institusjoner.* Det ble også diskutert at *verdien av golf kan være så mye større enn å ta noen tabletter. Det er vanskelig å få de som sitter på pengene til å forstå dette.*

Alt i alt sto resultatene til forventningene deres. At svarprosenten var mye mindre enn vi hadde håpet på mente noen at var fordi *deltakerne så på oppgaven om å besvare spørreskjemaet litt for krevende.*

## 6. Diskusjon

Intensjonen med denne studien var å utvikle ny kunnskap om motivasjon for fysisk aktivitet som mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer, blant personer med psykiske lidelser, med utgangspunkt i Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985) og Self-Efficacy Theory (Bandura, 1977). For å kunne gjøre det måtte jeg få mer kunnskap om hvordan personer med psykiske lidelser opplever at de får tilfredsstilt de grunnleggende psykologiske behovene autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet gjennom en idrett. Jeg undersøkte derfor i hvor stor grad personer med psykiske lidelser tror de kan gjennomføre en planlagt treningsøkt til tross for opplevde barrierer, og om det var noen sammenheng mellom opplevde helseeffekter, mestring av golf og behovstilfredsstillelse, fordi dette er et grunnlag for motivasjon.

### **6.1 *Motivasjon for å klare å fortsette med golf til tross for opplevde barrierer***

Som nevnt tidligere foreligger det lite forskning på psykiske lidelser og motivasjon for fysisk aktivitet. Vi finner derfor lite sammenligningsgrunnlag i andre studier, men de som finnes blir diskutert i det følgende.

#### **6.1.1 *Sammenhenger mellom motivasjon som mestringsforventninger til å fortsette med golf og behovstilfredsstillelse, mestring av golf og opplevde helseeffekter***

Hovedfunnet i denne studien er at mestringsforventninger til å fortsette med golf korrelerer signifikant med tilfredsstillelse av behovene for autonomi og sosial tilhørighet, opplevde positive helseeffekter og mestring av golf. Dette kan tyde på at behovstilfredsstillelse, spesielt med tanke på tilfredsstillelse av behovet for autonomi og sosial tilhørighet, opplevde positive helseeffekter og mestring av golf ser ut til å gi økt mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf. Dette er i tråd med hva teoriene Self-Determination (Deci & Ryan, 1985) og Self-Efficacy (Bandura, 1977) sier. Golf kan derfor se ut til å fungere spesielt bra i forhold til tilfredsstillelse av behovet for sosial tilhørighet og autonomi, men i mindre grad tilfredsstillelse av behovet for kompetanse.

Gruppen scorede lavt på tilfredsstillelse av behovet for kompetanse, noe vi også ser i tilsvarende studier (Kristiansen, 2010; Sørensen, 2006). Tilfredsstillelse av behovet for kompetanse skiller seg også ut ved at det ikke er signifikante sammenhenger med opplevde helseeffekter. Det kan diskuteres om golf er en vanskelig sport å mestre eller at mestring ikke er det viktigste å oppnå for denne populasjonen i golf, men likevel ser vi den samme tendensen i en annen norsk undersøkelse (Kristiansen, 2010) hvor det var snakk om andre aktiviteter enn golf. På bakgrunn av denne studien og andre (Kristiansen, 2010; Sørensen, 2006) kan det se ut til at denne populasjonen har vanskelig for å oppleve tilfredsstillelse av behovet for kompetanse i forskjellige idretter.

En tendens vi ser i Beebe, et al. (2011) som også brukte *PESES* er at varighet på den fysiske aktiviteten var korrelert med økt psykiatrisk stabilitet over tid, og en bedre forståelse av helseeffektene ved fysisk aktivitet, hos personer med schizofreni. Hvis personer med psykiske lidelser fortsetter med fysisk aktivitet til tross for barrierer kan de altså oppleve en bedre forståelse av de positive helseeffektene aktiviteten medfører, som igjen gir en høyere motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette aktiviteten.

Vi vet godt at fysisk aktivitet vil ha gunstige helseeffekter hos personer med psykiske lidelser, men vi hører ofte om pasienter som ikke er motiverte til å drive fysisk aktivitet.

Helsedirektoratet sier erfaringsmessig at halvparten av de som begynner på et aktivitetstilbud vil slutte innen ett år (SHdir, 2004). Undersøkelser fra Modum Bads Nervesanatorium (Martinsen & Medhus, 1989) og Innherred sykehus (Sexton, Mære, & DAhl, 1989) viste imidlertid at over halvparten av pasientene som begynte å trene mens de var innlagt, fortsatte regelmessig trening et år etter utskrivning. Motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet kan derfor være nøkkelen til å få personer med psykiske lidelser til å fortsette med fysisk aktivitet.

For å oppnå motivasjon som mestringsforventninger til å klare å fortsette med fysisk aktivitet hos pasientene har helsepersonell en viktig oppgave foran seg. Å få sosial støtte eller å føle sosial tilhørighet til gruppa man deltar sammen med i en aktivitet ser ut til å være viktig, men helsepersonell eller aktivitetslederne bør også være med på å motivere deltakerne og legge til rette for behovstilfredsstillelse. Martinsen (2011) påpeker at pasientenes motivasjon kan gjenspeiles i personalets motivasjon. For å lykkes med fysisk aktivitet i psykiatriske institusjoner påpeker også Moe (2011) at ledelsen må være positiv til å gjennomføre det. Å legge til rette for aktiviteter som er lystbetonte, mestringsorienterte og inkluderende kan være

avgjørende for om personer med psykiske lidelser velger å delta eller ikke. For at personalet skal oppnå deltakelse i fysisk aktivitet kan det derfor være viktig å ha kunnskap om både motivasjonsfaktorer og fysisk aktivitet generelt. Dette er kunnskap som er viktig også i den generelle befolkningen, men på grunn av sykdomsbildet til mange personer med psykiske lidelser kan det være spesielt viktig for denne populasjonen.

## **6.2 Deltakere**

Deltakerne i denne undersøkelsen var voksne personer. De fleste hadde eller hadde hatt en psykisk lidelse, kun noen få personer uten, men på grunn av deltakelse i Golf som Terapi er det grunn til å tro at de har noen helsemessige problemer. Resultatene viste at deltakerne var en veldig homogen gruppe i forhold til alder. Flest deltakere var mellom 20 og 49 år (89.6%) noe som gjør at det er i hovedsak denne aldergruppen vi kan si noe om. Det var også en klar overvekt av menn med i undersøkelsen (89.6%) i forhold til kvinner (6.3%). Det kan diskuteres om aktiviteten de drev med (golf) er noe mannsdominert enda i Norge (Døvle, 2011). I 2011 presenterte ”Norsk Golf” i en artikkel at andelen kvinner i norsk golf er kun 27%, men at tiltak blir gjort for å rekruttere flere kvinner til sporten (Døvle, 2011).

Grunn for at så få svarte på spørreskjemaene kan være mange ting. For det første er personer med psykiske lidelser en vanskelig gruppe å forske på. Forenkede varianter av måleinstrumenter ble valgt der det var hensiktsmessig (Sørensen, 2006), men likevel kan spørreskjemaet ha vært for langt for at noen ville svare på det. Psykiske lidelser kan også være et ømfintlig tema å svare på spørsmål om, og på grunn av anonymiteten skulle jeg ikke ha kontakt med deltakerne. Som vi har sett tidligere er det mulig å gjennomføre et relativt omfattende spørreskjema i en populasjon med personer med psykiske lidelser (Kristiansen, 2010). Kristiansen (2010) påpeker imidlertid at hun hadde god kontakt med de som bisto deltakerne i gjennomføringen og deltakerne selv. Det var også et tidspress på oppgaven som gjorde at vi måtte begynne med analyser før alle hadde rukket å levere inn spørreskjemaene.

### **6.3 Hvilke forskjeller finnes i erfaringer hos deltakerne?**

Som det fremkommer av figur 5.1 ble det funnet signifikante forskjeller mellom høy og lav score på helseeffekter og behovstilfredsstillelse. Autonomi, sosial tilhørighet og samlescoren av behovstilfredsstillelse var signifikant korrelert med høyere effekt av helseeffekter. Dette er også i tråd med teoriene Self-Determination (Deci & Ryan, 1985) og Self-Efficacy (Bandura, 1977).

Med utgangspunkt i figur 5.2 ble det funnet signifikante forskjeller mellom høy og lav score på mestring av aktiviteten golf og behovstilfredsstillelse. Vi finner imidlertid ingen forskjeller i mestringsforventninger til å klare å fortsette med golf ut fra hvorvidt opplevde helseeffekter var mer og mindre positive. Heller ingen forskjeller finner man i mestringsforventninger ut fra hvorvidt man følte at man mestret golfaktiviteten.

I tabell 5.6 spurte vi om opplevde helseeffekter. 6.3% (N=3) svarte ikke på ”smerter” og 4.2% (N=2) svarte ikke på anspenhet/stress. Det kan tenkes at de ikke har smerter eller er ansente/stresset, men de har heller ikke valgt alternativet ”verken eller”. Det kan også vurderes om deltakerne ikke har hatt fokus på anspenhet/stress eller smerter under aktiviteten, da vi vet at aktiviteter krever konsentrasjon og oppmerksomhet, som igjen kan bidra til distraksjon.

Resultatene viste signifikante forskjeller mellom deltakerne med og uten psykiske lidelser på kun én variabel, mestring av golf. T-test for uavhengige grupper viste at det var signifikante forskjeller mellom personer med og uten psykiske lidelser og mestring av golf ( $t=-2.72$ ,  $p<.01$ ). Dette var den eneste variabelen vi fant signifikante forskjeller på mellom de to gruppene. De 9 personene som sier de ikke har eller har hatt en psykisk lidelse opplever større grad av mestring av aktiviteten golf.

Vi finner ingen betydningsfulle forskjeller mellom de to gruppene på behovstilfredsstillelse, mestringsforventning til å klare å fortsette med golf til tross for barrierer eller opplevde helseeffekter.



## **6.4 Fokusgruppe**

En klar fordel ved fokusgrupper er at de er tidsbesparende i forhold til individuelle intervju (Ringdal, 2013). Det oppstår en gruppedynamikk og i løpet av kort tid kan man innhente mye informasjon fra en gruppe personer. Gruppen diskuterte ikke bare med studenten, men også med hverandre. Dette ga studenten innsikt som ikke ville kommet frem i et individuelt intervju (Ringdal, 2013). En begrensning ved fokusgrupper er at noen kan være redd for å si sin mening i tilfelle andre ikke er enig. Noen kan dominere samtalen og hindre at andres individuelle synspunkter kommer frem. For å forhindre dette prøvde jeg å stille spørsmål rettet til alle og inkluderte personer som sa mindre enn andre.

## **6.5 Styrker og svakheter ved undersøkelsen**

Siden dette er en tverrsnittstudie, kan man ikke si noe om årsak-virkning. En stor begrensning i tverrsnittstudier er at eksponeringen og utfallet måles på samme tid (Thomas, et al., 2011). Vi kan kun ut fra disse dataene se mulige sammenhenger.

Med 48 deltakere i studien utgjorde dette en svarprosent på 36.09%. Dette er en relativt liten svarprosent, men likevel kan vi ikke utelukke denne type forskning på grunn av den verdifulle informasjonen dette gir oss. Manglende forskning på denne populasjonen kan henge sammen med at det er en vanskelig gruppe å forske på. Det kan tenkes at vi ville fått høyere svarprosent om jeg hadde reist rundt å besøkt deltakerne og oppmuntret til deltakelse, men på grunn av anonymiseringen var ikke dette mulig. Med en så liten svarprosent kan det tenkes at det er de som er mest interessert i golf som svarer. Det kan også antas at det er de friskeste som svarer og dette bør derfor tas hensyn til når resultatene blir vurdert i forhold til representativitet.

En annen begrensning er at jeg ikke har kontroll på hvor mye påvirkning deltakerne får fra kontaktpersonene i besvarelse av undersøkelsen. Det kan tenkes at deltakerne svarte det de trodde kontaktpersonene ville høre, eller at de var redde for å krysse negative avkryssninger.

En styrke ved denne studien er at vi har brukt reliable måleinstrumenter. Måleinstrumentenes validitet og reliabilitet har tidligere blitt etablert på bakgrunn av flere studier, og på to måleinstrumenter valgte vi å gjøre en reliabilitetsanalyse for å se om de fungerte på denne populasjonen.

På grunn av populasjonen vi ville undersøke måtte vi kutte mye ned på spørreskjemaet. Vi hadde flere skalaer vi ville ha med, men etter tilbakemeldinger fra to pilotundersøkelser og kontaktpersonene i Golf som Terapi, tok vi bort noen av dem. Vi ønsket at flest mulig skulle svare på spørreskjemaet og valgte derfor å lage en enklere utgave av spørreskjemaet. Dette resulterte i at vi tok bort SRQ-E (Ryan & Connell, 1989). Vi kunne derfor ikke regne ut en relativ autonomi index som kan si oss noe om grad av autonom regulering i fysisk aktivitet. Denne studien kan altså kun si noe om mulige sammenhenger i motivasjonsfaktorene.

## 7. Konklusjon

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at motivasjon uttrykt som mestringsforventninger til å fortsette med golf til tross for barrierer korrelerer positivt og signifikant med tilfredsstillelse av behov for autonomi og sosial tilhørighet, opplevde positive helseeffekter av aktiviteten og mestring av aktiviteten golf. Deltakerne scorer høyest på sosial tilhørighet, og lavest på kompetanse. Den sterkeste sammenhengen er mellom motivasjon for å fortsette med golf og tilfredsstillelse av behovet for sosial tilhørighet. Dette peker mot at sosial tilhørighet er spesielt viktig for denne populasjonen, noe som vises igjen av annen forskning og er viktig å ta hensyn til i praksis. Aktiviteten golf kan også se ut til å fungere spesielt bra i forhold til tilfredsstillelse av behovet for sosial tilhørighet og autonomi, men i mindre grad tilfredsstillelse av behovet for kompetanse.

Det er mye som tyder på at tilfredsstillelse av behovet for kompetanse skiller seg ut ved denne populasjonen, noe vi også finner i andre studier (Kristiansen, 2010; Sørensen, 2006). Det kreves derfor ekstra innsats på behovet for kompetanse når det gjelder denne populasjonen.

De mest positive rapporterte helseeffektene var sosialt samvær (93.8%) , glede/humør (87.6%) og selvbilde (81.2%).

Kunnskapen fra denne undersøkelsen er ment som et bidrag til psykiatriske institusjoner eller andre behandlingssteder for personer med psykiske lidelser. Med denne undersøkelsen ønsker jeg å legge frem forskning som viser at fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser er en viktig ressurs for dem selv og for samfunnet generelt.

## Referanser

Aitken, R. B. (1969). A Growing edge of measurements of feelings. *Proc R Soc Med*, 62, 989-993.

Andreassen, O. A., & Bentsen, H. (2004). Legemidler i praksis: Metabolske og kardiovaskulære bivirkninger av moderne antipsykotika. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 2(124), 181-2.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy - The exercise of control*. USA: W. H. Freeman and Company.

Barbour, K. A., Edenfield, T. M., & Blumenthal, J. A. (2007). Exercise as a Treatment for depression and Other Psychiatric disorders. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 27, 359-367.

Beebe, L. H., Smith, K., Burk, R., Dessieux, O., Velligan, D., Tavakoli, A., & Tennison, C. (2010). Effect of a motivational group intervention on exercise self-efficacy and outcome expectations to exercise in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 16(2), 105-113.

Beebe, L. H., Smith, K., Burk, R., McIntyre, K., Dessieux, O., Tavakoli, A., & Velligan, D. (2011). Effect of a motivational intervention on exercise behavior in persons with schizophrenia spectrum disorders. *Community Ment Health J*, 47, 628-636.

Bjørnstadjordet, K. (2009). Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni. *Fysioterapeuten*, 5, 19-25.

Bouchard, C., Shephard, R. J., & Stephens, T. (1994). Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement. I: *Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement*. Human Kinetics Publishers.

- Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., R  ther, E. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 603-609.
- Carless, D., & Douglas, K. (2008). Narrative, identity and mental health: How men with serious mental illness re-story their lives through sport and exercise. *Psychology of sport and exercise*, 9, 576-594.
- Clarke, P. F., & Spear, F. G. (1964). Reliability and sensitivity in the self-assessment of well-being. *Bulletin of the British Psychological Society*, 17(55), 18.
- Daumit, G. L., Goldberg, R. W., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J., Dixon, L. B. (2005). Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(10), 641-646.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (u. .a.-a). *About the theory*. Hentet 02.05.12 fra Self-Determination Theory - An approach to human motivation & personality: <http://www.selfdeterminationtheory.org/theory>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (u. .a.-b). *Home: Self-Determination theory*. Hentet 02.11.12 fra Self-Determination theory: <http://selfdeterminationtheory.org/>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, Rochester: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 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(4), 227-268.
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leonde, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62(1), 119-142.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise Treatment for Depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1) 1-8.
- Dzewaltowski, D. A., Noble, J. M., & Shaw, J. M. (1990). Physical activity participation: Social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 12, 388-405.

- Faulkner, G., & Biddle, S. (1999). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A Review of the literature. *Journal of Mental Health*, 8(5), 441-457.
- Faulkner, G., & Sparkes, A. (1999). Exercise as Therapy for Schizophrenia: An Ethnographic Study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21, 52-69.
- Feltz, D. L. (1992). Understanding Motivation in sport: A Self-Efficacy Perspective. I G. C. Roberts (Red.), *Motivation in sport and exercise* (93-105). USA: Human Kinetics Publishers, Inc.
- Feltz, D. L., & Riessinger, C. A. (1990). Effects of in vivo emotive imagery and performance feedback on self-efficacy and muscular endurance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 12, 132-143.
- Folkehelseinstituttet. (2011-a). *Psykiske plager og lidelser - faktaark med helsestatistikk*. Hentet 01.11.12 fra Folkehelseinstituttet:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0)
- Folkehelseinstituttet. (2011-b). *Konsekvenser av psykiske lidelser*. Hentet 22.02.13 fra Helsetilstanden i Norge:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:70817:](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70817:)
- Folkehelseinstituttet. (2011-c). *Forekomst og kjennetegn ved ulike psykiske lidelser hos voksne*. Hentet 22.02.13 fra Helsetilstanden i Norge:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=5544:84053::1:5590:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=5544:84053::1:5590:2:::0:0)
- Folkehelseinstituttet. (2012). *Fysisk aktivitet*. Hentet 19.03.13 fra Fakta og statistikk om fysisk aktivitet:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,6046&MainContent\\_6261=6464:0:25,6047&List\\_6212=6218:0:25,6052:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6046&MainContent_6261=6464:0:25,6047&List_6212=6218:0:25,6052:1:0:0:::0:0)
- Føyn, P. A., Haakstad, G., & Falkum, L. (2011). [Informasjonsark]. Golf som terapi - Hvilken nytte kan psykiatriske pasienter ha av å lære og spille golf?

- Gilson, T. A., & Feltz, D. L. (2012). Self-Efficacy and Motivation in Physical Activity and Sport: Mediating Processes and Outcomes. I G. C. Roberts, & D. C. Treasure (Red.), *Advancec in Motivation in Sport and Exercise* (3. utgave, 271-297). Human Kinetics.
- Golf som Terapi. (u.å.). *Prosjektet Golf som terapi*. Hentet 26.09.12 fra Golf som Terapi: <http://www.golfsomterapi.net/>
- Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703.
- Graff-Iversen, S., Anderssen, S. A., Holme, I. M., Jenum, A. K., & Raastad, T. (2008). Two short questionnaires on leisure-time physical activity compared with serum lipids, anthropometric measurements and aerobic power in a suburban population from Oslo, Norway. *European Journal of Epidemiology*, 23, 167-174.
- Gratton, C., & Jones, I. (2010). *Research methods for sports studies* (2. utgave). Oxon: Routledge.
- Groves, R. M., Fowler, F. J., Couper, M. P., Lepkowski, J. M., Singer, E., & Tourangeau, R. (2009). *Survey Methodology* (2. utgave). New Jersey, Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Harris, A. H., Cronkite, R., & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93, 79-85.
- Heggelund, J., Nilsberg, G. E., Hoff, J., Morken, G., & Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia - A controlled trial. *Nord J Psychiatry*, 65, 269-275.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (1999). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet 27.04.12 fra St.prp. nr. 63: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2002). *St.meld.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge*. Hentet 04.05.12 fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000DDPDFS.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011). *Folkehelseloven trer i kraft 1. januar*. (F. O. Nyquist, Redaktør) Hentet 20.09.12 fra Pressemelding Nr.: 99/2011: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2011/folkehelseloven-trer-i-kraft-1-januar.html?id=667814>
- Helsedirektoratet. (2011). *Nyheter*. Hentet 19.03.13 fra Kartlegging av pasienter i det psykiske helsevernet: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/kartlegging-av-pasienter-i-det-psykiske-helsevernet.aspx>
- Helsedirektoratet. (2012). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2011 - Norsk pasientregister*. Hentet 25.09.12 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-2011/Publikasjoner/rapport-aktivitetsdata-2011-phbu.pdf>
- Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental health and physical activity* (4), ss. 23-29.
- Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 18(6), 523-532.
- Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2008). Depresjon. I: R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Knudsen, A., Schjelderup-Mathiesen, K., & Mykletun, A. (2010). *Hvem får psykiske lidelser, og kan de forebygges?* Hentet 02 22, 2013 fra Psykologtidsskriftet: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2010/536-538.pdf>



- Kristiansen, J. (2010). Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser - Deltakernes erfaringer fra fysisk aktivitet i et interkommunalt og tverretatlig aktivitetstilbud i Oppland. Masteroppgave ved Norges idrettshøgskole: Oslo.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-Person Variation in Security of Attachment- A Self-Determination Theory Perspective on Attachment, Need Fulfillment, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 367-384.
- Lovdata. (2011). *LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Hentet 20.09.12 fra Lovdata: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-029.html#5>
- Lærum, G., Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Börjesson, M. & Ståhle, A. (2008) Fysisk aktivitet på resept - FaR. I Bahr, R. (Red.) (72-83) *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet
- McAuley, E. (1992-a). The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 65-88.
- McAuley, E. (1992-b). Understanding Exercise Behavior: A Self-Efficacy Perspective. I G. C. Roberts (Red.), *Motivation in sport and exercise* (107-127). Human Kinetics Publishers, Inc.
- McAuley, E. (1993). Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 103-113.
- Maddux, J. E. (1995). Self-Efficacy Theory - An Introduction. I J. E. Maddux, *Self-Efficacy, adaption, and adjustment* (3-33). New York: Plenum Press.
- Martinsen, E. W. (2000). *Fysisk aktivitet for sinnets helse*. Hentet 27.04.12 fra Tidsskrift for den norske legeförening: <http://tidsskriftet.no/article/198276>
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - Psykisk helse - Kognitiv terapi* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W., & Medhus, A. (1989). Adherence to exercise and patients' evaluation of physical exercise in a comprehensive treatment programme for depression. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 43(5), 411-415.

- Martinsen, E. W., Medhus, A., & Sandvik, L. (1985). Effects of aerobic exercise on depression: a controlled study. *British Medical Journal*, 291, 109.
- Martinsen, E. W., & Taube, J. (2008a). Schizofreni. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Martinsen, E. W., & Taube, J. (2008b). Angst. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Martinsen, E. W., Stanghelle, J. K. (1997). Drug therapy and physical activity. I Morgan WP (Red.) *Physical Activity and Mental Health*. Washington (DC): Taylor & Francis; 1997, 81-90.
- Maxwell, C. (1978). Sensitivity and accuracy of the visual analogue scale: A psycho-physical classroom experiment. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 6,15-24.
- Moe, T. (2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - Psykiske lidelser - Kognitiv terapi* (2. utgave, 197-215). Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk helseinformatikk. (2007). *Angst, veiviser*. Hentet 25.09.12 fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/symptomer/angst-veiviser-3075.html>
- Norsk helseinformatikk. (2009). *Depresjon, en oversikt*. Hentet 25.09.12 fra <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt-3077.html>
- Plante, T. G. (1996). Getting physical: Does exercise help in the treatment of psychiatric disorders? *Journal of Psychosocial Nursing*, 34(3), 38-43.
- Renner, B., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2000). Age and body make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. *International journal of behavioral medicine*, 7(2), 143-159.
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 56(3), 324-331.

- Ringdal, K. (2013). *Enhhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Intervention based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(1), 2-5.
- Ryan, R., & Connell, J. (1989). Perceived locus of causality and internalization - examining reasons for acting in 2 domains. *J Person Soc Psychol* (57), 749-761.
- Scwarzer, R., & Renner, B. (2006). *Health-specific self-efficacy scales*. Tyskland, Berlin.
- Shaw, J. M., Dzewaltowski, D. A., & McElroy, M. (1992). Self-efficacy and causal attributions as mediators of perceptions of psychological momentum. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 14, 134-147.
- Selby, P. j., Chapman, J.-A. W., Etazadi-Amoli, J., Dalley, D., & Boyd, N. F. (1984). The development of a method for assessing the quality of life of cancer patients. *Br. J. Cancer*, 50, 13-22.
- Self-Determination Theory. (u.å.-a). *Perceived Competence Scales*. Hentet 27.11.12 fra Self-Determination Theory: <http://www.selfdeterminationtheory.org/questionnaires/10-questionnaires/49>
- Self-Determination Theory. (u.å.-b). *The Self-Regulation Questionnaires*. Hentet 13.11.12 fra Self-Determination Theory: <http://www.selfdeterminationtheory.org/questionnaires/10-questionnaires/48>
- Sexton, H., Mære, Å., & DAhl, N. H. (1989). Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(3), 231-235.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2000). *Fysisk aktivitet og helse - anbefalinger*. Hentet 20.09.12 fra Rapport nr. 2/2000: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). [Tipshefte]. Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. (15-1202) . Sosial- og helsedirektoratet.

- SPSS. (2009). Hentet 22.04.13 fra *Product Naming Guide*:  
<http://www.spss.com.hk/software/product-name-guide/index.htm?tab=1>
- Standage, M., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory and exercise motivation: Facilitating self-regulatory processes to support and maintain health and well-being. I G. C. Roberts, & D. C. Treasure (Red.), *Advances in Motivation in Sport and Exercise* (3. utgave, 233-270). Human Kinetics.
- Sæbu, M., Sørensen, M., & Halvari, H. (2011). Motivation for physical activity in young adults with a physical disability during a rehabilitation stay: A longitudinal test of Self-Determination Theory. I M. Sæbu, *Physical activity and motivation in young adults with a physical disability* (Paper III). Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Sørensen, M. (1998). Hva har skjedd, og hvor vil vi? I T. Moe, N. Retterstøl, & M. Sørensen (Red.), *Fysisk aktivitet - En ressurs i psykiatrisk behandling* (22-30). Oslo: Universitetsforlaget.
- 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.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2), 195-202.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2011). *Research methods in physical activity* (6. utgave). U.S.A: Human Kinetics.
- Tkachuk, G. A., & Martin, G. L. (1999). Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(3), 275-282.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 34(12).
- Tufte, P. (2011). Kvantitativ metode. I K. Fangen, & A.-M. Sævi (Red.), *Mange ulike metoder* (71-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Veale, D. M. W. d. C. (1987), Exercise and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 113–120.
- Vlachopoulos, S. P., & Michailidou, S. (2006). Development and initial validation of a measure of autonomy, competence and relatedness in exercise: The basic psychological needs in exercise scale. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 103, 179-201.
- Weinberg, R. S., Gould, D., & Jackson, A. (1979). Expectations and performance: An empirical test of Bandura's self-efficacy theory. *Journal of Sport Psychology*, 1, 320-331.
- Weinberg, R. S., Gould, D., Yukelson, D., & Jackson, A. (1981). The effect of preexisting and manipulated self-efficacy on a competitive muscular endurance task. *Journal of Sport Psychology*, 4, 345-354.
- Weinberg, R., Grove, R., & Jackson, A. (1992). Strategies for building self-efficacy in tennis players: A comparative analysis of Australian and American coaches. *Sport Psychologist*, 6, 3-13
- Weinberg, R. S., Yukelson, D., & Jackson, A. (1980). Effect of public and private efficacy expectations on competitive performance. *Journal of Sport Psychology*, 2, 340-349.
- Weiss, M. R., Wiese, D. M., & Klint, K. A. (1989). Head over heels with success: The relationship between self-efficacy and performance in competitive youth gymnastics. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 444-451.
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (1996). Internalization of biopsychosocial values by medical students: A test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 767-779.
- Wilson, P. M., & Bengoechea, E. G. (2010). The relatedness to others in physical activity scale: Evidence for structural and criterion validity. *Journal of applied biobehavioral research* 15(2), 61-87.
- Wilson, P. M., Mack, D. E., & Grattan, K. P. (2008). Understanding motivation for exercise: A self-determination theory perspective. *Canadian Psychology*, 49(3), 250-256.

- Wolff, E., Gaudlitz, von Lindenberger, B.-L., Plag, J., Heinz, A., & Ströhle, A. (2011). Exercise and physical activity in mental disorders. *Eur Arch Pshychiatry Clin Neurosci*, 261, 186-191.
- Wright, K. A., Everson-Hock, E. S., & Taylor, A. H. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental health and physical activity*, 2 , 86-94.
- Wu, M.-K., Wang, C.-K., Bai, Y.-M., Huang, C.-Y., & Lee, S.-D. (2007). Outcomes of obese, clozapine-treated inpatients with schizophrenia placed on a six-month diet and physical activity program. *Psychiatric Services*, 58(4), 544-550.

## Tabelloversikt

Tabell 5.1: Aldersfordeling	s. 43
Tabell 5.2: Psykiske lidelser	s. 43
Tabell 5.3: Hvordan deltakerne fikk vite om prosjektet Golf som terapi	s. 44
Tabell 5.4: Fysisk aktivitetsnivå <u>før</u> oppstart med Golf som Terapi	s. 44
Tabell 5.5: Motivasjon for golf i form av mestringsforventninger til å fortsette med aktiviteten til tross for opplevde barrierer	s. 45
Tabell 5.6: Hvordan deltakerne opplever at deltakelsen i Golf som terapi har påvirket sider ved deres helse	s.45
Tabell 5.7: Behovstilfredsstillelse gjennom golf	s. 46
Tabell 5.8: Hvor godt deltakerne mestrer å spille golf	s. 47
Tabell 5.9: <i>Bivariat korrelasjon (Pearson's r)</i> mellom mestringsforventninger, behovstilfredsstillelse, mestring av golf og opplevde helseeffekter	s. 50

## Figuroversikt

Figur 5.1: Illustrasjon over forskjeller i motivasjon som mestringsforventning og behovstilfredsstillelse mellom de som opplever høye og lave helseeffekter s. 48

Figur 5.2: Illustrasjon over forskjeller i motivasjon som mestringsforventning og behovstilfredsstillelse mellom de som scorer høyt og lavt på mestring av aktiviteten golf s. 49

Figur 5.3: Illustrasjon over *bivariat korrelasjon (Pearson's r)* mellom mestringsforventninger, behovstilfredsstillelse, mestring av golf og opplevde helseeffekter s. 51



## Forkortelser

BPNES	Basic Psychological Needs in Exercise Scale
CONOR	Cohort of Norway
FHI	Folkehelseinstituttet
GST	Golf som Terapi
Hdir	Helsedirektoratet
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
IPAQ-L	International Physical Activity Questionnaire – Large
ME	Kronisk trøtthetssyndrom
NIH	Norges Idrettshøgskole
NSD	Norges Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste
PESES	The Physical Exercise Self-Efficacy Scale
SHdir	Sosial- og helsedirektoratet
VAS	Visual Analogue Scale

## **Vedlegg**

- Vedlegg 1 Svarbrev fra NSD
- Vedlegg 2 Informasjon til kontaktperson
- Vedlegg 3 Informasjon om spørreundersøkelsen
- Vedlegg 4 Samtykkeerklæring for spørreundersøkelsen
- Vedlegg 5 Spørreundersøkelsen ”Erfaringer og opplevelser gjennom Golf som Terapi”

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
 NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Marit Sørensen  
 Seksjon for kroppsøving og pedagogikk  
 Norges idrettshøgskole  
 Postboks 4042, Ullevål stadion  
 0806 OSLO

Vår dato: 08.11.2012

Vår ref:32029 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

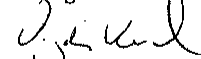
32029	<i>Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges idrettshøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marit Sørensen</i>
<i>Student</i>	<i>Katrine Økland</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

  
 Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
 Mads Solberg

Kontaktperson: Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Katrine Økland, Ullevålsveien 102B, 0451 OSLO



Prosjektet gjennomføres i samarbeid med psykiater Leif Roar Falkum. Norges idrettshøgskole er behandlingsansvarlig institusjon.

Under forutsetning av at studenten ikke har tilgang til personidentifiserende opplysninger verken før eller etter rekruttering, kan ikke Personvernombudet se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Spørreundersøkelsen således være helt anonym. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

## Informasjon til kontaktperson

Vi har fått ditt navn fra prosjektet Golf som Terapi fordi du er/har vært kontaktperson i prosjektet. Vi ønsker å gjennomføre en spørreundersøkelse som beskrevet i informasjonsskrivet som er vedlagt. Vi håper du kan ta deg tid til å hjelpe oss med dette.

Det vi ber om er følgende:

1. Du mottar en ”pakke” som vi ber deg viderefordre til de deltakerne i Golf som Terapi du er/var ansvarlig for. Den inneholder:
  - a. Informasjon om undersøkelsen (samme som du mottar)
  - b. En samtykkeerklæring
  - c. Et spørreskjema
  - d. En frankert svarkonvolutt adressert til oss til spørreskjemaet
  - e. En frankert svarkonvolutt adressert til deg til samtykkeerklæring
2. Vi ber deg gi hver deltaker et deltakernummer fra nr. ... til ... og beholde en liste over disse. Du vil være den eneste som kjenner til hvem som har hvilket nummer.
3. Det kan bli aktuelt med en purrerunde. Da trenger vi din hjelp til å sende en påminnelse til de som ikke har svart.
4. Som takk for hjelpen vil vi invitere til et møte på Norges idrettshøgskole, Sognsveien 220, Oslo, den 10. april 2013 kl. 14.00 for å presentere resultater av undersøkelsen og diskusjon av disse i forhold til kontaktpersonene og andres erfaringer.

Mvh.

---

Katrine Økland  
Student ved Norges Idrettshøgskole

---

Marit Sørensen  
Professor ved Norges Idrettshøgskole



## **Informasjon om spørreundersøkelsen ”Erfaringer og opplevelser gjennom Golf som Terapi”**

Golf som Terapi ble etablert som en prosjektgruppe i samarbeid med Norges Golfforbund i 2004. Prosjektet har som formål å vekke interessen for golf hos personer med psykiske lidelser. Hovedmålsetting er at golf skal bli et godt behandlings- og aktivitetstilbud for mennesker med psykiske lidelser. Golf som Terapi ønsker å skape et grunnlag for brukerne til å få en bedre fysisk og psykisk helse samt en sunnere livsstil og en bedre hverdag.

Ved hjelp av dette spørreskjemaet vi ber deg besvare, ønsker vi å få økt kunnskap om motivasjon for regelmessig fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser. Det er viktig at du gir ærlige svar. Det finnes ingen rette eller gale svar. Vi ønsker din erfaring og dine meninger.

Vi som forskere vil ikke kjenne din identitet, bare deltakernummer. Det er kun din kontaktperson i Golf som Terapi som vil vite hvem deltakernummeret representerer. All informasjon som samles inn i prosjektet vil bli behandlet i henhold til gjeldende lover og forskrifter, og vil kun bli brukt til godkjente forskningsformål. Det vil heller ikke være mulig å identifisere deg eller annen enkeltperson i resultatene av undersøkelsen når disse publiseres. Frem til resultatene publiseres kan du når som helst trekke deg fra undersøkelsen. Det er viktig at du noterer ned ditt deltakernummer. Dette er i forbindelse med din mulighet til å kunne trekke deg fra undersøkelsen senere uten å gå gjennom kontaktpersonen.

På forhånd takk for hjelpen!

P.S. Som takk for hjelpen vil vi invitere til et møte på Norges Idrettshøgskole 10. april 2013 kl. 14.00 for å presentere resultatene av undersøkelsen og diskusjon om disse i forhold til kontaktpersonenes og andres erfaringer.

---

Katrine Økland  
Student ved Norges Idrettshøgskole

---

Marit Sørensen  
Professor ved Norges Idrettshøgskole

**NB! DENNE SIDEN SKAL LEVERES OG BEHOLDES AV DIN  
KONTAKTPERSON I GOLF SOM TERAPI**

**Samtykkeerklæring for spørreundersøkelsen ”Erfaringer og opplevelser  
gjennom Golf som Terapi”**

**Jeg bekrefter herved:**

- At jeg har fått informasjon om hensikten med spørreundersøkelsen
- At jeg vet at jeg kan trekke meg når som helst fra undersøkelsen frem til resultatene publiseres.
- At jeg deltar i denne undersøkelsen frivillig
  
- Jeg ønsker **IKKE** å delta

---

Navn

---

Deltakernummer

## Spørreundersøkelsen "Erfaringer og opplevelser gjennom Golf som Terapi"

Deltakerskjema nr.: \_\_\_\_\_

### 1) Hvordan fikk du vite om prosjektet Golf som Terapi? Sett gjerne flere kryss

- a) Gjennom kommunens aktivitetstilbud
- b) Av en venn/venner
- c) Av noen i familien
- d) Fant det på internet
- e) Gjennom det behandlingstilbudet jeg har
- f) Av fastlegen min
- g) Annet, skriv inn:

### 2) Kryss av for det alternativet som passer din erfaring med Golf som Terapi. Vennligst svar på alle. Hvordan har du opplevd at deltakelsen i golf har påvirket sider ved din helse?

Svært                      Verken                      Svært  
positivt    Positivt    eller    Negativt    negativt

a) Fysisk form

b) Kroppsvekt

c) Energi/overskudd

d) Anspenhet/stress

e) Angst

f) Smerter

g) Glede, humør

h) Depresjon

i) Søvn

j) Selvbilde

k) Sosialt samvær

l) Sosial utrygghet

m) Annet, skriv inn:



**3) Spørsmålene i denne delen er knyttet til din vurdering av golf som en fysisk aktivitet. Bruk skalaen og sett kryss ved det tallet du mener passer best for hver av påstandene. Vennligst svar på alle.**

	Slett ikke sant 1	2	3	Noe sant 4	5	6	Meget sant 7
a) Golf er i stor grad forenlig med mine valg og interesser							
b) Jeg føler sterkt at golf passer måten jeg vil trene på							
c) Golf er helt klart et uttrykk for hvordan jeg ønsker at trening skal være							
d) Jeg føler sterkt at jeg har mulighet til å gjøre egne valg i forhold til å drive med golf							
e) Jeg føler jeg har stor fremgang i forhold til målet mitt med golf							
f) Jeg føler jeg utfører golf veldig effektivt							
g) Jeg føler jeg får til golf meget bra							
h) Jeg føler jeg kan klare teknikken i golf på en god måte							
i) Jeg føler meg bekvem sammen med andre som driver med golf							
j) Jeg føler jeg kan omgås andre under golf på en vennlig måte							
k) Jeg føler jeg har en god og åpen kommunikasjon med andre som deltar i golf							
l) Jeg føler meg veldig komfortabel med de andre som deltar sammen med meg i golf							

4) På en skala fra 0 til 10, kan du vise hvor godt du føler du klarer å spille golf nå. Sett ett kryss på linjen.



5) Hvor sikker er du på at du kan fortsette med golf selv om du opplever følgende barrierer? Bruk skalaen og sett kryss ved det tallet du mener passer best for hver av påstandene. Vennligst svar på alle. "Jeg tror at jeg kan gjennomføre min hensikt om å spille golf..."

	Svært usikker	0	1	2	3	4	Kanskje	5	6	7	8	9	10	Svært sikker
a) ...selv om jeg har bekymringer og problemer														
b) ...selv om jeg føler meg nedtrykt														
c) ...selv om jeg føler meg stresset/anspent														
d) ...selv om jeg er trøtt														
e) ...selv om jeg har det travelt														

## Bakgrunnsinformasjon

### 6) Kjønn

Kvinne       Mann

### 7) Alder

Under 20 år       20-29 år       30-39 år       40-49 år       Over 50 år

### 8) Siden prosjektet er kalt Golf som Terapi - Har du eller har du hatt en psykisk lidelse?

Ja       Nei

### 9) Hvis nei på spm. 8, hopp til spørsmål 10, hvis ja, hvor lenge har du hatt en psykisk lidelse?

Mindre enn 1 år       1-2 år       3-4 år       5-6 år       Mer enn 6 år

### 10) Til slutt, hvilket av alternativene under beskriver best hvordan du stort sett brukte fritiden din det siste året før du startet med golf. Hvis aktiviteten varierer mye mellom f. eks. sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Sett kryss i den ruta som passer best.

**(NB bare ett kryss)**

- Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse
- Går, sykler eller beveger deg på en annen måte minst 4 timer i uka? (Her skal du også regne med gange, rulle med rullestol eller sykling til og fra arbeidsstedet, søndagsturer m.m)
- Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller lignende? (Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka)
- Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig, og flere ganger i uka

## **Takk for innsatsen!**

Vi setter stor pris på at du ville dele dine erfaringer med oss. Ta gjerne kontakt dersom det er andre ting du føler er viktig og som du ønsker å dele med oss.

Jeg ønsker å komme på informasjonsmøte om resultatene av undersøkelsen på Norges Idrettshøgskole (Sognsveien 220, Oslo), den 10. April 2013 kl. 14.00

Vennlig hilsen;

---

Katrine Økland  
Student ved Norges idrettshøgskole

---

Marit Sørensen  
Professor ved Norges Idrettshøgskole