

Forord

Gjennom masteroppgaven ønsket jeg å lære mer om hvordan fysisk aktivitet påvirker den helserelaterte livskvaliteten. Interessen for organisering av idretten fikk betydning for valg av målgruppe i oppgaven. Ved å kontakte Østfold idrettskrets dukket et interessant forslag opp. ”Aktiv på Dagtid”, et aktivitetstilbud uten tilknytning til en spesifikk idrett, var et spennende forslag og interessant å ta fatt på. Det var tidligere ikke hentet inn kvantitative data om deltakerne på Aktiv på Dagtid i Østfold. Det var derfor data som ikke bare kunne benyttes i oppgaven, men som også kunne komme til nytte for idrettskretsen i deres arbeid med tilbudet.

En stor takk rettes til veileder gjennom hele perioden, Jan Erik, for støtte hele veien. Kritiske og inspirerende innspill har kommet til stor nytte når tankene og skrivningen har tatt en avsporing. Hans dyktige veiledning, samt friheten han gir til å forme egen oppgave har blitt satt stor pris på.

Østfold Idrettskrets viste engasjement fra starten av og spesielt fagkonsulent for Aktiv på Dagtid, André Hansen. Han har lagt til rette for at jeg har fått gjennomføre datainnsamlinger i treningslokalene i Fredrikstad. Det rettes en takk alle respondentene som ville delta. De ansatte på treningslokalene bidro også med informasjon til både meg og deltakerne og stilte med lesebriller når bokstavene i spørreskjemaet ble for små.

Det har også vært betydningsfullt å ha hjelpsomme medstudenter på lesesalen. Faglige og ikke-faglige diskusjoner og lange lunsjpauser har gitt kjærkomne og fine avbrekk i skriveprosessen!

Trondheim, våren 2015

Åse Marita Høitomt

Sammendrag

Helse blir vektlagt som en viktig ressurs, både for enkeltindividet og samfunnet. Viktige brikker i god helse er mestring og kontroll i eget liv og tilrettelegging for gode helsevalg, uavhengig av sykdom eller funksjonstap (Meld.St. 19, 2014-2015). Helsereelatert livskvalitet viser seg gjennom flere studier å være påvirket av fysisk aktivitet. Studier viser også at ulike helsedimensjoner blir påvirket i ulik grad og forskjellig hos kvinner og menn (se bl.a. Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007; Vuillemin et al., 2005).

Denne oppgaven undersøker hvordan helsereelatert livskvalitet påvirkes av fysisk aktivitet, kjønn og myndiggjøring blant deltakere på Aktiv på Dagtid i Fredrikstad. Målgruppen er interessant med tanke på at yrkesstatus viser seg å ha en påvirkning på helsen (Clark & Krupa, 2002).

Helsereelatert livskvalitet undersøkes gjennom en spørreundersøkelse, bestående av måleinstrumentet SF-36 og mål på fysisk aktivitet. Kommentarer fra et åpent spørsmål om fysisk aktivitet og kjennetegn ved aktivitetstilbudet danner grunnlag for metodetriangulering for å vurdere myndiggjøring hos deltakerne. Utvalget består av 69 deltakere, derav 57 er kvinner og 12 er menn.

Resultatene viser at kvinner skårer høyest på mentale helsedimensjoner, derunder emosjonell rollebegrensning, mental helse og sosial funksjon. Lavest skårer de på fysisk rollebegrensning og vitalitet. Menn skårer høyest på fysisk funksjon, etterfulgt av mental helse og emosjonell rollebegrensning. Dimensjonene som slår lavest ut er de samme som hos kvinner. Det fysiske aktivitetsnivået hos begge kjønn er på et tilfredsstillende nivå, men menn har et gjennomsnittlig høyere aktivitetsnivå enn kvinner. Sammenhengen mellom helsereelatert livskvalitet og fysisk aktivitet er signifikant i fysisk funksjon, vitalitet og hyppighet hos kvinner. Den fysiske aktiviteten har signifikant forklaringsgrad på vitalitet. Hos menn henger varigheten på fysisk aktivitet signifikant sammen med fysisk rollebegrensning. Resultatene forteller at fysisk aktivitet er av ulik betydning for kvinner og menn. Valget om å delta på Aktiv på Dagtid og myndiggjøring virker å ha en positiv sammenheng. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter har en positiv betydning for myndiggjøring (Hultqvist, Eklund & Leufstadius, 2015) og å delta i slike aktiviteter viser ansvarlighet hos deltakerne. De tar ansvar for egen helse og kontroll i egen hverdag, noe som kan påvirke helsen positivt.

Innhold

Forord	i
Sammendrag	iii
1. Innledning	1
2. Bakgrunn for oppgaven	5
3. Forståelse av helsereelatert livskvalitet	7
3.1. <i>Rammevilkår for helse</i>	7
3.2. <i>Helsereelatert livskvalitet</i>	10
3.3. <i>Helsereelatert livskvalitet og fysisk aktivitet</i>	13
3.4. <i>Kjønnforskjeller</i>	16
3.5. <i>Myndiggjøring</i>	20
4. Problemstilling	25
5. Metode	27
5.1. <i>Utvalg</i>	27
5.3. <i>Karakteristika hos deltakerne</i>	29
5.4. <i>Utarbeiding av spørreskjema</i>	29
5.5. <i>Bearbeiding av data</i>	32
5.6. <i>Validitet</i>	35
5.7. <i>Reliabilitet</i>	38
5.8. <i>Etiske vurderinger</i>	40
6. Resultater	41
6.1. <i>Helsereelatert livskvalitet</i>	41
6.2. <i>Fysisk aktivitet</i>	42
6.3. <i>Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helsereelatert livskvalitet</i>	43
6.4. <i>Myndiggjøring</i>	46
7. Diskusjon	49
7.1. <i>Helsereelatert livskvalitet, fysisk aktivitet og kjønn</i>	49
7.2. <i>Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helsereelatert livskvalitet</i>	55
7.3. <i>Myndiggjøring</i>	59
7.4. <i>Metodiske og teoretiske betraktninger</i>	61
8. Etterord	65
Litteratur	67
Tabelliste	75
Vedlegg	77

1. Innledning

Regjeringen ønsker å styrke det forebyggende helsearbeidet og øke fokuset på psykisk helse. God helse er en viktig ressurs, både for enkeltindividet og for samfunnet.

Folkehelsemeldingens budskap er en folkehelsepolitikk som skaper muligheter og forutsetninger for at hver enkelt skal kunne mestre sitt eget liv. God helse er ikke bare fravær av sykdom, men også å mestre utfordringene livet har å by på.

Folkehelsearbeid handler derfor blant annet om å fremme livskvalitet og trivsel, også for personer med sykdom eller funksjonstap. I *Folkehelsemeldingen* er det et ønske at samfunnet skal legge til rette for gode helsevalg blant befolkningen, derunder fysisk aktivitet i alle sektorer. I tilretteleggingen er det viktig å ta hensyn til forskjellige forutsetninger gjennom å skape muligheter for alle til å ha kontroll i eget liv, men uten å umyndiggjøre. Et av fokusområdene i Helse- og omsorgsdepartementet er ordningen *Raskere tilbake i jobb*. Regjeringen vil også bygge opp under det frivillige engasjementet blant annet gjennom samarbeid med frivillige organisasjoner (Meld.St. 19, 2014-2015).

I folkehelsesammenheng tar mange det for gitt at fysisk aktivitet har en sentral rolle og at fysisk aktivitet har en selvsagt positiv påvirkning på helsen. Helse og fysisk aktivitet får stor oppmerksomhet i media, og rådene er mange. Sammenhengen mellom det fysiske aktivitetsnivået man har eller blir anbefalt og helsegevinsten man oppnår gjennom den er i de færreste tilfellene vitenskapelig dokumentert. Å finne den rette veien blant alle rådene kan være en utfordring. Det finnes råd som forteller deg hvordan du bør legge opp treningen for å bevare eller forbedre helsen. Kari Bø, rektor ved Norges Idrettshøgskole, er en av personene bak et slikt råd til VGs lesere. Blant mangfoldet av artikler som publiseres i media hver uke, er til gjengjeld hennes råd tuftet på forskning og vitenskapelige bevis (Svendsby, 2013). Som belyst av *Folkehelsemeldingen*, der det skal legges til rette for gode helsevalg og ulike behov blant grupper i samfunnet (Meld.St. 19, 2014-2015), er det en utfordring å finne rett vei i jungelen av treningsmetoder og –filosofier.

Et aktivitetstilbud som kan bli sentralt etter *Folkehelsemeldingen* er *Aktiv på Dagtid*. I melding til Stortinget 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* ble dagaktivitetstilbud

sett på som et manglende mellomledd i omsorgstjenesten og Aktiv på Dagtid er et av tilbudene som kan fylle noe av denne mangelen. Tilbudet organiserer fysisk aktivitet på dagtid for personer som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Tilbudet finnes i flere fylker i landet og i Østfold Fylkeskommune er det Østfold Idrettskrets som står for tilbudet. Aldersspennet på deltakerne er fra 18 til 67 år. Som organisator av dette tilbudet er idrettskretsen med og bidrar til bedre helse i befolkningen og gir innhold og mening til idrettens visjon, ”Idrettsglede for alle” (Østfold Idrettskrets, u.å.-a). Aktiv på Dagtid er en viktig bidragsyter i målet om å ha tilrettelagt for fysisk aktivitet i alle sektorer.

Om Aktiv på Dagtid i Østfold er deltakerne positive. I Halden Arbeiderblad uttrykker en gjeng deltakere sin opplevelse av tilbudet. Et par av deltakerne har vært medlemmer lenge og er enige om at tilbudet gir velvære, trivsel og helsegevinst både fysisk og psykisk. En av de nyere deltakerne mener det er viktig å ta treningen på alvor og at den gjør at man får fokuset vekk fra den vanlige hverdagen en stund (Eriksen, 2014). I Fredrikstad Blad støtter deltakerne opp om disse uttalelsene. Tre deltakere, som alle er uføre og faste deltakere ved Aktiv på Dagtids aktiviteter, er enige om at den fysiske aktiviteten har vært redningen i en vanskelig hverdag (Ophaug, Kristoffersen & Johnsen, 2014).

Inntrykket av tilbudet er utelukkende positivt basert på uttalelser fra deltakere og medieoppslag, men det finnes lite forskning som forteller hvordan fysisk aktivitet og helse er blant deltakerne. Like interessant er det å se om slike sammenhenger slår ut forskjellig på kvinner og menn. På Aktiv på Dagtid i Oslo viste endringene deltakerne oppnådde fra de startet på tilbudet til studiens slutt seg å være signifikant forbedret i enkelte dimensjoner hos kvinner, men ingen hos menn (Solbraa, 2007). Disse funnene støttes av flere helseundersøkelser som viser at menns helse er bedre enn kvinners (se bl.a. Kruger, Bowles, Jones, Ainsworth & Kohl, 2007; Tessier et al., 2007). I Møre og Romsdal er fysisk aktivitet kartlagt ved tilsvarende tilbud, men uten noen signifikante kjønnsforskjeller (Ingebrigtsen, 2009). I Østfold er det derimot ikke undersøkt fysisk aktivitetsnivå, helselatert livskvalitet og sammenhengen mellom dem.

Helse kan måles på mange måter. Som helsemål er *helsereelatert livskvalitet* et begrep som får stadig større anerkjennelse innen forskning. Begrepet beskriver opplevd livskvalitet knyttet til helse, sykdom og behandling (Ferrans, Zerwic, Wilbur & Larson, 2005). Fysisk aktivitet og helse er et stort forskningsfelt, men fysisk aktivitet og helsereelatert livskvalitet er mindre. Selv om begrepene helse og helsereelatert livskvalitet er ulikt definert, benyttes de om hverandre og helsereelatert livskvalitet blir sett på som et generelt helsemål. Helsereelatert livskvalitet blir i litteraturen mye brukt i sammenheng med helseundersøkelser for spesielle tilstander, lidelser eller sykdommer og er derfor mindre sammenlignbare med mer generelle studier. Færre studier er gjort på generell befolkning, og de som finnes viser noe varierende resultater ut i fra typen studie de er en del av.

I Folkehelsemeldingen vektlegges også betydningen av å legge til rette for gode helsevalg uten at individene skal føle noen form for umyndiggjøring som følge av prosessen (Meld.St. 19, 2014-2015). Gjennom Aktiv på Dagtid får deltakerne tilbud om fysisk aktivitet tilpasset eget nivå og et sted å møte andre mennesker i samme situasjon på dagtid. Dette med å mestre egen hverdag kan Aktiv på Dagtid være en bidragsyter til. Sammen med helsefordeler knyttet til fysisk aktivitet, kan helsefordeler som resultat av et slikt tilbud også ses i lys av myndiggjøring. I følge Woodall, Raine, South og Warwick-Booth (2010) kan virkningen av myndiggjøring på helse trekkes sammen til fem helsereelaterte utfall, basert på flere studier. Disse utfallene er forbedret mestringsstro og selvtillit, økt følelse av kontroll, økt kunnskap og bevissthet, atferdsendring og en økt følelse av fellesskap, sosialt nettverk og sosial støtte (Woodall et al., 2010). I arbeid med grupper med lavere sosial integrasjon har strategier for myndiggjøring vist seg å være hensiktsmessig (Wallerstein, 2006).

Gjennom denne oppgaven er hensikten å undersøke helsereelatert livskvalitet og hvordan den påvirkes av fysisk aktivitet, kjønn og myndiggjøring blant deltakerne på Aktiv på Dagtid i Fredrikstad.

2. Bakgrunn for oppgaven

Oppgaven fokuserer på hvordan helserelatert livskvalitet påvirkes av fysisk aktivitet. Gjennom Aktiv på Dagtid tilbyr Østfold idrettskrets deltakerne et organisert treningstilbud. Overordnede forhold ved helse og aktivitet i Østfold er av betydning for idrettskretsens arbeid med tilbudet.

2.1. Østfolds helse- og aktivitetsprofil

I 2011 og 2012 ble det gjennomført en spørreundersøkelse i Østfold der målet var å kartlegge fordelingen av helse og helserelaterte faktorer i kommuner i Østfold. Undersøkelsen viste at i utvalget på 17 440 personer var 2514 personer arbeidsledige, trygdet eller mottakere av sosialhjelp (Martinsson, Hjorthaug, Rognlien & Rasmussen, u.å.). Dette utgjør en prosentandel på 14,4 % utenfor arbeidslivet. I 2010 hadde Østfold sammen med Telemark den høyeste andelen uføretrygdede av landets fylker. Gjennomsnittet i fylkene lå over landsgjennomsnittet for både kvinner og menn (Østfold analyse, u.å.). Av arbeidsstyrken i Østfold er 3,8 % arbeidsledige, og dette har ligget stabilt over tid (NAV, 2014). På landsbasis er Fredrikstad kommune blant de store kommunene med høyest arbeidsledighet, med en andel på 4,3 % av arbeidsstyrken (Statistisk Sentralbyrå, 2015).

Det fysiske aktivitetsnivået i Østfold er blant de laveste i landet. Sammen med Møre og Romsdal, Finnmark og Vest-Agder er Østfold på bunnen når det gjelder andelen av befolkningen som oppfyller ACSM-kriteriet, et kriterium utviklet av American College of Sports Medicine, som ikke skiller seg så veldig fra de nasjonale og internasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet vi benytter i dag (Breivik, 2013; Helsedirektoratet, 2014).

På bakgrunn av at Østfold har høy arbeidsledighet og er blant de som har færrest fysisk aktive, skal oppgaven belyse om dette er representativt for målgruppen i studien. Til tross for at målgruppen befinner seg i gruppen som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet, kan deltakelsen på Aktiv på Dagtid være et positivt bidrag til statistikken når det kommer til fysisk aktivitet.

3. Forståelse av helse relatert livskvalitet

Helse relatert livskvalitet er et begrep som stadig får større anerkjennelse på forskningsfeltet (Ferrans et al., 2005). Innledningsvis i kapittelet vil noen rammevilkår for helse relatert livskvalitet hos målgruppen presenteres. Videre vil det bli gjort rede for begrepet, tidligere forskning og perspektiver som kan påvirke den helse relaterte livskvaliteten. Blant disse perspektivene er fysisk aktivitet og kjønn, samt myndiggjøring som et teoretisk perspektiv.

3.1. Rammevilkår for helse

Helsen vår bestemmes og påvirkes av en rekke faktorer. Disse faktorene varierer fra en samfunnsgruppe til en annen. Som deltakere på Aktiv på Dagtid gjelder noen overordnede rammevilkår som de påfølgende kapitlene vil omhandle. Det å stå helt eller delvis utenfor arbeidslivet kan, som vi vil se i neste avsnitt, gi utfordringer knyttet til sosiale ulikheter.

3.1.1. Sosiale ulikheter i helse og betydningen av arbeid

Det er med bakgrunn i teoretiske begreper som sosial klasse og sosioøkonomisk stratifisering i samfunnet at man kan forstå sosiale ulikheter i helse. Det er flere indikatorer på sosioøkonomisk status, blant annet utdanning, inntekt og klasse (Galobardes, Lynch & Smith, 2007; Sund & Eikemo, 2011). Flere studier har vist at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse og at lavere sosioøkonomisk status fører til dårligere helse (se bl.a. Arntzen et al., 2007; Smith, 2003). Sosiale og strukturelle relasjoner mellom grupper i et samfunn er hovedsakelig basert på materielle forhold som bestemmes av forholdet gruppene har til økonomiske produksjonssystemer. Høyerestilte grupper kontrollerer ressurser, deriblant materielle, økonomiske, politiske, sosiale eller kulturelle, på en måte som ekskluderer, dominerer og utnytter laverestilte grupper. Sammen med de individuelle indikatorene utdanning, inntekt, rikdom og klasse er yrkesstatus, og derunder arbeidsløshet, også en indikator på sosioøkonomisk status (Galobardes et al., 2007). Sistnevnte status er av særlig betydning for deltakerne på ApD. Halvparten av deltakerne er uføretrygdete og har ingen utsikter som yrkesaktiv i fremtiden, men det er allikevel en del av deltakerne

som kun står midlertidig utenfor arbeidslivet og jobber for å komme seg tilbake (Østfold Idrettskrets, u.å.-a).

Arbeid er av stor betydning og utgjør en viktig del av folks liv (Wilkinson & Marmot, 2005). Det er dokumentert at det er helseforskjeller mellom ulike posisjoner i arbeidslivet (Arntzen et al., 2007). I flere stortingsmeldinger er det skrevet om betydning av arbeid: ”Arbeid synes å være en svært viktig faktor i voksnes liv. Deltakelse i arbeidslivet er en viktig identitetsfaktor og er for mange grunnlaget for en sosial samhörighet” (St.meld.nr. 37, 1992-1993, p. 65).

”Vi vet at arbeid i seg selv er bra for helsen. De som står utenfor arbeidslivet har gjennomgående dårligere helse enn den yrkesaktive delen av befolkningen. Dette gjelder ikke bare for mottakere av helserelaterte stønader, men også for eksempel langtids arbeidsledige og mottakere av sosialhjelp” (St.meld.nr. 20, 2006-2007, p. 42).

Det å stå utenfor arbeidslivet kan føre til at man havner utenfor naturlige samhandlingsarenaer og kan for mange medføre helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser (St.meld.nr. 37, 1992-1993). Resultater fra Levekårsundersøkelsen 2005 viser at blant de som står utenfor arbeidslivet er det en større andel som har psykiske problemer og usunne levevaner, deriblant lavt fysisk aktivitetsnivå, sammenlignet med de yrkesaktive. 13 % av utvalget er uten arbeid eller skole (Myklestad, Rognerud & Johansen, 2008). En amerikansk undersøkelse viser at arbeidsledige hadde dårligere mental helse sammenlignet med yrkesaktive. For de som hadde vært utenfor arbeidslivet mer enn et år var det signifikant større sannsynlighet for å føle nervøsitet, verdiløshet og få depresjon. Sannsynligheten for å ha dårligere mental og fysisk helse er signifikant større for arbeidsledige enn for yrkesaktive. I studien ble det også funnet at risikofaktorer for helse som å røyke, drikke alkohol eller være inaktiv ikke var mer utbredt blant de arbeidsledige (Pharr, Moonie & Bungum, 2012).

Hvor mye en jobber har innvirkning på det fysiske aktivitetsnivået. Det viser seg at de som ikke jobber har klart lavest andel fysisk aktive. Blant arbeidsledige tilfredsstill

18,5 % anbefalingene for fysisk aktivitet og blant trygdede er det 23,4 % som tilfredsstillende anbefalingene. Ser man på arbeidsmengde er det en femdel (20,4%) som er fysisk aktive etter anbefalingene blant de som har null arbeidstimer i uka, mens tallet stiger til 29,7 % for de med en arbeidsmengde opp til 20 timer. Det viser seg også at de som jobber mest er de som trener mest. Tallene gjelder for befolkningen mellom 30 og 60 år (Breivik, 2013).

3.1.2. Aktiv på Dagtid

Aktiv på Dagtid (ApD) gir mennesker som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet mulighet til å være en del av et aktivitetstilbud. Deltakerne på ApD er mellom 18 og 67 år og mottar en form for ytelse, derunder sykepengene, attførings- og rehabiliteringspengene, uføreytelse, overgangsstøtte, dagpenger eller økonomisk sosialstøtte. Tilbudet inkluderer også deltakere som jobber i en IA-bedrift (Inkluderende Arbeidslivsavtale). Deltakerne tilbys varierte og allsidige aktiviteter og det er den enkeltes mestring og iboende krefter som står i fokus under treningen. Som lavterskeltilbud er det åpent for alle, uavhengig av treningsbakgrunn, sykdom og lidelser. Tilbudet er en del av idretten og dens miljø og fellesskap (Østfold Idrettskrets, u.å.-b). Aktiv på dagtid deler derfor de samme verdiene som idretten; fellesskap, helse, glede og ærlighet. Idrettens visjon forstås i ApD som ”fysisk aktivitet for alle”. ApD har som formål å levere et tilbud om fysisk aktivitet, slik at flere kan bli aktive i hverdagen. Gjennom dette vil Østfold Idrettskrets være en pådriver for å fremme folkehelsen for de utenfor arbeidslivet (Østfold Fylkeskommune, NAV, Østfoldhelse & Østfold Idrettskrets, u.å.). Deltakerne tilbys både aktiviteter man kan melde seg på for en fast periode og aktiviteter man kan møte opp på den aktuelle dagen. Det gjør at deltakerne både kan gå på faste aktiviteter og trene etter ønske og dagsform.

Tilbudet ble første gang startet i Oslo i 1995, før det 12 år senere ble etablert i Østfold. ApD organiseres av Østfold Idrettskrets i samarbeid med flere andre aktører (Østfold Idrettskrets, u.å.-b). Deltakerantallet har økt med årene, fra 600 deltakere i 2008 til over 2200 deltakere i 2011. I 2014 lå antallet på 1984 deltakere. Tilsvarende antall for Fredrikstad, Hvaler og Råde var 547 deltakere. Kjønnfordelingen preges av en overvekt av kvinner og andelen kvinner har ligget stabilt omkring 67 %. Tall fra de

siste årene viser at omkring halvparten av deltakerne er nye hvert år (Hansen, u.å.; Østfold Idrettskrets, u.å.-a). Det er derfor stor utskiftning i deltakermassen. Årsrapporten fra 2014 viser at andelen ikke-etnisk norske har steget siden tilbudets start. I 2008 var 17,5 % ikke-etnisk norske, mens tallet hadde steget til 28,7 % i 2012. For 2014 er andelen 25 % og de er fordelt på hele 62 nasjoner (Hansen, u.å.).

Deltakernes situasjon helt eller delvis utenfor arbeidslivet er registrert de siste årene og viser at omkring halvparten av deltakerne er uføretrygdede og en tredjedel er mottakere av arbeidsavklaringspenger. Disse to kategoriene beskriver størst andel av deltakerne, mens resten er arbeidssøkende, sykemeldte, mottar sosialhjelp eller havner innenfor ”annet” (Hansen, u.å.). Selv om denne statusen ikke er viktig for oppgaven er det viktig å være den bevisst, særlig med tanke på forrige kapittel om sosial ulikhet i helse og hvilken situasjon de befinner seg i.

3.2. Helserelatert livskvalitet

Begrepet *helselatert livskvalitet* ble introdusert som et smalere og mer presist begrep av helse og har siden introduksjonen vært i utvikling (Ferrans et al., 2005). Livskvalitet er blitt brukt i mange sammenhenger, noe som har gjort at det har vært vanskelig å skille betydningene av livskvalitet fra betydningene av helse. I mange tilfeller er spørsmål som dreier seg om helse og livskvalitet overlappende (Mæland, 2010). *Helselatert livskvalitet* handler om opplevd livskvalitet knyttet til helse, sykdom og behandling. Aspekter som kvalitet på omgivelser, offentlig sikkerhet, utdanning, politisk frihet og kulturelle fasiliteter er tradisjonelt sett på som betydningsfulle for livskvaliteten, men disse aspektene er sett bort fra i helselatert livskvalitet. Det kan likevel være vanskelig å sette et skille mellom hva som er helselatert og ikke (Ferrans et al., 2005).

For å tilegne seg en videre forståelse av begrepet helselatert livskvalitet, bør en se nærmere på begrepene som helselatert livskvalitet er sammensatt av. Helse og livskvalitet er begreper som de fleste har et forhold til, og som ofte brukes om hverandre (Mæland, 2010).

Livskvalitet dreier seg om hvordan man opplever objektive og materielle forhold man lever under. Det handler med andre ord om hvordan enkeltpersoner subjektivt opplever å ha det godt eller vondt. De objektive forholdene en lever under er av betydning for livskvaliteten, men det er likevel ikke en konsekvent sammenheng. Hvordan livskvalitet oppleves henger sammen med hvordan man oppfatter «det gode liv» og er alltid avhengig av referanseramme og erfaringsbakgrunn hos det enkelte mennesket (Mastekaasa, Moum, Næss & Sørensen, 1988).

Helse er et begrep med flere definisjoner. En mye brukt definisjon er Verdens helseorganisasjons definisjon som sier at «*helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom eller lyte*» (World Health Organization, 1948). Denne definisjonen er et resultat av at det ble slått fast at helse var mer enn bare fravær av sykdom og svakhet. Definisjonen har blitt kritisert for å være utopisk, altså fjern fra hvordan virkeligheten egentlig er (Mæland, 2010). En annen definisjon av helse som er mye brukt i Norge er «*...å ha overskudd i forhold til hverdagens krav*» (Hjort, 1982). Helse er påvirket av flere elementer og det er viktig å huske på at man i helse må ta hensyn til både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner (Bouchard, Shephard & Stephens, 1994). For helsefremmende tiltak der fysisk, mentalt og sosialt velvære er målet, er prosessen som gjør individene i stand til å ta kontroll over og forbedre egen helse viktig. For at de skal oppnå dette må de lære seg å identifisere og realisere sine ambisjoner, tilfredsstille sine behov og endre eller takle omgivelsene rundt. På bakgrunn av dette er helsen en ressurs i hverdagslivet, som ikke bare er et ansvar hos helsesektoren, men like mye påvirket av livsstil (World Health Organization, 1986).

Fugelli og Ingstad (2001) har tidligere gjennomført en studie der det viser seg at folk forbinder god helse med blant annet trivsel, mestring, funksjon, energi og overskudd. I den samme studien oppsummeres forståelsen av helse som holistisk, pragmatisk og individuell. Implisitt betyr dette at helse gjør seg gjeldende i alle sider ved livet, den bedømmes og erfares ut fra hver enkelts referanserammer og veien til god helse er individuell (Fugelli & Ingstad, 2001). Blant den generelle befolkningen i Norge svarer omkring halvparten (46,1%) at de oppfatter egen helse som god, og ytterligere 27 % (27,1) at helsen er svært god. Kun i overkant av 5 % sier helsen er dårlig eller svært

dårlig. Andelen som sier helsen er god har også vært økende de siste årene (Breivik, 2013).

Ved å ha sett på både helse- og livskvalitetsbegrepet får man en forståelse for at begrepene brukes overlappende, samt at det finnes både sammenheng og ulikhet mellom begrepene. Helserelatert livskvalitet er et begrep som omhandler den siden av livskvalitet som dreier seg om helsemessige aspekter, og er mer avgrenset enn helsebegrepet (Ferrans et al., 2005). Innenfor helselatert livskvalitet finnes dimensjoner for den fysiske, psykiske og sosiale siden ved livskvalitet. Det å måle livskvalitet subjektivt fremfor objektivt kan dermed gi et riktigere bilde av folks livskvalitet, fremfor eksempelvis fysiologiske tester (Espnes & Smedslund, 2001). Det er flere måter å måle helselatert livskvalitet på og det varierer hvor mange dimensjoner som er inkludert, men åtte dimensjoner er blant de mest brukte innen forskning (Bize et al., 2007; Ware & Gandek, 1998). Disse dimensjonene er fysisk funksjon, fysisk rollebegrensning, kroppslig smerte, generell helse, emosjonell rollebegrensning, vitalitet, sosial funksjon og mental helse. De danner grunnlaget i måleinstrumentet SF-36 (Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey) (Ware & Sherbourne, 1992).

Innenfor disse åtte dimensjonene er det en todeling som plasserer fire dimensjoner i fysisk helse og fire dimensjoner i mental helse. Fysisk helse består av fysisk funksjon, fysisk rollebegrensning, kroppslig smerte og generell helse. De fire resterende, emosjonell rollebegrensning, sosial funksjon, mental helse og vitalitet, er dimensjonene som er definert som mental helse. I litteraturen benevnes disse to som Mental Component Summary Score (MCS) og Physical Component Summary Score (PCS), og det kan regnes ut egen poengskår for disse to.

I en studie av Loge og Kaasa (1998) er det utviklet normative data for den norske befolkningens helselaterte livskvalitet basert på en undersøkelse bestående av 2323 nordmenn. Graden av helselatert livskvalitet presenteres med en gjennomsnittsscore på en skala fra 0-100, der høy score indikerer høy grad av helselatert livskvalitet. For kvinner varierer de normative dataene mellom 84,8 i fysisk funksjon og 56,9 i vitalitet. De påfølgende dimensjonene etter fysisk funksjon er sosial funksjon (83,7),

emosjonell rollebegrensning (79,1) og mental helse (77,6). For menn er sterkeste og svakeste dimensjon de samme som hos kvinner, med fysisk funksjon på 89,8 og 63,2 i vitalitet. Videre er de påfølgende normative verdier for menn 87,6 på sosial funksjon, 84,5 på emosjonell rollebegrensning, 80,5 på fysisk rollebegrensning og 80,0 på mental helse (Loge & Kaasa, 1998). Forskjellene mellom kvinner og menn ligger på omkring 5 poeng.

3.3. Helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har en positiv sammenheng med helsen. Det er da ikke bare snakk om fysiske egenskaper, men også på våre psykiske egenskaper (Espnes & Smedslund, 2001).

«Fysisk aktivitet består av alle bevegelser produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruk utover hvilenivå» er definisjonen som blir mye brukt om fysisk aktivitet (Bouchard & Shephard, 1994, p. 77). Virkningen av fysisk aktivitet på helsen avhenger av en rekke faktorer, blant annet hvor ofte, hvor lenge og hvor intensivt. Hyppighet, varighet og intensitet er med på å bestemme effektene av fysisk aktivitet, men de generelle effektene vil gå igjen hos de aller fleste som er fysisk aktive (Henriksson & Sundberg, 2008). Fysisk aktivitet gjør kroppen bedre rustet til å tåle påkjenninger og utfordringer livet byr på. Før eller siden vil våre fysiske og psykiske evner bli utfordret i situasjoner som krever litt ekstra. Gjennom fysisk aktivitet kan vi styrke kroppen vår og gjøre den bedre rustet i slike situasjoner. Her er de fysiske effektene mer presist avklart enn de psykiske (Espnes & Smedslund, 2001). Blant de psykiske effektene som er undersøkt finner man negative sammenhenger med angst og depresjon og positive sammenhenger med selvoppfattelse, mestringstro og humør. Ved høyere aktivitetsnivå kan man oppleve mindre stress, angst og depresjon (McAuley, 1994).

De dokumenterte effektene av fysisk aktivitet er mange, men blant de viktige er effekter på hjerte, skjelettmuskulatur, immunsystem og skjelett. Hjertet styrkes gjennom fysisk aktivitet ved at hjertets slagvolum øker, noe som fører til at blodmengden per slag økes og et resultat av dette er lavere hvilepuls (Mitchell & Raven, 1994). Skjelettmuskulaturen påvirkes gjennom endring i struktur og

transportkapasitet, samt økt aktivering av muskulatur. Utholdenhet- og styrketrening påvirker strukturen på ulike måter. Gjennom systematisk styrketrening kan muskulaturens tverrsnitt økes, og sammen med økning i muskelmasse følger økning i hvilestoffskiftet (Faulkner, Green & White, 1994). Transportkapasiteten påvirkes i stor grad under utholdenhetstrening gjennom økning i glukosetransportører (Laughlin, McAllister & Delp, 1994). Når det kommer til immunsystemet virker lav eller moderat fysisk aktivitet å ha en positiv effekt på immunsystemets funksjon og kan redusere risikoen for infeksjon. Ved trening med høy intensitet er immunforsvaret svekket en periode i etterkant av aktiviteten fordi kroppen brytes ned under trening (Henriksson & Sundberg, 2008; Newsholme & Parry-Billings, 1994). Skjelettet kan ved hjelp av fysisk aktivitet styrkes gjennom økt beintetthet. Fysisk aktivitet som innebærer støtbelastning viser seg å ha størst forbedring på beintettheten (Henriksson & Sundberg, 2008).

Fysisk *inaktivitet* er på sin side en sentral risikofaktor for kardiovaskulær sykdom og en rekke andre kroniske sykdommer (Warburton, Nicol & Bredin, 2006). En inaktiv livsstil kan føre til at kroppen gradvis blir svakere og det er større risiko for utvikling av overvekt og fedme (Torstveit & Olsen, 2011; Warburton et al., 2006).

Når det gjelder anbefalt dose fysisk aktivitet, støtter mange seg til de offentlige anbefalingene. Disse er utarbeidet med grunnlag i forskning og passer for folk flest. Det anbefales for voksne personer at man hver uke er fysisk aktiv i minimum 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter høy intensitet, der hver økt bør ha en varighet på minimum 10 minutter (Helsedirektoratet, 2014; World Health Organization, 2011). Studier har vist at den største helsegevinsten oppnås når man går fra et lavt aktivitetsnivå til et anbefalt aktivitetsnivå, det vil si at dersom man øker aktivitetsnivået fra anbefalt til høyt vil ikke gevinstene øke i like stor grad (Jansson & Anderssen, 2009).

Bize et al. (2007) har utarbeidet en oversikt som viser en positiv assosiasjon mellom helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitetsnivå med bakgrunn i en rekke studier. Likevel fører mangelen på langsgående studier til at det ikke kan trekkes noen konklusjon på bakgrunn av studiene i oversikten. Tverrsnittstudiene viser moderat til

sterk korrelasjon mellom helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet, og dermed at høyere aktivitetsnivå fører til høyere verdier i helserelatert livskvalitet (Bize et al., 2007).

I Norge har det skjedd en endring i aktivitetsmønster de siste tiårene. Fra 1985 til 2011 skjedde det en betydelig forskyvning fra lite eller ingen trening til trening to ganger i uken eller oftere. Samlet representerer dette en betydelig endring i retning av flere aktive og mer aktivitet. Mer konkret er det færre som svarer at de aldri eller sjeldent trener, mens den største økningen er i kategorien ”3-4 dager i uken”. I 2011 rapporterte 25,8 % at de drev fysisk aktivitet 3-4 ganger i uka og 24,9 % at de var fysisk aktive 2 dager uka. For varigheten på treningsøktene er det en tendens til at de korte og lange treningsøktene har en synkende trend, mens økter med en varighet på mellom en halv og en time er økende. Intensiteten er i større grad middels eller høy nå enn tidligere (Breivik, 2013).

En undersøkelse av fysisk aktivitetsnivå blant deltakerne ved Aktiv på Dagtid i Møre og Romsdal viser at 49 % av utvalget på 55 deltakere er fysisk aktive slik at hjertet banker fort eller man blir svett i minimum 20 minutter 2-3 dager i uken. 17 % oppgir 4 dager i uken eller mer, 19 % oppgir 1 dag i uka, mens 15 % er inaktive. Ettersom treningssenter er en sentral del av treningstilbudet i Aktiv på Dagtid trener 38 % på treningssenter 1 dag i uka, 22 % 2-3 dager i uka og 4 % trener på treningssenter 4 dager i uka eller mer. 36 % oppgir at de sjelden eller aldri trener på treningssenter (Ingebrigtsen, 2009). På ApD i Oslo er det også kartlagt aktivitetsnivå blant deltakerne, men denne studien fokuserte kun på hvor mye deltakerne trente på Aktiv på Dagtid. Blant de 485 deltakerne trener 31 % henholdsvis 1 eller 2 dager i uka, 28 % 3 dager i uka og 9 % trener 4 eller 5 dager i uka. Kun 1 % er aktive sjeldnere enn en dag i uka (Strandbu & Seippel, 2011).

Helserelatert livskvalitet er undersøkt blant deltakerne ved ApD i Oslo. Studien hadde et longitudinelt prospektivt design der målet var å se utviklingen hos deltakerne etter en periode som deltakere. Etter tre datainnsamlinger viste endringene deltakerne hadde oppnådd få signifikante sammenhenger. Det var økning i flere dimensjoner, men uten signifikant utslag. Det fysiske aktivitetsnivået blant deltakerne hadde heller

ikke endret seg signifikant etter at de startet som medlemmer i Aktiv på Dagtid, til tross for at flere hadde økt sitt aktivitetsnivå. Selv om ikke endringene i fysisk aktivitetsnivå og helserelatert livskvalitet var signifikant blant deltakerne, viste korrelasjonsanalyser at det var statistisk signifikant sammenheng mellom deltakernes fysiske aktivitetsnivå og helserelaterte livskvalitet. For alle de åtte dimensjonene var korrelasjonen positiv og høy score var forbundet med høyt aktivitetsnivå. Korrelasjonen var sterkest i dimensjonene fysisk funksjon, generell helse og emosjonell rollebegrensning. Spørreskjemaet for denne undersøkelsen var omfattende, noe som kunne ses på som en svakhet for undersøkelsen ettersom flere deltakere falt av før undersøkelsens slutt. 60 deltakere sa seg villige til å delta, men 45 deltakere fullførte, derav 23 kvinner og 11 menn (Solbraa, 2007). Studien vil være relevante å benytte i plasseringen av resultatene på forskningsfeltet. I neste kapittel belyses flere av funnene i studien.

3.4. Kjønnforskjeller

En persons fysiske og mentale helse kan ha en sammenheng med det fysiske aktivitetsnivået. I studier der helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitetsnivå er undersøkt, viser det seg at det er sammenheng. En fransk tverrsnittstudie viser at menn har bedre helserelatert livskvalitet enn kvinner, basert på et utvalg på 5654 personer. Både fysisk og mental helse endres om man ser ulike fysiske aktivitetsnivåer opp mot hverandre. For kvinner er det en signifikant forskjell mellom både inaktivitet og uregelmessig aktivitet sammenlignet med høyt aktivitetsnivå. Det samme gjelder for menn, med unntak av emosjonell rollebegrensning i sammenligningen mellom uregelmessig og høyt aktivitetsnivå. Generelt forbedres helserelatert livskvalitet i takt med økning av fysisk aktivitetsnivå, med unntak av fra inaktivitet til uregelmessig aktivitet i menns mentale helse. For kvinner forbedres kroppslig smerte, emosjonell rollebegrensning og vitalitet mest ved å gå fra moderat aktivitetsnivå til høyt. For menn var det størst økning i vitalitet fra uregelmessig aktivitet, til moderat og høyt aktivitetsnivå. Generell helse økte mest fra moderat til høyt aktivitetsnivå. Mennenes mentale helse generelt økte mest fra uregelmessig til moderat aktivitetsnivå, mens det for kvinnene var en mer jevn økning i takt med aktivitetsnivå (Vuillemin et al., 2005). En amerikansk studie viser også til resultater som viser at respondentene som tilfredsstilte anbefalingene for fysisk aktivitet skåret

høyere på fysiske dimensjoner enn på mentale. Det er signifikant sammenheng mellom disse og de inaktive. Også i denne studien skårer menn høyere enn kvinner på helserelatert livskvalitet (N=9173) (Kruger et al., 2007).

Wendel-Vos, Schuit, Tihuis og Kromhout (2004) inkluderer i sin studie fra Nederland både tverrsnittlige og longitudinelle sammenhenger mellom fysisk aktivitet på fritiden og helserelatert livskvalitet. Tverrsnittlige sammenhenger viser signifikante positive endringer i fysisk funksjon, generell helse, vitalitet og samlet for fysisk helse for både kvinner og menn når varigheten på moderat aktivitet økes. Det samme gjelder mental helse for menn og emosjonell rollebegrensning og sosial funksjon for kvinner. De longitudinelle sammenhengene viser at fysisk aktivitet på fritiden har en signifikant sammenheng med sosial funksjon for begge kjønn. For menn er det også signifikant sammenheng i vitalitet, mental helse og mental helse som helhet. Studien hadde et perspektiv på fem år (Wendel-Vos et al., 2004). Lignende longitudinelle sammenhenger ble funnet i en treårig fransk studie. Basert på et utvalg på 3891 respondenter viste resultatene at økning i fysisk aktivitet på fritiden hadde signifikant sammenheng med en liten økning i fysisk funksjon, sosial funksjon og mental helse som helhet for menn og fysisk funksjon, sosial funksjon, vitalitet og mental helse som helhet for kvinner. Totalt skåret menn høyere på helserelatert livskvalitet enn kvinner (Tessier et al., 2007).

En studie som sammenligner mennesker over 50 år med og uten funksjonsnedsettelse viser at personer som har en funksjonsnedsettelse har et markant lavere aktivitetsnivå og dårligere fysisk helse enn personer uten funksjonsnedsettelse. For den mentale helsen er ikke forskjellen like stor, men den er større for de mellom 50 og 64 år enn for de eldre (Thompson, Zack, Krahn, Andresen & Barile, 2012).

Hvordan det å tilegne seg en fysisk aktiv livsstil i voksen alder har påvirkning på den helserelaterte livskvaliteten er tema i en nederlandsk, longitudinell studie. Bestående av 3621 respondenter ble studien gjennomført med en oppfølgingsperiode over 10 år. Aktivitetsmønstrene ble delt i fem; å bli aktiv, å bli inaktiv, å forbli aktiv, å forbli inaktiv og uregelmessig aktivitet. Resultatene viste signifikante forskjeller mellom de som ble aktive sammenlignet med både de som forble inaktive og de som ble inaktive.

For de som ble aktive resulterte økningen i bedre fysisk funksjon, generell helse og vitalitet enn de som forble inaktive. I kroppslig smerte, sosial funksjon, mental helse og fysisk og emosjonell rollebegrensning skilte ikke resultatene for de to gruppene seg fra hverandre. Sammenlignet med de som hadde vært aktive hele tiden, skåret de som ble aktive noe lavere, men det var ingen signifikante sammenhenger mellom hverken disse to gruppene eller med de med uregelmessig aktivitet (van Oostrom et al., 2012).

Studien av Aktiv på Dagtid i Oslo er gjennomført blant nye deltakere på tilbudet. Deltakerne følges opp gjennom tre datainnsamlinger fra start og til det er gått omkring sju måneder. Aller best er deltakernes fysiske funksjon, men de fire dimensjonene i hver kategori sett over ett er best for de mentale dimensjonene. Dimensjonen som drar ned gjennomsnittet er vitalitet, den svakeste dimensjonen hos begge kjønn. De kvinnelige deltakerne skåret gjennomsnittlig lavere enn de mannlige deltakerne. Ved den siste datainnsamlingen oppnådde kvinnene høyest resultat i fysisk funksjon (78), sosial funksjon (70), emosjonell rollebegrensning (69) og mental helse (67). Vitalitet viste seg å være den svakeste dimensjonen med et resultat på 50. I de mannlige deltakernes resultater var rekkefølgen den samme, men omkring 10 poeng høyere enn hos kvinnene. Siste datainnsamling viste 88 i fysisk funksjon, 82 i sosial funksjon, 78 i emosjonell rollebegrensning og 73 i mental helse. Nederst ligger vitalitet på 51. Endringene deltakerne oppnådde i løpet av perioden var signifikante i fysisk funksjon, kroppslig smerte og vitalitet hos kvinner (Solbraa, 2007).

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helselatert livskvalitet er også undersøkt gjennom eksperimentelle studier. Deltakerne er i disse studiene delt inn i eksperimentgruppe(r) og kontrollgruppe, der resultatene sammenlignes etter endt intervensjon. Sillanpää, Häkkinen, Holviala og Häkkinen (2012) undersøkte virkningen av styrke- og utholdenhetstrening på den helselaterte livskvaliteten, der 96 kvinner og 108 menn dannet utvalget i studien. Intervensjonen hadde en varighet på 21 uker og deltakerne ble delt inn i grupper med henholdsvis styrketrening, utholdenhetstrening, kombinert styrke- og utholdenhetstrening eller kontrollgruppe. Styrke- og utholdenhetstrening ble hver utført to ganger i uka. Det betydde to økter i uka for styrke- og utholdenhetsgruppa og fire økter i uka for kombinasjonsgruppa.

Kombinasjonsgruppa opplevde en signifikant bedring i generell helse, vitalitet og mental helse, styrkegruppa en reduksjon i kroppslig smerte og utholdenhetsgruppa en bedring i generell helse og fysisk rollebegrensning og en reduksjon i kroppslig smerte. Sammenhengen mellom forbedring av styrke og utholdenhet gjennom fysisk aktivitet og endring i helserelatert livskvalitet ga størst utslag i vitalitetsdimensjonen (Sillanpää et al., 2012). Imayama et al. (2013) gjennomførte en intervensjon som bestod av 60 minutter med moderat til hard trening 6 dager i uken i 12 måneder for eksperimentgruppa. Eksperimentgruppa hadde derfor høyt aktivitetsnivå. I tillegg til treningen ble det gjort antropometriske målinger av alle deltakerne. Etter endt intervensjon viste resultatene ingen signifikante forskjeller i de åtte dimensjonene samlet mellom aktivitets- og kontrollgruppa. Dette var samme resultater som ved studiens start. Det ble derimot funnet signifikante sammenhenger mellom økt fysisk aktivitet og redusert kroppslig smerte og bedre generell helse og vitalitet. De som befant seg i gruppen med høyest fysisk aktivitetsnivå oppnådde signifikant forbedring i kroppslig smerte og vitalitet sammenlignet med kontrollgruppen. Deltakere som forbedret sitt maksimale oksygenopptak forbedret også sin fysiske funksjon og generelle helse (Imayama et al., 2013).

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet er, basert på de foreliggende studiene, ikke samsvarende fra studie til studie. De ulike typene studier gjør ulike funn gjennom sine undersøkelser. De foregående avsnittene kan oppsummeres ved en tendens til at tverrsnittstudiene resulterer i størst utslag i fysiske helsedimensjoner (Kruger et al., 2007; Vuillemin et al., 2005; Wendel-Vos et al., 2004), mens longitudinelle studier viser til resultater som i størst grad er i mentale dimensjoner (Tessier et al., 2007; van Oostrom et al., 2012; Wendel-Vos et al., 2004). Undersøkelsen fra Aktiv på Dagtid i Oslo viser at dimensjonenes rangering er lik for begge kjønn, men at menn har bedre resultater (Solbraa, 2007). I studiene varierer det mellom om fysisk og mental helse benevnes som en helhet eller om det er flertall av fysiske eller mentale dimensjoner som slår sterkest ut. Blant de eksperimentelle studiene ble det gjort noe forskjellige funn, noe som forteller at intervensjonen som blir gjennomført har betydning for utfallet. Forbedring av fysisk form gjennom fysisk aktivitet som styrke og utholdenhetstrening og økning av det fysiske aktivitetsnivået

ga størst forbedring i henholdsvis mentale og fysiske dimensjoner (Imayama et al., 2013; Sillanpää et al., 2012).

Slik det er forskjell mellom kvinner og menn i helse, er det også avdekket kjønnsforskjeller i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet har tradisjonelt vært dominert av menn (Hovden, 2004) og i dag er det en overvekt av mannlige medlemmer i den organiserte idretten, men den kommersielle treningsbransjen har flest kvinnelige medlemmer. Andelen kvinner som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet har økt med årene, og kvinnene er nå på høyde med mennene. I 1999 lå andelen kvinner på 17,2 % og menn på 21,3 %, mens i 2011 hadde kvinneandelen økt til 30,5 % og menn til 29,8 % (Breivik, 2013). Dette vil si at kjønnsforskjellene i fysisk aktivitet er mindre og det er flere innenfor begge kjønn som tilfredsstillende anbefalingene om fysisk aktivitet.

Det fysiske aktivitetsnivået endret seg i ulik grad for de kvinnelige og mannlige deltakerne ved Aktiv på Dagtid i Oslo. Blant kvinnene er det en betydelig større andel som trener med moderat intensitet, etterfulgt av høy intensitet og lav intensitet ved den siste innsamlingen. Andelen som trente med lav intensitet hadde en synkende tendens fra studiens start til slutt. Blant de mannlige deltakerne var fordelingen noe annerledes. Den største andelen drev fysisk aktivitet med hard intensitet, mens de færreste trente med moderat intensitet. I studien ble det også oppgitt at medianen for antall dager i uken de er fysisk aktive var 1-2 dager for kvinner og 2 dager for menn. Varigheten på hver økt var henholdsvis 1,5 time og 1 time for kvinner og menn (Solbraa, 2007). Det viser seg altså at menn hadde en høyere intensitet enn kvinnene i gjennomføringen av sin fysiske aktivitet.

3.5. Myndiggjøring

Begrepet *empowerment* ble introdusert i USA på 1970-tallet og handlet den gang om lokal utvikling og mobilisering av utsatte grupper. Begrepet kom også senere til å betegne en tilnærming innen sosialt arbeid og folkehelsearbeid. Det satt spørsmålsteget ved de rådende strategiene som tok utgangspunkt i en tilnærming ovenfra og ned, og ga utsatte grupper innflytelse i arbeidet med å styrke egen gruppes posisjon i samfunnet (Forsberg & Starring, 1997).

Begrepet er ment å dekke et viktig aspekt ved forholdet mellom behandleren på den ene siden og klienten på den andre (Vik, 2007). Begrepet har fått en mindre radikal betydning og er nå et begrep som benyttes på flere felt, deriblant helse og helsefremmende arbeid (Forsberg & Starring, 1997; Mæland, 2010). I Norge er den vanligste oversettelsen for empowerment *myndiggjøring*. Myndiggjøring kan være både kultur-, samfunns- og gruppespesifikk og det er derfor viktig at det praktiseres på bakgrunn av de lokale omgivelsene og behovene (Wallerstein, 2006).

En viktig inspirasjonskilde for mange innenfor myndiggjøring er Paulo Freire. Han er kjent for sitt brennende engasjement for fattige og undertrykte og utviklet teorier om hvordan en frigjørende pedagogikk skulle være. Freire forstod undertrykking blant annet som et resultat av at de undertrykte så på seg selv som objekter påvirket og styrt av omgivelsene, og ikke om subjekter som styrte og påvirket verden (Vik, 2007). Det er denne forståelsen som ligger til grunn for myndiggjøring slik vi bruker det i dag.

Myndiggjøring bør, i følge Adams (2008), ikke samles i én definisjon, på bakgrunn av at det har ulik betydning avhengig av hvem som benytter det og på hvilket felt det benyttes. Likevel er det viktig å klargjøre hva som ligger i begrepet. Myndiggjøring har både akademiske, retoriske og radikale assosiasjoner. Den akademiske og retoriske assosiasjonen er de mest aktuelle for å forstå helse, der det brukes til å forstå henholdsvis menneskers forhold til makt og maktløshet i samfunnet og hvordan oppnå mer makt. Den radikale assosiasjonen er mer sett på som noe skremmende (Adams, 2008). Myndiggjøring kan altså forstås som det å gi makt, eller eventuelt mer makt, til de som har lite makt fra før (Adams, 2008; Mæland, 2010; Vik, 2007). Basert på en forståelse av flere definisjoner uttrykker Adams (2008) myndiggjøring som *”kapasiteten en person, gruppe eller samfunn har til å ta kontroll over sine omstendigheter, utøve makt og oppnå sine egne mål, samt om de, individuelt eller kollektivt, er i stand til å hjelpe seg selv og andre til gjøre det beste ut av egne liv”* (Adams, 2008, p. 17). Det å oppleve at man har rimelig kontroll over sitt eget liv er sentralt både for selvbildet og mestringsevnen. Videre har denne kontrollen en påvirkningskraft og konsekvenser for mental og fysisk helse (Mæland, 2010). Arbeidet kan spille en rolle i myndiggjøring på bakgrunn av at det gir grunnlag for

andre å vurdere individet som en fullverdig medborger (Bergem, 2007). Arbeidet har en rolle som identitetsskaper både for individet selv og for andre og det gir muligheter til å være uavhengig, oppnå respekt og selvrealisering (Galloway, 1991 i Bergem, 2007). I motsetning til Adams (2008) radikale assosiasjon er myndiggjøring et uttrykk med sterk positiv valør, i følge Vik (2007). Det retter seg mot løsning fremfor problem og er assosiert med vekst og utvikling (Vik, 2007). Slettebø (2002) mener at myndiggjøring kan forstås både som mål, metode og prosess. Myndiggjøring som mål er i likhet med Vik (2007) å se det som noe utelukkende positivt, og det kan også ses på som en prosess å komme dit.

Som et vidt begrep har myndiggjøring utviklet seg i ulike retninger, og det er utviklet ulike perspektiver på begrepet. To hovedperspektiver innenfor det norske begrepet er *individuell og systemorientert myndiggjøring* (Vik, 2007).

Individuell myndiggjøring handler om utvikling av en personlig følelse av økt makt eller kontroll uten at det har skjedd en reell endring i strukturen rundt individet (Rissel, 1994; Vik, 2007). Beslektede ord er brukerstyring og brukervedvirkning (Vik, 2007). Individuell myndiggjøring kan føre til at medlemmet opptrer mer aktivt i grupper eller organisasjoner uten at det har foregått en kollektiv aksjon i forkant (Rissel, 1994). Perspektivet har bakgrunn i at klientrollene har hatt stor endring de siste årene. Fra å være mottakere av hjelp er de gått mer over til aktivt å ta ansvar for egen prosess. Innenfor helse er flere lidelser utsatt dersom det ikke tas aktivt ansvar i tilfriskningsprosessen. De fleste ønsker heller ikke å bli sett på som passive og viljeløse mennesker (Vik, 2007).

I *systemorientert myndiggjøring* legges det vekt på at hvert individ er en del av en større sammenheng. Dette kan eksempelvis være en familie, ei gruppe eller en organisasjon. For å forstå eller hjelpe et menneske må en derfor ta hensyn til disse sosiale relasjonene. Myndiggjøring kan på denne måten ses på som en gruppeprosess der endringer i rammevilkårene og de interne relasjonene i gruppa får en frigjørende effekt for enkeltmenneskene. I første omgang kan en frigjørende effekt gjøre seg gjeldende i mentale prosesser som deretter vil komme til uttrykk i forbedret kultur og handlingsevne i gruppa (Vik, 2007). I følge Rissel (1994) krever systemorientert myndiggjøring en økning i individuell myndiggjøring hos individene i gruppa eller

organisasjonen. En utfordring ved systemorientert myndiggjøring er at noen vil oppnå økt myndiggjøring på bekostningen av andre (Rissel, 1994).

I helsesektoren har myndiggjøring som begrep gradvis erstattet nøkkelbegreper som egenkapital og samfunnsdeltakelse. De to sistnevnte har de siste tiårene fått økt fokus i helsefremmende arbeid. I sitt rammeverk undersøker Rifkin (2003) sammenhengen mellom egenkapital, myndiggjøring og utfall på helsen. Gjennom aspekter som kapasitet, menneskerettigheter, organisatorisk bærekraft, institusjonelt ansvar og utviklende miljø finner hun at primærhelsetjenesten bygger på og handler om valg. Med dette menes blant annet de valg hvert enkelt individ er forberedt på å gjøre og at de er mye bestemt av egenkapital og myndiggjøring hos den enkelte. Hver enkelt skal aktivt involveres og lære seg å ta ansvar for egen helse (Rifkin, 2003). For personer med psykiske lidelser viser en svensk undersøkelse at engasjement i meningsfulle tilbud eller aktiviteter kan fremme tilfredshet og helsemessige forhold. Slik deltakelse kan påvirke følelsen av myndiggjøring og ha en positiv påvirkning på rehabiliteringsprosessen, det viser studien som er gjort av Hultqvist et al. (2015). Liten grad av myndiggjøring oppleves ofte sterkest hos personer med mentale utfordringer (Fitzsimons & Fuller, 2002). Clark og Krupa (2002) uttrykker at det er vanskelig å trekke noen helt klare sammenhenger mellom helse og myndiggjøring, men at økt myndiggjøring ofte fører til økende målfokus, kontroll over eget liv og følelse av økt makt gjennom sosioøkonomisk status.

En svensk studie ser på forholdet mellom myndiggjøring og graden av deltakelse i daglige aktiviteter og samfunnsliv, opplevd stigma og livskvalitet i en gruppe mennesker med mentale problemer. Gruppen var en del av et tiltak for å komme tilbake i jobb. Resultatene fra studien viser at myndiggjøring hadde en signifikant positiv sammenheng med graden av engasjement i daglige aktiviteter og samfunnsliv og livskvalitet og negativ korrelasjon med opplevd stigma. I samme studie reflekteres det rundt relevansen i myndiggjøring og om den endres med graden av deltakelse, men at studiens metode ikke får frem disse endringene (Bejerholm & Björkman, 2010). Studien støttes av en australsk studie som også viser at høy grad av myndiggjøring henger sammen med høy grad av deltakelse i samfunnet og tilfredsstilte behov (Lloyd, King & Moore, 2010).

Det viser seg, i følge Lord og Hutchison (1993), at lav myndiggjøring kan forårsakes av en rekke ulike faktorer. Deres studie viser at en kombinasjon av sosial isolasjon og lav selvtillit påvirker evnen til å tro på seg selv og ha kontroll i eget liv. Drivkraften bak myndiggjøringsprosessen involverte for deltakerne både indre preg og eksterne elementer. Positiv mestringsforventning var et indre preg som hadde betydning for myndiggjøring og det å gjennomføre endring (Lord & Hutchison, 1993).

Som studiene viser er det ingen klar, entydig sammenheng mellom myndiggjøring og fysisk aktivitet og helse, men at det har en påvirkning trekker studiene en slutning om. Myndiggjøring bygger på valg og å ta kontroll i eget liv og er sterkest knyttet til den mentale helsen. I helsefremmende forskning er myndiggjøring av betydning, men ulike fagområder har ulike tradisjoner for bruk og praksis med tanke på myndiggjøring. På Senter for helsefremmende forskning, som eies av NTNU og Høgskolen i Sør-Trøndelag, jobbes det for en vitenskapelig utvikling med fokus på hva som fremmer, vedlikeholder og gjenoppretter god helse, både blant friske, utsatte grupper og mennesker som har vært utsatt for helsesvikt (Senter for helsefremmende forskning, u.å.). Myndiggjøring kan ses på med ulikt syn fra et pasientperspektiv i helsesektoren til frivillig deltakelse på helsefremmende tilbud, slik som Aktiv på Dagtid.

4. Problemstilling

Innledningsvis ble Folkehelsemeldingen introdusert med sitt fokus på helse i befolkningen. Folkehelsearbeidet skal skape trivsel og bidra til økt livskvalitet, også for de med sykdom eller funksjonstap. Dette innebærer også å ha kontroll i eget liv og å mestre egen hverdag. Fysisk aktivitet er et av tiltakene som belyses i meldingen som betydningsfull for helsen (Meld.St. 19, 2014-2015). Flere studier viser en positiv sammenheng mellom økt fysisk aktivitet og forbedret helse (Bize et al., 2007). Generelt i den norske befolkningen oppgir omkring halvparten at de trener to, tre eller fire dager i uka (Breivik, 2013). På Aktiv på Dagtid i Møre og Romsdal oppgir halvparten av deltakerne at de trener to-tre dager, mens ytterligere 17 % trener fire dager i uka eller mer (Ingebrigtsen, 2009). Hvordan den fysiske aktiviteten henger sammen med helselatert livskvalitet varierer noe med type studie, men tverrsnittstudiene viser størst tendens til best resultater i fysisk helse (Kruger et al., 2007; Vuillemin et al., 2005; Wendel-Vos et al., 2004). I Folkehelsemeldingen ble det også lagt vekt på at et helsefokus og tilrettelegging for bedre helse i samfunnet ikke skal fremmes på bekostning av individers følelse av myndiggjøring. For et individ kan økt myndiggjøring ha effekter på helsen som Woodall et al. (2010) oppsummerer i fem utfall, deriblant økt mestringstro, selvtillit og følelse av kontroll. Myndiggjøring har en positiv sammenheng med deltakelse og engasjement i daglige aktiviteter, samt livskvalitet, i følge Bejerholm og Björkman (2010).

På bakgrunn av tidligere forskning på fagfeltet og teoretiske perspektiver om helselatert livskvalitet og myndiggjøring er problemstillingen for oppgaven:

Hvordan påvirkes den helselaterte livskvaliteten til deltakerne ved Aktiv på Dagtid av fysisk aktivitet, kjønn og myndiggjøring?

5. Metode

Forskningstradisjonen viser at kvantitativ metode er mest benyttet, med fokus på empiriske sammenligninger og få eller ingen teoretiske perspektiver.

Undersøkelsen er en survey, en spørreundersøkelse som er gjennomført på ett tidspunkt. Gjennom denne metoden kan man systematisk samle inn data fra et utvalg personer for å gi en statistisk beskrivelse av den populasjonen utvalget er trukket fra. Utspørringen er standardisert, som vil si at alle får de samme spørsmålene stilt på samme måte (Groves et al., 2004). Undersøkelsen er gjennomført som et selvutfyllingsskjema og resultatene gir en statistisk beskrivelse av Aktiv på Dagtid i Fredrikstad i Østfold. Innsamlingen foregikk i treningslokalene til Aktiv på Dagtid, noe som ga mulighet til å hjelpe respondenter dersom de hadde spørsmål. Tilstedeværelsen ga også mulighet til å bli bedre kjent med tilbudet og få større kunnskap om hvordan det er organisert.

5.1. Utvalg

Datainnsamlingen fant sted i ApDs ulike treningslokaler i Fredrikstad. Spinning, helsestudio og gruppetreningstimer foregikk i Friskis & Svettis' lokaler og vanngymnastikk i varmtvannsbadet i Lykkeberghallen. Perioden datainnsamlingen foregikk var 27. oktober til 3. november 2014, med unntak av helgedager. For å nå ut til deltakerne ble det i samarbeid med engasjerte i ApD valgt ut timer der det var stor oppslutning fra Aktiv på Dagtids medlemmer. Aktivitetene som er representert i utvalget er styrketrening i sal, trening i helsestudio, spinning og vanngymnastikk. Til sammen ble informasjon om undersøkelsen gitt i fire spinningtimer, to gruppetimer som inneholdt styrketrening og sju vanngymnastikktimer. I tillegg til disse organiserte aktivitetene fikk personer som trente på egenhånd i treningsstudio tilbud om å delta. Forespørselen om å delta i undersøkelsen ble gitt enten felles i starten av en time eller individuelt i treningslokalene før eller etter trening. De fire første dagene ble innsamlingen gjennomført av studenten selv, mens de to resterende dagene stod ApD-konsulenten for innsamlingen. Basert på påmeldte deltakere var 105 personer på vanngym. Når det gjelder aktivitetene på Friskis & Svettis registreres ikke deltakerne elektronisk, så tallene baseres på gjennomsnittlige tall. Mandag og onsdag var det

trolig omkring 80 personer som deltok per dag. På bakgrunn av at personer kun registreres på papir når de kommer, kan det forekomme dobbeltregistreringer dersom det deltas på flere aktiviteter samme dag eller i løpet av samme uke.

De fleste som fikk personlig forespørsel var positivt innstilt til undersøkelsen. Etter de første par dagene ble det gjort erfaringer knyttet til hvem som stod for informasjonen om undersøkelsen og oppslutningen det resulterte i. Oppslutningen ble større dersom en engasjert i ApD informerte om undersøkelsen, i motsetning til om studenten gjorde det alene. At det var det et kjent ansikt hadde mye å si for om folk ønsket å delta eller ei. Blant de som ikke ønsket å delta var de hyppigste begrunnelsene mangel på tid, mangel på lesebriller eller vanskeligheter for å forstå språket godt nok til å kunne svare for seg. Lesebriller tilbød Friskis & Svettis å låne bort, men dette gjaldt kun aktivitetene som foregikk der.

Aktiv på Dagtid hadde i 2014 547 registrerte deltakere i kommunene Fredrikstad, Hvaler og Råde (Hansen, u.å.). Basert på de ansattes erfaringer er det trolig omkring 265 personer som deltar på aktiviteter hver uke. Med 75 deltakere i undersøkelsen totalt og 69 deltakere som er inkludert i analysene gir det en oppslutning på omkring 26 %. I måleinstrumenter som SF-36 er det viktig at de fleste spørsmål besvares for å kunne regne ut poengskårene for de åtte dimensjonene. Det betyr at en fjerdedel av de aktive medlemmene på de aktuelle aktivitetene er representert i undersøkelsen.

5.1.1. Kort om de aktuelle timene

Timene ble som tidligere nevnt plukket ut i samråd med konsulenten i ApD for å sikre god deltakelse fra ApD. Styrketrening i sal var timene ”Core Soft” og ”Styrke basis”. Core Soft er funksjonell mage- og ryggtrening som inkluderer bevegelser man gjør i dagliglivet. Styrke basis er stasjonsbasert trening med styrke- og kondisjonsøvelser man utfører i tidsbegrensede arbeidsperioder etterfulgt av pauser hvor man forflytter seg til neste stasjon. ”Spinning” er innendørs sykkeltraining med variert intensitet. Spinning med tilnavnet ”soft”, som har en lav intensitet, har i følge instruktøren vist seg å være populært blant deltakerne. ”Vanngym” er aktivitet i varmtvannsbasseng som holder minimum 33 grader. Timene består av enkle bevegelser og kombinasjoner

i vann som har til hensikt å gi bedre bevegelighet, styrke og kondisjon hos deltakerne (Østfold Idrettskrets, u.å.-c).

5.3. Karakteristika hos deltakerne

Blant kvinnene er gjennomsnittsalderen 55 år, med et standardavvik på 8 år og en spredning fra 37-67 år. Hos menn ligger gjennomsnittsalderen lavere enn hos damer og spredningen er større. Gjennomsnittsalderen er 48 år, standardavviket 11 år og spredningen er fra 30-65 år (vedlegg; tabell 6). Tilsvarende gjennomsnittsalder for ApD i Møre og Romsdal er 62 år (Ingebrigtsen, 2009). I Oslo er over halvparten 50 år eller eldre (Strandbu & Seippel, 2011).

Det er en skjev kjønnsfordeling i utvalget. 57 av deltakerne er kvinner, mens kun 12 er menn (vedlegg; tabell 5). Kvinnene utgjør hele 82 % av utvalget. Dette er en noe skjevere fordeling enn for hele deltakermassen i Aktiv på Dagtid, som de siste årene har ligget på omkring 67 % kvinner (Hansen, u.å.; Østfold Idrettskrets, u.å.-a). Det er ikke uvanlig at det er en overvekt av kvinner i slike aktivitetstilbud, også på ApD i Oslo er det over 60 % kvinner (Strandbu & Seippel, 2011) og i Møre og Romsdal er andelen kvinner på hele 89 % (Ingebrigtsen, 2009).

De aller fleste av deltakerne har vært med lenge. Nesten 60 % av kvinnene og 67 % av mennene har vært deltakere i over to år (vedlegg; tabell 5). I den totale deltakermassen er omkring halvparten av deltakerne nye hvert år (Østfold Idrettskrets, u.å.-a). Dette tyder på at de som var tilstede den uka datainnsamlingen foregikk, og som ønsket å delta i denne studien, er blant de som har vært medlemmer lenge i ApD.

5.4. Utarbeiding av spørreskjema

Spørreskjemaet er bygget på et standardisert spørreskjema og spørsmål som er hensiktsmessige for å finne svar på problemstillingen. Det kartlegger bakgrunnsinformasjon, fysisk aktivitetsnivå, deltakelse i ApD og helserelatert livskvalitet. For å kartlegge helserelatert livskvalitet er spørreskjemaet Short Form 36 (SF-36) benyttet. Dette er et mye benyttet spørreskjema for egnevaluert helse. Det er oversatt og brukt i mer enn 40 land og testet gjentatte ganger når det kommer til

validitet og reliabilitet (Loge & Kaasa, 1998; McHorney, Ware & Raczek, 1993; Ware, 2000). Spørsmålene som kartlegger det fysiske aktivitetsnivået hos deltakerne er spørsmål som er mye benyttet i helseundersøkelser. Tilsvarende spørsmål om fysisk aktivitet kan finnes igjen i den internasjonale undersøkelsen *ISSP, International Social Survey Programme* (Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste, 2008). I Norge benyttes tilsvarende spørsmål blant annet i undersøkelsen *Fysisk aktivitet – En studie av fysisk aktivitet blant voksne i Møre og Romsdal* (Ingebrigtsen, 2009) og i ungdomsundersøkelsen *Oppvekst i bygder* (Aspvik, Sæther & Ingebrigtsen, 2012). Spørsmålene er valgt på bakgrunn av at de har vist seg å fungere ved tidligere, større undersøkelser, noe som gir en trygghet om at de gir svar på det man ønsker svar på. Det var også et bevisst valg å inkludere spørsmål som belyser flere sider ved fysisk aktivitet. De vanligste målene er varighet, hyppighet og intensitet, men også et spørsmål om fysisk aktivitet i fremtiden er inkludert. Når det gjelder varighet er det valgt å ha et eget spørsmål om hvor mye av treningstiden som foregår på Aktiv på Dagtid. Ettersom undersøkelsen skulle foregå i ApDs lokaler var det viktig at undersøkelsen ikke var for omfattende, siden den fant sted forbindelse med deltakernes trening.

Bakgrunnsinformasjon om respondentene er plassert først i oppbygging av spørreskjemaet. Deretter følger spørsmål om fysisk aktivitetsnivå, både på ApD og totalt sett. Spørsmålene fra Short Form 36 er satt etter hverandre fortløpende, men rekkefølgen på spørsmålene er noe endret fra standarden. Dette er for å spare tekst og gjøre det mindre omfattende å lese. Det originale spørreskjemaet kan virke noe uligisk oppbygd. Et eksempel på dette er at alle spørsmålene som omhandler de fire siste ukene er samlet med en felles overskrift.

Det er valgt ikke å kartlegge sykdom eller lidelse hos deltakerne, da dette er utenfor fokusområdet til idrettskretsen. Det er andre instanser som fokuserer på dette, slik at fokuset hos idrettskretsen er å tilrettelegge for et så godt aktivitetstilbud som mulig. Det finnes kunnskap om deltakernes tilstand og det er derfor ikke nødvendig å fokusere på dette i denne undersøkelsen.

5.4.1. Måleinstrument for helserelatert livskvalitet

Spørreskjemaet Short Form 36 (SF-36) er et generelt måleinstrument for måling av helsestatus og helserelatert livskvalitet. At det er generelt vil si at det ikke er utviklet spesifikt for en aldersgruppe, sykdom eller behandlingsgruppe. Dette gjør at resultatene kan sammenlignes med andre grupper mennesker og på tvers av populasjoner (Loge & Kaasa, 1998; Ware, 2000). Det er de siste årene utviklet seg en enighet om at individets synspunkt må få større fokus. Et svar på dette er spørreskjemaer som Short Form 36, som både er kort og omfattende (Ware & Sherbourne, 1992). Short Form 36 forkortes med SF-36, og er utviklet for å tilfredsstille et minimum av psykometriske standarder som er nødvendig for sammenligning av populasjoner. De åtte dimensjonene SF-36 inkluderer er plukket ut blant 40 dimensjoner i *Medical Outcome Study*, en longitudinell studie som omhandler egenvurderte endringer i helsestatus (Ware & Gandek, 1998). Disse åtte er de mest benyttede dimensjonene i omfattende helseundersøkelser og blir i mindre grad påvirket av sykdom og behandling (Ware, 2000).

SF-36 er oversatt og validert til en rekke språk, deriblant norsk. Med sine åtte dimensjoner sier spørreskjemaet noe om helsetilstanden og den helserelaterte livskvaliteten til respondentene nå, de fire siste ukene og for et år siden. Hvert svar gir en poengsum mellom null og 100, og gjennomsnittet av de tilhørende spørsmålene innenfor hver dimensjon gir en verdi som indikerer helserelatert livskvalitet. Verdien 100 indikerer svært god helserelatert livskvalitet, mens verdien null indikerer svært dårlig helserelatert livskvalitet (Loge & Kaasa, 1998).

Dimensjonen *fysisk funksjon* inkluderer ti spørsmål fra undersøkelsen og omhandler i hvilken grad helsen er en begrensning i aktiviteter man vanligvis gjør hver dag. Dette er aktiviteter som å gå, gå i trapper, løfte ting, bære, vaske og kle på seg og moderat og hard aktivitet. En lav score i denne dimensjonen betyr begrensning i de fleste aktiviteter, mens en høy score forteller at helsen ikke er begrensende i verken daglige aktiviteter eller moderate og harde aktiviteter. *Fysisk rollebegrensning* består av fire spørsmål og dreier seg om i hvilken grad den fysiske helsen påvirker eller begrenser daglige gjøremål eller arbeid. *Kroppslig smerte* omhandler smerteintensitet og i hvilken grad smerten påvirker vanlige gjøremål på bakgrunn av to spørsmål. *Sosial*

funksjon består av to spørsmål og dreier seg om i hvilken grad fysiske og sosiale problemer begrenser sosiale aktiviteter. En høy score indikerer ingen problemer med sosiale aktiviteter, mens en lav score forteller at man ofte har problemer med sosiale aktiviteter på grunn av fysiske eller sosiale utfordringer. *Mental helse* består av 5 spørsmål som dreier seg om generell mental helse, inkludert angst, depresjon, følelsesmessig kontroll og psykisk velvære. *Emosjonell rollebegrensning* er tre spørsmål som dreier seg om i hvilken grad emosjonelle problemer har en begrensning på arbeid eller daglige gjøremål. *Vitalitet* handler om energinivå og tretthet/utbrenthet hos respondenten. Høy score indikerer mye energi og overskudd stort sett hele tiden. Fire spørsmål omhandler vitalitet. *Generell helse* består av fem spørsmål og omhandler respondentens evaluering av egen helse. En lav score i denne dimensjonen forteller at respondenten opplever egen helse som dårlig og at den forverres. På den andre siden betyr en høy score at helsen oppleves som god (MOS, 1994; Ware & Sherbourne, 1992).

I samsvar med blant annet Bouchard et al. (1994) inneholder SF-36 de tre viktige aspektene ved helse; fysiske, psykiske og sosiale aspekter.

5.5. Bearbeiding av data

I spørreskjemaet var det ingen spørsmål som i utgangspunktet skulle ha mer enn en avkrysning. Det var likevel noen tilfeller der respondenten ikke hadde funnet et passende alternativ og derfor krysset av flere. I disse tilfellene er det valgt å bruke den verdien som er nærmest gjennomsnittet for variabelen. I tilfeller der det var krysset av i to ruter var det for alle tilfellene en verdi som lå tett inntil gjennomsnittet for variabelen.

I den delen av spørreskjemaet som inneholdt måleinstrumentet SF-36 var det av betydning at spørreskjemaene var så fullstendige som mulig. Allikevel kan det, der det mangler svar, benyttes gjennomsnittsverdier på ubesvarte spørsmål dersom det mangler færre enn halvparten (Loge & Kaasa, 1998). Eksempelvis vil det si at dersom en verdi manglet under fysisk rollebegrensning ble respondentens gjennomsnittsverdi for den aktuelle dimensjonen benyttet. Dette ble ikke gjort der dimensjonen kun inneholdt to spørsmål.

5.5.1. Utregning av score for helserelatert livskvalitet

For å regne ut score ut fra spørsmålene i SF-36 ble svarverdiene lagt inn i Excel for omgjøring til poengscore. Det benyttes to ulike utregningsmetoder i litteraturen og det er her valgt å benytte den metoden som benyttes i den franske versjonen (Rand Health, u.å.). I den foreliggende litteraturen blir begge metodene benyttet og de blir også sammenlignet (Se bl.a. Bize et al., 2007). De to metodene skiller seg fra hverandre på kun to dimensjoner; generell helse og kroppslig smerte, og dette er kun små forskjeller. De to dimensjonene er testet med en korrelasjon på 0,99 (Gays, Sherbourne, Spritzer & Dixon, 1996). Flere store undersøkelser er gjennomført med den franske metoden (Tessier et al., 2007; Vuillemin et al., 2005). Hver svarverdi ble omgjort til en poengscore fra 0 til 100 basert på antallet og retningen på svaralternativene, ut fra de franske retningslinjene. For hver respondent ble det videre regnet ut gjennomsnittsscore for alle svarene innenfor hver dimensjon, slik at alle respondenter endte opp med en poengscore for hver av de åtte dimensjonene. Videre ble gjennomsnittsscorene lagt tilbake i SPSS for statistiske analyser.

5.5.3. Statistiske analyser

For gjennomføring av statistiske analyser er programmet SPSS versjon 21 benyttet. Fremstilling av statistiske data er gjort gjennom både deskriptive- og frekvensanalyser. Dette gjelder bakgrunnsinformasjon og informasjon om fysisk aktivitetsnivå blant deltakerne. Utarbeiding og fremstilling av helsedimensjonene er beskrevet i kapittel 5.5.1. Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er testet gjennom flere metoder. T-test er gjennomført for alle fysisk aktivitetsmålene for begge kjønn, men sammenlignet med korrelasjonsanalyse viser disse testene færre signifikante sammenhenger. For å fremstille sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet er det valgt enveis korrelasjonsmatrise med alle dimensjonene og målene for helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet. Korrelasjonsmatrisen gir et uttrykk for styrke og retning i den statistiske sammenhengen mellom variablene. Pearsons korrelasjonskoeffisient måler tendensen til en lineær sammenhengen mellom to variabler og er et tall mellom -1 og +1, der 0 indikerer ingen korrelasjon (Ringdal, 2013). Det er valgt å benytte enveis

korrelasjonstest, ettersom det antas at sammenhengen er positiv. Nullhypotesen vil da forkastes enten ved høye eller lave verdier av testobservatoren (Eikemo & Clausen, 2012). Som en tommelfingerregel er korrelasjonskoeffisient opp til 0,2 regnet som svak, 0,3-0,6 moderat og over 0,7 er regnet som sterk korrelasjon (Brace, Kemp & Snelgar, 2006). Regresjonsanalyse egner seg best for større utvalg enn i denne studien, men er likevel gjennomført. Regresjonskoeffisientene er ikke inkludert, men forklaringsgraden som ble fremstilt gjennom lineær regresjonsanalyse ga interessante funn og er inkludert som et supplement til korrelasjonsmatrisen.

For de ulike målene for fysisk aktivitet ble det undersøkt om variablene kunne danne et felles aktivitetsmål. Faktoranalyse viser KMO på 0,729 og Bartlett's Test er signifikant. Et tilfredsstillende nivå for KMO er, i følge Brace et al. (2006) på 0,6. Cronbach's alpha, som bør være over 0,7, ble for disse variablene 0,658. Med bevissthet om at dette er noe lavt, ble variablene forsøkt slått sammen til en indeks. Korrelasjonsmatrise med det sammensatte målet ga færre signifikante sammenhenger og færre nyanser enn ved å inkludere alle variablene, så valget falt på å beholde alle fem i matrisen.

Dimensjonene i helserelatert livskvalitet ble også satt inn i faktoranalyse og resultatene av denne viser en KMO på 0,675. Rotert komponentmatrise viser, basert på dette datamaterialet, at to dimensjoner havner utenfor den komponenten den i utgangspunktet er en del av i måleinstrumentet. Utgangspunktet er fire dimensjoner i fysisk helse og fire dimensjoner i mental helse. Basert på å beholde dimensjonene i den komponenten de lader sterkest havner emosjonell rollebegransning i en egen tredje komponent, som forteller at denne gir resultater som skiller seg noe fra de to andre komponentene. Den andre dimensjonen er generell helse, som i faktoranalysen havner sammen med mentale dimensjoner (vedlegg; tabell 9). Korrelasjonsanalyse viser også generell helses sammenheng med mentale dimensjoner og at emosjonell rollebegransning ikke korrelerer med vitalitet (vedlegg; tabell 11). Analysene gir viktige opplysninger om utvalget, som gjør det problematisk å snakke om fysisk og mental helse slik det tradisjonelt gjøres ved å benytte dette måleinstrumentet. Analysen danner også grunnlag for å bruke alle åtte dimensjonene, ikke helserelatert livskvalitet som helhet eller todelt som fysisk og mental helse. Der dimensjonene

havner innenfor komponenten den er ment å være, er det grunnlag for å bruke fysisk og mental helse. For disse dimensjonene er det med grunnlag i både analyse og standarden for måleinstrumentet, og det gjelder fysisk funksjon, fysisk rollebegrensning og kroppslig smerte som fysiske dimensjoner og vitalitet, mental helse og sosial funksjon som mentale dimensjoner.

5.5.4. Metodetriangulering

I siste del av resultatkapittelet vil dataene fra det siste spørsmålet i undersøkelsen benyttes. Dette er et åpent oppfølgingsspørsmål til spørsmålet om aktivitet i fremtiden. Deltakerne forteller her hvorfor de ser for seg det aktivitetsnivået de har krysset av for, henholdsvis mindre aktiv, like aktiv eller mer aktiv. Kvantitativ og kvalitativ metode trianguleres for å danne et rikere grunnlag for å vurdere spørsmålet om myndiggjøring. Kommentarene kategoriseres etter hovedbudskap og sitater trekkes ut for ytterligere å belyse budskapet.

Begrunnelsen for trianguleringen er å belyse myndiggjøring fra flere sider. Å skrive en forklarende kommentar var frivillig. Den frie formuleringen får frem sider man ellers ikke ville fått frem ved en spørreundersøkelse. Å inkludere disse dataene kan dermed berike grunnlaget for vurderingen av myndiggjøring blant deltakerne.

5.6. Validitet

Validitet er testet gjentatte ganger for SF-36, og viser i hvilken grad undersøkelsen måler det som er til hensikt å måle (Skog, 2004). De åtte dimensjonene SF-36 består av er plukket ut på bakgrunn av at de er blant de hyppigst brukte helsedimensjonene i generelle helseundersøkelser (Ware & Gandek, 1998; Ware & Sherbourne, 1992). I forhold til andre, mer omfattende helseundersøkelser har SF-36 vist seg å være en valid undersøkelse i kortversjon og den er oversatt og validert for norske forhold. Med en empirisk validitet på 80-90 % i studier omhandlende helserelatert livskvalitet slår den bedre ut enn de mer omfattende undersøkelsene i *Medical Outcome Study*. Dette er noe av grunnen til at SF-36 ofte anbefales, ettersom arbeidet for respondenten er langt mindre (Ware & Gandek, 1998). Det er viktig å være klar over

at resultater basert på egenrapportering kan skille seg noe fra resultater som er målt objektivt, det viser en studie av Anokye, Trueman, Green, Pavey og Taylor (2012).

Faktoranalysen viser at grunnlaget for en todeling av dimensjonene i fysiske eller mentale skiller seg i dette utvalget fra standarden i måleinstrumentet. Generell helse plasseres i komponenten bestående av mentale dimensjoner og emosjonell rollebegrensning i en egen komponent. Som dimensjoner i henholdsvis fysisk og mental helse skiller dette utvalget seg fra standarden. Dette er et argument for å benytte alle åtte dimensjonene, fremfor en todeling i fysisk og mental helse. I fagtradisjonen er de åtte dimensjonene benyttet i større grad enn helserelatert livskvalitet som helhet. Flere studier inkluderer også fysisk og mental dimensjon, men som et tillegg til de tradisjonelle åtte.

Spørsmålene som danner grunnlaget for fysisk aktivitetsnivå er ikke hentet fra et standardisert måleinstrument, men valgt ut på bakgrunn av at de er brukt i flere store spørreundersøkelser. Som nevnt innledningsvis i kapittelet benyttes de blant annet i ISSP og flere undersøkelser i Norge, noe som forteller at det er spørsmål som andre har vurdert som fungerende. Det styrker validiteten til studiet at spørsmålene som stilles er benyttet i tidligere undersøkelser med gode resultater.

Denne studien har en enkel design ved at undersøkelsen er gjennomført på ett tidspunkt og uten noen kontrollgruppe. Det gjør at studien gir et øyeblikksbilde på hvordan situasjonen er på det tidspunktet den ble gjennomført. Ved å gjennomføre undersøkelsen flere ganger eller inkludere en kontrollgruppe ville man hatt et sammenligningsgrunnlag utover andre undersøkelser. En kontrollgruppe ville eksempelvis bestått av medlemmer som ikke benytter seg av tilbudet og derfor krevd elektronisk undersøkelse eller utsendelse av skjemaer. Metoden ble valgt i samråd med ApD-konsulenten på bakgrunn av at deltakerne kan ha ressursmessige utfordringer med tanke på gjennomføring av en elektronisk undersøkelse.

Andelen deltakere i undersøkelsen er på omkring en fjerdedel av den aktive medlemsmassen som benytter tilbudet. Det svekker validiteten til undersøkelsen, da kun en relativt liten andel av medlemsmassen er representert. Det kan stilles spørsmål

ved om resultatene fra studien er generaliserbare for hele den aktive medlemsmassen. Tallet på den aktive medlemsmassen (de som benytter seg av tilbudet i løpet av ei uke) er et tall som ikke er basert på registrerte data. Dette burde vært registrert den uken datainnsamlingen foregikk og er et av flere punkter undersøkelsen hadde tjent på et bedre samarbeid mellom studenten og idrettskretsen. Et annet punkt var informasjonen til deltakerne. En erfaring gjort tidlig i uka viste at antallet respondenter økte dersom en med tilknytning til ApD var aktiv i rekrutteringen av deltakere, så dette kunne vært praktisert i større grad utover i uken. Det var tydelig at mange deltakere ikke visste om undersøkelsen på forhånd og at forespørselen kom brått på. En skjev kjønnsfordeling og en relativt lav svarprosent i undersøkelsen gjør andelen mannlige deltagere liten. Andelen menn som er medlemmer i ApD er vesentlig lavere enn andelen kvinner (kun omkring 33 %), men kun 18 % menn er representert i undersøkelsen, noe som gjør det utfordrende å generalisere resultatene.

Spørreskjemaet er relativt kort og lite tidkrevende, det er en styrke ved studien. Det ble gjort bevisst i utarbeidingsfasen siden respondentene skulle delta enten før eller etter trening. Egen erfaring tilsier at fokuset og målet på et treningssenter er å gjennomføre treningsøkten, og få er interesserte i å bruke mer tid enn nødvendig i forbindelse med økten. Særlig i Lykkeberghallen var det av betydning at varigheten på undersøkelsen var kort, der en stor del av deltakerne hadde bilen parkert i avgiftsbelagt parkeringshus. At det standardiserte måleinstrumentet gjentatte ganger er testet for validitet og reliabilitet er en styrke ved studien. SF-36 er et internasjonalt måleinstrument og gjør det mulig å sammenligne studier og normative data fra flere land og på tvers av grupper (McHorney et al., 1993; Ware, 2000).

En utfordring ved de fleste studier er at man må begrense fokuset til ett fenomen, og dermed utelate andre. Dette er tilfellet ved denne studien også. At måleinstrumentet er en kortversjon kan også ha en begrensende side, ved at det er noen dimensjoner ved helse relatert livskvalitet som ikke er inkludert. Man må derfor gjøre en vurdering på om det er datamaterialet som samles inn som er det viktigste eller om belastningen og tidsbruken for respondenten er viktigere. Dette spørreskjemaet ble utarbeidet med tanke på at det ikke skulle være tidkrevende for respondenten og valget falt derfor på

kortversjonen. Dimensjonene som er inkludert i kortversjonen er nøye begrunnet i en studie av Ware og Gandek (1998).

Det at studenten selv var tilstede under gjennomføringen kan ha både positiv og negativ påvirkning. På den positive siden kan studenten svare på spørsmål som dukker opp under besvarelsen og hjelpe til dersom det skulle oppstå språklige utfordringer. Sammen med det at studenten er tilstede, kan også lokasjonen for gjennomføring ha en påvirkningskraft. I forbindelse med trening oppstår det gjerne en godfølelse som gjør at man er mer fornøyd med seg selv (se bl.a. Espnes & Smedslund, 2001; McAuley, 1994). Å besvare en undersøkelse med et slikt tema som denne kan ha en påvirkning på svarene respondentene gir. Deltakerne kan være i en annen sinnsstemning på trening sammen med andre enn når de hjemme hos seg selv. Hvordan man føler seg varierer fra dag til dag, og i løpet av en dag, og er en utfordring ved egenrapportert helse generelt (Espnes & Smedslund, 2001). Det vil også variere fra person til person hva de legger i god helse og hvordan de vurderer seg selv når de besvarer undersøkelsen.

5.7. Reliabilitet

For å definere reliabiliteten i undersøkelsen ble reliabilitetstest gjennomført i SPSS. De åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet ble først testet, og for hele modellen endte Cronbachs alpha på 0,708. En mye brukt tilfredsstillende grense for vurdering av reliabiliteten er Cronbachs alpha på minimum 0,7 (Eikemo & Clausen, 2012; Ringdal, 2013). Studier av test-retest av reliabilitet for SF-36 viser at de fleste tilfeller er over grensen på 0,7, og også i mange tilfeller en del høyere. Det viser en oversiktsstudie bestående av 15 studier (Ware & Gandek, 1998). En reliabilitet over den tilfredsstillende grensen forteller at reproduserbarheten til undersøkelsen er god (Hassmén & Hassmén, 2008). Reliabiliteten for hver enkelt dimensjon er ikke i like stor grad gjort rede for i studier på fagfeltet, men det er valgt å gjennomføre en test også for disse. Dette er på bakgrunn av at det innenfor helserelatert livskvalitet ofte snakkes om de ulike dimensjonene fremfor det helhetlige målet.

5.7.1. Reliabiliteten til de åtte dimensjonene

Cronbach's alpha er testet for alle dimensjonene med tilhørende spørsmål. Nedenfor, i tabell 1, er antall spørsmål innen hver dimensjon oppgitt og cronbach's alpha for dimensjonen totalt.

Tabell 1 Cronbach's alpha og antall spørsmål for de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet

Helsedimensjon	Ant. spørsmål	Cronbach's alpha
Fysisk funksjon	10	.827
Fysisk rollebegrensning	4	.834
Kroppslig smerte	2	.892
Generell helse	5	.681
Emosjonell rollebegrensning	3	.756
Vitalitet	4	.672
Mental helse	5	.773
Sosial funksjon	2	.690

Fysisk funksjon består av spørsmålene under spørsmål åtte i spørreskjemaet som omhandler aktiviteter man kanskje utfører i løpet av en vanlig dag, fra anstrengende til dagligdagse aktiviteter. Dimensjonen er sterkest dersom alle variablene beholdes. Fysisk rollebegrensning uttrykkes på bakgrunn av de fire spørsmålene under spørsmål 13. Analysen viser at Cronbach's alpha ville økt til .841 dersom det tredje spørsmålene ble utelukket. Verdien er likevel godt over den tilfredsstilte grensen på 0,7. Kroppslig smerte er basert på to variabler, spørsmål 16 og 17 i spørreskjemaet. For en dimensjon med kun to variabler er det ikke relevant å fjerne noen, da det må være to variabler for å kunne beregne cronbach's alpha. Generell helse består av fem spørsmål i spørreskjemaet. Spørsmål 10 og alle spørsmålene under nummer 12. Denne er noe under den tilfredsstillende grensen, men viser seg å være sterkest dersom alle variablene beholdes. Emosjonell rollebegrensning består av de tre spørsmålene under spørsmål 14 i spørreskjemaet, og cronbach's alpha for denne dimensjonen vil ikke øke dersom variabler fjernes. Vitalitet består av fire variabler som alle er under spørsmål 18 i spørreskjemaet; det første, femte, sjuende og siste spørsmålet. Cronbach's Alpha for denne dimensjonen er noe under den tilfredsstillende grensen. Det er heller ingen variabler som ville økt cronbach's alpha

dersom de var utelukket i dimensjonen. Mental helse består i likhet med vitalitet av spørsmål under spørsmål 18 i spørreskjemaet; det andre, tredje, fjerde, sjette og åttende spørsmålet. Dimensjonen er sterkest slik den er. Sosial funksjon består, i likhet med kroppslig smerte, av to spørsmål. Spørsmål 15 og 19 i spørreskjemaet er de som omhandler sosial omgang med andre mennesker og beskriver sosial funksjon i instrumentet. De to variablene har en cronbach's alpha like under den tilfredsstillende grensen (vedlegg; tabell 10).

5.8. Etiske vurderinger

Informasjon om undersøkelsen ble lagt ut på tilbudets Facebookside i forkant av innsamlingen. På innsamlingsdagene lå informasjonsskriv tilgjengelig for alle som deltok og det ble i tillegg informert muntlig om innholdet i skrivet for å sikre at respondentene var informert om bakgrunnen og detaljene rundt undersøkelsen. Skjemaene ble sortert etter gjennomføringsdag og nummerert etter innsamlingens slutt. Alle deltakerne er på denne måten sikret full anonymitet i undersøkelsen. Deltakerne valgte selv om de ønsket å delta og det ble ikke stilt noen videre spørsmål om grunnen til dette. Dette sikrer at kravene om samtykke, informasjon og lagring av opplysninger som identifiserer enkeltpersoner blir overholdt, som er viktige punkt i retningslinjene for forskningsetikk for samfunnsvitenskap (Espnes & Smedslund, 2001). Målgruppen for studien er en utsatt gruppe når det gjelder stigmatisering i samfunnet, og det var av betydning at deltakelse i studien skulle gi meningsfulle resultater som kom dem til gode. Det er viktig å være bevisst på kjennetegn ved målgruppen og velge metode deretter. Studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) med tilbakemelding om at prosjektet ikke er meldepliktig.

6. Resultater

På bakgrunn av at helse tradisjonelt har vist seg å være forskjellig hos kvinner og menn, er det en gjennomgående todeling i presentasjonen av resultatene. Resultatene for helserelatert livskvalitet slik de ser ut etter omgjøring fra rådatamaterialet og data om fysisk aktivitet presenteres som gjennomsnittsverdier. Helserelatert livskvalitet presenteres som åtte dimensjoner og ikke som et todelt mål bestående av fysisk og mental helse, basert på faktoranalysen. Dette er for å få frem de viktige nyansene som presentasjon av alle åtte gir. Sammenhengen mellom helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet fremstilles gjennom en enveis korrelasjonsmatrise, samt forklaringsgraden fra lineær regresjonsanalyse. Avslutningsvis presenteres resultatene som danner grunnlag for vurdering av myndiggjøring.

6.1. Helserelatert livskvalitet

Resultatene fra undersøkelsen gir en poengscore fra 0-100, der høyere score indikerer høyere grad av helserelatert livskvalitet. Tall som er tett opp mot 100 vil si at respondenten ikke har problemer knyttet til denne helsedimensjonen, mens jo lavere poengscore, jo større helsemessige utfordringer knyttet til helsedimensjonen (Loge & Kaasa, 1998).

Tabell 2 De åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet for kvinner og menn. Presentert som gjennomsnitt og standardavvik

Helsedimensjon	Kvinner (st.a.) N=57	Menn (st.a.) N=12
Fysisk funksjon	68,1 (19,6)	73,3 (17,1)
Fysisk rollebegrensning	31,3 (37,4)	43,8 (42,8)
Kroppslig smerte	43,5 (23,7)	59,0 (28,1)
Generell helse	52,5 (21,0)	59,6 (18,8)
Emosjonell rollebegrensning	82,3 (31,0)	72,1 (39,1)
Vitalitet	42,8 (18,6)	51,3 (22,1)
Mental helse	75,2 (17,1)	73,0 (18,8)
Sosial funksjon	67,4 (24,6)	58,3 (21,5)

Tabell 2 viser at de kvinnelige deltakerne har høyest gjennomsnittsscore for emosjonell rollebegrensning, etterfulgt av mental helse, fysisk funksjon og sosial funksjon. Dårligst scorer de på fysisk rollebegrensning, etterfulgt av vitalitet, kroppslig smerte og generell helse. Blant kvinnene er det dermed fysiske dimensjoner som dominerer blant de svakeste dimensjonene. Dette er sett bort fra generell helse, som viste seg å ha større sammenheng med mentale dimensjoner. Resultatene forteller om fysiske begrensninger i hverdagen. Emosjonell rollebegrensning er i dette utvalget problematisk å benevne som mental, ettersom den skiller seg fra resten av dimensjonene. Mental helse og sosial funksjon er høyt rangert og viser at mentale dimensjoner hos kvinner er mindre begrensende enn de fysiske.

De mannlige deltakerne oppnår høyest resultater på fysisk funksjon, mental helse og emosjonell rollebegrensning. Disse tre slår ut omtrent likt. Videre følger generell helse, kroppslig smerte og sosial funksjon på omtrent samme poengscore. De to svakeste dimensjonene blant mennene var fysisk rollebegrensning og vitalitet. Hos menn er det ingen tydelig tendens til bedre resultater i fysiske eller mentale dimensjoner. Dette understreker at det er viktig å se på alle åtte dimensjonene. For menns resultater gjelder det samme for emosjonell rollebegrensning og generell helse som hos kvinner.

6.2. Fysisk aktivitet

Tabellen nedenfor viser fysisk aktivitet blant kvinner og menn på ApD. Varigheten på fysisk aktivitet presenteres som gjennomsnittlig antall timer, mens intensitet, hyppighet og aktivitet om 5 år presenteres som gjennomsnittlig svarverdi. Fysisk aktivitet presenteres med de vanlige målene for fysisk aktivitet, som er varighet, intensitet og hyppighet. Hvor mye de trener på Aktiv på Dagtid og hvor aktive de ønsker å være om fem år er inkludert som viktige sider ved aktiviteten for målgruppen i studien.

Tabell 3 Gjennomsnittsverdier og standardavvik for mål på fysisk aktivitet for kvinner og menn

Variabel	Kvinner Gj.snitt (st.a.) N=57	Menn Gj.snitt (st.a.) N=12
Intensitet FA	3,5 (1,0)	3,7 (1,2)
Hyppighet FA	3,0 (0,7)	3,2 (0,6)
Varighet, timer	3,8 (2,4)	4,7 (3,1)
Varighet ApD, timer	2,2 (1,3)	2,5 (1,3)
FA om 5 år	2,0 (0,5)	2,0 (0,7)

Intensiteten er målt ved hjelp av hvor ofte deltakeren er fysisk aktiv med høy intensitet (andpusten, høy puls eller svett i min. 20 minutter) og kommer frem av en gjennomsnittsverdi på 3,5 for kvinner og 3,7 for menn. For begge kjønn betyr dette et gjennomsnitt som ligger et sted mellom 1 gang i uka og 2-3 ganger i uka.

Hyppigheten bestemmes av antallet dager i uken deltakerne er andpustne eller svette, og gjennomsnittlig svarverdi ligger på 3,0 for kvinner og 3,2 for menn. Dette indikerer 2-3 dager i uka. Varigheten er basert på det gjennomsnittlige antallet timer fysisk aktivitet i uka og er 3,8 timer for kvinner og 4,7 timer for menn. For kvinnene foregår gjennomsnittlig 2,2 av disse timene på Aktiv på Dagtid, mens tilsvarende varighet er 2,5 timer for menn. Når det gjelder hvordan deltakerne ser for seg sitt aktivitetsnivå om 5 år, svarer begge kjønn alternativ 2; at de ønsker å være like aktive som nå.

6.3. Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helselatert livskvalitet

Sammenhengen mellom de ulike målene for fysisk aktivitet og dimensjonene for helselatert livskvalitet er presentert i tabellen nedenfor som en enveis korrelasjonsmatrise basert på Pearsons korrelasjon.

Tabell 4 Enveis korrelasjonsmatrise for mål på fysisk aktivitet og dimensjoner i helse relatert livskvalitet for kvinner og menn

Kvinner N=57					
Helsedimensjon	Intensitet	Hyppighet	Varighet	Varighet ApD	Om 5 år
Fysisk funksjon	.299*	.272*	.208	.158	.233*
Fysisk rollebegr.	.079	.040	-.073	.053	-.093
Kroppslig smerte	.031	.194	.108	.197	.065
Generell helse	.068	.291*	.096	.062	.093
Emosjonell r.b.	-.120	.098	-.052	-.127	-.100
Vitalitet	.098	.418**	.311**	.359**	.075
Mental helse	-.123	.188	.014	-.051	-.071
Sosial funksjon	.059	.245*	.132	.140	-.031
Menn N=12					
Fysisk funksjon	.425	.353	.415	.399	.396
Fysisk rollebegr.	.086	.046	.546*	.479	.216
Kroppslig smerte	-.053	-.028	.485	.175	-.149
Generell helse	.249	-.077	.114	.455	.164
Emosjonell r.b.	.043	.090	.410	.373	.105
Vitalitet	.284	-.125	.370	.487	.139
Mental helse	.142	-.151	.280	.291	.184
Sosial funksjon	.069	.062	-.007	.273	.143

One-tailed * sig. På 0,05-nivå **sig. 0,01-nivå

Korrelasjonsmatrisen viser at det er få signifikante sammenhenger mellom dimensjonene for helse relatert livskvalitet og målene for fysisk aktivitet. Sammenhengene er tydeligst blant de kvinnelige medlemmene, der vitalitet og fysisk funksjon slår sterkest ut. Analysen viser at det er sammenheng mellom vitalitet og varighet og hyppighet på den fysiske aktiviteten de utøver. Sammenhengen er sterkest med hyppighet og denne korrelasjonen er moderat i følge Brace et al. (2006) og signifikant på 0,01-nivå. For fysisk funksjon er det signifikant sammenheng med intensitet, hyppighet og aktivitet om fem år. Intensitet er tilnærmet moderat korrelert med fysisk funksjon, mens hyppighet og aktivitet om fem år har en svak korrelasjon. I tillegg til disse kan vi se signifikante svake sammenhenger mellom generell helse og sosial funksjon og hyppighet på fysisk aktivitet. Resten av verdiene er svært svake og

ikke signifikante. For kvinner er det signifikante resultater for både fysiske og mentale dimensjoner, men noe sterkere sammenheng for de mentale.

For menn er det kun en signifikant sammenheng å lese av analysen. Fysisk rollebegrensning har moderat sammenheng med den totale varigheten på fysisk aktivitet. Det er flere moderate sammenhenger mellom fysisk aktivitet og helsereelatert livskvalitet, men basert på utvalgets 12 menn er ikke disse signifikante og kan kun leses som tendenser. Noen tendenser det er verdt å trekke ut er sammenhengen mellom fysisk funksjon og alle fysisk aktivitet-målene. Det samme gjelder for varigheten på fysisk aktivitet, som tenderer å ha en sammenheng med kroppslig smerte, generell helse, emosjonell rollebegrensning og vitalitet.

6.3.1. Forklaringsgrad

Forklaringsgraden fra den lineære regresjonsanalysen er valgt å inkludere til sist i dette underkapittelet. Den sier noe om hvor mye de uavhengige variablene forklarer av den avhengige variabelen. De fem variablene for fysisk aktivitet satt opp mot hver av de åtte helsedimensjonene ga signifikante resultater i en dimensjon for kvinner. Fysisk aktivitet har for kvinner en forklaringsgrad på 24,7 % i vitalitet (vedlegg; tabell 12). Vitalitet er den dimensjonen som i størst grad forklares av fysisk aktivitet, også uavhengig av signifikansnivå. Dette forteller at fysisk aktivitet har en relativt stor betydning for kvinners følelse av vitalitet.

For menn er ikke påvirkningen av fysisk aktivitet på helsereelatert livskvalitet signifikant, men det er verdt å merke seg den høye forklaringsgraden det er tendens til i to av dimensjonene. Fysisk aktivitet har høy forklaringsgrad på fysisk rollebegrensning og vitalitet, men disse resultatene kan kun leses som tendenser og det understrekes at de ikke er signifikante.

6.4. Myndiggjøring

Å være deltaker på ApD er noe hver enkelt velger selv. Dette i seg selv er et uttrykk for at de tar ansvar for egen helse. Aktiv på Dagtid kan være en brikke i det å ta kontrollen og gjøre det beste ut av sin egen hverdag. På denne måten er Aktiv på Dagtid en viktig bidragsyter i Folkehelsemeldingens mål. De tilrettelegger for at deltakerne har mulighet til å ta ansvar for dette uten at det koster dem for mye. En slik tilrettelegging kan tenkes å føre til at deltakerne føler økt myndiggjøring ved å bli en del av deres aktivitetstilbud.

I spørreskjemaet gir deltakerne en begrunnelse for om de ønsker å opprettholde aktivitetsnivået sitt. Spørsmålet er siktet mot fremtiden og viser i hvilken grad deltakerne ansvarliggjør seg selv i sin egen fremtid. Hvordan en ønsker fremtiden og bevissthet rundt hvordan man skal nå det man ønsker, viser at deltakerne er bevisst ansvaret for egen helse. Kommentarene gir en indikasjon på forholdet deltakeren har til den fysiske aktiviteten og i hvilken grad de tar ansvar for egen helse. Blant kvinner er det flest som ønsker å fortsette med samme aktivitetsnivå som i dag, og flest begrunner det med et ønske om å opprettholde helsen sin. Flest av de som svarer at de ser for seg å ha et lavere aktivitetsnivå begrunner det med begrensning av sykdom (vedlegg; tabell 7). Begrunnelsene kvinnene legger til grunn gir et bilde av deres kapasitet til å ta kontroll i sine egne omstendigheter og i større grad oppnå sine mål, noe som kan relateres til myndiggjøring (Adams, 2008). De påfølgende sitatene underbygger dette.

Blant menn er det større spredning i begrunnelsene de gir for aktivitetsnivå om fem år. Halvparten ser for seg å være like aktive som nå, mens den andre halvparten fordeler seg likt mellom mindre aktiv eller mer aktiv. Fire deltakere velger ikke å svare med noen begrunnelse, mens tre ønsker en bedre fremtid. I motsetning til kvinnene er det kun én mann som føler seg begrenset av sykdom. Ønsket om en bedre fremtid kan indikere at de ønsker å gjøre det beste ut av sine egne liv, som henger tett sammen med budskapet i myndiggjøring (Adams, 2008).

Blant kommentarene som er skrevet i spørreskjemaet er det valgt å trekke ut de som kan relateres til myndiggjøring, uavhengig av kjønn. Flere av sitatene forteller hvorfor

de velger å gå dit og viktigheten av et slikt tilbud i hverdagen. ”Gjennom trening har jeg klart å opprettholde den helsen jeg har nå, det for meg er en stor gevinst”.

Deltakeren uttrykker med dette at den fysiske aktiviteten er en forutsetning for å opprettholde helsen på et godt nivå. Det viser også at deltakeren har funnet et aktivitetsnivå som er passende. En annen deltaker finner glede i treningen og har tro på effektene som følger av fysisk aktivitet. Deltakeren uttrykker med et fremtidsperspektiv: ”... når jeg blir sterkere fysisk vil jeg orke mer... og med det igjen få sterkere psyke. Jeg ønsker å få mer overskudd og få en kropp som orker mer og mer. Trening gir meg glede!”. Gleden ved trening er det flere som opplever og en deltaker kommenterer at det er ”viktig å være positiv og trene hver dag, ha positive tanker. God mening i trening”.

Det er flere respondenter som er fremtidsrettet i sine kommentarer og ser en positiv kobling mellom fysisk aktivitet og helseproblemer. ”Jeg håper at det fremdeles blir tilrettelagt for at personer med sammensatte helseproblemer fortsatt har tilrettelagt trening som Aktiv på Dagtid. Slik trening er en forutsetning for å opprettholde nåværende aktivitetsnivå”.

Aktiv på Dagtid har en sentral plass i deltakernes fysiske aktivitet: ”... fysisk aktivitet øker og opprettholder livskvalitet gjennom mestring – fysisk og psykisk. Aktiv på Dagtid er et helt fantastisk tilbud som gjør at jeg har råd til å være så aktiv i et treningsfellesskap”. Det er dermed ikke bare den fysiske aktiviteten som verdsettes, men også den økonomiske siden som gir flere muligheten til å være aktive.

En deltaker med et utvidet perspektiv på Aktiv på Dagtid er både fremtidsrettet og viser stor grad av ansvar. Ikke bare ansvar for seg selv, men for hele aldersgruppen:

”En får fortsette å trene og være aktiv med forskjellige gjøremål osv. Det kunne vært fint om ApD kunne utvide for deltakere over 67 år. Det er like viktig for denne aldersgruppen å være aktiv og forebygge helseplager i alderdommen”.

For mange er treningen en investering for fremtiden, der de ser at fysisk aktivitet har en virkning på helsen og er en forutsetning for å opprettholde den. Det kan tolkes ut fra sitatene at de har en kontroll i hverdagslivet som er betydningsfull for helsen (Mæland, 2010). De ønsker å fortsette å legge ned arbeidet de gjør, delta på fysisk aktivitet og å ikke gi opp. Flere nevner også positiv påvirkning på humøret. Resultatene kan ses i lys av begge perspektivene i myndiggjøring, både individuell og systemorientert (Vik, 2007). At de må finne et annet tilbud etter fylte 67 år er en utfordring flere bemerker, noe som gir en indikasjon på hvor viktigheten av gevinsten de oppnår og høyt verdsatt tilbudet er. Sitatene sier noe om betydningen av den fysiske aktiviteten og omgivelsene rundt tilbudet og hvorfor de velger å delta på akkurat dette. Sitatene som trekkes frem kan ses i lys av studier som finner sammenhenger mellom deltakelse i daglige aktiviteter og myndiggjøring (Bejerholm & Björkman, 2010; Lloyd et al., 2010).

At deltakerne benytter seg av et tilbud på dagtid da store deler av befolkningen er i arbeid, kan bidra til økt myndiggjøring, i følge Lord og Hutchison (1993). Sosial isolasjon og lav selvtillit er faktorer som kan føre til lav myndiggjøring. Deltakelsen på Aktiv på Dagtid kan ha virke positivt for myndiggjøring, basert på funnene til Bejerholm og Björkman (2010). Engasjement i meningsfulle aktiviteter vil kunne bidra som identitetsskaper og sosial samhandlingsarena, slik som arbeid for yrkesaktive (Wilkinson & Marmot, 2005).

Deltakernes tanker om fremtiden, Aktiv på Dagtid som meningsfull aktivitet og treningsfeltet som sosial arena vil på flere måter kunne påvirke deltakernes myndiggjøring. Viktig å bemerke ved disse resultatene er at de er hentet fra en aktiv medlemsmasse, der samtlige jevnlig møter opp for å gjøre en innsats.

7. Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene fra forrige kapittel diskuteres opp mot forskningen på fagfeltet og teoretiske perspektiver.

Kort oppsummert viser resultatene fra denne undersøkelsen at kvinnene skårer generelt best på mentale helsedimensjoner, men at emosjonell rollebegrensning slår ut som den sterkeste dimensjonen. Hos menn er de sterkeste dimensjonene fysisk funksjon, mental helse og emosjonell rollebegrensning. Resultatene viser også at menn skårer bedre enn kvinner på fem av de åtte dimensjonene. Når det kommer til fysisk aktivitetsnivå trener menn flere timer i uka enn kvinner, og noe mer på Aktiv på Dagtid. På intensitet og hyppighet er det kun en liten forskjell mellom kjønnene, i menns favør. Hvordan de ser for seg aktivitetsnivået sitt om fem år er likt, og begge kjønn ønsker å være like aktive som de er nå. Sammenhengen mellom helse og fysisk aktivitet er for kvinner signifikant i fysisk funksjon, generell helse, vitalitet og sosial funksjon. Fysisk funksjon har en sammenheng med intensitet, hyppighet og fremtidig aktivitet, generell helse med hyppighet, vitalitet med varighet og hyppighet og sosial funksjon har en sammenheng med hyppighet. For menn viser analysen signifikant sammenheng mellom fysisk rollebegrensning og varighet. Det er flere sterke, men ikke signifikante sammenhenger for menn, hvor flere dimensjoner tenderer å henge sammen med varigheten på den fysiske aktiviteten. Fysisk funksjon tenderer å henge sammen med alle målene for fysisk aktivitet, uten at det slår signifikant ut. Når det gjelder myndiggjøring er Aktiv på Dagtid for mange en investering for fremtiden og helsen og de fleste vil opprettholde aktivitetsnivået de har i dag.

7.1. Helserelatert livskvalitet, fysisk aktivitet og kjønn

Som flere studier i fagfeltet viser, kan det være forskjeller mellom kvinner og menn når det kommer til helse og fysisk aktivitet. Tradisjonelt sett har menn vært mer aktive enn kvinner (Breivik, 2013; Hovden, 2004), men forskjellen er mindre nå enn tidligere og flere både kvinner og menn tilfredsstillende anbefalingene for fysisk aktivitet. Helsen har også vist seg å være bedre hos menn enn hos kvinner basert på studier av den generelle befolkningen i flere land (Kruger et al., 2007; Loge & Kaasa, 1998; Tessier et al., 2007; Vuillemin et al., 2005). Målgruppen i denne studien

befinner seg i en situasjon som trolig er mer utsatt helsemessig enn den generelle befolkningen, noe som kan ha ulike utslag i de ulike dimensjonene. Hvilke dimensjoner slår best ut for deltakerne, og er dette likt for kvinner og menn?

Innledningsvis viser et blikk på fordelinga i deltakermassen i Aktiv på Dagtid kjønnsforskjeller. Kvinnene dominerer Aktiv på Dagtid med hele 67 % av deltakerne i Østfold. Dette samsvarer med fordelingen vi finner både i Oslo og i Møre og Romsdal. I denne undersøkelsen er det ytterligere skjevt fordelt og kvinner utgjør over 80 % av utvalget. Overvekten av kvinner kan det være flere grunner til, men en måte å tilnærme seg den store andelen kvinner er tradisjonen kvinner har hatt i å dominere den kommersielle treningsbransjen (Breivik, 2013). Innenfor den kommersielle treningsbransjen har gruppetrening med stor sannsynlighet vært en viktig grunn til at kvinner har valgt denne typen trening. Menn som trener på treningssenter har tradisjonelt sett i større grad enn kvinnene brukt frivektsområder og apparater. På aktivitetene Aktiv på Dagtid organiserer er det imidlertid gode tilbud for begge deler, både gruppetrening i sal og egentrening i studio. Dette burde derfor ikke være grunn for at så mange flere kvinner enn menn benytter seg av tilbudet. Varigheten på fysisk aktivitet på treningssenter er ganske lik for kvinner og menn, henholdsvis litt over to timer og to og en halv time. Dette samsvarer trolig med utvalget i Møre og Romsdal, der over 60 % av deltakerne trente på treningssenter 1-3 dager i uken (Ingebrigtsen, 2009).

Når det kommer til forskjellene i helse mellom kvinner og menn viser denne undersøkelsen at menn skårer høyere enn kvinner på fem av de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet. Kjønnsforskjellene er størst i kroppslig smerte og fysisk rollebegrensning, som begge er fysiske dimensjoner. Ser vi disse resultatene opp mot undersøkelsen på Aktiv på Dagtid i Oslo og dens siste datainnsamling, er disse resultatene samsvarende. I Oslo var derimot forskjellen enda større, med menn bedre enn kvinner på samtlige dimensjoner. Det er ikke bare på Aktiv på Dagtid en finner en slik kjønnsforskjell, også i flere studier av generell befolkning ser vi den samme forskjellen (Kruger et al., 2007; Tessier et al., 2007; Vuillemin et al., 2005). De fleste studier viser derfor at menn skårer høyest på alle eller et flertall av dimensjonene. Dette gjelder også de normative dataene fra den norske befolkningen, der forskjellen

ligger på omkring 5 poeng i menns favør (Loge & Kaasa, 1998). Minst forskjell finnes oftest i vitalitet, som er den eneste dimensjonen en nederlandsk studie finner kvinner høyere enn menn i resultatene (Wendel-Vos et al., 2004).

I denne studien viste resultatene at mennene skåret best i fysisk funksjon, mental helse og emosjonell rollebegrensning. Disse tre ligger på samme nivå og viser at det ikke er grunnlag for å rangere mentale og fysiske dimensjoner som best eller dårligst hos menn. Kvinnene skårer best i emosjonell rollebegrensning og mental helse og er i disse dimensjonene på samme nivå som kvinner generelt i Norge (Loge & Kaasa, 1998). Ser man på forskjellene mellom kjønnene på Aktiv på Dagtid er disse større enn forskjellene mellom kjønnene generelt i befolkningen. Hvorfor forskjellene mellom kjønnene er større for deltakerne ved Aktiv på Dagtid er vanskelig å gi noe svar på, men deltakerne på Aktiv på Dagtid befinner seg i en situasjon utenfor arbeidslivet og flere har en sykdom eller lidelse som påvirker hverdagen. For de mannlige deltakerne som deltok i denne undersøkelsen kan gode resultater i fysisk funksjon og dårlige i fysisk rollebegrensning fortelle at menn har en høyere fysisk terskel for å delta på slike tilbud enn det kvinner har. Kvinner deltar i større grad enn menn selv om de fysiske dimensjonene viser seg å være dårligere, eksempelvis fysisk funksjon og fysisk rollebegrensning. Basert på disse resultatene kan det virke som om menn har en høyere grense for å delta i fysisk aktivitet når det kommer til fysisk helse og at det fysiske er av stor betydning. Dette er sett nærmere på under sammenhengen mellom helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet.

De normative verdiene for den norske befolkningen viser, med unntak av vitalitet, at fysiske og mentale dimensjoner er likestilte (Loge & Kaasa, 1998). For både kvinner og menn er det vitalitet som er den svakeste dimensjonen, noe som forteller om utfordringer knyttet til tretthet, utbrenthet og lite overskudd. Foruten denne er de andre dimensjonene likestilte hos det norske folk. I Frankrike ble det funnet at uavhengig av hvor høyt aktivitetsnivå deltakerne hadde var det bedre resultater i de fysiske dimensjonene enn de mentale. De var i tillegg bedre hos menn enn hos kvinner (Vuillemin et al., 2005). Disse resultatene støttes av flere lignende studier, blant annet i USA og Nederland (Kruger et al., 2007; Wendel-Vos et al., 2004). Et interessant funn i den nederlandske studien var hvordan tverrsnittlige og

longitudinelle sammenhenger ga ulike resultater. Tverrsnittlige sammenhenger ga hovedsakelig utslag på fysiske dimensjoner, mens longitudinelle sammenhenger viste seg i størst grad i sosial funksjon, som er en mental dimensjon. For menn var det også longitudinelle sammenhenger i vitalitet og mental helse som helhet (Wendel-Vos et al., 2004). Signifikante endringer i mental helse ved longitudinelle sammenhenger støttes også av Tessier et al. (2007), basert på deres franske undersøkelse. På bakgrunn av den foreliggende forskningen er det ingen klar enighet om fysiske og mentale dimensjoner, men at ulike typer studier gir ulike resultater og utslag.

Basert på funnene ovenfor er det grunn til å tro at denne undersøkelsen vil gi best resultater i fysiske dimensjoner, med tanke på at denne studien ikke er longitudinell. Det viser seg at resultatene ikke danner grunnlag for en like tydelig todeling i helse som de andre studiene. Generell helse har i dette utvalget sterkere tilknytning til mentale dimensjoner enn fysiske, og emosjonell rollebegrensning har lite tilhørighet til de andre dimensjonene. Sett opp mot de normative dataene for den norske befolkningen er resultatene best for dimensjonene emosjonell rollebegrensning og mental helse (Loge & Kaasa, 1998). Dette skiller seg noe fra resultatene til Aktiv på Dagtid i Oslo. Undersøkelsen i Oslo viser at fysisk funksjon er dimensjonen som slår sterkest ut for begge kjønn ved siste datainnsamling, etterfulgt av sosial funksjon, emosjonell rollebegrensning og mental helse. Dårligst ut er vitalitet. Denne rekkefølgen er identisk for kvinner og menn (Solbraa, 2007). Sett i forhold til den norske befolkningen og deltakerne i Oslo har kvinner i Fredrikstad gode resultater på dimensjonene emosjonell rollebegrensning og mental helse. Vitalitet som en svak dimensjon samsvarer, som tidligere nevnt, med flere undersøkelser og viser at tretthet, utbrenthet og lite overskudd er et helseaspekt mange sliter med uavhengig av sykdom eller lidelse.

Deltakernes variasjon i fysisk funksjon, fysisk rollebegrensning og kroppslig smerte er interessant. Både kvinner og menn skårer høyt på fysisk funksjon, for menn er det den dimensjonen det skåres høyest på. Derimot er fysisk rollebegrensning og kroppslig smerte svake dimensjoner for begge kjønn. Dette forteller om at deltakernes fysiske funksjon er akseptabel, men at de sliter med smerter og at den fysiske helsen begrenser dem i det dagliglivet de ønsker å leve. Differansen mellom deltakerne på

Aktiv på Dagtid og den generelle befolkningen er større i disse dimensjonene, noe som forteller om at situasjonen deltakerne befinner seg i går mest utover den fysiske helsen. Dette kan være forårsaket av eksempelvis sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Undersøkelsen i Oslo viser at kvinnene oppnådde signifikant forbedring i fysisk funksjon og kroppslig smerte, samt vitalitet (Solbraa, 2007). De fysiske effektene deltakerne har av tilbudet er i mange tilfeller lettere målbare enn de mentale effektene. En bedret fysisk form vil føre med seg mer overskudd og en kropp som tåler mer (Espnes & Smedslund, 2001).

Ettersom undersøkelsen inkluderer den aktive andelen av medlemsmassen, kan en stille spørsmål ved om det ville vært mulig å se en forskjell mellom den aktive medlemsmassen i denne undersøkelsen og en gruppe som ikke benytter seg av tilbudet jevnlig. Basert på funnene til van Oostrom et al. (2012) er det grunn til å tro at det ikke ville vært signifikante forskjeller mellom en aktiv gruppe og en gruppe i uregelmessig aktivitet, men at en sammenligning med en inaktiv gruppe hadde vist signifikante forskjeller. Hvilke dimensjoner har den fysiske aktiviteten størst betydning for? Det er kjent at yrkesstatus som sosioøkonomisk status har en påvirkning på helsen, og videre at lavere sosioøkonomisk status i mange tilfeller har en sammenheng med dårligere helse (Arntzen et al., 2007; Smith, 2003). Det å ta del i arbeidslivet er av stor betydning for den voksne befolkningen og er for mange en arena for identitetsskaping og sosial samhørighet (St.meld.nr. 37, 1992-1993; Wilkinson & Marmot, 2005). Tar man dette i betraktning kan Aktiv på Dagtid ha god betydning for den mentale helsen generelt. For personer som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet er Aktiv på Dagtid en arena som kan fylle noe av plassen som arbeidslivet har hatt, både tidsmessig og sosialt. De har et velorganisert tilbud som foregår på dagtid hvor de møter personer som befinner seg i en liknende situasjon. Ikke minst har de et tilbud som er tilpasset deres nivå.

Forskjellene i helserelatert livskvalitet sett opp mot den skjeve kjønnsfordelingen i deltakermassen, kan tenkes å ha en sammenheng. Spesielt med tanke på betydningen for de mentale dimensjonene. For kvinnene, som skårer bedre enn mennene på blant annet mental helse og sosial funksjon, kan tilbudet ha en betydning utover den fysiske aktiviteten de utøver. Kvinnenes tradisjon i den kommersielle treningsbransjen kan de

fortsette gjennom Aktiv på Dagtid sammen med personer i samme situasjon, noe som kan skape en mental trygghet. For mennene er det færre deltakere av samme kjønn og det kan dermed være en høyere terskel for å være med. Rundt dette med fysisk aktivitet ligger det hos de fleste en viktig sosial faktor til grunn som gjør det lettere å delta. Slik fordelingen er nå er det større kvinnelig miljø enn mannlig, noe som kan ha en påvirkning på den mannlige deltakelsen. En annen mental side ved aktiviteten er forpliktelsen som kan følge med det å være medlem, slik som en yrkesaktiv føler forpliktelse ved å være ansatt. Aktivitetene har fastsatte tidspunkt og påmelding, noe som gjør sannsynligheten stor for å treffe samme deltakere igjen gang etter gang. På en slik måte er Aktiv på Dagtid en arena som kan skape samhørighet og forpliktelse blant deltakerne på trening. På enkelte av timene er det stor pågang og det er viktig å være tidlig ute for å sikre plass. Dette gjør at man kan benytte tiden i forkant til å bli kjent med andre deltakere. På den andre siden har man også mulighet til å trene helt for seg selv i studio dersom man ønsker det.

Når det kommer til fysisk aktivitetsnivå er det ikke de store forskjellene mellom kvinner og menn i denne undersøkelsen. Menn har et noe høyere aktivitetsnivå, basert på varighet, hyppighet og intensitet. Det viser seg også at begge kjønn vil holde aktiviteten på det nivået de har nå. Blant deltakerne i Oslo er både kvinner og menn på samme fysiske aktivitetsnivå, omkring 2-3 dager i uka. Det samme gjelder deltakerne i Møre og Romsdal hvor halvparten av utvalget er fysisk aktive med en viss intensitet 2-3 dager i uka. Tilsvarende for denne undersøkelsen er over halvparten av kvinnene, mens flere av mennene er fysisk aktive med en viss intensitet 4 dager i uka eller mer. Sammenlignet med ApD-deltakerne fra Oslo og Møre og Romsdal er deltakerne i Østfold minst like aktive. De mannlige deltakerne i Østfold trener oftere med høy intensitet.

Ser man deltakernes fysiske aktivitetsnivå opp mot Helsedirektoratets (2014) anbefalinger om fysisk aktivitet, er det grunn til å tro at de fleste som deltar på ApDs aktiviteter tilfredsstillende anbefalingene. De mannlige trener noe mer enn de kvinnelige, men begge kjønn har et tilfredsstillende aktivitetsnivå som viser seg å ha en god effekt på helsen (Jansson & Anderssen, 2009). Trenden for fysisk aktivitet i befolkningen er færre inaktive og flere som trener regelmessig (3-4 dager i uka). Til

sammen trener over halvparten av befolkningen i Norge to til fire dager i uka (Breivik, 2013). Basert på resultatene i denne undersøkelsen er deltakerne på ApD like aktive som den generelle befolkningen. I denne sammenhengen er det viktig å belyse at Aktiv på Dagtid har 537 deltakere, hvorav erfaringer tilsier at omkring 265 personer benytter seg av tilbudet hver uke. De 75 deltakerne som stilte opp på undersøkelsen representerer derfor den mest aktive andelen av medlemsmassen. Ved å gjennomføre datainnsamling der aktiviteten foregikk, fikk man et datasett som trolig ikke representerer medlemsmassen som helhet. Man kan derfor ikke generere resultatene til alle medlemmene, men det viktigste vil allikevel være hva de som faktisk benytter seg av tilbudet jevnlig har igjen for det.

Forhold ved studien det er verdt å belyse er antallet mannlige deltakere som er representert i undersøkelsen. Kjønnfordelingen er riktignok skjev for medlemsmassen i Aktiv på Dagtid generelt, men den er veldig skjev i denne undersøkelsen. Tolv menn er et lite antall for statistisk fremstilling, og den enkeltes verdier har stor betydning for helheten og for gjennomsnittsverdier. Det er dermed større sannsynlighet for at kvinnes resultater er mer generaliserbare til de kvinnelige deltakerne i ApD enn mennenes resultater.

7.2. Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helselatert livskvalitet

Helselatert livskvalitet blant deltakerne på Aktiv på Dagtid bestemmes av langt flere faktorer enn aktiviteten gjennom ApD, eksempelvis gjennom fritidsaktiviteter, familieliv og det vanlige hverdagslivet. Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan fysisk aktivitet henger sammen med helselatert livskvalitet.

I studien til van Oostrom et al. (2012) om tilegning av en aktiv livsstil i voksen alder, viste resultatene at gruppen som ble aktive oppnådde signifikant endring i helse sammenlignet med de som var eller ble inaktive. For dimensjonene fysisk funksjon, generell helse og vitalitet resulterte det økte aktivitetsnivået i signifikante forbedringer. Gruppen som hadde vært fysisk aktive hele tiden oppnådde best resultater, men det var ingen signifikante forskjeller mellom disse og de som ble aktive (van Oostrom et al., 2012). Blant eksperimentelle studier er det også funnet sammenheng mellom fysisk aktivitet og helselatert livskvalitet. Etter en periode

med styrke- og utholdenhetstrening, oppnådde de som deltok signifikante endringer i flere helsedimensjoner i følge Sillanpää et al. (2012). Sammenhengen mellom helse og forbedring av fysisk form gjennom aktivitet var sterkest i vitalitetsdimensjonen. For de som trente både styrke- og utholdenhetstrening var det også signifikante endringer i generell helse og mental helse. Imayama et al. (2013) støtter disse resultatene med sin studie. Økt fysisk aktivitet viste seg å føre med seg forbedring i generell helse og vitalitet og redusering av kroppslig smerte.

Blant studiene er det gjennomgående at vitalitet slår sterkt ut i sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse relatert livskvalitet. Også generell helse viser seg ofte å ha en sammenheng med fysisk aktivitetsnivå. Denne studien viser også sterkest sammenheng i vitalitetsdimensjonen, dog bare for de kvinnelige medlemmene. Vitalitet har en signifikant moderat korrelasjon med varigheten, både totalt og på ApD, og hyppigheten på den fysiske aktiviteten. For menn er det ikke signifikant sammenheng i denne dimensjonen. Studien forteller, i likhet med tidligere forskning på feltet, at det fysiske aktivitetsnivået henger sammen med tretthet, utbrenthet og overskudd. Med et høyere aktivitetsnivå vil man, i følge studiene, føle mindre tretthet og få mer overskudd. Gjennomsnittlig varighet for de kvinnelige medlemmene var 3,8 timer og resultat i vitalitet 42,8. Til tross for at resultatet i vitalitet er relativt lavt, samsvarer det med den generelle befolkningen om man ser i forhold til de andre dimensjonene. Signifikansnivået forteller at de som har høyest aktivitetsnivå skårer best i vitalitet og tilsvarende gjelder motsatt for de med lavest aktivitetsnivå. Forklaringsgraden fysisk aktivitet har på vitalitet er også signifikant for kvinner og forsterker sammenhengen mellom de to.

Funnene i denne studien skiller seg noe fra resultatene fra Aktiv på Dagtid i Oslo. Der viste resultatene at sammenhengen med fysisk aktivitet var positiv for alle dimensjonene, og sterkest for fysisk funksjon, generell helse og emosjonell rollebegrensning (Solbraa, 2007). I fysisk funksjon viser resultatene seg å være samsvarende, der også denne studien gir signifikante sammenhenger for intensitet, hyppighet og aktivitet i fremtiden for kvinner. Generell helse har en signifikant korrelasjon opp mot moderat i sammenheng med hyppighet på fysisk aktivitet. For emosjonell rollebegrensning er det i denne undersøkelsen ingen signifikante

sammenhenger for hverken kvinner eller menn. Derimot er det signifikant svak korrelasjon mellom sosial funksjon og hyppighet for kvinner. Hos menn finner vi signifikant sammenheng mellom fysisk rollebegrensning og varighet på den fysiske aktiviteten totalt. Fysisk rollebegrensning som eneste signifikante utslag for menn skiller seg fra de fleste studiene på feltet. Blant annet i studien til van Oostrom et al. (2012) var dette en dimensjon som ikke endret seg med endring av aktivitetsnivå. På bakgrunn av dette kan vi se at det i denne undersøkelsen ble funnet færre sammenhenger mellom helse og fysisk aktivitetsnivå enn det ble på tilsvarende tilbud i Oslo.

Når det gjelder resultatene for menn, er det verdt å se på den høye forklaringsgraden fysisk aktivitet har på den helserelaterte livskvaliteten, spesielt i fysisk rollebegrensning og vitalitet. Det understrekes at den sterke forklaringsgraden ikke er signifikant, men viser en interessant tendens. Sett sammen med den signifikante sammenhengen mellom fysisk rollebegrensning og varighet på fysisk aktivitet kan det gi et interessant bilde. Sammen viser disse resultatene at fysisk aktivitet har stor betydning for menn, men at terskelen for å delta er høy. Fysisk rollebegrensning er den svakeste dimensjonen hos menn og har opp mot sterk korrelasjon med det fysiske aktivitetsnivået. Dette kan bety at menn føler seg begrenset av den fysiske helsen i sin hverdag. Det at den fysiske aktiviteten har en så stor betydning kan føre til at menn har en høyere terskel for å delta i fysisk aktivitet. En bakenforliggende faktor kan være en frykt for følelsen av å erkjenne dårlig fysisk form, noe som kan ses på som et nederlag. Det kan tyde på at de mannlige medlemmene er mer opptatt av å være i en akseptabel form før de deltar på organisert aktivitet. Gjennomsnittlig resultat i fysisk funksjon støtter også dette, da denne er den sterkeste dimensjonen hos menn.

Etttersom denne studien ser på flere sider ved fysisk aktivitet enn studiene på fagfeltet er det mulig å se flere nyanser. Sammenhengen med helserelatert livskvalitet viser seg å slå ulikt ut på varigheten, intensiteten og hyppigheten på den fysiske aktiviteten. I deltakernes situasjon helt eller delvis utenfor arbeidslivet påvirkes aktivitetsnivået for mange av sykdom eller plager. For noen kan det være vanskelig å trene med høy intensitet, men de kan allikevel trene ofte. Dette støttes av resultatene; det er for kvinner sammenheng mellom den fysiske funksjon og deres intensitet. De som synes

de har en god fysisk funksjon blant kvinnene trener også med høyere intensitet enn de som har dårlig fysisk funksjon. For de kvinnelige deltakerne har helsen aller størst sammenheng med hyppigheten på aktiviteten. Det vil si at deres resultater i fysisk funksjon, generell helse og vitalitet har en moderat korrelasjon med hyppigheten på deres fysiske aktivitet. For sosial funksjon er den svak. Med en høy score i disse dimensjonene er det stor sannsynlighet for at de trener regelmessig. Dette forteller at deltakernes sykdom eller plager har en påvirkning på noen sider ved deres fysiske aktivitet, men ikke for alle.

Resultatene fra denne studien samsvarer med resultater fra både den generelle befolkningen og fra Aktiv på Dagtid andre steder. Undersøkelsen gir, i forhold til enkelte studier på fagfeltet, noe færre signifikante sammenhenger.

Vitalitetsdimensjonen samsvarer med flere av de generelle studiene, mens fysisk funksjon og generell helse samsvarer med ApD i Oslo. Det er derfor grunn til å tro at resultatene fra denne undersøkelsen er generaliserbare. Verdt å merke seg er forskjellene mellom kvinner og menn, og særlig resultatene for den mannlige medlemsmassen. På bakgrunn av antallet menn i undersøkelsen er det få resultater som er signifikante. Den signifikante sammenhengen mellom fysisk rollebegrensning og varighet på fysisk aktivitet skiller seg dessuten fra resultatene i foreliggende studier. Tendensene i denne undersøkelsen kan tolkes som at menns helse har størst sammenheng med varigheten på fysisk aktivitet. For kvinner ser helsen som helhet ut til å ha størst sammenheng med hyppighet, mens fysisk aktivitet som helhet størst sammenheng med vitalitet.

Det er viktig også å diskutere funn i de dimensjonene det ikke finnes noen sammenheng. Dette gjelder ikke bare i denne studien, men også i andre studier. Det at helse og fysisk aktivitet ikke har noen sammenheng på enkelte områder forteller at det er langt flere faktorer som henger sammen med helsen. Fysisk aktivitet er en av mange faktorer som påvirker helsen, og for deltakerne på Aktiv på Dagtid er situasjonen utenfor arbeidslivet en av disse faktorene. Levekårsundersøkelsen 2005 viser at personer utenfor arbeidslivet er mer utsatt for psykiske problemer og usunne levevaner (Breivik, 2013). Gjennom aktivitetene på Aktiv på Dagtid får deltakerne mulighet til å tilegne seg en livsstil bestående av fysisk aktivitet.

7.3. Myndiggjøring

Innledningsvis ble *Folkehelsemeldingen* introdusert med sitt mål om å skape muligheter for kontroll i eget liv uansett forutsetninger (Meld.St. 19, 2014-2015). En viktig forutsetning i målsetningen er at ingen grupper skal føle seg umyndiggjort. For nettopp dette med myndiggjøring handler om å ta kontroll, føle mer makt, oppnå sine egne mål og gjøre det beste ut av sitt eget liv (Adams, 2008). Aktiv på Dagtid er et lavterskeltilbud som lar deltakerne få muligheten til å gjøre noe med egen hverdag til en rimelig pris. Visjonen ”Fysisk aktivitet for alle” skal nås gjennom blant annet fellesskap og glede.

Det viser seg at en stor andel av de som benytter seg av tilbudet ønsker å opprettholde aktivitetsnivået de har. Blant de som velger å begrunne sitt aktivitetsnivå er det i hovedsak helsen som er hovedgrunnen. Å velge og være fysisk aktiv fordi det har en positiv effekt på helsen, kan fortelle om et fokus på løsning fremfor problem ved sin egen helse. Løsningsorientering er i følge Vik (2007) en viktig side ved myndiggjøring. En slik løsningsorientering er ofte assosiert med vekst og utvikling hos individet. Fra deltakeren er med på sin første treningsøkt til han eller hun velger å delta igjen er det gjort et valg som bygger på en utvikling hos deltakeren. Valgene deltakerne tar er essensielle, sett i lys av myndiggjøring (Rifkin, 2003).

Sammen med helsegevinsten tilbudet gir er den økonomiske siden viktig for mange. Den overkommelige deltakeravgiften er høyt verdsatt og av flere sett på som en viktig faktor for å kunne opprettholde det aktivitetsnivået de ønsker. Gjennom ønsket om å holde seg like aktive i fremtiden forteller deltakerne at de tar ansvar for egen hverdag. De deltar på et aktivitetstilbud som åpenbart gir dem positive opplevelser og ønsker å fortsette på samme måte i fremtiden. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter har, i følge både Hultqvist et al. (2015) og Bejerholm og Björkman (2010), en positiv sammenheng med myndiggjøring. Jevnlig deltakelse og engasjement er assosiert med en høyere grad av myndiggjøring.

Aktiv på Dagtid kan ses i lys av begge de to retningene innenfor myndiggjøring. Individuell myndiggjøring dreier seg om en følelse av økt makt uten at det har skjedd endringer i strukturen rundt. Uten at det har foregått en kollektiv aksjon går hvert enkelt individ over til å aktivt å ta ansvar for egen prosess (Rissel, 1994; Vik, 2007).

Endringen som foregår når en deltaker blir medlem i Aktiv på Dagtid kan ses i lys av individuell myndiggjøring. Aktiv på Dagtid representerer den uendrede strukturen som deltakeren ikke har vært en del av. Det foregår en prosess når denne deltakeren bestemmer seg for å bli medlem og aktivt gå inn for å endre situasjonen han eller hun befinner seg i. I følge Rissel (1994) kan individuell myndiggjøring føre til at deltakeren opptre mer aktivt i grupper eller fellesskap han eller hun er en del av, også utenfor Aktiv på Dagtid. Den positive virkningen deltakerne opplever på humøret er i tråd med McAuley (1994) og kan ha en positiv påvirkning på hverdagen. Følelsen av å ha gjort en god innsats for seg selv og sin egen hverdag kan relateres til myndiggjøring. En økt følelse av myndiggjøring kan i følge Woodall et al. (2010) bidra til økt mestringstro, selvtillit, følelse av kontroll og atferdsendring. På bakgrunn av Aktiv på Dagtids mange gruppeaktiviteter er også utfall som økt følelse av fellesskap, sosialt nettverk og sosial støtte utfall som kan oppleves av deltakerne på Aktiv på Dagtids aktiviteter.

Rissel (1994) mener en økning i individuell myndiggjøring er en forutsetning for at systemorientert myndiggjøring skal oppstå. Her er hvert enkelt individ en del av en større sammenheng. En frigjørende effekt for deltakerne kan forårsakes av endringer i rammevilkår og interne relasjoner i gruppa. I sitt arbeid med Aktiv på Dagtid har idrettskretsen flere samarbeidspartnere og med flere aktører inne i bildet, vil det fra tid til annen kunne skje endringer i rammevilkårene. Økonomiske ressurser, tilgang til lokaler og timeplan er faktorer som endres med jevne mellomrom. Deltakerne må forholde seg til disse endringene, men gruppa vil bestå. Dersom ytre endringer ikke forårsaker indre endringer i gruppa vil det kunne være med å styrke og skape flere interne relasjoner i gruppen.

Å bli medlem var relatert til individuell myndiggjøring. Tiden etter denne oppstartsprosessen er mer relevant i systemorientert myndiggjøring. Ved å bli bedre kjent med tilbudet og de andre deltakere kan det oppstå interne relasjoner som kan ha en positiv påvirkning på deltakelsen. De interne relasjonene som skapes i gruppa, enten det er innad i en treningsgruppe eller i garderoben før trening, oppstår gjennom gruppeprosesser. Når det skapes sosiale relasjoner i gruppen, kan det få en frigjørende effekt for enkeltmennesket. Denne effekten kan føre til at man blir mer trygg på sin

egen rolle og tør å ta mer plass enn tidligere. En utfordring ved systemorientert myndiggjøring er i følge Rissel (1994) at økt systemorientert myndiggjøring hos noen personer vil kunne gå på bekostning av andres følelse av systemorientert myndiggjøring. På Aktiv på Dagtid vil det for de fleste aktivitetene være jevnlig utskiftninger i deltakermassen. Likevel vil de sosiale relasjonene som skapes mellom deltakerne påvirkes gjennom at deltakere som utvider sin sosiale plass i gruppen reduserer noen andres plass. For en som setter det sosiale ved tilbudet høyt, vil en reduksjon ha større betydning enn for en som ikke er like opptatt av det sosiale.

De sosiale relasjonene er en viktig side ved deltakelse på Aktiv på Dagtid. Liten grad av myndiggjøring kan i følge Lloyd et al. (2010) forårsakes av faktorer som sosial isolasjon, noe deltakerne kan være utsatt for i sin situasjon. De sosiale aspektene ved tilbudet har, på bakgrunn av dette, en viktig påvirkning på deltakernes følelse av myndiggjøring og helse.

7.4. Metodiske og teoretiske betraktninger

Denne studien gir et godt mål på den helserelaterte livskvaliteten til deltakerne på Aktiv på Dagtid, men sammenhengen med fysisk aktivitet gir få signifikante utslag. Det kan tenkes at studien ville blitt styrket dersom undersøkelsen hadde kunnet belyse endringer eller sammenligninger, eksempelvis ved å gjennomføre flere datainnsamlinger eller inkludere en kontrollgruppe. Nå skal det legges til grunn at studien i Oslo ikke ga mange signifikante sammenhenger, selv om den hadde et longitudinelt design. Noe som også kunne gitt et rikere datagrunnlag var å gjøre mer ut av metodetrianguleringen og inkludere intervjuer. Det er likevel slik at ulike metoder har sine styrker og svakheter og at de er viktig å være bevisst. For denne studien ble det valgt å gjennomføre en undersøkelse som ikke var for tid- og innsatskrevende, slik at flest mulig ønsket å delta.

En utfordring for studien er en relativt lav svarprosent og skjev kjønnsfordeling i utvalget. Skjev kjønnsfordeling er normalt hos Aktiv på Dagtid i flere fylker, men i dette utvalget utgjør den mannlige deltakermassen en så liten andel at det har betydning for analysene i studien. Et lavt antall gjør det vanskeligere å få signifikante resultater og begrenser hvilke analyser man kan benytte. Den lave svarprosenten

generelt i undersøkelsen kunne vært økt gjennom bedre samarbeid mellom idrettskretsen og studenten. Ettersom erfaringene tilsa at antallet som ønsket å delta var merkbart høyere dersom spørreundersøkelsen var informert om fra idrettskretsens side, burde dette vært praktisert i større grad. Informasjonen om masterprosjektets betydning for Aktiv på Dagtid var viktig for deltakelse. For de som ikke hadde fått informasjon på forhånd kom forespørselen om å delta brått på. Med større deltakelse generelt ville antageligvis ikke antallet menn vært like begrensende.

En annen betraktning rundt metoden er datainnsamlingens lokasjon. En vesentlig del av datagrunnlaget er samlet inn på timer der deltakerne er påmeldte for en lengre periode, ikke per time. Dette gir deltakerne en forpliktelse til å delta, og regelmessighet og kontinuitet i aktiviteten. Å gjennomføre datainnsamlingen på treningsarenaene vil derfor føre til at en aktiv medlemsmasse utgjør en stor del av utvalget. Dette gjør at utvalget som er representert er mer aktive enn gjennomsnittet. Det kan tenkes at resultatene fra dette utvalget er generaliserbare til den andelen som benytter tilbudet regelmessig, men ikke for hele medlemsmassen i Aktiv på Dagtid som helhet.

Forhold ved datainnsamlingen som kan ha betydning for resultatene er sted og tidspunkt for datainnsamlingen. For de fleste av respondentene ble undersøkelsen gjennomført rett i etterkant av gjennomført treningsøkt og i de samme lokalene som treningen foregikk. Det kan tenkes at dette har en påvirkning på resultatene i positiv retning og at resultatene dermed ser noe annerledes ut enn om spørreskjemaet skulle vært fylt ut på et tidspunkt da deltakerne ikke var i en treningssituasjon. Studentens tilstedeværelse og personlige innsamling av skjemaer kan også ha en påvirkning på respondentenes svar. Respondentenes subjektive tilbakemelding gjennom egenrapportering i spørreskjemaer er også viktig å være bevisst. Blant annet viser studien til Anokye et al. (2012) signifikante forskjeller mellom subjektiv og objektiv rapportering og helse. På den annen side er helse og livskvalitet subjektive begrep (Mastekaasa et al., 1988) og egenrapportering er tradisjonelt mye brukt i slik forskning (Ware & Gandek, 1998). Det er riktignok viktig å være klar over at det kan påvirke validiteten til studien.

Fagfeltet oppgaven faller innenfor er også betydningsfullt å reflektere rundt. Innenfor helse og fysisk aktivitet er forskningen på fagfeltet bygget på empiri, og dermed få teoretiske perspektiver. Tradisjonelt er resultater diskutert i forhold til tidligere empiriske funn og færre studier inkluderer et teoretisk perspektiv, med mindre andre faktorer enn helse og fysisk aktivitet er fokusområde i studien. I denne oppgaven er myndiggjøring inkludert som et teoretisk perspektiv, men diskusjonen rundt myndiggjøring er på et grunnlag som ikke er studert gjennom selve spørreundersøkelsen. Et mer solid teoretisk grunnlag ville trolig gjort studien rikere og diskusjonen fyldigere.

Måleinstrumentet har en styrke ved at det er generelt og kan sammenlignes på tvers av grupper, men det som derimot viser seg i dette utvalget er at dimensjonene ikke nødvendigvis hører til fysisk eller mental helse slik det er lagt opp til i standarden i instrumentet. Få studier viser til slike analyser. Mange benytter trolig instrumentet slik det utviklet uten å sjekke for utfallene i sitt eget utvalg. En svakhet ved instrumentet er derfor at det ikke nødvendigvis måler det som er ment å måle, eksempelvis viser generell helse seg å være knyttet til mentale dimensjoner i dette utvalget.

8. Etterord

Helserelaterte livskvaliteten viser seg å være positivt påvirket av fysisk aktivitet i enkelte av dimensjonene. Hvordan den påvirker helsen hos kvinner skiller seg fra tilsvarende resultater hos menn. Kjønnforskjellene i helserelatert livskvalitet samsvarer med studiene på fagfeltet og viser at menn oftest har bedre resultater enn kvinner i undersøkelser som denne. Hos kvinner har fysisk aktivitet en sammenheng med vitalitet og fysisk funksjon, og det er hyppigheten på den fysiske aktiviteten som har mest å si i sammenheng med den helserelaterte livskvaliteten. For vitalitet har aktiviteten også signifikant forklaringsgrad. Emosjonell rollebegrensning og mental helse hos kvinner viser seg å være på nivå med kvinnene generelt i Norge. For menn er de sterkeste dimensjonene fysisk funksjon, mental helse og emosjonell rollebegrensning. Fysisk rollebegrensning henger signifikant sammen med varigheten på fysisk aktivitet, samt tendenser til at fysisk aktivitet har sterk forklaringsgrad. Resultatene forteller om fysisk aktivitet som en betydningsfull faktor for noen dimensjoner i helserelatert livskvalitet og terskelen for deltakelse virker å ligge høyere hos menn enn hos kvinner.

Som tilrettelegger av aktivitetstilbud kan funnene i undersøkelsen være betydningsfulle for idrettskretsen. Samtidig viser funn som ikke er signifikante at det er flere forhold enn fysisk aktivitet som har stor betydning for helsen. Når det gjelder påvirkningen av myndiggjøring på den helserelatert livskvaliteten, virker sammenhengen mellom deltakelse i meningsfylte daglige aktiviteter, slik som Aktiv på Dagtid, å ha en positiv påvirkning på helsen. Valgene deltakerne foretar er en essensiell del av myndiggjøringen (Rifkin, 2003), og sier noe om ansvarligheten og kontrollen på egen helse og hverdag. I tråd med blant annet Hultqvist et al. (2015) kan dette ha en positiv påvirkning på helsen. De sosiale aspektene ved tilbudet er også verdsatt av de fleste deltakerne.

Sett i betraktning av Folkehelsemeldingens (Meld.St. 19, 2014-2015) mål kan Aktiv på Dagtid være et sentralt tilbud for personer utenfor arbeidslivet. Det kan bidra til å snu den negative trenden knyttet til helse som rammer mange som står utenfor arbeidslivet.

For videre forskning ville det vært interessant å se om en langsgående studie ville gitt andre resultater. Det ville vært betydningsfullt med et større utvalg og derav flere menn. Det er flere interessante resultater i studien som trolig ville blitt signifikante med et større utvalg mannlige deltakere.

Det ville vært interessant og benyttet et måleinstrument i myndiggjøring for å hente flere detaljerte resultater som kan knyttes opp mot helsen. Ved å inkludere slike resultater i en analyse kan en si med større sikkerhet hvordan det henger sammen med helsen til deltakerne.

Litteratur

- Adams, R. (2008). *Empowerment, participation and social work* (4 ed.). London: Palgrave Macmillan.
- Anokye, N. K., Trueman, P., Green, C., Pavey, T. G. & Taylor, R. S. (2012). Physical activity and health related quality of life. *BMC Public Health*, 12(1), 624. doi: 10.1186/1471-2458-12-624
- Arntzen, A., Dalgard, O. S., Eberhard-Gran, M., Eggesbø, M., Graff Iversen, S., Grøholt, E.-K., . . . Zahl, P.-H. (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport* (Ø. Næss, M. Rognerud & B. H. Strand Eds. Vol. 2007:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Aspvik, N. P., Sæther, S. A. & Ingebrigtsen, J. E. (2012). *Oppvekst i bygder. Ungdom i Sør-Trøndelag 2012* (Translator, Trans. Editor Ed.^Eds.). Trondheim.
- Bejerholm, U. & Björkman, T. (2010). Empowerment in supported employment research and practice: Is it relevant? *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 588-595.
- Bergem, R. (2007). Medborgarskap og myndiggjering. In T.-J. Ekeland & K. Heggen (Eds.), *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bize, R., Johnson, J. A. & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401-415. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.017>
- Bouchard, C. & Shephard, R. J. (1994). Physical activity, Fitness, and Health: The Model and Key Concepts. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement* (pp. 77-88). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens, T. (1994). The Consensus Statement. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement* Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists. A Guide to Data Analysis using SPSS for Windows (Versions 12 and 13)* (3 ed.). New York: Palgrave Macmillan.
- Breivik, G. (2013). *Jakten på et bedre liv. Fysisk aktivitet i den norske befolkningen 1985-2011*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Clark, C. & Krupa, T. (2002). Reflections on empowerment in community mental health: Giving shape to an elusive idea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 341-349.
- Eikemo, T. A. & Clausen, T. H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Eriksen, H. (2014, 08. des). - Blir nesten som å gå på jobb. *Halden Arbeiderblad*. Retrieved from http://www.idrett.no/krets/ostfold/aktivpadagtid/Documents/Aktiv_p%C3%A5_dagtid_Halden_arbeiderblad.pdf
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2001). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Faulkner, J. A., Green, H. J. & White, T. P. (1994). Response and Adaptation of Skeletal Muscle to Changes in Physical Activity. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement* (pp. 343-357). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E. & Larson, J. L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x
- Fitzsimons, S. & Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health*, 11(5), 481-499.
- Forsberg, E. & Starring, B. (1997). Inledning. Empowerment - begrepp och tillämpning. In E. Forsberg & B. Starrin (Eds.), *Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 30(121), 3600-3604.
- Galobardes, B., Lynch, J. & Smith, G. D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81 & 82, 21-37. doi: 10.1093/bmb/ldm001
- Gays, R. D., Sherbourne, C. D., Spritzer, K. & Dixon, W. J. (1996). *A Microcomputer Program (sf36.exe) that Generates SAS Code for Scoring the SF-36 Health Survey*. Hentet 4. mar, 2015, fra <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/drafts/2007/DRU1437.pdf>

- Groves, R. M., Fowler, F. J. J., Couper, M. P., Lepkowski, J. M., Singer, E. & Tourangeau, R. (2004). *Survey methodology*. Hoboken, NJ: J. Wiley.
- Hansen, A. (u.å.). *Årsrapport 2014*. Rolvsøy: Møklegaard Print Shop.
- Hassmén, N. & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvitenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger fysisk aktivitet og stillesitting*. Hentet 11. nov, 2014, fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger/Sider/default.aspx>
- Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. In R. Bahr (Ed.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (pp. 8-36). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. In P. E. Lorentzen, T. Berge & J. Åker (Eds.), *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. Oslo: Tanum-Norli.
- Hovden, J. (2004). *Makt, motstand og ambivalens. Betydningar av kjønn i idretten*. (Dr.grad), Høgskolen i Finnmark.
- Hultqvist, J., Eklund, M. & Leufstadius, C. (2015). Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 54-61.
- Imayama, I., Alfano, C. M., Caitlin, E. M., Chiachi, W., Liren, X., Duggan, C., . . . McTiernan, A. (2013). Exercise adherence, cardiopulmonary fitness and anthropometric changes improve exercise self-efficacy and health-related quality of life. *Journal of Physical Activity and Health*, 10(5), 676-689.
- Ingebrigtsen, J. E. (2009). *Fysisk aktivitet - En studie av fysisk aktivitet blant voksne i Møre og Romsdal*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, Senter for idrettsforskning.
- Jansson, E. & Anderssen, S. A. (2009). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. In R. Bahr (Ed.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kruger, J., Bowles, H. R., Jones, D. A., Ainsworth, B. E. & Kohl, H. W. r. (2007). Health-related quality of life, BMI and physical activity among US adults (>18 years): National Physical Activity and Weight Loss Survey, 2002. *International Journal of Obesity*, 31(2), 321-327.

- Laughlin, M. H., McAllister, R. M. & Delp, M. D. (1994). Physical Activity and the Microcirculation in Cardiac and Skeletal Muscle. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement* (pp. 302-319). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Lloyd, C., King, R. & Moore, L. (2010). Subjective and Objective Indicators of Recovery in Severe Mental Illness: a Cross-Sectional Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229.
- Loge, J. H. & Kaasa, S. (1998). Short Form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(4), 250-258.
- Lord, J. & Hutchison, P. (1993). The Process of Empowerment: Implications for Theory and Practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(1), 5-22.
- Martinsson, G., Hjorthaug, G., Rognlien, K.-J. & Rasmussen, N. K. (u.å.). *Østfold helseprofil 2011-2012*. Sarpsborg: Østfold fylkeskommune.
- Mastekaasa, A., Moum, T., Næss, S. & Sørensen, T. (1988). *Livskvalitetsforskning*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- McAuley, E. (1994). Physical Activity and Psychosocial Outcomes. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement* (pp. 551-568). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- McHorney, C. A., Ware, J. E. & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263.
- Meld.St. 19. (2014-2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mitchell, J. H. & Raven, P. B. (1994). Cardiovascular Adaptation to Physical Activity. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement* (pp. 286-301). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

- MOS. (1994). *How to score the SF-36 health survey*. Boston: Medical Outcomes Trust.
- Myklestad, I., Rognerud, M. & Johansen, R. (2008). *Levekårsundersøkelsen 2005. Utsette grupper og psykisk helse*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- NAV. (2014). *Stabil arbeidsledighet i Østfold*. Hentet 26. mai, 2015, fra <https://http://www.nav.no/no/Lokalt/Ostfold/Pressemeldinger/Stabil+arbeidsledighet+i+%C3%98stfold.390075.cms>
- Newsholme, E. A. & Parry-Billings, M. (1994). Effects of Exercise on the Immune System. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement* (pp. 451-455). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste. (2008). *Undersøkelse om fritid og sport 2007*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS.
- Ophaug, E., Kristoffersen, R. & Johnsen, Y. (2014). – Det sosiale livet forsvinner når du ikke jobber. *Fredrikstad Blad*.
- Pharr, J. R., Moonie, S. & Bungum, T. J. (2012). The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health, Access to Health Care and Health Risk Behaviors. *ISRN Public Health, 2012, 7*. doi: 10.5402/2012/483432
- Rand Health. (u.å.). *Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey Scoring Instructions*. Hentet 4. mar, 2015, fra http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item_scoring.html
- Rifkin, S. B. (2003). A Framework Linking Community Empowerment and Health Equity: It Is a Matter of CHOICE. *J Health Popul Nutr., 21*(3), 168-180.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3. utgave* (3 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International, 9*(1), 39-47.
- Senter for helsefremmende forskning. (u.å.). *Om senteret*. Hentet 14. mai, 2015, fra <http://www.ntnu.no/rchpr/om>
- Sillanpää, E., Häkkinen, K., Holviala, J. & Häkkinen, A. (2012). Combined Strength and Endurance Training Improves Health-Related Quality of Life in Healthy

- Middle-Aged and Older Adults. *International Journal of Sports Medicine*, 33(12), 981-986.
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, T. (2002). Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. In J. Vindegg (Ed.), *Profesjon og fag - sosionomkompetanse i utvikling* (pp. 59-69). Volda: Seksjonsrådet for sosionomer i Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.
- Smith, G. D. (2003). *Health Inequalities: Life course Approaches*. Bristol: The Policy Press.
- Solbraa, A. K. (2007). *Aktiv på dagtid – et folkehelse tilbud. En longitudinell prospektiv studie om utvikling i helse relatert livskvalitet, fysisk aktivitet og trykkesituasjon hos en gruppe nye deltakere på Aktiv på dagtid i Oslo*. (Masteroppgave), Norges Idrettshøgskole, senter for idrettsmedisinske fag, Oslo.
- St.meld.nr. 20. (2006-2007). *Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld.nr. 37. (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Statistisk Sentralbyrå. (2015). *Registrerte arbeidsledige, 2014*. Hentet 26. mai, 2015, fra <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regledig/aar/2015-03-24-content>
- Strandbu, Å. & Seippel, Ø. (2011). *"Aktiv på dagtid" i Oslo. En undersøkelse av deltakernes erfaringer*. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Sund, E. R. & Eikemo, T. A. (2011). Sosiale ulikheter i helse. In N. C. Øverby, M. C. Torstveit & R. Høigaard (Eds.), *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Svendsby, E. (2013, 17. apr). Så mye må du trene for å beholde helsen. *Verdens Gang*. Retrieved from <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/trening/saa-mye-maa-du-trene-for-aa-beholde-helsen/a/10137126/>
- Tessier, S., Vuillemin, A., Bertrais, S., Boini, S., Le Bihan, E., Oppert, J.-M., . . . Briançon, S. (2007). Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Preventive Medicine*, 44(3), 202-208. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.11.012

- Thompson, W. M., Zack, M. M., Krahn, G. L., Andresen, E. M. & Barile, J. P. (2012). Health-Related Quality of Life Among Older Adults With and Without Functional Limitations. *American Journal of Public Health, 102*(3), 496-502.
- Torstveit, M. K. & Olsen, S. R. (2011). Fysisk aktivitet i folkehelsearbeidet. In N. C. Øverby, M. C. Torstveit & R. Høigaard (Eds.), *Folkehelsearbeid* (pp. 163-182). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- van Oostrom, S. H., Smit, H. A., Wendel-Vos, G. C. W., Visser, M., Verschuren, W. M. M. & Picavet, S. J. (2012). Adopting an Active Lifestyle During Adulthood and Health-Related Quality of Life: The Doetinchem Cohort Study. *American Journal of Public Health, 102*(11), 62-68.
- Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering - utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. In T.-J. Ekeland & K. Heggen (Eds.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.-M., Hercberg, S., . . . Briançon, S. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine, 41*(2), 562-569. doi: 10.1016/j.ypmed.2005.01.006
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Hentet 23. mar, 2015, fra Health Evidencence Network report http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W. & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ, 174*(6), 801-809.
- Ware, J. E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine, 25*(24), 3130-3139.
- Ware, J. E. & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*(11), 903-912.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care, 30*(6), 473-483.
- Wendel-Vos, G. C. W., Schuit, A. J., Tijhuis, M. A. R. & Kromhout, D. (2004). Leisure time physical activity and health related quality of life: Cross-sectional and longitudinal associations. *Quality of Life Research, 13*(3), 667-677.
- Wilkinson, R. G. & Marmot, M. G. (2005). *De harde fakta: Sosiale forhold av betydning for helsen*. Leknes: Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner.

- Woodall, J., Raine, G., South, J. & Warwick-Booth, L. (2010). *Empowerment and Health & Well-Being*. Hentet 23. mar, 2015, fra <http://www.altogetherbetter.org.uk/SharedFiles/Download.aspx?pageid=4&mid=112&fileid=91>
- World Health Organization. (1948). *WHO definition of Health*. Hentet 11. nov, 2014, fra <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 13. mai, 2015, fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (2011). *Global recommendations on physical activity for health*. Hentet 18. nov, 2014, fra <http://www.who.int/dietphysicalactivity/leaflet-physical-activity-recommendations.pdf?ua=1>
- Østfold analyse. (u.å.). *Levekår og folkehelse*. Hentet 26. jan, 2015, fra <http://www.ostfoldanalyse.no/levekar-og-folkehelse>
- Østfold Fylkeskommune, NAV, Østfoldhelse & Østfold Idrettskrets. (u.å.). *Strategiplan 2014-2017. Aktiv på dagtid*. Hentet 21. jan, 2015, fra <http://idrett.forbundetonline.no/krets/ostfold/aktivpadagtid/Documents/Strategiplan.pdf>
- Østfold Idrettskrets. (u.å.-a). *Årsrapport 2013*. Hentet 21. jan, 2015, fra [http://idrett.forbundetonline.no/krets/ostfold/aktivpadagtid/Documents/Årsrapport 2013.pdf](http://idrett.forbundetonline.no/krets/ostfold/aktivpadagtid/Documents/Årsrapport%202013.pdf)
- Østfold Idrettskrets. (u.å.-b). *Aktiv på dagtid*. Hentet 21. jan, 2015, fra [http://idrett.forbundetonline.no/krets/ostfold/aktivpadagtid/Documents/presentasjonsbrosjyre apd.pdf](http://idrett.forbundetonline.no/krets/ostfold/aktivpadagtid/Documents/presentasjonsbrosjyre%20apd.pdf)
- Østfold Idrettskrets. (u.å.-c). *Om aktivitetene*. Hentet 2. mar, 2015, fra <http://www.idrett.no/krets/ostfold/aktivpadagtid/Sider/Omaktivitetene.aspx>

Tabelliste

Tabell 1 Cronach's alpha og antall spørsmål for de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet

Tabell 2 De åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet for kvinner og menn. Presentert som gjennomsnitt og standardavvik

Tabell 3 Gjennomsnittsverdier og standardavvik for mål på fysisk aktivitet for kvinner og menn

Tabell 4 Enveis korrelasjonsmatrise for mål på fysisk aktivitet og dimensjoner i helserelatert livskvalitet for kvinner og menn

Tabell 5 Frekvensanalyse av kjønn og faktorer for fysisk aktivitet for kvinner og menn. Antall og prosent

Tabell 6 Deskriptiv analyse av alder og fysisk aktivitet. Gjennomsnittsverdi, standardavvik, minimumsverdi og maksimumsverdi for kvinner og menn

Tabell 7 Krysstabell for fysisk aktivitet om 5 år og kategorier for begrunner av svaret for kvinner og menn

Tabell 8 KMO og Bartlett's Test etter faktoranalyse for de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet

Tabell 9 Rotert komponentmatrise etter faktoranalyse for de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet

Tabell 10 Cronbach's alpha for spørsmålene innad i hver av de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet

Tabell 11 Toveis Pearsons korrelasjonsanalyse med de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet

Tabell 12 Fysisk aktivitets forklaringsgrad på de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet for kvinner og menn

Vedlegg

Tabeller

Tabell 5 Frekvensanalyse av kjønn og faktorer for fysisk aktivitet for kvinner og menn. Antall og prosent

Karakteristika	Kvinner, N	%	Menn, N	%
Kjønn	57	82,6	12	17,4
Varighet deltakelse ApD				
Mindre enn 6 mnd	8	14,0	1	8,3
7-12 mnd	3	5,3	1	8,3
1-2 år	12	21,1	2	16,7
Mer enn 2 år	34	59,6	8	66,7
Hypighet FA				
Ingen				
En dag i uka	11	19,3	1	8,3
2-3 dager	36	63,2	8	66,7
4-5 dager	8	14,0	3	25,0
6-7 dager	2	3,5		
Intensitet FA				
Aldri	4	7,0		
Mindre enn 1 gang i uka	3	5,3	3	25,0
Omtrent en gang i uka	12	21,1	2	16,7
2-3 dager i uka	33	57,9	3	25,0
4 eller flere dager i uka	5	8,8	4	33,3

Tabell 6 Deskriptiv analyse av alder og fysisk aktivitet. Gjennomsnittsverdi, standardavvik, minimumsverdi og maksimumsverdi for kvinner og menn

Variabel	Kvinner (st.a.)	Min.	Max.	Menn (st.a.)	Min.	Max.
Alder	55 (8.28)	37	67	48 (11.01)	30	65
Dager andp./svett	3.0 (.69)	2	5	3.2 (.58)	2	4
FA hvor ofte	3.6 (.98)	1	5	3.7 (1.23)	2	5
FA timer	3.8 (2.40)	.5	14.0	4.7 (3.11)	3	10
FA timer ApD	2.2 (1.35)	.0	8.0	2.5 (1.33)	.5	4.0
FA om 5 år	2.0 (.48)	1	3	2.0 (.74)	1	3

N kvinner = 57, N menn = 12

Tabell 7 Krysstabell for fysisk aktivitet om 5 år og kategorier for begrunnelser av svaret for kvinner og menn

Kommentarkategori	Kvinner			Menn		
	Mindre aktiv	Like aktiv	Mer aktiv	Mindre aktiv	Like aktiv	Mer aktiv
Ubesvart	1	8	1	2	1	1
Trives med aktivitet		3	1		1	
Bedre form		3			1	1
Opprettholde helse		14	2		1	
Begrenset av sykdom	5	5	1	1		
Bedre fremtid		2			2	1
Irrelevant		9	1			

N = 69

Tabell 8 KMO og Bartlett's Test etter faktoranalyse for de åtte dimensjonene i helse relatert livskvalitet

KMO	.675
Bartlett's Test	
Maks. Kji-kvadrat	181.056
Frihetsgrader	28
Sig.	.000

N = 69

Tabell 9 Rotert komponentmatrise etter faktoranalyse for de åtte dimensjonene i helse relatert livskvalitet

Dimensjon	Komponent		
	1	2	3
Fysisk funksjon	.767		
Fysisk rollebegrensning	.842		
Emosjonell rollebegrensning			.940
Vitalitet		.669	
Mental helse		.662	
Sosial funksjon		.771	
Kroppslig smerte	.830		
Generell helse		.719	

N = 69

Tabell 10 Cronbach's alpha for spørsmålene innad i hver av de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet

Helsedimensjon	Cronbach's alpha if item deleted
Fysisk funksjon	
FF_3	.821
FF_4	.816
FF_5	.815
FF_6	.796
FF_7	.806
FF_8	.815
FF_9	.803
FF_10	.807
FF_11	.814
FF_12	.819
Fysisk rollebegrensning	
FR_13	.771
FR_14	.787
FR_15	.841
FR_16	.754
Generell helse	
GH_1	.653
GH_33	.660
GH_34	.589
GH_35	.681
GH_36	.547
Emosjonell rollebegrensning	
ER_17	.547
ER_18	.720
ER_19	.743
Vitalitet	
V_23	.658
V_27	.616
V_29	.577
V_31	.573
Mental helse	
MH_24	.700
MH_25	.755
MH_26	.740
MH_28	.704
MH_30	.756

Tabell 11 Toveis Pearsons korrelasjonsanalyse med de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet

Helsefaktor	FF	FR	KS	GH	ER	V	MH	SF
Fysisk funksjon	1							
Fysisk rollebegr.	.471**	1						
Kroppslig smerte	.551**	.569**	1					
Generell helse	.398**	.329**	.320**	1				
Emosjonell rollebegr.	.075	.231	-.116	.040	1			
Vitalitet	.454**	.342**	.451**	.570**	.033	1		
Mental helse	-.053	.043	-.113	.340**	.460**	.304*	1	
Sosial funksjon	.197	-.028	.073	.376**	.311**	.341**	.499**	1

N=69, *sig. på 0.05-nivå, **sig. på 0.01-nivå

Tabell 12 Fysisk aktivitets forklaringsgrad på de åtte dimensjonene i helserelatert livskvalitet for kvinner og menn

Helsedimensjon	Forklaringsgrad (R ²)	
	Kvinner (N=57)	Menn (N=12)
Fysisk funksjon	.145	.317
Fysisk rollebegrensning	.045	.688
Kroppslig smerte	.068	.357
Generell helse	.093	.445
Emosjonell rollebegrensning	.073	.421
Vitalitet	.247*	.544
Mental helse	.102	.356
Sosial funksjon	.071	.373

* sig. på 0,05-nivå, N = 69

Informasjonsskjema



Fysisk aktivitet og livskvalitet

Informasjon om spørreundersøkelse blant deltakere ved Aktiv på Dagtid i Fredrikstad

Spørreundersøkelsen er en del av et masterprosjekt på NTNU i Trondheim, på studiet Idrettsvitenskap. Prosjektets formål er å undersøke hvordan fysisk aktivitet påvirker livskvaliteten til deltakerne ved Aktiv på Dagtid. Undersøkelsen gjennomføres som et spørreskjema som deles ut til deltakere ved aktivitetstilbudene i Fredrikstad. Østfold Idrettskrets har gitt tillatelse til undersøkelsen og bidratt med nødvendig informasjon.

Undersøkelsen er frivillig, og deltakerne kan velge å trekke seg når som helst. Som deltaker er man helt anonym. Personopplysninger, som navn eller fødselsdato, blir ikke samlet inn. Informasjonen som samles inn er ikke tilgjengelig for andre.

Innsamlet data blir slettet umiddelbart etter at analysene er avsluttet. Analysene blir gjennomført på datamaterialet som helhet, ikke på mindre grupper eller enkeltindivider. Dette sikrer deltakerne full anonymitet.

Spørreskjema

Fysisk aktivitet og livskvalitet

Denne undersøkelsen er en del av et masterprosjekt ved Idrettsvitenskap på NTNU i Trondheim. Undersøkelsen handler om hvordan fysisk aktivitet påvirker livskvaliteten til deltakere ved Aktiv på Dagtid i Fredrikstad i Østfold.

Det er frivillig å delta på undersøkelsen og som deltar er du helt anonym.

Kryss av i ruten for det alternativet som passer best.

1. Kjønn

Mann Kvinne

2. Fødselsår

3. Hvor lenge har du vært deltaker på Aktiv på Dagtid?

Mindre enn 6 mnd 7-12 måneder 1-2 år Mer enn 2 år

4. Hvor mange dager i uka er du vanligvis så aktiv at du blir andpusten eller svett (inkludert ApD)?

Ingen En dag i uka 2-3 dager 4-5 dager 6-7 dager

5. Når du tenker på de 4 siste ukene, hvor ofte deltok du i idrett/sport eller fysisk aktivitet hardt nok til at du pustet fort, svettet eller hjertet banket fort i 20 minutter (inkludert ApD)?

Aldri	Mindre enn 1 gang i uka	Omtrent 1 gang i uka	2 - 3 dager i uka	4 eller flere dager i uka
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hvor mange timer i uka er du vanligvis så aktiv at du blir andpusten eller svett? _____ timer.

7. Hvor mange av disse timene er gjennom aktiviteter på Aktiv på Dagtid? _____ timer.

8. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene?

Aktiviteter	Ja, helsen begrenser meg mye	Ja, helsen begrenser meg litt	Nei, helsen begrenser meg ikke
Anstrengende aktiviteter (løpe, løfte tungt, delta i idrett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderate aktiviteter (hagearbeid, husarbeid, gå tur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løfte eller bære en handlekurv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå opp trappen flere etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå opp trappen en etasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bøyde deg eller sitte på huk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå mer enn 2 kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå noen hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå 100 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske deg eller kle på deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Mener du at fysisk aktivitet er viktig for å vedlikeholde egen helse?

Ja, meget viktig for meg Tenker ikke så mye på det Nei, ikke viktig for meg

10. Stort sett vil du si din helse er:

Utmerket Meget god God Nokså god Dårlig

11. Sammenliknet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå:

Mye bedre Litt bedre Omtrent den samme Litt dårligere Mye dårligere

12. Hvor riktig eller gal er hver av de følgende påstander for deg?

	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis gal	Helt gal
Det virker som jeg blir lettere syk enn andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror at helsen min forverres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har utmerket helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenk på de siste 4 ukene

Spørsmålene 13-19 handler om hvordan du har hatt det de siste 4 ukene.

13. Har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

	J A	N E I
Du har måttet redusere tiden du har brukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har hatt problemer med å gjennomføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (f.eks. å være deprimert eller engstelig?)

	J A	N E I
Du har måttet redusere tiden du har brukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har utrettet mindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har utført gjøremålene mindre grundig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. I hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?

Ikke i det hele tatt Litt En del Mye Svært mye

16. Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 ukene?

Ingen Meget svake Svake Moderate Sterke Meget sterke

17. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket dine vanlige gjøremål?

Ikke i det hele tatt Litt En del Mye Svært mye

18. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du:

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
Følt deg full av tiltakslyst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor og trist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg sliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg trett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (besøke venner og slektninger osv.)?

Hele tiden Nesten hele tiden En del av tiden Litt av tiden Ikke i det hele tatt

Fremtiden

20. Hvor fysisk aktiv ser du for deg at du er om 5 år?

Mindre aktiv enn nå Like aktiv som nå Mer aktiv enn nå

21. Hvorfor: _____

Tusen takk for at du deltok!

Skjema fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres 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

Jan Erik Ingebrigtsen
Institutt for sosiologi og statsvitenskap NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 07.11.2014

Vår ref: 40418 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40418</i>	<i>Fysisk aktivitet og livskvalitet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jan Erik Ingebrigtsen</i>
<i>Student</i>	<i>Åse Marita Høitomt</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/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Åse Marita Høitomt aasemhoitomt@outlook.com

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

Awdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40418

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.