

Masteroppgave i Helsevitenskap:

Litteraturartikkel: Betydningen av fysisk aktivitet for livskvalitet hos friske seniorer - En gjennomgang av empiri i et perspektiv fra folkehelsearbeid og helsefremmende teori.

Empirisk artikkel: Kulturaktiviteter som virkemiddel for å fremme aktivitet og helse for seniorer i Trondheim kommune.

Ingrid Kari Solhjem

"Helse = biologi x kultur x politikk²" Per Fugelli

FORORD

Denne masteroppgaven er gjennomført i tilknytning til Institutt for Sosialt Arbeid og Helsevitenskap, og mange der oppe har bidradd til oppgaven. Noen vet om det og andre har kommet tips med til en vitebegjærlig student, uten at de var klar over at de dermed veiledet skriveprosessen.

Aller først takk til Geir Arild Espnes som midt oppi åpning av *Senter for helsefremmende forskning* har hatt tid til å være min veileder. Kyrre Svarva teknisk hjelper og vel så det, har gitt uvurderlig hjelp i bruk av SPSS og for den statistiske analysen. Takk også til prosjektleder Lise Jaastad og medstudent Gro Nicoline Mikalsen og til Kulturenheten i Trondheim kommune, for samarbeidet om prosjektet ”*Kulturdeltakelse og helse*”. Datainnsamlingen hadde ikke vært mulig uten praktisk assistanse fra Rolf og kulturvertene som jobber i Kulturenheten. Ikke minst takk til alle senioren som tålmodig stiller opp i en spørreskjemaundersøkelse som de vet lite om i utgangspunktet, og som de nødvendigvis ikke har spesiell interesse for.

Til mine fysioterapikollegaer og arbeidsgiver på St Olav, vil jeg si at i en travel arbeidshverdag er det ingen selvfølge at kolleger stiller opp som vikar i forbindelse med utallige studiepermisjoner!

Takk Ola, for at du gidder å høre på meg når jeg til stadig syter i forbindelse med skriveprosessen!

Jeg har lært veldig mye av selve skriveprosessen, av temaene i oppgaven og av det faktum at jeg har studert meg til en samfunnsvitenskaplig oppgave – det var høyst på tide for min del!

Trondheim, november 2011

Ingrid Kari Solhjem

Introduksjon

Dette er en masteroppgave i helsevitenskap, og studenten er tilknyttet Institutt for Sosialt arbeid og Helsevitenskap. Et samfunnsvitenskaplig perspektiv i oppgaven er å ha fokus på samspill mellom samfunn, kultur og individ. Samfunnet behøver å legge til rette for helsefremmende adferd slik at dette blir et naturlig valg.

Masteroppgaven er knyttet opp mot et prosjekt som ledes fra Senter for Helsefremmende forskning. Hovedprosjektets tema er ”*Kulturdeltakelse og Helse*”.

Formålet med litteraturartikkelen er å se på fysisk aktivitet i et perspektiv fra folkehelsearbeid og helsefremmende teori, som et teoretisk rammeverk for den empiriske oppgaven.

Befolkningsintervensjoner for å fremme fysisk aktivitet er et nytt og spennende tema, og det meste av litteraturen eksisterer fra 2000 og frem til i dag. Fokus i den empiriske artikkelen er å evaluere aktivitet i tilknytning til Den Kulturelle Spaserstokken [DKSS] i Trondheim kommune, hvor en ser på sammenhengen mellom kulturaktivitet og helse. Målgruppen for DKSS er seniorer i aldersgruppen 55 år eller eldre, og generelt sier en at både forskning og tilbud i mindre grad omfatter denne aldersgruppen. Den Kulturelle Spaserstokken kan betegnes som et annerledes og mindre tradisjonelt tilbud for å fremme aktivitet og helse, og fysisk aktivitet er en del av dette. En velger fysisk aktivitet som tema i forbindelse med litteraturartikkelen, fordi det er gjennomført lite forskning som har beskrevet kultur- og fritidsaktiviteter som helsefremmende virkemiddel.

Tabell- og figuroversikt artikkel 1

Figur 1: Faktorer som påvirker helse – et samfunnsperspektiv (Espnes og Smedslund 2009, modifisert etter Dahlgren and Whitehead 1991)	side 14
Fig 2: Modell for helsefremmende arbeid (Espnes og Rannestad 2010)	side 15
Tabell 1: Oppfatning av helse (Mæland 2005)	side 15
Figur 3: Syntesemodell for determinanter for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2008, modifisert etter Welk 1999)	side 18
Tabell 2: Aktivitetsnivå i den voksne befolkning (Helsedirektoratet 2009b)	side 20
Tabell 3: Andelen aktive i øvre aldersgrupper (Helsedirektoratet 2009b, Taylor et al. 2004)	side 20
Fig 4: Fra motivasjon til aktiv deltakelse	side 22
Tabell 4: Determinanter for fysisk aktivitet (Marcus 1995, King 2001)	side 22

Tabell- og figuroversikt artikkel 2

Figur 1: Deltagerflyt i rekrutteringsprosedyren for delstudien	side 52
Tabell 1: Spørsmålene fra spørreskjema som er brukt i oppgaven	side 53
Tabell 2: Oppsummerende deskriptiv statistikk	side 56
Tabell 3: Deltakelsesfrekvens ved Den Kulturelle Spaserstokken	side 57
Tabell 4: I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har du selv <u>vært på</u> (kulturarenaer)	side 58
Tabell 5: I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har du selv <u>deltatt i</u> (fritidsaktiviteter)	side 58
Tabell 6: Helserelatert livskvalitet: Verdiene er gjennomsnitt med standardavvik [SD] i parentes	side 59
Fig 2: Fysisk helse og antall kulturarenaer det siste halve året (gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall)	side 60
Fig 3: Fysisk helse og antall kulturaktiviteter det siste halve året (gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall)	side 60
Fig 4: Fysisk helse og mosjon på ukentlig basis (gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall)	side 61
Tabell 7: Multiple regresjon for fysisk helse og kulturaktivitet;	side 63
Tabell 7a med indeks for kulturelle arenaer (spm 8)	side 63
Tabell 7b med indeks for aktive kulturaktiviteter (spm 9)	side 63

Litteraturartikkel: Betydning av fysisk aktivitet for livskvalitet hos friske seniorer - En gjennomgang av empiri i et perspektiv fra folkehelsearbeid og helsefremmende teori.

Tabell- og figuroversikt.....	4
Abstract.....	8
Kapittel 1	9
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Formål.....	11
1.3 Litteratursøk.....	12
Kapittel 2 Teori.....	13
2.1 Helsefremmende teori	13
2.1.1 Innledning	13
2.1.2 Helse med fokus på helsefremming – En integrert helsemodell	13
2.1.3 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid – en forskjell av betydning?	15
2.1.4 Helsefremmende teori – noe mer enn Ottawa charteret?	16
2.1.5 Hva er livskvalitet?.....	17
2.2 Aktivitet – ”et samspill mellom mennesker og arenaer”.....	18
2.2.1 Innledning	18
2.2.2 Sosial økologisk tilnærming for fysisk aktivitet	18
2.2.3 Aktivitetsnivå i Norge – basert på nye undersøkelser	19
2.2.4 Hva er fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv?	20
2.2.5 ”Å bli fysisk aktiv”: Mediatorer for fysisk aktivitet	21
2.2.6 Er fysisk aktivitet relatert til livskvalitet hos seniorer?.....	22
2.3 Befolkningsintervensjoner - et virkningsfullt folkehelseiltak?.....	24
2.3.1 Innledning	24
2.3.2 Befolkningsintervensjoner – noe mer enn kunnskap og gruppeintervensjoner?.....	24
2.3.3 Definisjon av samfunn og nettverk	25
2.3.4 Fokus på støttende nærmiljø – miljøfaktorer	26
2.3.5 Virkning og evaluering av befolkningsintervensjoner	27
Kapittel 3 Diskusjon	29
3.1 Helse i folkehelsen.....	29
3.2 Teori for folkehelsearbeid	30
3.3 Må en trene for å ha god livskvalitet?	29
3.4 Helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet	30
Kapittel 4 Konklusjon	35
Litteraturliste	36

Empirisk artikkel: Kulturaktiviteter som virkemiddel for å fremme aktiviteter og helse for seniorer i Trondheim kommune.

Tabelloversikt.....	4
Abstract (engelsk).....	46
Kapittel 1 Bakgrunn	47
Kapittel 2 Metode.....	51
2.1 Utvalg.....	51
2.2 Prosedyre.....	51
2.4 Verktøy.....	52
2.5 Statistikk.....	54
2.6 Etikk	55
Kapittel 3 Resultat.....	56
3.1 Deskriptiv analyse.....	56
3.1.1 Utvalg og helsestatus	56
3.1.2 Aktivitetsnivå.....	57
3.1.3 Livskvalitet	59
3.2 Bivariate analyser	60
3.2.1 Kulturaktivitet og livskvalitet.....	60
3.2.2 Betydning av alder, sivilstatus og utdanning	62
3.3 Regresjonsanalyse	62
Kapittel 4 Diskusjon	64
4.1 Kulturaktivitet positiv ressurs for livskvalitet	64
4.2 "Friske og aktive seniorer"	64
4.3 Styrke og begrensninger i studien	66
4.4 Diskusjon av resultat i forhold til tidligere studier og litteratur	68
4.5 Implikasjoner av studien	69
5.0 Konklusjon	70
Litteraturliste	71

Vedlegg:

1. Spørreskjema for prosjektet "*Kulturdeltakelse og helse*"
2. Godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
3. Avtale med Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag
4. Resultat: Korrelasjonstabell og uavhengig t-test for gruppevis sammenligninger

ARTIKKEL 1

**Betydningen av fysisk aktivitet for livskvalitet hos friske seniorer -
En gjennomgang av empiri i et perspektiv fra
folkehelsearbeid og helsefremmende teori.**

Abstract

The main purpose of this article is to identify literature concerning community intervention, specifically to identify publications which explain how to promote physical activity in the healthy elderly. It is an attempt to extend the perspective of involvement in leisure time physical activity. The main question is if physical activity improves quality of life in the elderly? Literature search was accomplished by a computer or by a manual search (tracking citations), and following key words were used: Physical activity, health promotion, aging/elderly, supporting environment, community intervention, Quality of life, psychological well-being and review.

The first part of this article will focus on conceptualization of health promotion and quality of life. The second part will focus on physical activity in public health and the community. The third part focuses on community interventions, physical activity and environmental factors, and their definitions.

Physical activity is important to health. The health care system understands how to use drugs to reduce pain and the risk for serious events caused by sedentary lifestyle, but methods to promote physical activity are less well understood. Studies in public health interventions suggest that environmental factors are essential to promote physical activity, and the literature research shows that daily activity improves a overall term of quality of life in the healthy elderly. There is some evidence for a strategy in community interventions to focus on environmental factors to promote more physical activity or positive health behaviours.

Interventions for promoting physical activity have mainly focused on physical activity and disease prevention, and strategies have not focused, or have not succeeded in increasing the activity level in the general public. New implementation strategies of physical activity are needed. An ecological approach is one suggestion and a possible theoretical model for this kind of intervention. In addition the conceptualisation of health promotion also includes a broader perspective of activity and public health. A population-wide approach and health promotion need more attention and further improvements in future research.

Kapittel 1

1.1 Bakgrunn

I dag er det en alminnelig oppfatning om at en trenger å fornye og evidensbasere de strategier en som samfunn ønsker å bruke for å øke det generelle aktivitetsnivået i befolkningen.

Behovet for nye og effektive implementeringsstrategier går på tvers av kulturer og landegrenser. Dette er av stor interesse i land med en aldrende befolkning, fordi en vet at aktivitetsnivået reduseres med økende alder (Pan, Cameron, DesMeules et al. 2010, EU 2005, WHO 2004, Lavallo, Breckon og Pingle 2003, King 2001). Det er også fornuftig å utvikle et bredere begrepsmessig apparat for fysisk aktivitet og effekt, fordi aktivitet og helse handler om mer enn ulike biologiske scenarier (Drewnowski og Evans 2001). Flere tiår med epidemiologiske og kliniske studier har vist at regelmessig fysisk aktivitet virker sykdomsforebyggende, og det finnes mange studier som underbygger denne kunnskapen. Helsegevinsten er den samme for alle aldersgrupper, mens for eldre har en et viktig tilleggsmoment: Forskning har vist at regelmessig mosjon er viktig for funksjon, og for øvre aldersgrupper er det igjen en sammenheng mellom funksjon og livskvalitet. Denne aldersgruppen bærer naturlig nok en relativ større byrde av negative helsetilstander, og i tilknytning til dette har de oftere funksjonstap. Samfunnsmessig er dette et viktig økonomisk spørsmål i form av utvikling og utforming av et godt helsetjenestetilbud (King 2001, Drewnowski og Evans 2001, King, Rejeski og Buchner 1998). Seniorenes gode helse har og vil få en økt samfunnsmessig betydning, fordi vi fremover vil få en eldrebølge der 80-90 % av nordmenn kan regne med å bli over 70 år, og stadig flere i befolkningen vil være over 65 år. En antar at vi vil få en stor gruppe seniorer med bedre egenvurdert helse enn tidligere, og de vil ha en god daglig funksjonsevne til tross for en eller flere sykdommer (Folkehelseinstituttet 2010). Verdens Helseorganisasjon [WHO] ser på en økende andel eldre som en mulighet. Strategien går ut på å gi anledning til en aktiv alderdom, som kan redusere plager og funksjonstap i tilknytning til sykdom (WHO 2002). Premisser for positiv helseadferd og god helse legges tidlig, og både forebyggende og helsefremmende arbeid for seniorer må derfor knyttes til tidligere faser i livet (King et al. 1998).

I et historisk perspektiv ser en at en har lykket med folkehelsearbeid i Norge, fordi en har oppnådd økt velstand og en har fått bukt med mange truende sykdommer. Dette har forlenget gjennomsnittlige levealder og det har gitt bedre levekår. ”*Den nye folkehelsen*”¹ er en

¹ ”*The New Public Health*”

situasjon med økt velstand, samtidig som en har fått økt bevissthet om at det finnes en sosial helsegradient i befolkningen som helhet. God helse som et sosialt gode er ujevnt fordelt, og i forbindelse med dette eksisterer det kroniske livsstilssykdommer som fremstår som en bekymringsfull epidemi. En mangler innsikt og kunnskap for å løse vesentlig folkehelse spørsmål for vår tid (Folkehelseinstituttet 2010, Hjort 1994). Det hevdes at aktuelle folkehelse spørsmål må løses med å ta utgangspunkt i sunnhet og god helse, i motsetning til tidligere tiders folkehelsearbeid som tok utgangspunkt i alvorlige og livstruende sykdommer (NOU 1998). NOU rapporten ”*Det er bruk for alle*” (1998) ser det slik at god folkehelse har to komponenter: På en side ønskes det gode leveutsikter for alle og lavt nivå av sykdom som vi vet hvordan vi skal forebygge. På den annen side er en opptatt av at befolkningen har høy livskvalitet: Fire av fem nordmenn rapporterer god helse, samtidig som en tredjedel lever med en sykdom, skade eller lidelse som påvirker hverdagen. Det er interessant å skjønne mer av mekanismene som ligger bak når en kan ha en generell god opplevelse av egen helse på tross av en skade, sykdom eller lidelse (NOU 1998). I 2002 har folkehelsearbeid to hovedmål: Det er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og å redusere sosiale helseforskjeller. Folkehelse handler om å føle at livet er meningsfylt, samtidig som at befolkningen i et livsløpsperspektiv har overskudd til å mestre hverdagens krav (St meld 16 2002-2003, NOU 1998). En må ha respekt for at noen kroniske tilstander ikke er mulige å forebygge fordi det er knyttet til underliggende faktorer, samtidig eksisterer det en rekke livsstilssykdommer hvor det rapporteres at såkalt ”enkle” tiltak kan ha stor betydning. Redusert forbruk av tobakk og alkohol, bedre kosthold og mer fysisk aktivitet er faktorer som til nå ofte har vært fremhevet som betydningsfulle for folkehelsen. Et livsløpsperspektiv for folkehelsen betyr at en antar at ulike risikofaktorer påvirker samtidig og hver for seg i et lengre tidsperspektiv (Folkehelseinstituttet 2010, King et al. 98). Slike spørsmål blir naturlig nok sammensatt, og en mener at en kan belyse dette ved mer fokus på helsefremmende forskning. En rekke dokumenter er produsert for å synliggjøre WHO sine ambisjoner om å bygge opp under tesen om at god helse for befolkningen som helhet i første rekke skapes der folk lever og bor. Dette er viktig for den generelle folkehelsen. WHO’s definisjon av helsefremmende arbeid siteres ofte (Daugbjerg, Kahlmeier, Racioppi et al. 2009):

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. An individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being” (Ottawa charter 1986).

Helsefremmende arbeid er altså et teoretisk perspektiv der mennesket er i stand til å handle positivt for egen helse, og helse sees som en grunnleggende sosial rettighet og som en ressurs for både sosial og økonomisk utvikling (WHO 1986, Eriksson og Lindstrøm 2008). Et fokus i Ottawa charteret er å løfte blikket opp fra helsearbeid på individ- eller gruppenivå, til å se på ”helse for alle” (Eriksson og Lindstrøm 2008). Det ligger et potensial for helsefremmende tiltak i ulike samfunnssektorer og lokalsamfunn. Et godt nærmiljø fysisk og sosialt kan gi økt mulighet for et godt aktivt liv (WHO 1997 og 2010), og utviklingsprosjekter i lokalsamfunnene har dokumentert at engasjement er det beste for livssituasjon og dermed helse (NOU 1998). Tiltak som er ment for å øke ulike befolkningsgruppers aktivitetsnivå eller annen positiv helseadferd, bør planlegges og gjennomføres ved hjelp av samarbeid og virkemidler innenfor et bredt samfunnsliv (WHO 1997 og 2010). Det som har vært beskrevet frem til nå om aktivitet, folkehelse og helsefremmende arbeid er bakteppet for et samfunnsperspektiv som sier at en har behov for mer kunnskap om hva som er effektivt i forhold til befolkningsintervensjoner. Tiltakene må være formet på en måte som gjør at engasjement og deltagelse opprettholdes for eksempel i forhold til fysisk aktivitet (Folkehelseinstituttet 2010, King 2001, Helsedirektoratet 2009b, Ommundsen og Aadland 2009). Formål med å fremme fysisk aktivitet for befolkningsgrupper formuleres av Verdens Helseorganisasjon på denne måten (WHO 2007):

Øke og opprettholde adekvat og regelmessig fysisk aktivitet for helsefremmende formål i hele befolkningen
Helse for alle i form av fysisk, mentalt og sosialt velvære
Et viktig bidrag for å forebygge sykdom og øke mestring når sykdom oppstår

Å fremme fysisk aktivitet blant friske seniorer i dag handler om å forsterke noe som er en del av folks daglige liv, og derfor må forskning inkludere livskvalitet som effektmål (Murrock og Higgins 2009, Prohaska, Belansky, Belza et al. 2006). Eldre er den minst aktive befolkningsgruppen og det gjelder spesielt fra 75 år og oppover (King et al. 1998). For å få folk i bevegelse har en i det siste understreket behovet for flere teoribaserte og sammensatte befolkningsintervensjoner (Mummery og Brown 2009), og en trenger å øke aktivitetsnivået på forskjellige arenaer med tanke på ”aktivitet for alle” (MoRo 2005, Sparling, Owen, Lambert 2000, WHO 2002).

Daily activity should be accepted as the cornerstone of a healthy lifestyle. Physical activity should be reintegrated into the routine of everyday living and across all settings (WHO 2002, Daugbjerg et al. 2009).

Aktivitetsdimensjonen kan være en viktig faktor for å forklare sosial ulikhet i helse.

1.2 Formål

Tema i litteraturartikkelen omfatter befolkningsintervensjoner, fysisk aktivitet og seniorer, med en avgrensning til helsefremmende teori. Formålet med artikkelen er å identifisere teori og befolkningsintervensjoner som har sett på aktivitet og livskvalitet for seniorer, og å klargjøre teori for å forstå fysisk aktivitet som et sammensatt begrep i forbindelse med folkehelsen. Dette kan være en måte å tenke på som er overførbart til befolkningsintervensjoner for å fremme annen positiv helseadferd enn fysisk aktivitet. I artikkelen er det et hovedspørsmål som er noe av det en aktiv alderdom handler om: Kan en på bakgrunn av dagens forskning si at regelmessig fysisk aktivitet er viktig for livskvalitet blant seniorer? I tilknytning til dette er det naturlig å presenteres noen underspørsmål: Hvordan er aktivitetsnivået i øvre aldersgrupper, og har intervensjoner lykkes i å påvirke det generelle aktivitetsnivået?

1.3 Litteratursøk

Det ble gjennomført et generelt litteratursøk og sporing via sitering i flere elektroniske databaser: ISI Web of science, Embase, PubMed, PsycInfo, Scopus, Cochrane library, Bibsys og Helsebiblioteket.

Videre valgte en å gjennomføre systematiske computersøk i forhold til befolkningsintervensjon og fysisk aktivitet og fysisk aktivitet og livskvalitet i følgende databaser: Embase, PubMed, Scopus og Psycinfo.

Søket ble avgrenset til artikler skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk, og det ble stort sett avgrenset i forhold til databaser som er tilgjengelig ved Medisinsk bibliotek NTNU UB. Søket ble gjennomført med følgende stikkord: Physical activity, health promotion, aging/elderly, supporting environment, community intervention, Quality of life, psychological well-being og review.

Artiklene ble vurdert i forhold til temaet fysisk aktivitet i et helsefremmende perspektiv. Det finnes mengder av studier som skildrer forebyggende helsearbeid og fysisk aktivitet, som da ikke er et tema i denne oppgaven.

Kapittel 2 Teori

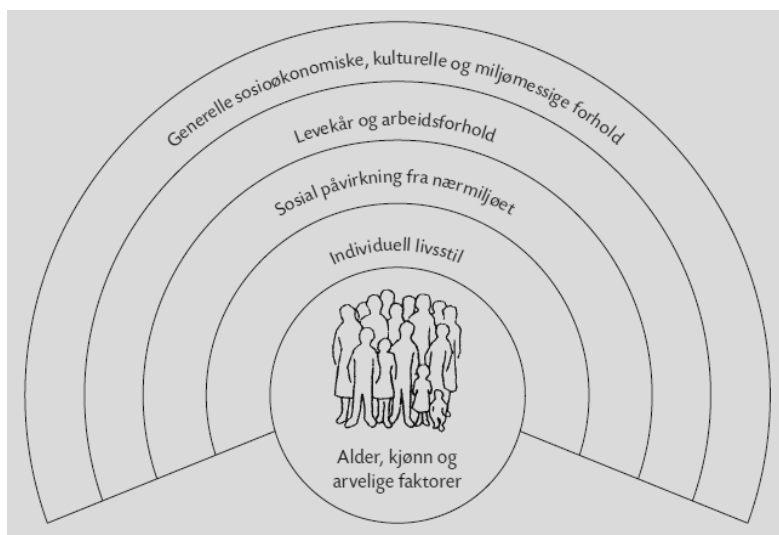
2.1 Helsefremmende teori

2.1.1 Innledning

Aktuelle spørsmål i forbindelse med folkehelse er ofte knyttet mot personlig livsstil. Et helsefremmende perspektiv har utfordret dette, fordi en ønsker å se helse mer omfattende. (Green og Tones 2010, Ball 2006). I forbindelse med for eksempel fysisk aktivitet mener en at individuelle faktorer forklarer mellom 20 - 40 % av variansen i aktivitetsnivå (Spence og Lee 2003). Det representerer et paradigmeskifte når en ved helsefremmende arbeid ønsker å rette fokus mot det komplekse samspillet mellom miljø og individ, og det som beskriver god helse eller positiv helse (Green og Tones 2010, Espnes og Smedslund 2009, Ball 2006).

2.1.2 Helse med fokus på helsefremming – *En integrert helsemodell*

Helse vurderes forskjellig, og ulike oppfatninger genererer ulike handlemåter som ikke utelukker hverandre (Gjernes 2004, Mæland 2005, Green og Tones 2010). Engel presenterte sin biopsykososiale modell allerede i 1977, og den oppsto i kontrast til et biomedisinsk fokus (Winkelman 2009, Armstrong og Swartzman 2001). I 1978 understreket Alma Ata deklarasjonen at helse er mer enn fravær av sykdom, og folks helse påvirkes i like stor grad av sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer. Ressurser i enhver dimensjon kan gi bedre helse og økt mestring, og helse relateres til alle sider i livet (WHO 1978). Senere (1992) formulerte Verdens Helseorganisasjon seg slik: *Complete physical, mental and social well-being and the capability to function in the face of changing circumstances*. WHO understreker også betydningen av helse for menneskers mulighet til å delta i sosialt liv og arbeid. I en ”folkehelsemodell” understreker Durch m. fl. (1997) at helse involverer sosiale og personlige ressurser: Helse er en følelse av velvære som er knyttet til arbeid, familie, nærmiljø og andre meningsfulle relasjoner (Winkelman 2009). Biopsykososial modell er en teoretisk modell, men det er ikke entydig fordi en teori ikke kan forklare alle fenomener innenfor tema helse (Svabø et al. 2000, Carpiano og Daley 2006). En helsedeterminant er en faktor eller en gruppe faktorer som virker på helse innenfor en slik modell. De ulike faktorene påvirker også hverandre innbyrdes, og innenfor en teori bør en kunne si noe om hvordan ulike determinanter for helse påvirker hverandre (Svabø et al. 2000, Elstad 2000).



Figur 1 Faktorer som påvirker helse – et samfunnsperspektiv

(Espnes og Smedslund 2009, modifisert etter Dahlgren og Whitehead 1991)

Det finnes ulike versjoner av biopsykososial helsemodell, og figur 2 er en modell som viser de ulike dimensjonene av helse med et samfunnsperspektiv. Noen helsedeterminanter innenfor en slik modell er godt beskrevet i forhold til helse, for eksempel fysisk aktivitet. Andre begrep er nye for eksempel humor, velvære og fritidsaktiviteter. En integrert helsehelsemodell har dreid fokus mot flere og andre helsefaktorer, og videre har bidrag fra positiv psykologi dreid helsefremmende forskning mot positive effektmål som velvære og livskvalitet. Det er ikke vanlig å tenke en helsefaktor som en verdi for å fremme en god følelse. Det er heller ikke nødvendigvis de samme faktorene som fører til god eller dårlig helse. Det opptrer i sammen eller atskilt på ulike faser i livet (Espnes og Smedslund 2009, Johnsen og Radcliffe 2008, Innstrand 2009). I helsefremmende teori understrekes betydningen av å måle den subjektive opplevelsen av helse. Det er en gradvis overgang fra dette til faktisk å bruke legfolks helseoppfatning for belyse ulike helsespørsmål (Gjernes 2004, Winkelmann 2009, Espnes og Smedslund 2009). Kritikere av utvidete helsebegreper etterlyser begrep som er operasjonaliserbare og som har en praktisk funksjon, utover det at det representerer en teoretisk innfallsvinkel (Gjernes 2004). Noen beskriver biomedisinsk modell som en sykdomsmodell og ikke helsemodell (Bury 1997). Espnes og Smedslund kaller dette en helse- og sykdomsmodell. Modellen er reduksjonistisk: Det betyr at helse sees i tilknytning til sykdom og i lys av en underliggende biologisk svikt. I tillegg ligger det en tankegang om at årsak virkning går i en retning (Espnes og Smedslund 2009, Armstrong og Swartzman 2001). En reduksjonistisk tankegang er en av årsakene til medisinens suksess, samtidig kan det hende

at dette stadig får mindre betydning for å løse dagenes helseutfordringer og folks totale helse (Gjernes 2004).

2.1.3 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid – en forskjell av betydning?

Helsefremmende teori søker å fremme kunnskap om positive helsedeterminanter og faktorer som fører til god helse. Sykdomsforebyggende arbeid har tradisjonelt vært knyttet til kunnskap om risikofaktorer og medisinsk behandling (Espnes og Smedslund 2009).

Senter for Helsefremmende Forskning (HIST/ NTNU) som ble opprettet i 2010, bruker følgende modell for å synliggjøre helsefremmende arbeid i forhold til andre begreper som er betydningsfulle for helse:

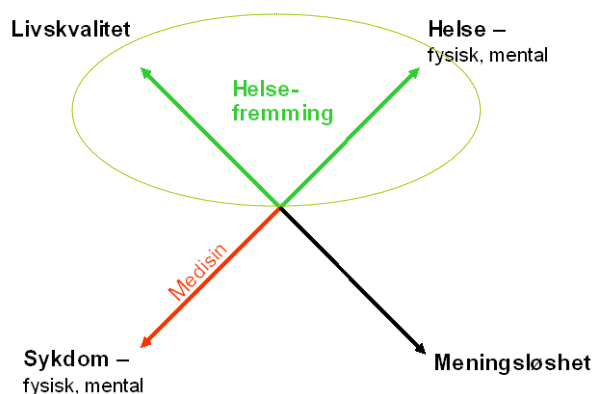


Fig 2 Modell for helsefremmende arbeid (Espnes og Rannestad 2010)

Figur 2 er en utvidelse og en flerdimensjonal utgave av P. Hjort sin modell fra 1994 som beskriver helse som et overskudds- eller underskuddsfenomen (Hjort 1994). I figur 2 er livskvalitet en selvstendig dimensjon i tillegg til at helse måles på ulike måter. Mæland (2005) presenterer tre ulike syn på helse. Helsefremmende teori ser på helse som ressurs eller velbehag, mens sykdomsforebyggende arbeid bygger på helse som fravær av sykdom. Videre knyttes dette opp mot en definisjon og avklaring av helsebegrepet.

Tabell 1 Oppfatning av helse (Mæland 2005)

1. Helse som fravær av sykdom	2. Helse som ressurs	3. Helse som velbefinnende
<i>Fravær av sykdomstegn og symptomer</i>	<i>Robusthet, styrke og motstandskraft</i>	<i>Opplevd velvære, aktivitet, gode relasjoner</i>
<i>Ødelegges av sykdom</i>	<i>Gir motstand mot sykdom</i>	<i>Kan oppleves på tross av sykdom</i>

Det hevdes at helse handler mer om å mestre problemer enn at de er fraværende: ”*Helse er overskudd til å mestre hverdagens krav*” (Hjort 1996). Espnes og Smedslund (2009) formulerer: ”*Helse er å mestre utfordringer dagen gir*”. Helse som velbefinnende er en overskuddstilstand av psykisk, fysisk og sosialt velvære, som gir mulighet for å utøve et aktivt og sosialt liv. Det er opphavet til en formulering som ofte brukes om folkehelse og i helsefremmende teori: ”*Helse i alt det vi gjør*” (Elstad 00, Mæland 2005). Siri Næss (2001) formidler en forskningstradisjon som bruker velvære synonymt med livskvalitet. Selv om noen definerer helse relatert til ytre faktorer og mer objektive forhold, så er det økende oppfatning om at både helse og livskvalitet er uttrykk for subjektiv vurdering av eget liv og at livskvalitet kan erstatte helse som et overordnet begrep (Mæland 2005). Målet er å få en bedre balanse mellom ulike oppfatninger av helsebegrepet ikke minst i forhold til hvordan en beskriver folkehelse (Hollnagel og Malterud 2000).

2.1.4 Helsefremmende teori – noe mer enn Ottawa charteret?

Et nøkkelspørsmål er om helsefremmende teori er en overordnet teori i forhold til helsespørsmål eller om det er en selvstendig disiplin. Trenden i dag at helsefremming er en disiplin med egen ideologi og kjerneverdier. En bred og omfattende ideologi som grunntanken i helsefremmende teori, er tematisk opptatt av samfunnsspørsmål. Verdigrunnlaget og hypoteser er en vesentlig del av teorien og hvordan en operasjonaliserer begreper og praktiserer helsefremmende arbeid. Helsefremmende teori er en krevende og forpliktende teori, som er knyttet opp mot en integrert helsemodell og folkehelsearbeid. Likevel er det vanskelig å få øye på konkret teori bak helsefremmende arbeid, der dette er brukt i forbindelse med befolkningsintervensjoner (Carpiano og Daley 2006, Green og Tones 2010). Verdens Helseorganisasjon har beskrevet helsefremmende strategier i Ottawa charteret (1986). Dette er et viktig grunnlagsdokument for helsefremmende arbeid. Videre kom det flere dokumenter fra Verdens Helseorganisasjon: Sundsvall Statement (1991) om miljø, Jakartadeklarasjonen (1997) om helsefremmende arbeid og lokalsamfunn og Torontocharteret (2010) med tema samfunn og fysisk aktivitet. Antonovsky (1996) foreslo sin teori om salutogenesen som en guide til praksisfeltet, fordi han så et behov for en tydeligere retning for helsefremmende teori (Antonovsky 1996, Eriksen og Lindstrøm 2008). En økologisk modell (Kap 2.2.2) og en miljøbasert tilnærming (Kap 2.3) i helsefremmende arbeid, innebærer også et skifte til salutogenese og anskueliggjør en tydeligere teoretisk retning (Dooris 2009). I et helsefremmende samfunn blir livskvalitetsbegrepet viktig fordi en skifter fokus fra helse som et personlig anliggende, til konteksten for helse som er der vi i vid forstand lever våre liv.

Helsefremmende teori har en rolle i et bredt tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid for å fremme god folkehelse – som handler om ”*helse for alle*” (Lindstrøm og Eriksson 2010)!

2.1.5 Hva er livskvalitet?

Når en ønsker å forstå betydningen av et aktivt liv blant seniorer er det er nødvendig å ha bred tilnærming i forståelsen av helse. En må forstå det sosiale miljøet og dens betydning for deltakelse i et bredt spekter av ulike aktiviteter. I forbindelse med dette har en uformelle og formelle systemer, en tolkning og oppfattelse av tilgjengelighet som påvirker oppfatningen av både velvære og livskvalitet knyttet til en aktiv livsstil (Finch 1997, Taylor, Cable, Faulkner et al 2004, Raphael 2010). Å utvide definisjonen av helse har ført til at en måler helse på flere måter og at en fokuserer mer på subjektiv opplevelse av helse. Ytterligere globale livskvalitetsmål har fokusert på generell fornøydhets (life satisfaction) eller lykkefølelse (Rejeski og Mihalko 2001). I 1991 beskrev Stewart & King beskrev livskvalitet i to hovedkategorier: Funksjon og velvære. Den tradisjonelle medisinske tilnærmingen i forbindelse med fysisk aktivitet har vært ulike indikatorer i fysisk, mental og sosial helse. En har også målt effekt av fysisk aktivitet som helserelatert livskvalitet (White, Wójcicki og McAuley 2009, Taylor et al. 2004, Rejeski og Mihalko 2001). En forskningstradisjon ser på livskvalitet som psykisk velvære, og at livskvalitet handler om at en er tilfreds på områder i livet som er viktige (Næss 2001, Drewnoski og Evans 2001, Raphael 2010). Viktige områder i livet beskrives videre som aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde (mestring) og en grunnstemning av glede (Næss 2001, Hjort 1994). En norsk undersøkelse blant eldre kvinner viste at på tross av et snitt på tre sykdommer hver og gjennomsnittsalder på over 80 år, svarte syv av ti at de følte seg friske. Opplevelsen av livskvalitet kan med andre ord, sammenlignet med andre effektmål, være mer stabil med økende alder (Bergland og Wyller 2006). Det er en utfordring at mangfold i bruk av livskvalitetsbegrepet videreføres blant annet i forbindelse med offentlige dokumenter som veileder helsefremmende arbeid (Hauken 2006). Forståelsen av livskvalitet har utviklet seg i ulike sammenhenger, og en ser i dag et bredt spekter av verktøy og forståelser som representerer livskvalitetsbegrepet (McAuley, Doerksen, Morris et al. 2008). Livskvalitetsbegrepet har utviklet seg til å bli et multifaktorielt begrep som inneholder ulike dimensjoner av fysisk, sosialt, psykologisk og spirituelt velvære (McAuley, Doerksen, Morris et al. 2008).

2.2 Aktivitet – ”et samspill mellom mennesker og arenaer”

2.2.1 Innledning

På tross av mye kunnskap om helsegevinsten av et aktivt liv, vet en at det er vanskelig å påvirke befolkningens generelle aktivitetsnivå:

A great many resources in health care are used to treat health problems related to living conditions and lifestyle, of which physical inactivity is a significant part. The health care system understands how to use drugs to reduce both pain and the risk for serious events caused by sedentary lifestyle, but methods to promote physical activity are less well known (WHO 2002).

Hypoteser og teorier kan testes i en større virkelighetsforståelse når en betrakter positiv helseadferd som et resultat av samspill mellom individ og miljø. (Sparling et al. 2000, Ball 2006, Taylor et al. 2004, Helsedirektoratet 2008).

2.2.2 Sosial økologisk tilnærming for fysisk aktivitet

En sosial økologisk modell begrunner en forståelse av at helsefremmende adferd som baserer seg på fire grunnforutsetninger: ¹Adferd påvirkes av fysiske og sosiale forhold sammen med personlige faktorer. ²Miljøer er komplekse og sammensatte med fysiske og sosiale elementer, som i tillegg tolkes på et personlig plan. ³Samspill og miljø beskrives på ulike nivå: Individ, familie, skole eller kommune/ region. ⁴Det eksisterer en gjensidig påvirkning mellom variablene og mellom individ og faktor. I 2003 presenterte Spence og Lee en utvidet sosial økologisk modell for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2008). Det er viktig å identifisere determinanter for aktivitet innenfor en slik modell, og sammensetningen av flere og ulike variabler fremmer fysisk aktivitet ved å påvirke våre holdninger eller måten ulike situasjoner utvikler seg på (Helsedirektoratet 2009a).



Figur 3: Syntesemodell for determinanter for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2008, modifisert etter Welk, 1999).

Figur 3 er en modifisert modell for og innenfor den sier en at personfaktorer av psykologisk karakter er predisponerende faktorer, sosiale faktorer er forsterkende mens fysiske miljøfaktorer er istandsettende. Demografiske og sosio- kulturelle faktorer kan moderere betydningen av alle andre faktorer (Helsedirektoratet 2008). Intervensjonsstudier med en økologisk tilnærming viser virkning på aktivitetsnivå i befolkningsgrupper (Cochrane og Davey 2008). Temaet har likevel svak evidens, men perspektivet har satt fokus på miljøfaktorer slik at disse determinantene har økt i antall (Troost, Owen, Bauman et al. 2002, Spence og Lee 2003). Det betegnes som et paradigmeskifte å skifte fokus til miljøfaktorer for fysisk aktivitet (Sallis, Bauman, Pratt et al. 1998, Ball 2006).

2.2.3 Aktivitetsnivå i Norge – basert på nye undersøkelser

Utgangspunktet for å måle aktivitetsnivå i Norge er den norske anbefalingen for fysisk aktivitet, som er beskrevet på følgende måte (Anderssen og Andersen 2004, Helsedirektoratet 2009a og 2009b):

”Minst 30 minutter fysisk aktivitet av moderat intensitet hver dag. Aktiviteten kan deles i mindre bolker fysisk aktivitet med 10 minutters varighet”.

Den norske anbefalingen baserer seg på amerikanske publikasjoner som fant at den totale mengde fysisk aktivitet er viktigere enn andre måter å beskrive fysisk aktivitet på. Det er dette som er den mest valide måten å registrere fysisk aktivitet i befolkningen på, og det er den variabelen som viser størst innvirkning på helse. Disse publikasjonene formulerer en lignende retningslinje som den norske (Pate, Pratt, Blair et al. 1995, USDHHS 1996,):

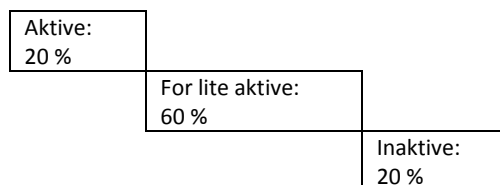
”Regelmessig regime nesten alle dager på minst 30 – 45 minutter – rask gange, sykling, husarbeid eller hagearbeid – vil redusere risiko for en rekke sykdommer”

En klinisk intervensjonsstudie så på betydningen av å gå fra og være inaktiv til aktiv, i henhold til anbefalingen for fysisk aktivitet. Den konkluderte med at anbefalingen, fysisk aktivitet som en dikotom variabel, var viktig for funksjon hos eldre (Morey, Sloane, Pieper et al. 2008). En vet samtidig at eldre foretrekker roligere aktivitet (Prohaska et al. 2006, King 2001). Hvis eldre er aktiv på daglig basis økes sannsynligheten for mer fysisk krevende aktivitet² (moderat eller hard) som er et moment i anbefalingen for fysisk aktivitet (Aoyago 2010). Helsedirektoratet har ved to nyere undersøkelser registrert at 1/5 av alle voksne nordmenn (20 – 85 år) er tilstrekkelig aktive i henhold til anbefalingene. Dette er likt i

² >3 MET: Mer enn tre ganger energibehovet i hvile. 3 - 6 MET er definert som moderat aktivitet og >6 MET er definert som hard aktivitet

aldersgrupper opp til 70 år, og det er uavhengig av kjønn (Helsedirektoratet 2009b, Ommundsen og Aadland 2009).

Tabell 2 Aktivitetsnivå i den voksne befolkning (Helsedirektoratet 2009b)



Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag har rapportert at det er vanskelig å si noe sikkert om utviklingen over tid på grunn av ulike definisjoner for inaktivitet og fysisk aktivitet (Kurtze, Gundersen og Holme 2003a, Helsedirektoratet 2009b). Det er mulig at aktivitetsnivået øker blant de såkalt inaktive og blant de som er for lite aktive, samtidig som at kvinner og pensjonister gradvis kommer bedre ut (Ommundsen og Aadland 2009, Kurtze et al. 2003a). Det finnes få norske tall som er spesifikke for eldre over 70 år, men en regner med en gradvis nedgang etter fylte 70 år (Helsedirektoratet 2009b). Samtidig øker antall aldersrelaterte lidelser markant fra 65 år (Hjort 2000).

Tabell 3 Andelen aktive i øvre aldersgrupper

Alder:	50 – 59	60 – 69	> 70	Alder:	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 84
menn:	19 %	26 %	17 %	totalt:	15 %	14 %	7 %	4 %
kvinner:	27 %	28 %	11 %					
totalt:	23 %	27 %	15 %					

(Taylor et al. 2004 (USA))

(Helsedirektoratet 2009b)

2.2.4 Hva er fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv?

Noen mener at en på et personlig plan ikke klarer å kompensere for samfunnets livsstil, som er en grunnleggende samfunnsstruktur med lite aktivitet. Den tid som nordmenn bruker på mosjon, idrett og friluftsliv kompenserer ikke for en generell økt passivering (Ommundsen og Aadland 2009, Folkehelseinstituttet 2010, Sparling et al. 2000). Det generelle aktivitetsnivået er begrunnelsen for å se på fysisk aktivitet på flere måter, og anbefalingen for fysisk aktivitet kritiseres for å ha mye fokus på fysisk helse (Rejeski og Mihalko 2001). Fysisk aktivitet har til nå i stor grad vært prosjekter på individ- og gruppenivå, og en har ofte tatt utgangspunkt i alvorlig sykdom (Sparling et al. 2000). Det er også en kjent problemstilling at utvalg ikke er representative når en utarbeider retningslinjer for fysisk

aktivitet på bakgrunn av intervensjonsstudier. Derfor kan en kritisere den norske anbefalingen for at den er produsert på bakgrunn av kunnskap om en selektiv gruppe der for eksempel eldre ikke er med. I forhold til seniorer som målgruppe eksisterer det et viktig etisk dilemma: Det er vanskelig å differensiere mellom det som kan beskrives som en naturlig aldringsprosess og det som er mulig å forhindre ved aktivitet (Taylor et al. 2004). Bårdsen og Thornquist (2009) ønsker å sette fokus på helsefremmende aktivitet eller helserelatert form, fordi det er kjent at det ikke er nødvendig å trene planmessig, strukturert med høy intensitet for å oppnå helsemessig effekt. Mål er viktig og aktivitet kan være et mål i seg selv, men det kan også være et middel for å oppnå noe annet (Bårdsen and Thornquist 2009). Det innebærer for eksempel å forstå fysisk aktivitet i relasjon til mening og motivasjon (Caspersen et al. 1985), og det innebærer å se på totalt aktivitetsnivå (Sparling et al. 2000). I forskning om resiliens er det funnet sterkest effekt av fysisk aktivitet sammen med sosial støtte og personlig tiltro til egen kontroll (Espnes og Smedslund 2009). Det betyr at fysisk aktivitet betraktes som en positiv beskyttelse mot sykdom. Underforstått, hvis en tror at det er en sammenheng mellom stressmestring og beskyttelse mot sykdom i et livsløpsperspektiv. Når en i helsefremmende teori er opptatt av regelmessig fysisk aktivitet og helse er en opptatt fysisk aktivitet som en positiv ressurs utover resiliens som forklaringsmodell (Friborg og Hjemdal 2004, Espnes og Smedslund 2009). Sallis m. fl. (1998) utviklet retningslinjer for miljømessig og politisk intervensjon for å fremme aktivitet i befolkningsgrupper. Begrepet ”*Active living*” brukes for å guide befolkningsintervensjoner for fysisk aktivitet. Det representerer en bredere forståelse av fysisk aktivitet, og det defineres som en livsstil der fysisk aktivitet er integrert i daglige gjøremål (Sallis, Cervero Ascher et al. 2006). Når fysisk aktivitet gis et større meningsinnhold blir det et mer sammensatt begrep som blir vanskeligere å beskrive (Dumith, Gigante og Domingues 2007, Caspersen et al. 1985). Å fremme regelmessig fysisk aktivitet for befolkningsgrupper på ulike arenaer, er et nytt mantra for folkehelsen (Sparling et al. 2000). Fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv må ta utgangspunkt i sunnhet og helse og en integrert helsemodell, og fremover trenger en å se på faktorer knyttet til sosialt og fysisk miljø (Stortingsmelding nr 16 2002 – 2003).

2.2.5 ”Å bli fysisk aktiv”: Mediatorer for fysisk aktivitet

Noen hevder at årsaken til manglende effekt av individfokuserte tiltak skyldes at en ikke har sett på betydningen av fysiske, sosiale og materielle forhold. En større andel av alle nordmenn er motivert for fysisk aktivitet, men forskning viser at overgangen til dette er stor (Helsedirektoratet 2009b). Forskning viser at intervensjon for å fremme fysisk aktivitet må

påvirke kjente mellomliggende faktorer (mediatorer) (MoRo 2005). I tillegg eksisterer det bakenforliggende faktorer (figur side 18) som modererer betydningen av disse faktorene og dermed effekten av intervensjonen (Bauman, Sallis, Dzewaltowski et al. 2002, Espnes og Smedslund 2009). I en undersøkelse Helsedirektoratet (2009b) sto for, fant de at de

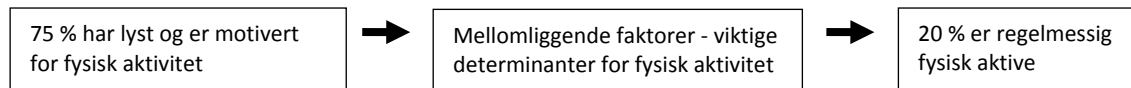


Fig 4 Fra motivasjon til aktiv deltakelse (Helsedirektoratet 2009b)

vanligste begrunnelsene for å utøve fysisk aktivitet var: ”Forebygging av helseplager, komme i form, få frisk luft, vektregulering og psykisk og fysisk velvære”. I denne undersøkelsen var høyere utdanning positivt assosiert med aktivitetsnivå, mens en fant ingen sammenheng mellom aktivitetsnivå og inntekt. Kjønn hadde heller ingen betydning for aktivitetsnivå. Denne undersøkelsen viste også at sosial støtte og tilrettelagte nærmiljøer påvirker voksnes aktivitetsnivå (Helsedirektoratet 2009b).

Tabell 4 Determinanter for fysisk aktivitet (Marcus 1995, King 2001):

Personlige karakteristikk:	Utdanning, vekt, alder, handikap, psykisk helse
Psykologiske variabler:	Self-efficacy, opplevelse av helse, opplevelse eller erfaring av fysisk, glede og motivasjon ved fysisk aktivitet.
Miljømessige faktorer:	Støtte av familien, trene med kjæreste eller ektefelle, lokalisering og muligheter i nærmiljøet (nærhet), intensitet (høy intensitet → drop out), kostnader, fleksibilitet, tilbudsrelaterte faktorer

Det finnes mange variabler som er assosiert til fysisk aktivitet uten at de er teoretisk forankret (Bauman et al. 2002). De fleste studier passer for de som er aktive eller er klar for å delta, og det har vært mindre fokus på mindre aktive grupper. Miljøfaktorer var allerede i 1995 beskrevet som en nøkkel faktor for å opprettholde aktivitet i et lengre tidsperspektiv (Marcus 1995).

2.2.6 Er fysisk aktivitet relatert til livskvalitet hos seniorer?

Den første systematiske oversikten om fysisk aktivitet og livskvalitet for voksne kom først i 2007 (Bize, Johnson og Plotnikoff 2007), og det er i hovedsak på bakgrunn av tverrsnittstudier at en sier at regelmessig fysisk aktivitet påvirker Eldres livskvalitet. Data fra randomiserte kontrollerte studier er derimot tvetydige, og intervensjonsstudier antyder at trening en til to ganger per uke ikke er nok for å påvirke et generelt mål for livskvalitet.

Terskelen senkes hvis en har vært lite aktiv tidligere (White et al. 2009, McAuley et al. 2008, Bize et al. 2007, Rejeski og Mihalko 2001, Stiggelbout, Popkema, Hopman-Rock et al. 2004). En longitudinell studie viste at økning i aktivitetsnivå ikke ga direkte endringer i livskvalitet (Rejeski og Mihalko 2001). Nakanojo studien som også er en longitudinell studie, bekrefter en assosiasjon mellom moderat aktivitet og livskvalitet for eldre. Denne studien viste også at dose respons forholdet er lavere for livskvalitet enn for andre parametre (Aoyagi, Park, Park et al. 2010). Det er mulig at det er en moderat sammenheng mellom fysisk helse (kondisjon eller fysisk funksjon) og livskvalitet, men longitudinelle studier viser at mental helse er viktigere for livskvalitet enn både fysisk helse og sosial funksjon (McAuley et al. 2008, Taylor et al. 2004). Data fra forskning som har sett på det sosiale aspektet ved regelmessig fysisk aktivitet er imidlertid begrenset (Taylor et al. 2004, Ball 2006). En kvalitativ studie viste at den sosiale faktoren i forbindelse med aktiviteten var viktig for motivasjon og den positive holdningen til det en drev med (Finch 1997). En vet i dag at seniorer kan være fornøyd på tross av nedsatt funksjon eller redusert fysisk helse (Bergland og Wyller 2006, Rejeski og Mihalko 2001). Noen data antyder også at fysisk aktivitet i forhold til livskvalitet, virker gjennom ulike mellomliggende faktorer som foreksempel mestringstro, selvrespekt, velvære og psykisk helse (Rejeski og Mihalko 2001, McAuley et al. 2008, White et al. 2009). Det er ikke gjort nok studier i et folkehelseperspektiv for å kunne si at det er en kausal sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet (Aoyagi et al. 2010). I et folkehelseperspektiv er verken livskvalitetsbegrepet eller fysisk aktivitet entydige begrep, likevel er konsensus at regelmessig fysisk aktivitet er viktig for livskvalitet blant seniorer (McAuley 2008)

2.3 Befolkningsintervensjoner – et virkningsfullt folkehelseiltak?

2.3.1 Innledning

Eierskap og myndiggjøring er to nøkkelord ved kommunebaserte intervensjoner. Mye aktivitet utøves på uformelle arenaer og derfor handler befolkningsintervensjon også om kommunal utvikling og tilrettelegging. Turgåing er for eksempel den meste populære aktiviteten for seniorer både som rekreasjon og hverdagsaktivitet (Green og Tones 1010, Helsedirektoratet 2009b, Joseph og Zimring 2007). Det politiske nivået i helsefremmende arbeid og befolkningsintervensjoner er essensielt. Hverken dette eller miljøfaktorer er i særlig grad mobilisert for å fremme fysisk aktivitet, og det er funnet sammenheng mellom disse nivåene og fysisk aktivitet (Ståhl, Rutten, Nutbeam et al. 2002).

2.3.2 Befolkningsintervensjoner – noe mer enn kunnskap og gruppeintervensjoner?

Befolkningsintervensjoner og helsefremmende tiltak skal være teoribaserte og sammensatte strategier for å påvirke individuelle, sosiale, fysiske og politiske faktorer (Bolívar, Daponte, Rodríguez et al. 2010, MoRo 2005, Mummery og Brown 2009). Befolkningsintervensjoner har store dimensjoner som involverer mange ved både planlegging og gjennomføring, og det brukes mye tid på å implementere prosjektet slik at organisasjoner og målgrupper involveres på et tidlig stadium (Deehr og Shumann 2009). Rigid design er ikke det som karakteriserer slike intervensjoner (Kelly, Hoehner, Baker et al. 2006). Befolkningsintervensjoner er gjerne kampanjer på kommunenivå, og dette har vist seg å være virkningsfullt for å påvirke aktivitetsnivå eller annen positiv helseadferd (Kahn, Ramsey, Brownson et al. 2002). Dette er en bred tilnærming som kan være effektivt for å nå et bredere lag i befolkningen (Marcus 1995, King 1991), og det er ønskelig fordi det er en gjentakende problemstilling at intervensjon når dårligere ut til underrepresenterte grupper for eksempel eldre (Foster and Thorogood 2009, Taylor et al. 2004). Lavterskeltilbud i kommunene må og adressere tilbud i henhold til kjente barrierer mot deltakelse slik at en skaper aktivitetsvennlige tilbud (St meld 2002 – 2003, Marcus 1995, Kelly et al. 2006). Spence og Lee (2003) og Sallis m. fl. (2006) presenterer begge et sosial-økologisk perspektiv, og de har laget retningslinjer for intervensjon på flere nivå for å fremme mer aktivitet. Dette beskrives som en utvikling av begrepet fysisk aktivitet fra trening, til fysisk aktivitet og til ”*active living*” (Sallis et al. 2006). Studier det siste tiåret har tatt utgangspunkt i sosial økologisk modell og i teori om sammenheng mellom miljø og helseadferd (Mummery og Brown 2009, Jennum, Lorentzen, Anderssen og Andersen 2004, Byung-Ha Park 2009). Epidemiologiske og deskriptive data

antyder at miljø har betydning for den reduksjon en ser i regelmessig fysisk aktivitet. Hvordan miljø kan bli en positiv kraft for å fremme mer aktivitet er ennå mindre klart. Særlig offentlige dokumenter fremmer prinsippet uten at det er evidensbasert, og uten at en nøyaktig vet hva det innebærer (Foster og Hillsdon 2004, MoRo 2005, Mummery og Brown 2009). Kunnskap er fortsatt en viktig strategi men erfaring har vist at det påvirker aktivitetsnivået i mindre grad (Marcus 1995, TFCPS 2002), og det er viktig at en skiller befolkningsintervensjon fra gruppeintervensjon (Mummery og Brown 2009). Når det gjelder fysisk aktivitet har få studier totalt sett evaluert effekt av intervensjon i form av deltakelse over tid, og hvordan dette kan påvirkes av ulike helsedeterminanter og mediatorer for fysisk aktivitet (Marcus 1995, King 1991, van der Bij, Laurant og Wensing 2002, Spence og Lee 2003, Taylor et al. 2004). Når en undersøker for eksempel fysisk aktivitet i befolkningen må en også ta høyde for variasjoner av aktivitet, og relativt færre studier om fysisk aktivitet har sett på totalt aktivitetsnivå (Tzormpatzakis og Sleaf 2007). I Norge er det gjennomført to systematiske befolkningsintervensjoner om fysisk aktivitet: ”The Finnmark Intervention Study” (1988 – 1991) og ”Mosjon på Romsås” (2002 - 2003). Formålet med Finnmark studien var å påvirke hele befolkningen til å bli mer aktive ved helsefremmende aktivitet og forandre miljøfaktorer som påvirker helse. Gjennom tverrsektorielt samarbeid klarte Finnmarkstudien å mobilisere hele kommuner, og dette hadde positiv innvirkning på livsstil og risikofaktorer for sykdom (Lupton, Fønnebo og Sjøgaard 2003). MoRo (2005) har så langt vist positive endringer for både aktivitetsnivå og psykososiale faktorer for fysisk aktivitet (MoRo 2005). MoRo- undersøkelsen presiserte at deres befolkningsintervensjon bygde på fire evidensbaserte prinsipper:

- 1) Strategiske tiltak skal forankres i lokale offentlige dokumenter og det skal involvere nettverk i lokalsamfunnet.
- 2) Informasjonsrettede tiltak skal bruke media for å markedsføre tiltakene
- 3) Fysisk aktivitetsrettede tiltak er konkrete i forhold til aktivitetstilbud.
- 4) Strukturelle tiltak er mer stier, snømåking, strøing osv.

Helsefremmende arbeid og befolkningsintervensjoner anses i dag å være kommunale og lokale strategier rettet mot miljøfaktorer (WHO 1986, Kahn et al. 2002, Wagemakers, Vaandrager, Koelen et al. 2010), og det er ubrukte muligheter og stort potensial i slike tiltak (MoRo 2005, Ståhl, Rutten, Nutbeam et al. 2002).

2.3.3 Definisjon av samfunn og nettverk

Det er viktig å lokalisere et felleskap som folk kan identifisere seg med og som det er mulig å forsterke (Paronen and Oja 1998), og i flere studier er ”Partnerskap” brukt som modell i

utforming av befolkningsintervensjonen (Geraghty, Seifert, Preston et al. 2009, Dobson and Gilroy 2009, Wagemakers et al. 2010). En definerer et samfunnsområde ut i fra geografiske, sosiale og kulturelle elementer, og intervensjon må baseres på kartlagte behov og ressurser. Det innbefatter kunnskap om demografiske forhold, sosioøkonomiske faktorer, ulike barrierer i forhold til deltakelse og behov i forhold til generell helsetilstand m.m. (Paronen og Oja 1998, Task Force members 2002). Innenfor det samme geografiske område har det vist seg at det er vanskelig å forstå hvorfor noen er aktive og andre ikke (MoRo 2005). En avgrensning og definisjon av et samfunnsområde for intervensjon er viktig når en senere skal evaluere effekt eller virkning (Foster og Hillsdon 2004).

2.3.4 Fokus på støttende nærmiljø – miljøfaktorer

Helsefremming er som nevnt intervensjon som skal støtte en prosess der den enkelte blir i stand til å ta vare på egen helse, og det er kunnskap om helseadferd i relasjon til miljø. Dette har gitt opphav til utvikling av flere og nær beslektede begrep som settinger for helse, helsefremmende miljø eller støttende nærmiljø (TFCPS 2002, Whitelaw, Baxendale, Bryce et al. 2001). Støttende nærmiljø refererer til fysisk og sosialt miljø. Det er viktig å styrke sosial og lokal handling i forbindelse settinger som kan være betydningsfulle for helse. Det omfatter der folk bor, jobber og bruker sin fritid, og hvordan rammebetingelser eller ressurser er tilgjengelig for daglig funksjon. En tenker at dette er en sosial og gjensidig avhengighet på et lokalt nivå. I prinsippet tenker en at dette medfører økt tilgjengelighet og dermed helse for alle (Kelly et al. 2006, WHO 1991). Noen vil beskrive miljøfaktorer mer i retning av sosiale helsedeterminanter (Raphael 2010).

- Fysisk og sosialt miljø

Fysisk miljø blir ofte er definert som eksistens og tilgjengelighet til fasiliteter som aktivitetssentre, uformelle rom i nabolaget for eksempel en park, utforming av fysisk miljø og opplevelse av trygghet og estetikk i tilknytning til dette miljøet. En personlig opplevelse av at nærmiljø er egnet for aktivitet, øker sannsynligheten for både mer aktivitet og opplevelse av god helse (Bolivar et al. 2010, Helsedirektoratet 2009b). Sosialt miljø er grupper eller nettverk som vi identifiserer oss. Begrepet sosial kapital innebærer prosesser og forhold blant mennesker og organisasjoner med en gjensidig og felles sosial nytteverdi, og slike nettverk er positivt for helse (Wagemakers et al. 2010). Data viser at opplevelse av fysisk og sosialt nærmiljø innebærer også en personlig tolkning, der eldre gjerne føler en lavere grad av tilrettelegging og tilgjengelighet enn yngre aldersgrupper (Bolivar et al. 2010, Helsedirektoratet 2009b).

- Politisk nivå og infrastruktur

Med politisk nivå menes en total samling av strategiprogram, politiske utsagn, rapporter og vitenskapelige studier. En internasjonal studie fra 2001 antyder at den nasjonale variabelen i form disse dokumentene er en faktor for generelt aktivitetsnivå, fordi det er en sammenheng mellom dette og utbygd infrastruktur (Ståhl et al. 2002). Et prioritert område for helsearbeid på et politisk nivå er å se på betydning av miljøfaktorer, og dette skjer utenfor helsesektor og utenfor praktisk folkehelsearbeid (Lindstrøm og Eriksson 2009, WHO 1998). Antagelig har et tradisjonelt helsevesen mindre å bidra med for generell folkehelse, og det som er bra for helsa skjer i stor grad utenfor et tradisjonelt helsevesen (Espnes og Smedslund 2009, Eriksson og Lindstrøm 2008, Mæland 2005). I et samfunn har en i vid forstand aktiviteter og strukturer som påvirker helse. Når slike strukturer skal bygges opp har en viktige politiske prioriteringer i forhold til valg og dimensjonering av ulike tjenester og tilbud (Bukholm 2010).

2.3.5 Virkning og evaluering av befolkningsintervensjoner

Det er mange utfordringer ved å gjennomføre regionale og kommunale intervensjoner i en bred skala og evalueringsmetodene er et essensielt tema. Denne type studier har en stor samlet effekt og stor samfunnsmessig betydning fordi en påvirker større befolkningsgrupper, mens det har liten effekt på individnivå (Mummery og Brown 2009, Sallis et al. 2006). Foster og Hillsdon (2004) rapporterte i sitt review små til store endringer i aktivitetsnivå på grunn av endringer i fysisk og sosialt miljø. Imidlertid uten kontrollerte studier eller studier med mer rigid design, er det vanskelig å si hvor effektivt det er å endre fysisk og sosialt miljø for å påvirke aktivitetsnivå i befolkningsgrupper (Deehr and Shumann 2009, Foster & Hillsdon 2004). Befolkningsintervensjoner kritiseres for svake evalueringsmetoder (Foster og Hillsdon 2004). Randomiserte kontrollerte studier ansees som gullstandard, men det er en debatt om dette er like relevant i forhold til helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid (Green & Tones 2010). Aktivitetsnivå er ikke det eneste men det er et vesentlig effektmål. Det vanligste har vært er å registrere deltakelse på en spesifikk arena en kort tid og mens intervensjon foregår. I et folkehelseperspektiv er en imidlertid mer opptatt av totalt aktivitetsnivå eller total hverdagsaktivitet over lang tid (King et al. 1998, van der Bij et al. 2002, Mummery og Brown 2009). Når det gjelder fysisk aktivitet så har en et kjent metodeproblem i å måle reelt aktivitetsnivå i befolkningen på grunn av forskjellig innhold i begrepet fysisk aktivitet og mangfold i ulike verktøy (Kurtze et al. 2003b). Evaluering av et miljøtiltak defineres også som systematisk måling av kjente faktorer i fysisk og sosialt miljø som kan hindre eller fremme aktivitet. Dette kan være protokollbasert eller en kvalitativ beskrivelse

(”*sammenligningsprotokoll*”) (Kelly et al. 2006). Evaluering av helsefremmende arbeid bør også inneholde momenter for prosess og prosjektevaluering, og momenter om helseadferd og adferdsendring (Green & Tones 2010). Befolkningsintervensjoner om fysisk aktivitet fokuserer mest på å måle aktivitetsnivå, barrierer mot deltakelse enn livskvalitet og risikofaktorer (helseovervåkning) (Mummery and Brown 2009). En studie som ”*Mosjon på Romsås*” kan ha data på livskvalitet uten at det er publisert på nåværende tidspunkt .

Kapittel 3 Diskusjon

3.1 Helse i folkehelsen

Flere nasjonale styringsdokumenter uttrykker at dagens folkehelsearbeid må ta utgangspunkt i sunnhet og helse, fordi en mener at dette kan redusere sårbarheten knyttet til kronisk skade, sykdom eller lidelse. I et folkehelseperspektiv er dette viktig (Folkehelseinstituttet 2010). Samtidig kan det hende at en snakker om det som skaper god helse uten at en har definert hva det innebærer, fordi det ennå er et lite innarbeidet begrep. I helsefremmende teori er en opptatt av hvordan god helse skapes, og en integrert helsemodell er en utvidelse av helsebegrepet som skal påvirke hvordan helsespørsmål drøftes på politisk og faglig nivå. I et helsefremmende paradigme kan en mene at helse er en ressurs for daglige gjøremål, og at dette er noe en tilegner seg i et livsløpsperspektiv. Når helse i tillegg knyttes positivt til daglige og personlige behov, har man en hypotese om at det blir lettere å formidle positiv helseadferd. Det er et spennende perspektiv også for fysisk aktivitet, som former noen teoretiske spørsmål: Hvordan vil en beskrive fysisk aktivitet når en tar utgangspunkt i positiv helse som effektmål, og hva er det som gir positiv mening i relasjon til fysisk aktivitet i et livsløpsperspektiv? Det er naturlig å knytte dette opp mot en avklaring av helsebegrepet slik Mæland (2005) presenterer det. Slike tema er ikke satt i fokus på samme måte som treningseffekt eller forebyggende helseeffekt, som videre knyttes opp til fysisk helse. Det medisinske perspektivet for definisjon av helse er derfor fortsatt toneangivende, og det gjelder også til en viss grad befolkningsintervensjoner knyttet til fysisk aktivitet (Mummery and Brown 2009). Forståelsen av helse og hva som er viktig for helse, vil være annerledes når en snakker om befolkningsgrupper i stedet for avgrensede risikogrupper eller pasientgrupper. Effekten av fysisk aktivitet ved folkehelsearbeid vil være annerledes, blant annet fordi en må moderere forventningen om virkning av intervensjon på individnivå (Mummery og Brown 2009). På en side kan ikke forskning og helsefaglig profesjonsarbeid distansere seg fra en felles kulturell og folkelig forståelse av helse. Dette vil uansett ha betydning for hvordan folk tenker og handler, og i helsefremmende teori har en spesielt fremhevet betydningen av subjektiv opplevelse av helse (Bury 1997, Gjernes 2004). Parallelt har en bruk for et analytisk perspektiv på helse: Det er viktig å drøfte hvilken tenkning som gjør seg gjeldende, og hvilken betydning dette kan ha for effekt av både helsefremmende og forebyggende forskningsarbeid (Gjernes 2004). I tillegg trenger en å gjøre begreper innenfor biopsykososial helsemodell mer tilgjengelig og synlig: Sosiale og strukturelle determinanter (miljøfaktorer) eksisterer som en konstruksjon mellom samfunn og individ (Raphael 2010). Det gjelder når

en tar utgangspunkt i biopsykososial helsemodell eller sosial økologisk modell for fysisk aktivitet. Samtidig er det utfordrende å operasjonalisere sammensatte modeller i forbindelse med praktisk helsearbeid eller forskning, fordi en kan undre seg over hvordan en kan gjøre biopsykososial helsemodell tellbar og praktisk anvendelig. Er biopsykososial helsemodell et paradigme som fungerer mer normativt, eller har den helt konkret praktisk verdi (Gjernes 2004)? Avslutningsvis kan en si at det finnes ikke et entydig svar på hva helse er. Resultatet blir at en ikke kommuniserer tydelig spesielt når en beveger seg i grenseland mellom et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Helsefremmende forskning har i fremtiden en viktig oppgave i å tydeliggjøre forskjellen mellom disse to strategiene, og i forbindelse med dette er betydning av helseoppfatning helt grunnleggende. Det er en forskjell mellom disse to ulike oppfatningene av helse, og en trenger begge perspektiv for å løse dagens helseutfordringer. En har langt igjen til en god balanse mellom helse som ressurs eller velbefinnende, kontra helse sett i relasjon til sykdom (Hollnagel og Malterud 2000).

3.2 Teori for folkehelsearbeid

“There’s nothing so practical as a good theory” Kurt Lewin

I norske offentlige styringsdokumenter har det vært naturlig å knytte helsefremmende teori opp mot folkehelsearbeid, og videre hevdes det at det er vanskelig å få øye på konkret teori ved befolkningsintervensjoner (Carpiano and Daley 2006). Det er en utfordring å skape et teoretisk rammeverk som er tilstrekkelig omfattende, og som står i forhold til hvor sammensatt generelt folkehelsearbeid kan være. Helsefremmende teori har en bred og omfattende ideologi som grunntanke, og hva dette innebærer kan være vanskelig å se utover at helse, helsedeterminanter og mediatorer for aktivitet sees i en større kulturell konstruksjon. Hvis helsefremmende teori skal være anvendelig på ulike arenaer for eksempel fysisk aktivitet og folkehelse, kan en spørre om helsefremmende arbeid er for sammensatt til å forstås innenfor en retning for eksempel Antonovsky sin salutogenese. Hans teori står sterkt i helsefremmende teori, mens økologiske modeller er fremhevet i både norske offentlige dokumenter (Helsedirektoratet 2008) og internasjonale artikler om fysisk aktivitet (Spence og Lee 2003, Kelly et al. 2006, Sallis et al. 2006). Begge temaene er beskrevet i helsefremmende teori av Green og Tones (2010). Innenfor helsefremmende teori har forskjellig fokus og ulike resonnement gitt forskjellige teoretiske innfallsvinkler for å beskrive helsefremmende arbeid (Green og Tones 2010). Fysisk aktivitet i tilknytning til ulike befolkningsgrupper er sannsynlig for komplisert til å forstås innenfor en teori (Bauman et al. 2002), og samtidig sies det at få teorier eller instrumenter inneholder en kapasitet som kan forklare alle nyanser i store

og sammensatte tema (Lindstrøm and Eriksson 2009). Ulike teoretiske innfallsvinkler kan være en forutsetning for å løse viktige samfunnsproblemer for dagens folkehelse. Innenfor en sosial økologisk arbeidsmodell skal intervensjon og evaluering foregå på flere nivåer, og det er en lag på lag tenkning for fysisk aktivitet tilsvarende det en anskueliggjør innenfor en integrert helsemodell. Interaksjonen mellom faktorer og ulike nivåer i en sammensatt modell, utfordrer tankegangen om kausalitet som er så fremtredende i studier om fysisk aktivitet (Sallis et al. 2006). Mange studier om fysisk aktivitet gir ikke opplysninger om teoretisk perspektiv, utover at fysisk aktivitet gjerne er beskrevet ved varighet, frekvens, intensitet og (trenings-)effekt, og disse kriteriene er ikke satt i sammenheng med å styrke helsefremmende adferd (van der Bij et al. 2002, Brown, Brown, Heath et al. 2004). I samfunnsvitenskaplig forskning er teoretisering av vitenskaplig aktivitet en helt grunnleggende del av forskningsarbeidet (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). En må møte krav fra forskning og praksis og skape et teoretisk rammeverk for befolkningsintervensjoner og folkehelsearbeid, som er tilstrekkelig omfattende og samtidig støtter og forenkler denne type virksomhet (Wagemakers et al. 2010).

3.3 *Må en trene for å ha god livskvalitet?*

Livskvalitet er muligens en ekspansjon av helsebegrepet, men det kan også betraktes som en selvstendig dimensjon som opptrer uavhengig av fysisk, psykisk og sosial helse. Den har mulighet til å redusere virkning av dårlig helse (Raphael 2010). En kan betrakte livskvalitet som et utgangspunkt for deltakelse og engasjement, men det er like ofte beskrevet som konsekvens av sykdom. Tradisjoner innen medisinsk forskning bruker livskvalitet som en samlebetegnelse på fysisk funksjonsnivå, fravær av somatiske symptomer og legemiddelbivirkninger (Wyller 2001). ACSM³ sin reviderte anbefaling for fysisk aktivitet og eldre kom i 2007. Denne retningslinjen har fortsatt en intensjon om en forebyggende helseeffekt, og dermed blir virkning i et biomedisinsk perspektiv i stor grad fysisk helse (Nelson, Rejeski, Blair et al. 2007). Tradisjonelle intervensjonsstudier for fysisk aktivitet har i ulik grad funnet sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet. Systematisk trening har derimot sikker positiv effekt på fysisk funksjon og fysisk form (Caspersen et al. 1985). Når den første systematiske oversikten for fysisk aktivitet og livskvalitet kom så sent som i 2007 (Bize et al. 2007), kan en si at generell livskvalitet er et relativt nytt effektmål for studier innen tema fysisk aktivitet. Dette må sees i forhold til at det finnes utallige publikasjoner og oversiktsartikler innen tema fysisk aktivitet og helse. Mosjon på daglig basis er assosiert med

³ American College of Sports Medicine [ACSM]

god livskvalitet, og det kan for eksempel knyttes til at en sannsynlig blir mer aktiv på flere andre arenaer - Dataene i artikkel to viser at mosjon er en positiv markør for mer deltakelse i andre kulturaktiviteter, og visa versa. I 1997 gjennomførte Finch en større kvalitativ undersøkelse blant seniorer (over 50 år). I denne studien var begrunnelsene for å delta ved fysisk aktivitet velvære, fornøyelse og sosiale relasjoner. Helse fordelene var for mange ikke med i betraktningen (Finch 1997). Dose respons forholdet mellom livskvalitet og fysisk aktivitet er uklart, men en vet at inaktivitet ikke er bra (Aoyagi og Shephard 2010). Aoyagi m. fl. (2010) fant en takeffekt for livskvalitet (målt som SF-36), fordi effekten flater ut på det som beskrives som lave nivå av både fysisk krevende aktivitet (intensitet) og mengder fysisk aktivitet. Det er og mulig at fysisk aktivitet virker via mellomliggende faktorer som relativt sett er viktigere for opplevelse av generell livskvalitet: Studier på mestringsstro (Rejeski og Mihalko 2001, McAuley et al. 2008, White et al. 2009) og studier på fysisk funksjon blant eldre (King 2001, Drewnowski og Evans 2001) har knyttet generell livskvalitet opp mot fysisk aktivitet. Så er det interessant for seniorer når det viser seg at enkelte dimensjoner innenfor et generelt livskvalitetsbegrep er stabilt med økende alder (Bergland og Wyller 2006, se artikkel 2). En kan med rimelig stor sikkerhet si at en trenger ikke å trene systematisk for å ha det godt, og enkelte stiller spørsmål ved dagens fokus som fremhever fysisk trening for å øke aktivitetsnivået i befolkningen. En trenger derimot mer fokus på ”*helsefremmende aktivitet*”, fordi det er viktig å tenke over hva det er som skaper et positivt forhold til bevegelse for flere enn noen få (Bårdsen og Thornquist 2010, Brown et al. 2004). Det er ikke vanlig å se på velvære som en verdi i seg selv, og livskvalitet som en stemning og subjektiv opplevelse av generell fysisk, psykisk og sosialt velvære er et spennende utgangspunkt. Fysisk aktivitet i et helsefremmende perspektiv er å se på opplevelsen knyttet til aktivitet spesielt følelsen av engasjement (Næss 2001, Hjort 1994). Livskvalitet er et betydningsfullt mål i folkehelsearbeid, og effektmålet er viktig for å forstå betydningen av et motiverende klima for fysisk aktivitet. Valg av teoretisk perspektiv har betydning for hvordan en operasjonaliserer livskvalitetsbegrepet i forhold til fysisk aktivitet og videre hvilken effekt en oppnår (Raphael 2010, Brown et al. 2004). Konsensus er at regelmessig fysisk aktivitet er viktig for livskvalitet, men det er avhengig av hvilket meningsinnhold begrepet gis (McAuley et al. 2008).

3.4 Helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet

Totalt er det gjennomført få befolkningsintervensjoner, og litteraturstudien i oppgaven viser at mye har skjedd fra 2000 og frem til i dag. En kan si at det finnes nok kunnskap til å si at det

har effekt på aktivitetsnivå, men mange vil bestride påstanden pga begrensninger ved det som finnes av vitenskaplig dokumentasjon. Befolkningsintervensjoner er et nytt felt og det gir inntrykk av å være et krevende arbeidsområde, fordi slike studier kan ha store dimensjoner. Både helsefremmede arbeid og befolkningsintervensjoner har i tillegg visjoner på et sosialt, kulturelt og politisk nivå, og det medfører at intervensjonen blir sammensatt. Slike studier involverer befolkningen som helhet, og samtidig sier en altså at helsefremmende tiltak skal gjøre den enkelte i stand til å ta vare på egen helse (WHO 1986). Dette kan være tiltak i vid forstand som omfatter aktiviteter og strukturer som influerer helse. Dette skaper en spennende diskusjon om vesentlige dilemmaer i forhold til prioriteringer og dimensjonering av tilbud og infrastruktur knyttet til helse og fysisk aktivitet (Bukholm 2010). Etter hvert som synet på helse og folkehelsearbeid har utviklet seg, har en generell styrking av lokalsamfunnet blitt et viktig tema innenfor helsefremmende teori. I forbindelse med dette er det tverrsektorielle samarbeidet blitt mer fremtredende, og dette har blitt en stor utfordring ved alle typer befolkningsintervensjoner (Wagemakers et al. 2010). Det har samtidig vært gjort lite forskning for å synliggjøre hva tverrsektorielt samarbeid handler om (Daugbjerg et al. 2009). Noen studier går bredt ut og involverer flere 100 000 innbyggere, og andre studier er konstruert i mindre format. Mosjon på Romsås omfattet cirka 6000 innbyggere i to bydeler i Oslo (MoRo 2005). Det kan være vanskelig å vurdere eksakt hvor mange som blir berørt av tiltakene intervensjonen har fokusert på, og dette skaper noen vesentlige dilemmaer når en skal evaluere. Hvis en for eksempel ønsker å se på koblingen mellom fysisk aktivitet og livskvalitet ved befolkningsintervensjoner trengs studier med en mer rigid forskningsmetode og studier med mindre format. Likevel må studien ha et tilstrekkelig antall informanter for å ha mulighet til å påvise små variasjoner (Field 2005, Cuypers et al. 2011). Så langt som litteraturstudien i denne oppgaven har klart å gjøre rede for, finnes det få befolkningsintervensjoner med tema fysisk aktivitet og livskvalitet.

Fokus på miljøfaktorer fremmer en generelt økt tilgjengelighet, og implisitt kan en fremme positiv helseadferd uten at en legger vekt på helsefremmende informasjonsarbeid. En har mulighet til å fremme kunnskap om positiv helseadferd uten å måtte fremtre formanende. Dette innebærer en forståelse av at systemer har potensial til å skape ulik helseadferd, og at denne innsikten er viktig for å forklare sosial ulikhet i helse. Fokus på miljøfaktorer betraktes som samfunnets investeringer i helse. Det mest åpenbare i forbindelse med fysisk aktivitet er tilrettelegging av gang- og sykkelstier, men ”infrastruktur” for å øke aktivitetsnivået blant seniorer handler om mer enn dette (Mummery og Brown 2009, Green og Tones 2010, WHO 1986 og 1981). Det generelle aktivitetsnivået i Norge er begrunnelsen for at en må se på

fysisk aktivitet med nye øyne. En har mange studier om fysisk aktivitet, og en vet en at en ikke har belyst alle faktorer som forklarer variasjon i aktivitetsnivå. Fokus på miljøfaktorer innenfor en sosial økologisk modell kan derfor handle om både kjente og ukjente faktorer (Spence og Lee 2003, Bauman et al. 2002). En trenger mer implementeringsforskning for å omsette kunnskap om fysisk aktivitet til praktisk å fremme aktivitet for hele befolkningen. På grunn av det generelle aktivitetsnivået sier en at strategiene som har vært brukt ikke har vært effektive, og samtidig har en egentlig ikke sett på deltakelse i fysisk aktivitet i lengre et tidsperspektiv. En baserer sin kunnskap om fysisk aktivitet fra studier med avgrensede utvalg: Det vil si studier med utvalg som inkluderer pasientgrupper og ikke befolkningsgrupper, og utvalg som ikke er representative for alle aldersgrupper og kjønn. Videre, når en snakker om folkehelse og fysisk aktivitet innebærer det et mangfold av arenaer og aktiviteter som en ikke har oversikt over. ”*Active living*” og sosial økologisk tilnærming er tross alt en altomfattende og en utvidet forståelse av fysisk aktivitet (Spence og Lee 2003, Dumith et al. 2007, Murrock og Higgins 2009). Når en definerer fysisk aktivitet som en kulturaktivitet vil innhold, oppfatninger og historie være avgjørende for hvordan folk tenker og handler (Gjernes 2004). MoRo undersøkelsen hadde som hovedformål: ”Å fremme lystbetont fysisk aktivitet”. Designet var en kombinasjon av befolkningsintervensjon og intervensjon med tanke på risikofaktorer for sykdom og risikogrupper. Det er nærliggende å spørre hvordan en definerte lystbetont aktivitet (Jenum et al. 2003), og hvordan beskrev en fysisk aktivitet som et begrep når en tar utgangspunkt i et representativt tverrsnitt av befolkningen? Å knytte fysisk aktivitet opp mot en aktiv alderdom gjør at en naturlig utvider aktivitetsbegrepet, fordi folkehelsearbeid for denne aldersgruppen må handle om mer enn bedre kosthold og mer fysisk aktivitet. Folkehelsearbeid som styrker sosial og kulturell tilknytning er også bra for å fremme fysisk aktivitet, og det er bra for folks helse å føle tilhørighet (Raphael 2010). Dette gir en naturlig kobling til livskvalitet i form av velvære slik som Næss (2001) har beskrevet. Kunnskap om motiverende faktorer og den gode følelsen som en antar at de fleste opplever ved å drive fysisk aktivitet, vil hjelpe når en ønsker å påvirke det generelle aktivitetsnivået blant seniorer (Lavalle et al. 2003). Fritidsaktiviteter med andre kvaliteter kan medføre komplementære effekter, sammenlignet med tradisjonell fysisk aktivitet eller trening. Dette innebærer en vid forståelse av tilnærming og aktiviteter, og engasjement er en viktig dimensjon i denne type arbeid.

Kapittel 4 Konklusjon

I forbindelse med folkehelsearbeid er det naturlig å se på helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid som parallelle og samtidige prosesser, men mange hevder at en trenger mer fokus på helsefremmende teori og forskning. Dette begrunnes med at en kan oppnå en god vitenskaplig forståelse for hvorfor sykdom varierer mellom individer og hva som kan gjøres med dette, men likevel forstår en ikke løsningen for vesentlige folkehelse spørsmål. Det handler om at mange prosjekter innen tema fysisk aktivitet og helse har blitt for små til å løse sammensatte samfunnsspørsmål, som for eksempel sosial ulikhet i helse i tilknytning til fysisk aktivitet. Det er ikke tvil om at regelmessig fysisk aktivitet er viktig for livskvalitet blant friske seniorer, men det er og viktig å få frem en mer nyansert forståelse av fysisk aktivitet og helse. Data antyder at det totale aktivitetsnivået er mest interessant med tanke på det som gir effekt på generell livskvalitet. Mangel på klarhet i aktivitet og livskvalitet som teoretiske begrep er i denne sammenhengen en utfordring. Når så mange eldre ikke er tilstrekkelige fysisk aktive er det viktig å vite mer om hva som motiverer til deltakelse. Det er underlig at en på tross av mengden publikasjoner om fysisk aktivitet, vet så lite om hvilke implementeringsstrategier som best fører frem til mer aktivitet i samfunnet som helhet. Et motiverende klima for fysisk aktivitet handler om flere faktorer, men miljøfaktorer er en dimensjon og et konkret forslag for å fremme mer fysisk aktivitet for alle aldersgrupper. Å endre teoretisk perspektiv kan gi mulighet for ny kunnskap. Helsefremmende arbeid og befolkningsintervensjoner er helsearbeid med et større samfunnsperspektiv. I artikkelen har jeg prøvd å drøfte om et helsefremmende perspektiv og sosial økologisk tilnærming for fysisk aktivitet er en mulig forståelse når en skal fornye og evidensbasere strategiene som skal brukes for å påvirke positiv helseadferd i befolkningen.

Litteraturliste

- Anderssen Sigmund A & Andersen Lars Bo (2004). Fysisk aktivitetsnivå i Norge 2003. *Rapport fra Sosial- og Helsedirektoratet 2004*
- Antonovsky Aron (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion *Health Promotion International Vol. 11, No. 1*
- Armstrong TL, Swartzman LC. (2001): Cross-Cultural Differences in Illness Model and Expectations for the Health Care Provider – Client/ Patient Interaction. In: S.S. Kazarian & D.R. Evans (Eds.) *Handbook of Cultural Health Psychology*, pp. 63 – 84. London, San Diego: Academic Press
- Aoyagi Y, Park H, Park S and Shephard RJ. (2010). Habitual physical activity and health-related quality of life in older adults: interactions between the amount and intensity of activity (the Nakanojo Study). *Qual Life Res. 2010 Apr; 19(3):333-8.*
- Aoyagi Yukitoshi and Shephard Roy J (2010) Habitual physical activity and health in the elderly: The Nakanojo Study. *Geriatrics & Gerontology International 2010; 10 (Suppl. 1): s 236-s 243*
- Ball Kylie (2006). People, places ... and other people? Integrating understanding of intrapersonal, social and environmental determinants of physical activity. *Journal of Science and Medicine in Sport 2006. 9, 367 – 370*
- Bauman AE, Sallis JF, Dzewaltowski DA and Owen N. (2002). Toward a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American Journal of Preventive Medicine. 2002 Aug;23(2 Suppl):5-14.*
- Bergland Astrid and Wyller Torgeir Brun (2006). Construct and Criterion Validity of a Norwegian Instrument for Health Related Quality of Life among Elderly Woman living at home. *Social Indicators Research (2006) 77: 479 – 497*
- Bize Raphaël, Johnson Jeffrey A. and Plotnikoff Ronald (2007). Review: Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine 45 (2007) 401–415*
- Bolívar Julia, Daponte Antonio, Rodríguez Miguel and Sánchez José Juan (2010). The Influence of Individual, Social and Physical Environment Factors on Physical Activity in the Adult Population in Andalusia, Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health 2010, 7(1), 60-77*
- Brown DW, Brown DR, Heath GW, Balluz L, Giles WH, Ford ES, Mokdad AH. (2004). Associations between physical activity dose and health-related quality of life. *Med Sci Sports Exerc. 2004 May;36(5):890-6.*
- Bukholm, Geir (2010). Helse i utvikling.
www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=12568 Hentet 9/10-11

- Bury Michael (1997). *Health and Illness in a Changing Society*. London : Routledge 1997
Kap1
- Bårdsen Å og Thornquist E (2010). KRONIKK: Må vi trene for å ha god helse? *Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130:1487-8 Nr. 15 – 12. august 2010*
- Carpiano RM. and Daley DM. (2006). A guide and glossary on postpositivist theory building for population health. *Journal of Epidemiol Community Health 2006; 60: 564 – 570*
- Caspersen CJ., Powell KE. and Christenson GM. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports March-April 1985, Vol. 100, No. 2*
- Cochrane Thomas and Davey Rachel Caroline (2008) Increasing uptake of physical activity: a social ecological approach. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health 2008 128: 31*
- Cuypers Koenraad Frans, Knudtsen Margunn Skjei, Sandgren Maria, Krokstad Steinar, Wikström Britt Maj & TheorellTöres (2011a). Cultural activities and public health: research in Norway and Sweden. An overview. *Arts & Health Volume 3, Issue 1, 2011*
- Daugbjerg Signe B., Kahlmeier Sonja, Racioppi Francesca, Martin-Diener Eva, Martin Brian, Oja Pekka and Bull Fiona (2009). Promotion of Physical Activity in the European Region: Content Analysis of 27 National Policy Documents. *Journal of Physical Activity and Health, 2009, 6, 805 - 817*
- Deehr Rebecca C. and Shumann Amy (2009). Active Seattle: Achieving Walkability in Diverse Neighborhoods. *American Journal of Preventive Medicine Volume 37, Issue 6, Supplement 2, December 2009, Pages S403-S411*
- Drewnowski Adam and Evans William J. (2001). Nutrition, Physical Activity, and Quality of Life in Older Adults: Summary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2001) 56 (suppl 2): 89-94.*
- Dobson NG and Gilroy AR. (2009). From partnership to policy: the evolution of Active Living by Design in Portland, Oregon. *Am J Prev Med. 2009 Dec;37(6 Suppl 2):S436-44.*
- Dooris Mark (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health 2009 129: 29.*
- Dumith Samuel C, Gigante Denise P and Domingues Marlos (2007). R Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity Volume 4: 25*
- Eriksson Monica and Lindström Bengt (2008). DEBATE: A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International, Vol. 23 No.2.*

- Espnes Geir Arild og Smedslund Geir (2009). *Helsepsykologi*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2009. Kapittel 2, 5, 11 og 12
- Espnes GA & Rannestad T. (2010). Positive Health Psychology in Health Promotion. From a negative to a positive health promotion research. *The 20th IUPHE Conference on Health Promotion, Geneve*.
- EU (2005) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/eu_platform_da.pdf 16.03.2011
- Field, Andy (2005). *Discovering Statistics Using SPSS second edition*. SAGE Publications Ltd. Chap 1
- Finch, H (1997). Physical Activity "At our age": Qualitative Research Among People Over the age of 50. London: Health Education Authority
http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/physical_activity_at_our_age.pdf
Hentet 15/4-11
- Folkehelseinstituttet (2010). *Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge*. Rapport utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Foster Charles and Hillsdon Melvyn (2004). Changing the environment to promote health-enhancing physical activity. *Journal of Sports Sciences (2004) Volume: 22, Issue: 8, Pages: 755-769*
- Foster C., Hillsdon M and Thorogood M (2009). Interventions for promoting physical activity (Cochrane Review). Copyright © 2009 *The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.*
- Geraghty Anne B, Seifert Walt, Preston Terry, Holm Christopher V. Duarte Teri H. and Farrar Steve M. (2009) Partnership Moves Community Toward Complete Streets. *American Journal of Preventive Medicine 2009; 37(6S2):S420–S427*
- Gjernes Trude (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift 2004 nr 2 s 143 – 165*
- Green Jackie and Tones Keith (2010). *Health Promotion. Planning and Strategies*. Second edition. Sage Publications Ltd. 2010
Chapter 1, 2, 3, 6, 9, 10 og 11
- Hauken May Aasebø (2006). En ideologikritisk analyse av livskvalitetskjemaet SF-36. *Kandidat: Høgskolelektor Høsten 2006 Senter for vitenskapsteori, UIB Vitenskapsteorikurs for private høyskoler*.
- Helsedirektoratet (2008) *Tiltak for økt fysisk aktivitet blant barn og unge. En systematisk litteraturgjennomgang med utgangspunkt i oversiktsstudier og et utvalg nyere enkeltstudie*. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00058/Tiltak_for_økt_fysis_58239a.pdf Hentet 20/4-2011

- Helsedirektoratet (2009a). *Fysisk aktivitet I forebygging og behandling*. Aktivitetshåndboken utgitt av helsedirektoratet 2009. Kap 2 og 6.
- Helsedirektoratet (2009b). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre I Norge*. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Rapport utgitt av Helsedirektoratet 2009.
- Hjort Peter F (1994): *HELSE FOR ALLE. Foredrag og artikler 1974 – 93*. Utredningsrapport nr. U 1 – 1994. Avdeling for samfunnsmedisin. Seksjon for helsetjenesteforskning, Oslo. "The new public health" Sykdom, helse og forebyggende arbeid
- Hjort Peter F (2000). Fysisk aktivitet og Eldres helse – gå på! *Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 24, 2000; 120: 2915 - 8*
- Hollnagel Hanne and Malterud Kirsti (2000). From risk factors to health resources in medical practice. *Medicine, Health and Philosophy 3: 257 – 264, 2000*
- Innstrand Siw Tone (2009) Forsker, Senter for helsefremmende forskning, NTNU. Helseforskningens janusansikt – Kronikk Adressa mandag 30.11. 2009 [\\stolavbrukere.stolav.helsemn.no\home\\$\Iso\Kultur og helse - masteroppgaven\Avis og media\Helseforskningens janusansikt - adressa_no.htm](http://stolavbrukere.stolav.helsemn.no/home$/Iso/Kultur%20og%20helse%20-%20masteroppgaven/Avis%20og%20media/Helseforskningens%20janusansikt%20-%20adressa_no.htm) 1/4-2011
- Jenum AK. og Birkeland KI. (2003). 'Mosjon på Romsås' (MoRo) – et helsefremmende intervensjonsprosjekt for å fremme fysisk aktivitet i et multi-etnisk lokalsamfunn i Oslo øst. *Norsk Epidemiologi 2003; 13 (1): 55-63*
- Johnson Norine & Radcliffe Alison (2008). The increasing Role of Psychology Health Research and Interventions and a Vision for the Future. *Professional Psychology, Research and Practice 2008, Vol. 39, No. 6, 652 – 657.*
- Johannessen Asbjørn, Tuft Per Arne og Kristoffersen Line (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag AS 2010 4. utgave Kapittel 2
- Joseph Anjali and Zimring Craig (2007). Where Active Older Adults Walk Understanding the Factors Related to Path Choice for Walking Among Active Retirement Community Residents. *Environment and Behavior January 2007 vol. 39 no. 1 75-105*
- Kahn Emily B., Ramsey Leigh T., Brownson Ross C., Heath Gregory W., Howze Elizabeth H., Powell Kenneth E., Stone Elaine J., Rajab Mummy W., Corso Phaedra, and the Task Force on Community Preventive Services (2001). The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine 2002;22(4S)*
- Kelly CM., Hoehner CM., Baker EA., Brennan Ramirez LK. And Brownson RC (2006). Promoting physical activity in communities: Approaches for successful evaluation of programs and policies. *Evaluation and Program Planning Volume 29, Issue 3, August 2006, Pages 280-292.*
- King Abby C. (2001). Interventions to Promote Physical Activity by Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2001) 56 (suppl 2): 36-46.*

- King Abby C., Rejeski Jack W. and Buchner David M. (1998). Physical Activity Interventions Targeting Older Adults. A Critical Review and Recommendations. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 15 (4).
- King AC.(1991). Community intervention for promotion of physical activity and fitness. *Exercise Sport Science* 1991;19:211-59.
- Kurtze Nanna, Gundersen Kjell Terje og Holmen Jostein (2003a). Selvrapportert fysisk aktivitet i 1980- og 1990-årene – Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag. *Norsk Epidemiologi* 2003;13 (1): 171 – 176
- Kurtze Nanna, Gundersen Kjell Terje og Holmen Jostein (2003b). Selvrapportert fysisk aktivitet i norske befolkningsundersøkelser – et metodeproblem. *Norsk Epidemiologi* 2003; 13 (1): 163-170
- Lavallee David, Breckon Jeff & Pingle Andy (2003). Toward a common language for the psychology of physical activity: A review of Physical activity and psychological well-being and interventions. *Critical Public Health, Vol. 13, No. 3, 295 . 302, September 2003*
- Lupton BS, Fønnebø V and Sjøgaard AJ; The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scand J Public Health.* 2003;31(3):178-86
- Marcus BH. (1995). Exercise behavior and strategies for intervention. *Research Quarterly for Exercise and Sport (RQES)*, 66(4), 319 - 323.
- Margetts BM, Rogers E, Widhal K, Remaut de Winter A-M and Zunft H-JF. (1999). Relationship between attitudes to health, body weight and physical activity and level of physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition: 2(1a), 97 – 103*
- McAuley E, Doerksen SE, Morris KS, Motl RW, Hu L, Wójcicki TR, White SM, Rosengren KR. (2008). Pathways from physical activity to quality of life in older women. *Annual Behavior Medicin.* 2008 Aug;36(1):13-20. Epub 2008 Aug 2.
- Morey Miriam C., Sloane Richard, Pieper Carl F., Peterson Matthew J., Pearson Megan P., Ekelund Carola C., Crowley Gail M., Demark-Wahnefried Wendy, Snyder Denise C., Clipp Elizabeth C. and Cohen Harvey J. (2008), Effect of Physical Activity Guidelines on Physical Function in Older Adults. *Journal of American Geriatric Society: 2008 October; 56(10): 1873–1878.*
- MoRo (2005) På vegne av styringsgruppen: Lorentzen C., Ommundsen Y., Jenum AK., Ødegaard AK. (2005). MoRo ”Mosjon på Romsås” – en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multi-etnisk befolkning i Oslo Øst. Erfaringer og resultater fra Moro-prosjektet. *Norges Idrettshøgskole Rapport 2005*
<http://www.fhi.no/dav/DC8780909C.pdf> 23.03.2011
- Mummery WK. and Brown WJ. (2009). Whole of community physical activity interventions: easier said than done. *Br J Sports Med* 2009 43: 39-43

- Murrock Carolyn J.& Higgins Patricia A. (2009).
The theory of music, mood and movement to improve health outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 65 (10), 2249 – 2257
- Mæland John Gunnar (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. 2. utgave*
Universitetsforlaget
Kap 1 og 3
- Nelson Miriam E, Rejeski Jack W., Blair Steven N., Duncan Pamela W., Judge James O., King Abby C., Macer Carola A. and Casteneda-Sceppa Carmen (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *MEDICINE & SCIENCE IN SPORTS & EXERCISE* 1435 – 1445.
- Norges offentlige utredninger (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*; 1998:18.
- Næss Siri (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 16, 2001; 121: 1940 – 4*
- Næss S (2001) KOMMENTAR OG DEBATT Livskvalitet Tidsskr Nor Lægeforen Nr. 18 – 10. august 2001; 121:2204
- Ommundsen Y. og Aadland A. (2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet*. Utgitt av Helsedirektoratet 2009.
- Pan Sai Yi, Cameron Christine, DesMeules Marie, Morrison Howard, Craig Cora Lynn and Jiang XiaoHong (2009). Individual, social, environmental and physical correlates with physical activity among Canadians: A cross-sectional study. *BNC Public Health* 2009, 9:21
- Paronen O. and Oja P. (1998). How to understand a community--community assessment for the promotion of health-related physical activity. *Patient Educ Couns.* 1998 Apr;33(1 Suppl):S25-8.
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, et al.. (1995). Department of Exercise Science, University of South Carolina School of Public Health, Columbia 29208.
Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine.
JAMA. 1995 Feb 1;273(5):402-7.
- Prohaska Thomas, Belansky Elaine, Belza Basia, Buchner David, Marshall Victor, McTigue Kathleen, Satariano William and Wilcox Sara. Physical Activity, Public Health, and Aging: Critical Issues and Research Priorities. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2006, Vol. 61B. No. 5. 267 - 273
- Raphael D. (2010). *Health Promotion and Quality of Life*. Toronto/ Ontario: Canadian Scholars Press Inc.
Kap 1 Kap 2 Kap 3 Kap 5 Kap 6 Kap 11

- Rejeski W. Jack and Mihalko Shannon L. (2001). Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *Journal of Gerontology* 2001. Vol. 56A (suppl 2): 23-35.
- Sallis James F., Bauman Adrian and Pratt Michael (1998). Environmental and Policy Interventions to Promote Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;15(4)
- Sallis JF., Cervero RB., Ascher W., Henderson KA., Kraft MK. and Kerr J (2006). An Ecological Approach to Creating Active Living Communities. *Annu. Rev. Public Health* 2006. 27:297–322
- Sparling PB., Owen N., Lambert EV., Haskell WL. (2000). Promoting physical activity: the new imperative for public health. *Health Education Research* Vol. 15 no. 3 2000. Pages 367 – 376.
- Spence JC. and Lee RE. (2003). Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology and Exercises* 4 (2003) – 7 – 24.
- Stiggelbout M, Popkema D Y, Hopman-Rock M, de Greef M and van Mechelen W (2004). Once a week is not enough: effects of a widely implemented group based exercise programme for older adults; a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:83–88
- Stortingsmelding nr. 16 (2002 – 2003). *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken.
- Ståhl Timo, Rutten Alfred, Nutbeam Don and Kannas Lasse (2002). The importance of policy orientation en environment on physical activity participation – a comparative analysis between Eastern Germany, Western Germany and Finland. *Health Promotion International* Vol. 17, No, 3
- Task Force on Community Preventive Services (TFCPS 2002). Community Guide Branch, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med.* 2002 May;22(4 Suppl):67-72.
- Taylor AH, Cable NT, Faulkner G, Hillsdon M, Narici M and van der Bij AK. (2004). Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Sciences.* 2004 Aug;22(8):703-25.
- Trost Stewart G, Owen Neville, Bauman Adrian E., Sallis James F and Brown Wendy Y (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise: December 2002 - Volume 34 - Issue 12 - pp 1996-2001*
- Tzormpatzakis N and Sleaf M. (2007). Participation in physical activity and exercise in Greece: a systematic literature review. *International Journal of Public Health.* 2007;52(6):360-71.
- U.S. Department of Health and Human Services – USDHHS (1996). *Physical activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Department of Health and

Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

- van der Bij Akke K., Laurant Miranda G. H. and Wensing Michel (2002). Review and special article: Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *American Journal of Preventive Medicine Volume 22, Issue 2, February 2002, Pages 120-133*
- Wagemakers Annemarie, Vaandragera, Lenneke, Koelen Maria A., Saan Hans and Leeuwis Cees. (2010). Community health promotion: A framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and Program Planning Volume 33, Issue 4, November 2010, Pages 428-435*
- Winkelman, M. (2009). *Culture and Health. San Francisco: Jossey-Bass. A Wiley Imprint*
Kap 1: Applied medical anthropology and health care (pp. 1 – 28)
Kap 2: Cultural competence in health care (pp. 83 – 117)
- World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata, International Conference of Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6 – 12 September 1978.*
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for health promotion: an International Conference on Health promotion, the move toward a new public health. 17 – 21 November, World Health Organization, Ottawa, Geneva, Canada*
- World Health Organization (1997) *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century 'New Players for a New Era' 4th International Conference on Health in Jakarta, Indonesia (WHO 1997).*
- World Health Organization (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environment for Health. Adopted at the 3rd International Conference on Health Promotion; 09 – 15 June. Geneva: World Health Organization 1991).*
- World Health Organization (2002) *Physically Active Life through Everyday Transport – with a special focus on children and older people – and examples and approaches from Europe.*
- WHO (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf Hentet 16.03.2011
- World Health Organization (2007) *A Guide for Population-based approaches to increasing Levels of Physical Activity. Implementation of the Who Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.*
- World Health Organization (2010) *Toronto-charteret for fysisk aktivitet: Et globalt opprop om handling. <http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-nor-20may2010.pdf>*
Hentet 19.03.2011
- White Siobhan M, Wójcicki Thomas R and McAuley Edward (2009). Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. *Health and Quality of Life Outcomes 2009, 7:10*

Whitelaw Sandy, Baxendale Anna, Bryce Carol, MacHardy Lindsay, Young Ian and Witney Emma (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International* Volume 16, Issue 4 Pp. 339-353.

Wyller T B (2001) KOMMENTAR OG DEBATT Livskvalitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* Nr. 18 – 10. august 2001; 121:2203-4

ARTIKKEL 2

Kulturaktiviteter som virkemiddel for å fremme aktivitet og helse for seniorer i Trondheim kommune.

Abstract

The health promotion perspective, a focus on health and resources, and an ecological theoretical model have been proposed as a paradigm for the present study. Cultural participation has been used both in governmental health policies and as medical therapy. This is based on the assumption that cultural participation will improve health and Quality of Life [QoL]. Adapting this framework the present study evaluates cultural activity participation in a group of healthy elderly. Few studies have included leisure-time physical activity in the concept of culture. The aim of this study is to analyze the relation between cultural activity and health. Data on cultural activities both receptive and creative, and quality of life were collected using a questionnaire. The questions were based on a comprehensive questionnaire from The Nord Trøndelag Health Study (2006 - 2008) and SF-36. The municipality of Trondheim offers a broad range of varied cultural activities for their seniors. Our study sample was 110 healthy elderly people participating in creative cultural activities on a weekly basis in Trondheim. The response rate in the study was 55 %. The multiple regression analyses show that participation in receptive and creative cultural activities was not significantly associated with quality of life after adjustment for relevant cofactors. Nevertheless both error bars in the independent t-test and scatter plot in the regression analyses show that more activities are associated with increased QoL. QoL is measured as an overall term of physical health (SF-36). The population was homogenous and the effect size is small and therefore the power in the study is too weak to detect changes. Compared with a normal population the sample was a group of healthy elderly, and they are overall more active in various cultural activities. An increasing number of cultural activities are also associated with more regular physical activity. Physical activity shows a more significant prediction for QoL than cultural activities. These results do not support the hypotheses on the effect of cultural activities. The conclusions that can be drawn so far about cultural activity and QoL are limited. A population based study among healthy elderly requires a larger sample. Further research is needed:

- Epidemiological studies analyzing association: Sufficient statistical power is needed.
- Longitudinal studies and experimental studies analyzing the question on causality.
- Qualitative studies for analyzing a deeper understanding.
- Experimental studies for cultural activities or leisure activities.

Kapittel 1 Bakgrunn

Siden 1996 har Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd samarbeidet om kulturelle virkemidler som helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tiltak. Utgangspunktet er tro på at lokale kulturaktiviteter er en sosial arena og at deltakelse gir tilhørighet og livskvalitet. Kulturaktiviteter, helse og seniorer er beskrevet som et utviklingsområde i flere stortingsmeldinger (NOU 1998, Baklien og Carlsson 2000, St. meld 2002 -2003). I 2002 tok Helse- og velferdstjenesten i Trondheim kommune initiativ til Den Kulturelle Spaserstokken [DKSS]. Videre fikk Kulturenheten ansvar for DKSS og gjennomføring av Trondheim kommunes servicegaranti som lyder: ”*Alle i Trondheim skal ha tilgang til sosiale aktiviteter og fritidstilbud*”. Dette er et samarbeid mellom kulturinstitusjoner, festivaler, private arenaer, frivillige lag og organisasjoner om ulike aktiviteter og arrangement. Kultur defineres gjennom et bredt spekter av ulike tilbud: Musikk, dans, drama, fysisk aktivitet, idrett, friluftsliv, musikk og kor m.m. Målgruppen er seniorer i alderen 55 år eller eldre, og for denne målgruppen ønsker DKSS å skape arenaer med et inkluderende fellesskap og et rikt utvalg kulturaktiviteter. Kulturenheten i Trondheim kommune ønsker å se på sine kulturtiltak som noe mer enn bare kultur, og de ønsker å evaluere sitt tilbud med tanke på mulig helsegevinst (Kulturforbundet 2007, Jaastad 2011). Det er viktig også for å vurdere DKSS opp mot krav i den nye samhandlingsreformen om kostnadseffektiv helsefremming (St. meld 2008-2009), og i henhold til Lov om fylkeskommuners oppgave i folkehelsearbeidet (Ot.prp. 2008-2009). På sikt ønsker en å fremme kulturdeltakelse som et aktivt virkemiddel i folkehelsearbeid. Det er i senere år gjennomført flere lignende norske prosjekter, og i Norge ble kultursatsingen i hovedsak knyttet opp mot folkehelsearbeid med målgruppene unge og eldre. Lavterskeltiltak defineres på den måten at en systematisk ønsker å nå de som vanligvis ikke deltar (Knuttsen, Holmen og Håpnes 2005b). Helsebegrepet i kultursatsingen ble definert som evnen til å mestre hverdagens krav (Hjort 1994), noe som oppleves ved velvære, gjennom aktivitet og gode relasjoner (Mæland 2005, Knudtsen et al. 2005b). Det finnes få norske vitenskaplige studier i tema kulturaktiviteter og helse i en befolkningssammenheng (St. meld 2002 -2003, Knudtsen et al. 2005b, Cuypers, Knudtsen, Sandgren et al. 2011a), og folkehelsemeldingen fra HUNT refererer til offentlige myndigheter og internasjonale studier når de uttaler at deltakelse i samfunnslivet og kulturaktiviteter medfører en mulig helsegevinst. Derfor inkluderte Den tredje Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag [HUNT 3] spørsmål for å registrere befolkningens kulturdeltakelse (Krogstad og Knudtsen 2011). Flere internasjonale studier har vist at det er en positiv sammenheng mellom fritidsaktiviteter eller

kulturaktiviteter og helse mål på ulike måter. Det finnes nå tilstrekkelig dokumentasjon til å si at fritids- og kulturaktiviteter bør trekkes mer inn i folkehelsearbeid og helsefremmende arbeid (Knudtsen et al. 2005, Nummela, Sulander, Rahkonen et al. 2008).

I tillegg til teori som er beskrevet i artikkel 1, har oppgaven et viktig teoretisk perspektiv: Rowe og Kahn (1997) foreslår en distinksjon av aldring som en ikke patologisk tilstand, fordi aldring er mer enn fravær av sykdom og tap av funksjon og sanser. Oppgaven omfatter en gruppe eldre ved Den Kulturelle Spaserstokken, som sannsynlig har høy funksjon og de bruker DKSS som innfallsvinkel for en aktiv livsstil. Sosial deltakelse og produktiv aktivitet er bærende elementer i en god alderdom⁴, og nære relasjoner, funksjon, utdanning og mestringstro⁵ er faktorer som er blitt knyttet til Eldres aktivitetsnivå (Rowe og Kahn 1997). Fritidsaktiviteter har et vidt innhold og Nummela m. fl. (2008) definerer dette som summen av sosiale, kulturelle, religiøse eller kunstneriske aktivitetsformer. Imidlertid har få forskere sett på sammenhengen mellom aktivitet og helse for seniorer (Nummela et al. 2008). Fysisk aktivitet er ved flere studier om fritidsaktiviteter eller kulturaktiviteter utelatt eller brukt som bakgrunnsvariabel (Johansson, Konlaan og Bygren 2001, Knudtsen et al. 2005a, Nummela et al. 2008), mens i denne oppgaven defineres fysisk aktivitet som en kulturaktivitet i tråd med Cuypers, Krokstad, Holmen m. fl. (2011b). Tidligere har fritidsaktiviteter vært knyttet opp mot seniorennes overlevelse (Rowe og Kahn 1997, Bygren, Konlaan og Johansson 1996, Konlaan, Theobald og Bygren 2002, Menec 2003, Hyypä, Mäki, Impivaara et al. 2005), velvære, lykke, kognitive og fysiske funksjon (Rowe og Kahn 1997, Menec 2003). Flere studier har også vist en mer generell sammenheng mellom selvrapportert helse og kulturaktiviteter (Johansson et al. 2001, Wilkinson, Waters, Bygren et al. 2007, Bygren, Weissglas, Wikström et al. 2009). Både frekvens av aktivitet og implisitt den sosiale faktoren, er viktig for resultatet av aktiviteten. Virkningen av den sosiale faktoren har imidlertid hatt mindre vitenskaplig støtte. I flere studier om kultur- eller fritidsaktiviteter er en opptatt av deltakelsesfrekvens som et endepunkt fordi den emosjonelle responsen er vanskelig å måle og tolke (Bygren et al. 1996, Hyypä et al. 2005). Deltakelse er ferskvare og oftere deltakelse gir økt virkning på ulike helseparametre. Inntil nylig har få studier sett på andre effekter enn det mest vanlige; nemlig velvære, men det er nå klart at ulike kulturaktiviteter kan påvirke fysisk, psykisk og sosial helse. De som skårer høyt på helseparametre er samtidig mer aktive på ulike arenaer (Johansson et al. 2001, Cohen, Perlstein, Chapline et al. 2006), og når en først deltar på en fritidsaktivitet så økes gjerne deltakelsesfrekvensen på andre arenaer i tillegg (Cohen et

⁴ "successful aging" (Rowe og Kahn 1997)

⁵ self-efficacy

al. 2006). Nyere forskning mener at et aktivt engasjement og stimulerende aktiviteter kan være viktig for å forklare sosial ulikhet i helse som sees i befolkningen som helhet. Til nå har dette ofte vært tolket med utgangspunkt i en personlig livsstil og andre kjente faktorer som for eksempel ernæring og fysisk aktivitet (Bygren et al. 1996, Konlaan, Björby og Bygren 2000b, Knudtsen et al. 2005a). Det er verdt å merke at fritidsaktiviteter eller ulike kulturelle uttrykksformer kan gi andre helserelevante effekter enn fysisk aktivitet (Nummela et al. 2008, Bygren et al. 2009), og i tillegg viser det seg at sang, teater og lignende kulturelle aktiviteter også har betydning for fysisk helse (Cohen et al. 2006, Bygren et al. 2009). En randomisert studie (pilot) viste at kulturaktiviteter ga biologiske effekter på linje med fysisk aktivitet (Konlaan et al. 2000b). Longitudinelle studier viser at kulturelle aktiviteter, hverdagsaktiviteter og sosiale aktiviteter påvirker overlevelse på linje med fysisk aktivitet (Bygren et al. 1996, Glass, Mendes de Leon, Marottoli et al. 1999). Data antyder også at deltakelse i kulturaktiviteter er en markør for mer regelmessig mosjon (Cuypers et al. 2011b). Hypotesen om at kultur er viktig for total helse i tillegg til den umiddelbare gode opplevelsen, er imidlertid ofte utfordret (Johansson et al. 2001, Bygren et al. 2009). De faglige og metodiske arbeidsmetodene i studier om kulturaktiviteter og helse er så langt begrenset og uensartet, og studiene gir et utgangspunkt for flere interessante problemstillinger. Den teoretiske modellen for kultur og helse er lite beskrevet, men en beveger seg inn på en helsearena, og kausal virkning er ikke vist i noen studier. Livskvalitet står sentralt når en skal måle effekt, og en ønsker også å ha et fokus på den sosiale dimensjonen (Johansson et al. 2001, Bygren et al. 2009). Dette kan sees i sammenheng med at flere tar til orde for å se på fysisk aktivitet og helse på flere måter, fordi en mener at dette er en klok implementeringsstrategi (Bårdsen og Thornquist 2010). Den siste tiden har ulike kulturelle aktivitetsformer blitt mer fremtredende for å møte samfunnet stigende behov for en bred tilnærming i folkehelsearbeidet (Knudtsen et al. 2005a, Bygren et al. 2009). I 2010 inngikk Kulturenheten i Trondheim en avtale med Senter for Helsefremmende Forskning HIST/NTNU en avtale om å evaluere Den Kulturelle Spaserstokken. En vet lite om hva som kjennetegner gruppen eldre som er aktive ved DKSS. Hovedstudien ”*Kulturdeltakelse og Helse*” er en tverrsnittstudie, og hensikten er å evaluere DKSS og sammenhengen mellom kulturaktivitet og helse. Dette blir den første norske studien som ser på sammenhengen mellom kulturaktiviteter og helse i en generell befolkningsgruppe ved hjelp av kvalitative og kvantitative metoder (Jaastad 2011, Cuypers et al. 2011a). Hovedstudien er en pilot som masteroppgaven er et delprosjekt under. Fokus i masteroppgaven er å se på sammenhengen mellom kulturaktiviteter og livskvalitet for seniorer, der fysisk aktivitet er inkludert i

kulturbegrepet. En vet at frekvens er betydningsfullt, og en har derfor valgt aktiviteter i DKSS hvor en vet at deltakerne møter jevnlig og er aktive deltakere (Wilkinson et al. 2007, Johansson et al. 2001, Bygren et al. 1996).

Hovedspørsmål i oppgaven er: Hvilken betydning har kulturaktiviteter for god livskvalitet?

For å belyse spørsmålet presenteres følgende underspørsmål:

1. Hvor aktive er deltagerne i forbindelse Den Kulturelle Spaserstokken eller andre arenaer for kulturaktiviteter?
2. Er deltagerne ved Den Kulturelle Spaserstokken en gruppe eldre med god helse?
3. Er kulturelle aktiviteter positivt for mer regelmessig mosjon?
4. Hvilke fremtidige forskningsbehov finnes?

Kapittel 2 Metode

Studien er en tverrsnittsstudie som ser på betydningen av fritidsaktivitet for helse og livskvalitet blant antatt friske seniorer. Livskvalitet er hovedeffekt mål i studien.

2.1 Utvalg

Data ble samlet inn som en spørreskjemaundersøkelse høsten 2010, og denne undersøkelsen er som nevnt en del av prosjektet ”*Kulturdeltakelse og Helse*”. Utvalget i hovedprosjektet er seniorer og deltakere ved Den Kulturelle Spaserstokken. I hovedsak antar en at deltakerne er pensjonister, men en ønsket å inkludere alle DKSS gir et tilbud til i aldersgruppen 55 år eller eldre (Jaastad 2011). Data fra HUNT 3 (2006 - 2008) vil anvendes som en normalpopulasjon for informantene i oppgaven. En velger å sammenligne utvalget med informanter fra Stjørdal kommune ut i alderen 55 år eller eldre (n = 3321). Normaldata for livskvalitet hentes fra en norsk publikasjon for seniorer likt fordelt på kjønn fra 60 år og oppover (n = 511) (Loge og Kaasa 1998).

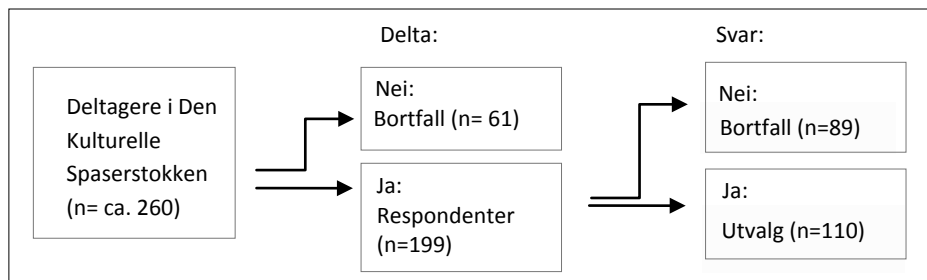
HUNT er en stor befolkningsundersøkelse blant cirka 130 000 innbyggere, og som ofte blir brukt som en representasjon for en norsk befolkning. Imidlertid skiller regionen seg ut med at den ikke har byer større enn 25 000 innbyggere (Holmen, Midthjell, Krüger et al. 2003).

Trondheim kommune har 130 000 innbyggere. Stjørdal kommune har ca. 22 000 innbyggere. Geografiske forskjeller i forhold til innbyggertall, kommunestørrelse og tilbud har betydning for de geografiske forskjellene en ser for deltakelsen ved ulike kulturaktiviteter (Krogstad og Knudtsen 2011). Det er begrunnelsen for at en velger å sammenligne utvalget i oppgaven med informanter fra Stjørdal kommune.

2.2 Prosedyre

Spørreskjemaundersøkelsen startet i august 2010 og ble avsluttet tidlig i november samme år. En henvendte seg direkte til en gruppe deltakere i forbindelse med flere arrangement og aktiviteter ved DKSS. Aktivitetene ble definert på bakgrunn av Kulturenheten sin kulturkalender for juli, august og september 2010, og for denne delstudien omfatter det følgende aktiviteter: Danseteater, swingkurs, seniordans, seniorkor, turgrupper og treningsgruppe. Et seniorkor og en seniordansgruppe er tilknyttet Eldres Hus, Hornemannsgården. Antall personer som var tilgjengelig for studien var ikke kjent på forhånd, og en fokuserte på kulturaktiviteter der deltakerne kunne være aktive på ukentlig basis. Alle som møtte til en aktivitet ble spurt om å delta, og studien var ikke kjent for

deltakerne på forhånd. Der og da ble det gitt informasjon om studien og formålet med denne, og hvis en ønsket å ta imot spørreskjema (vedlegg 1) fikk en skriftlig informasjon i forbindelse med utlevering av skjema. Det ble presisert at hver enkelt skulle fylle ut skjema på egen hånd. Noen fylte det ut umiddelbart, men de fleste tok de med hjem og leverte det en til to uker senere til en kulturvert, en administrator for aktiviteten eller til prosjektansvarlige. Noen spørreskjema ble også returnert i post.



Figur 1: Deltagerflyt i rekrutteringsprosedyren for delstudien.

Alle tilgjengelige deltakere (n = ca. 260) for delstudien ble ikke nådd av rekrutteringsprosedyren, og det har med to forhold: Noen er ikke til stede på tidspunktet når spørreskjemaundersøkelsen gjennomføres eller de ønsker ikke å delta. I tillegg viser det seg at noen få allerede har fylt ut et annet skjema i hovedstudien ”*Kulturdeltakelse og Helse*”, og at de derfor blir uaktuelle som informanter for denne delstudien. Det er ikke tilgjengelig eksakt informasjon om hvor mange og hvor ofte deltagerne deltok ved aktivitetene som ble inkludert i studien. En sitter igjen med 199 respondenter der 89 velger å ikke returnere spørreskjema, og svarprosenten regnes på bakgrunn av dette. Bortfallsanalyse: Informasjon fra de som ikke deltok ble ikke hentet inn av to årsaker: Den etiske siden, disse hadde faktisk vegret seg mot å delta i studien, og den andre årsaken var at det ville vært svært ressurskrevende å hente inn data.

2.4 Verktøy

Spørreskjema (vedlegg 1) ble laget for hele prosjektet ”*Kulturdeltakelse og Helse*”.

Aktivitetsspørsmålene i Spørreskjemaundersøkelsen for dette prosjektet er hentet fra HUNT 3. Full oversikt over variablene fra spørreskjemaet som er brukt i denne delstudien er vist i tabell 1.

Tabell 1: Spørsmål fra spørreskjema som er brukt i oppgaven:

VARIABLER	Spm nr	REFE-RANSE	KOMMENTAR
Kjønn, alder, sivilstatus og utdanning	2, 3, 5, 6-1 og 6-3	HUNT 3 skjema 2	Sivil status: Hvorvidt du er gift/ samboende eller bor alene. Alder og utdanning presenteres i kategorier (se tabell 2).
Fornøydhet og helseindeks	32 og 21	HUNT 3 skjema 1	32 er et spm med 7 nivåer. Spørsmål 32 er formulert: Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stor sett misfornøyd. Svaret forenkles til "Svært fornøyd", "Ganske fornøyd" og "Litt fornøyd til Svært misfornøyd". Helseindeks: Det er formulert: Stort sett, vil du si helsen din er - "Utmerket", "Meget god", "God", og "Ganske god" og "Dårlig". Dette forenkles til Meget god ("Utmerket" og "Meget god"), "God" og "Ikke så god" (Ganske god og dårlig). Spørsmål 21 brukes alene for å beskrive utvalget og i SF-36. "Selvrapportert helse" har vist seg som et viktig og valid spørsmål i befolkningsundersøkelser og i større instrument som SF-36 (Cott, Gignac og Badley 1999, Breidablikk, Meland og Lydersen 2008).
Helsestatus	35a	HUNT 3 skjema 1	Dikotom variabel om sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art.
Passive kulturaktiviteter	8 Antall spm: 4	HUNT 3 skjema 2	Spørsmål 8 har en skala med fire verdier. Tema: Museum, konsert, kirke, idrettsarrangement og lignende [kulturarenaer]. Spørsmål 9 har en skala med fem verdier. Tema: Foreningsvirksomhet, teater, dans, friluftsliv og lignende [kulturaktiviteter]. Disse variablene er publisert i HUNT rapporten "Folkehelse i endring" (Krogstad og Knudtsen 2011) og av Cuypers (et al. 2011b). Spørsmålene er ikke validert, og aktivitetsvariablene karakteriseres som en årsaksvariabel (Mastekaasa 1987). På bakgrunn av internasjonal forskning er det foretatt en deling mellom passive og aktive kulturaktiviteter, samtidig som en opplyser om at dette er et kontroversielt tema (Krogstad og Knudtsen 2011).
Aktive kulturaktiviteter	9 Antall spm: 6	HUNT 3 skjema 1	42 er et ja nei spørsmål. 39 har skala 1 - 5, og er knyttet opp mot 40 (intensitet) med tre nivåer og 41 (varighet) med fire nivåer. Spørsmålene er brukt i HUNT1 og HUNT 3, og variablene er publisert i flere sammenhenger. De er testet for validitet og reliabilitet. Det er usikkert i den grad spørsmålene er presise for moderat og lett aktivitet (Kurtze, Rangul, Hustvedt et al. 2008, Kurtze, Gundersen og Holmen 2003).
Kulturaktivitet - mosjon	39, 40, 41 og 42	HUNT 3 skjema 1	42 er et ja nei spørsmål. 39 har skala 1 - 5, og er knyttet opp mot 40 (intensitet) med tre nivåer og 41 (varighet) med fire nivåer. Spørsmålene er brukt i HUNT1 og HUNT 3, og variablene er publisert i flere sammenhenger. De er testet for validitet og reliabilitet. Det er usikkert i den grad spørsmålene er presise for moderat og lett aktivitet (Kurtze, Rangul, Hustvedt et al. 2008, Kurtze, Gundersen og Holmen 2003).
Den Kulturelle Spaserstokken	10, 11, 19, 20, og 43.	Jaastad 2011	Spørsmålene er laget i forbindelse med hovedprosjektet "Kulturdeltakelse og Helse", og de brukes deskriptivt.
Helserelatert livskvalitet	23 - 31 Antall spm: 36	Loge og Kaasa 1998.	SF-36: Skala er 0 - 100 og høy skår reflekterer god helse. Åtte ulike dimensjoner av livskvalitet summeres til to sumskår: Psykisk og fysisk helse (se tabell 6). Verktøyet er ikke spesifikt i forhold til alder, sykdom eller andre grupperinger. Det er oversatt til en norsk populasjon hvor man har tatt hensyn til alder, og det er testet for reliabilitet (0,84 - 0,91) (Loge og Kaasa 1998). Validitet er godt beskrevet for internasjonale og dette er overførbart til norske forhold (Sullivan, Karlsen og Taft 2002, Ware, Kosinski og Gandek 2000).

2.5 Statistikk

Det gjennomføres en stegvis analyse for å beskrive utvalget og analysere data. Sammensatte skalaer og kontinuerlige variabler ble konstruert når dette var mulig, og disse prosedyrene baserer seg på tidligere publikasjoner som det refereres til. Rekoding av variabler gjøres også på bakgrunn frekvenstabeller. Variabler med minst fem verdier kan brukes som en kontinuerlig variabel, men fordi en har få informanter er en forsiktig med dette (Johannessen 2009).

En benytter deskriptiv analyse for å svare på spørsmål 1 og 2, og bivariat analyse for å svare på spørsmål 3. Korrelasjon er både Pearsen og Spearman og hvilken er avhengig av variabelens målenivå. Korrelasjon, independent t - test og regresjonsanalyse brukes for å se på sammenhengen mellom kulturaktivitet og livskvalitet. (Nummela et al. 2008, Wilkinson et al. 2007), og den avhengige variabelen i oppgaven er konstruert med målenivå for lineær regresjonsanalyse (Johannessen 2009, Field 2005). Hovedspørsmål i studien imøtegås ved den stegvise analysen.

Missing data:

Missing data i spørsmål 8 og 9 gjøres om til *"Ikke i det hele tatt"*.

Analysen viser at alle variabler har missing data, og en opplyser om missing data fortløpende i resultat kapittel.

Rekoding av variabler:

Aktivitetsspørsmålene (se variabler for kulturaktivitet i tabell 1 spørsmål 8 og 9) rekodes til nye variabler på følgende vis: De ulike aktivitetene summeres til om en har deltatt på noen av aktivitetene *"de siste 6 månedene"* eller *"ikke i det hele tatt"*. Noen aktiviteter summeres også til *"den siste uka"* eller *"sjeldnere eller aldri"*. Aktivitetsspørsmålene gjøres også om til hver sin kontinuerlige variabel med sumskår (indeks) for totalt aktivitetsnivå. Skalaene går henholdsvis fra 4 til 16 eller 6 til 30. Det lages en variabel som viser antall forskjellige kulturaktiviteter i sum, for gruppevise sammenligninger. Her er det også en variabel for passive kulturaktiviteter og en for aktive kulturaktiviteter med en skala som går henholdsvis fra 0 til 4 og fra 0 til 6 (Cuypers et al. 2011b). Spørsmål om mosjon (tabell 1 spm 39 og 41) kodes til en kontinuerlig variabel og en variabel som deler informantene i tre grupper for *"lavt"*, *"moderat"* og *"høyt ukentlig aktivitetsnivå"* (Kurtze et al. 2008, Kurtze et al. 2003). Både delskår og sumskår i helserelatert livskvalitet er kontinuerlige variabler som regnes om til gjennomsnittsskår. Prosedyren er gjort etter en manual for SF-36 (Ware et al. 2000). I den multiple regresjonsanalysen (s 62 kap 3.3.) er variablene alder og sosial funksjon

kontinuerlige variabler, mens variablene sivilstatus, utdanning og sykdom/skade/ lidelse er dummy variabler. Analysen er hierarkisk regresjon i to blokker, og denne oppbygningen baserer seg på tidligere publikasjoner blant annet fra Cuypers m. fl. (2011b). En analyse gjennomføres med indeks for passive kulturaktiviteter og en tilsvarende analyse med indeks for aktive kulturaktiviteter (Cuypers et al. 2011b). Underliggende forutsetninger for regresjonsanalysen er drøftet i kapittel 4.4. Rekoding av variablene og kontinuerlige variabler gjør at en kan benytte flere statistiske metoder (Johannessen 2009, Field 2005).

Alle tester er tohale. En velger signifikansnivå $p = ,05$. Statistisk analyse ble gjennomført ved hjelp av SPSS versjon 18 og Microsoft Office 2007. Effekt [r] ble regnet ved hjelp av en kalkulator.

2. 6 Etikk

Prosjektet er samfunnsvitenskaplig forskning og prosjektet ”*Kulturdeltakelse og Helse*” er meldt hos Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste. Deltagerne i den DKSS ble informert om at det var frivillig å delta i studien, og at det ikke er mulig å gjenkjenne informantene på bakgrunn av opplysninger i spørreskjema. Denne studien fikk godkjenning fra REK for å få tilgang til rådata fra HUNT 3 (vedlegg 2). HUNT studien er gjennomført i henhold til etiske retningslinjer og en har ivaretatt anonymitet. Det er ikke mulig å gjenkjenne enkeltinformanter i datamaterialet fra HUNT 3. Dette datamateriale behandles i henhold til avtalen med Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (vedlegg 3).

Kapittel 3 Resultat

3.1 Deskriptiv analyse

3.1.1 Utvalg og helsestatus

Antall informanter fra DKSS i denne studien er 110, og dette gir en svarprosent på 55. Alder på informantene er fra 56 til 89 år med en person under 60 år. 89 % var kvinner, 11 % var menn og 12 personer opplyser ikke om kjønn. Denne fordelingen var forventet, og i de statistiske analysene er det derfor ikke mulig å bruke kjønn som en variabel.

I utvalget rapporterer 83 % at helsen er utmerket, meget god eller god (HUNT 3: 70 %). Det er ikke entydig for utvalget i oppgaven at det skjer en gradvis reduksjon for selvrapportert helse med stigende alder, og det er i motsetning til det en ser i data fra HUNT (Krogstad og Knudtsen 2011). En stor andel rapporterer og at de er ”svært” eller ”ganske fornøyd med tilværelsen”, noe som gir en høy gjennomsnittsverdi ($M = 6,1$, $SD = 1,1$). En ser at variabelen for velvære er stabil med økende alder, og denne trenden bekreftes av Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag. Der sies det at velvære er stabilt eller øker med alder etter fylte 50 år, (Krogstad og Knudtsen 2011). I tillegg rapporterer 70 % at de ikke har langvarig sykdom, skade eller lidelse som nedsetter funksjon (HUNT 3: 62 %). Tabell 2 viser oppsummerende deskriptiv statistikk.

Tabell 2: Oppsummerende deskriptiv statistikk, n=110 (100 %)

VARIABLER	MISS.		DKSS		HUNT 3	
Alder	2	- 65	7 %	Mean:	Mean:	
		66 - 70	8 %	73	66	
		71 - 75	33 %	(SD=5,9)	(SD=8,3)	
		76 - 80	20 %	Median:	Median:	
		80 -	11 %	73	65	
Lever samboer/ ektefelle eller bor alene	0	Samboer/ ektefelle	42 %		71 %	
		Bor alene	55 %		22 %	
Utdanning (skala 1 - 6)	2	≤ ni års skole	6 %		ikke data	
		10 - 12 års skole	58 %			
		> 12 års skole	34 %			
Selvrapport god helse (skala 1 - 5)	1	Utmerket/ Meget god	35%		9 %	
		God	48 %		61 %	
		Ganske god/ dårlig	19 %		30 %	
Velvære (skala 1 - 7)	9	Svært fornøyd	38 %	Mean:	20 %	Mean:
		Ganske fornøyd	51 %	6,1	36 %	5,6
		Litt fornøyd til svært misfornøyd	12 %	(SD=1,1)	44 %	(SD=1)
Rapporterer ingen sykdom, skade eller lidelse (Ja/nei)	6	Ingen sykdom, skade eller lidelse	70 %		62 %	

3.1.2 Aktivitetsnivå

Den Kulturelle Spaserstokken

Denne gruppen eldre sier de kjenner DKSS godt (87 %), og hovedtyngden (70 %) bruker Den Kulturelle Spaserstokken noen ganger i året eller enda sjeldnere. Majoriteten sier at kulturaktiviteter har stor eller veldig stor betydning i deres liv nå, og at det har vært slik siden barndommen (43 %), tenårene (9 %) eller siden de ble voksne (28 %). 16 % sier at interessen har kommet etter at de ble pensjonister. Deltakelsesfrekvensen ved ulike kulturaktiviteter er uavhengig av hvor ofte en deltar i den DKSS. Det betyr at en har like høyt aktivitetsnivå totalt sett, uavhengig om en deltar sjeldnere eller mer hyppig ved DKSS.

Tabell 3: Deltakelsesfrekvens ved Den Kulturelle Spaserstokken, n=110 (100 %)

VARIABLER	MISS.	DKSS	
Hvor ofte benytter du deg av kommunale kulturtilbudet som Den Kulturelle Spaserstokken gir? (skala 1 - 4)	4	Hver uke	23 %
		Hver måned	8 %
		Noen ganger i året	54 %
		En gang eller sjeldnere per år	15 %
Hvor ofte benytter du deg av det kommunale treningstilbudet som Den Kulturelle Spaserstokken gir? (skala 1 - 4)	9	Hver uke	39 %
		Hver måned	2 %
		Noen ganger i året	9 %
		En gang eller sjeldnere per år	50 %

Mosjon

82 % i utvalget rapporterer at de mosjonerer omtrent hver dag eller 2-3 ganger per uke (HUNT 3: 59 %), og mosjon er definert ved hjelp av tilleggstekst⁶ i spørreskjemaet. 84 % bekrefter derimot positivt på et enkelt spørsmål om de vanligvis har ”*minst 30 minutter fysisk aktivitet hver dag*” (HUNT 3: 68 %). 38 % sier at de mosjonerer omtrent hver (HUNT 3:15 %). I denne aldersgruppen er det en trend å ta det rolig ved fysisk aktivitet og ingen av informantene i utvalget tar seg helt ut når de mosjonerer. Når en korrigerer for intensitet vil 15 % være aktive slik den norske anbefalingen for fysisk aktivitet tilrår (HUNT 3: 7 %) (se artikkel 1).

Totalt aktivitetsnivå

Deltagerne i DKSS har i hovedsak besøkt flere kulturaktiviteter det siste halve året, eller at de ikke har vært aktive på noen arenaer i det hele tatt. Når en summerer aktivitetene det siste halve året har informantene i utvalget gjennomsnittlig to kulturarenaer og tre kulturaktiviteter

⁶ ”Med «mosjon» mener vi at du f.eks går tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett”.

per halvår. Ukentlig har de færre (to) kulturaktiviteter i gjennomsnitt. Dette er tilsvarende det en ser i data fra i HUNT 3. Konsert/ teater/ kino og friluftsliv er de kulturaktivitetene flest i utvalget har et forhold til, noe som leses ut av tabell 4 og 5's siste kolonne. 6 % i utvalget fra DKSS har ikke vært på noen kulturarena overhode (HUNT 3:14 %). For aktivitetene vist i tabell 5 er det 7 % som ikke har noen aktiviteter overhode (HUNT 3: 37 %).

Tabell 4: I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har du selv vært på ... (n=109, missing: 1)

Kulturarena:	Mer enn 3 ganger i mnd		1-3 ganger i mnd		1-6 ganger siste 6 mnd		Ikke i det hele tatt	
	DKSS	HUNT 3	DKSS	HUNT 3	DKSS	HUNT 3	DKSS	HUNT 3
...museum el kunstutstilling	7 %	1 %	19 %	6 %	39 %	26 %	35 %	66 %
...konsert, teater el kino	15 %	2 %	27 %	14 %	46 %	44 %	13 %	40 %
...kirke eller bedehus	6 %	6 %	18 %	14 %	33 %	44 %	43 %	37 %
...idrettsarrangement	7 %	4 %	3 %	10 %	18 %	27 %	72 %	59 %

Tabell 5: I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har du selv deltatt i ... (n=109, missing: 1)

Kulturaktivitet:	Mer enn 1 gang i uka		1 gang i uka		1-3 ganger pr. mnd		1-5 ganger siste 6 mnd		Ikke i det hele tatt	
	DKSS	HUNT 3	DKSS	HUNT 3	DKSS	HUNT 3	DKSS	HUNT 3	DKSS	HUNT 3
..foreningsvirksomhet	8 %	5 %	7 %	6 %	23 %	21 %	20 %	15 %	41 %	54 %
...musikk, sang, teater	15 %	3 %	20 %	5 %	7 %	3 %	17 %	9 %	40 %	80 %
...menighetsarbeid	2 %	1 %	2 %	1 %	3 %	3 %	12 %	4 %	82 %	92 %
...friluftsliv	36 %	21 %	17 %	16 %	16 %	20 %	10 %	22 %	21 %	21 %
...dans	22 %	2 %	21 %	3 %	6 %	5 %	16 %	24 %	35 %	65 %
...trening el idrett	34 %	25 %	23 %	11 %	7 %	6 %	6 %	10 %	29 %	48 %

De ulike kulturaktivitetene har ulik deltakelsesfrekvens. De mest brukte aktivitetene er friluftsliv, dans og trening/ idrett, og dette bekreftes av Folkehelse rapporten fra HUNT (Krogstad og Knudtsen 2011). De minst brukte aktivitetene er idrettsarrangement og menighetsarbeid. I retningslinjene for fysisk aktivitet understrekes betydningen av regelmessighet (se artikkel 1), og dans, friluftsliv og trening/ idrett representerer en ressurs både for utvalget og for en normalpopulasjon på grunn av høy deltakelsesfrekvens. Resultatet indikerer også at det er vanlig å delta ved flere aktiviteter. 80 % av all generell fysisk aktivitet i befolkningen skjer utenfor organiserte former, idrettslag og lignende (Helsedirektoratet 2009). For friluftsliv og trening/ idrett er dette mulig, men det er rimelig å anta at flere kulturaktiviteter i spørreskjemaundersøkelsen skjer innenfor organisert virksomhet. Kostnader og nærhet til aktiviteten har vist seg å være betydningsfullt for utøvelse av regelmessig fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2009). Tilsvarende undersøkelser er ikke gjennomført for kulturelle aktiviteter, utover at HUNT 3 har påvist at det finnes geografiske forskjeller i aktivitetsmønstre avhengig av kommunestørrelse (Krogstad og Knudtsen 2011).

Kulturaktiviteter er en markør for mer mosjon, fordi et økende antall kulturarenaer og kulturaktiviteter er positivt assosiert med gradvis mer ukentlig mosjon.

3.1.3 Livskvalitet

Skalaene i den venstre halvdel i tabell 6 omfatter livskvalitet som et sammensatt mål for fysisk helse, og skalaene på høyre side i tabell 6 utgjør et sammensatt mål for mental helse. Delskår for fysisk funksjon og mental helse er de dimensjonene i sumskår for henholdsvis sumskår fysisk og mental helse i SF-36, som sies å være mest i overensstemmelse med det en ønsker å måle. Generell helse og vitalitet som delskår har derimot god gyldighet i begge dimensjoner. Generell helse er den dimensjonen i SF-36 som inneholder spørsmålet om selvrapportert helse (Sullivan et al. 2002). Spesielt fysisk funksjon er relatert til alder, mens tidligere data for SF-36 har vist at det ikke er noen forskjell mellom aldersgruppene på mental helse, vitalitet og sosial funksjon. Kvinner skårer lavere enn menn i alle delskår av SF-36 (Loge og Kaasa 1998, Sullivan et al. 2002). Innsamlede data oppfyller i hovedsak kriteriet som er satt for korrelasjon for delskår i SF-36, med unntak av at mental helse viser en relativt svak samvariasjon med fysisk funksjon ($r = ,21; p < ,05$) og fysisk rollefunksjon ($r = ,24; p < ,05$)⁷ (Ware et al. 2000). Skår over 80 på fysisk funksjon betyr at omtrent alle i utvalget går 100 meter uten problem, og at cirka 60 % ikke har problemer med tyngre daglige gjøremål (Sullivan et al. 2002).

Tabell 6: Helserelatert livskvalitet. Verdiene er i gjennomsnitt med standardavvik [SD] i parentes.

SUMSKÅR:	FYSISK HELSE				MENTAL HELSE			
	Fysisk funksjon	Fysisk rollefunksjon	Smerte	Generell helse	Vitalitet	Sosial funksjon	Emosjonell rollefunksjon	Mental helse
	[PF]	[RP]	[BP]	[GH]	[VT]	[SF]	[RE]	[MH]
Range	20 - 100	0 - 100	12 - 100	20 - 100	25 - 100	25 - 100	0 - 100	4 - 100
DKSS 2010 n = 103 - 109	81 (17)	71 (36)	70 (24)	73 (18)	64 (16)	89 (18)	77 (33)	82 (15)
Loge og Kaasa 1998	76 (17)	61 (41)	68 (27)	68 (23)	60 (22)	83 (23)	76 (35)	80 (17)
Effekt	,15	,13	,04	,12	,10	,14	,01	,06
DKSS 2010 kvinner n = 81 - 87	81 (17)	73 (34)	69 (25)	74 (17)	65 (16)	91 (16)	80 (30)	81 (15)
Loge og Kaasa 1998 kvinner n= 227-269	63 (26)	46 (43)	67 (28)	63 (24)	53 (23)	78 (26)	67 (41)	77 (18)
Effekt	,72	,65	,07	,48	,54	,52	,33	,23

⁷ Kriterie for korrelasjon: $r \geq ,30; p = ,01$ (Ware et al. 2000)

3.2 Bivariate analyser

3.2.1 Kulturaktivitet og livskvalitet

Korrelasjonsanalysen antyder at kulturaktivitetene har større positiv samvariasjon med fysisk helse enn mental helse, fordi flere aktiviteter korrelerer mer med delskår som former fysisk helse i SF-36. En finner en signifikant sammenheng i korrelasjonsanalysen for følgende aktiviteter: Museum/ kunstutstilling, friluftsliv, mosjon og konsert/ teater/ kino. Videre viser data med to unntak (vedlegg 4 tabell 8), ingen funn for følgende aktiviteter: Kirke/ bedehus, idrettsarrangement, menighetsarbeid, foreningsvirksomhet, musikk/ sang/ teater, dans og trening/ idrett. Indeks for aktive kulturaktiviteter (vist i tabell 5) viser en signifikant samvariasjon med delskår for fysisk funksjon men ikke med sumskår for fysisk helse.

Derimot er det et signifikant resultat i korrelasjonsanalysen for fysisk helse og indeks for totalt aktivitetsnivå for passive kulturaktiviteter (vist i tabell 4) (vedlegg 4).

Uavhengig t-test ble brukt for å sammenligne forskjeller i gjennomsnittlig livskvalitet mellom ulike aktivitetsnivå (gruppevis sammenligninger). Når kulturaktivitet og delskår for livskvalitet brukes enkeltvis i de statistiske analysene, viser de forskjellige aktivitetene ulike resultater i sin betydning for helse. Den gruppevis analysen viser for enkelte delskår og for enkelte kulturaktiviteter, en signifikant forskjell i gjennomsnittlig livskvalitet. Det er likevel mer hyppig at det ikke er signifikant forskjell ved gruppevis sammenligninger. Hele resultatet er lagt ved i vedlegg 4 (tabell 9, 10 og 11), og dette resultatet er viktig for å forklare det en finner når en i de statistiske analysene bruker indeks for totalt aktivitetsnivå og sumskår livskvalitet. De som er aktive på 3 - 4 kulturarenaer har gjennomsnittlig bedre livskvalitet både i forhold til de som er aktive på 0 - 1 kulturarenaer ($t_{(15)} = -3,01; p = ,01, r = ,44$) og i forhold til de som er aktive på 2 kulturarenaer ($t_{(48)} = -3,29; p = ,01, r = ,31$).

Gjennomsnittsverdier er vist i figur 2.

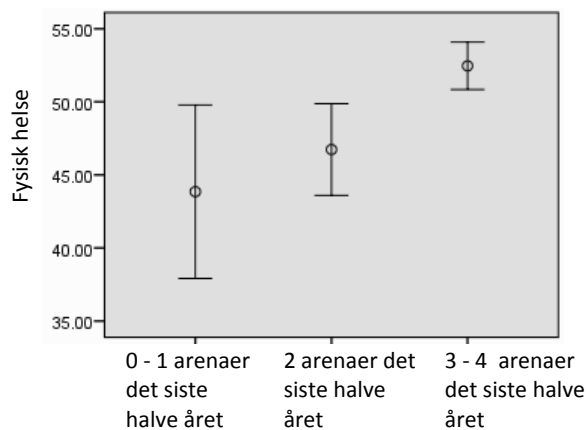


Fig 2 Fysisk helse og antall kulturarenaer det siste halve året (gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall)

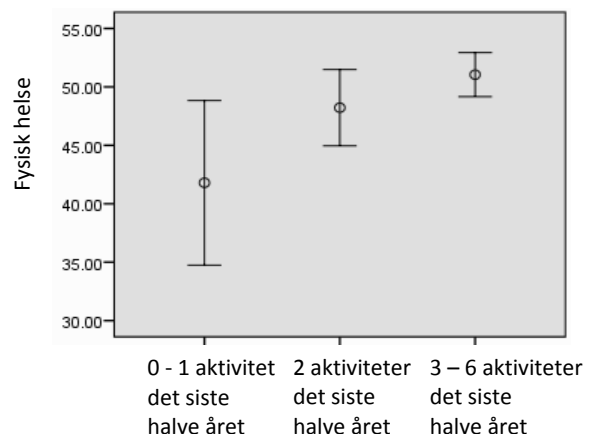


Fig 3 Fysisk helse og antall kulturaktiviteter det siste halve året (gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall)

Det er derimot ikke signifikant forskjell i gjennomsnittlig livskvalitet mellom de to minst aktive gruppene i figur 2 ($r = ,16$). De som har tre eller flere kulturaktiviteter det siste halve året har gjennomsnittlig bedre fysisk helse enn de som har 0 - 1 kulturaktiviteter ($t_{(67)} = -3,43$; $p = ,01$, $r = ,49$). Videre ser en at den minst aktive gruppen (0 - 1 kulturaktiviteter) har en gjennomsnittlig dårligere fysisk helse enn den gruppen med gjennomsnittlig to kulturaktiviteter, men resultatet er ikke signifikant med medium effektstørrelse ($r = ,32$). Gruppen med to kulturaktiviteter det siste halve året har også gjennomsnittlig dårligere livskvalitet sammenlignet med den mer aktive gruppen. Dette resultatet er heller ikke signifikant med liten effektstørrelse ($r = ,18$). Gjennomsnittsverdier for fysisk helse er vist i figur 3.

Det ble også gjennomført en tilsvarende statistisk analyse for mosjon, der hensikten var gruppevis å sammenligne gjennomsnittlig fysisk helse. Resultatet viser at de som har et høyt aktivitetsnivå har signifikant bedre helse enn de med lavt aktivitetsnivå ($t_{(77)} = -2.52$; $p = ,01$, $r = ,24$). Det er ikke signifikant forskjell i livskvalitet mellom lavt og moderat aktivitetsnivå ($r = ,0$), eller signifikant forskjell i livskvalitet mellom moderat til høyt aktivitetsnivå ($r = ,24$). Figur 4 viser resultatene grafisk med gjennomsnittverdier.

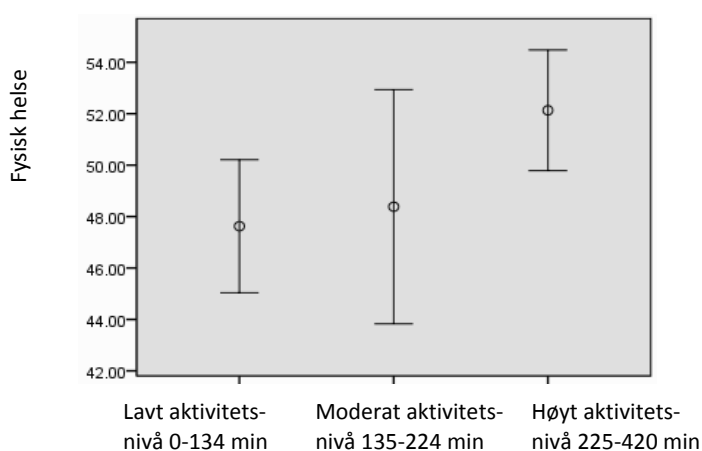


Fig 4 Fysisk helse og mosjon på ukentlig basis (gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall)

Hvis en går fra et moderat aktivitetsnivå til et høyt aktivitetsnivå slik det er vist i figur 4, har det signifikant betydning for to delskår i dimensjonen fysisk helse: Fysisk funksjon og fysisk rollefunksjon. Gjennomsnittlig skår i fysisk funksjon går fra 77 (SE=3,69) til 89 (SE=2,002) [$t(32) = -3,02$; $p = ,01$, $r = ,38$]. Fysisk rollefunksjon går fra et gjennomsnitt på 64 (SE=7,6) til 82 (SE=4,5) [$t(54) = -2,20$, $p = ,05$, $r = ,28$]. Uavhengig t-test viser at kulturaktiviteter og mosjon viser like egenskaper når en sammenligner forskjeller i livskvalitet mellom ulike aktivitetsnivå ved gruppevis sammenligninger. Mosjon viser i tillegg at den er en viktig

faktor for informantenes opplevelse av fysisk funksjon og fysisk rollefunksjon. Resultat for mental helse er ikke vist pga få funn (Field 2005).

3.2.2 Betydning av alder, sivilstatus og utdanning⁸

Aktivitetsnivået reduserer med økende alder, og dette gjelder for både indeks for passive kulturaktiviteter ($r_s = -,23; p < ,05$) og indeks aktive kulturaktiviteter ($r_s = -,21; p < ,05$). Mer spesifikt reduseres aktivitetsnivå med alder for følgende aktiviteter: Konsert, teater eller kino, museum eller kunstutstilling, friluftsliv, dans og musikk, sang eller teater. Alder har derimot ikke signifikant betydning for hvor ofte en driver trening/ idrett eller mosjon slik en kunne anta, mens alder har betydning for hvor hardt du tar deg ut. Det er ikke sammenheng mellom alder og livskvalitet som sumskår. Det er ikke sammenheng mellom alder og følgende delskår i SF-36: Smerte_s, generell helse_s, vitalitet_s, sosial funksjon_s, emosjonell rollefunksjon_s og mental helse_s. Derimot sees en gradvis reduksjon med alder for fysisk funksjon ($r_s = -,28; p < ,01$) og fysisk rollefunksjon ($r_s = -,21; p < ,05$). Selvrapportert helse_p eller hvor fornøyd man er med tilværelsen_s er også stabil med økende alder.

Betydningen av å ha samboer eller ektefelle kontra å bo alene har ingen betydning for aktivitetsnivå eller livskvalitet med et unntak. Data viser signifikant sammenheng for samvariasjon mellom det å ha samboer/ ektefelle og livskvalitet som sosial funksjon ($r_p = ,20; p < ,05$).

Utdanning korrelerer positivt med indeks for passive kulturaktiviteter ($r_p = ,30; p < ,01$) men ikke med indeks for aktive kulturaktiviteter. Det er signifikant sammenheng mellom utdanning og aktivitetsnivå for følgende aktiviteter: Museum/ kunstutstilling ($r_p = ,32; p < ,01$), konsert/ teater/ kino ($r_p = ,27; p < ,01$), friluftsliv ($r_p = ,26; p < ,05$) og til slutt mosjon ($r_s = ,24; p < ,05$). Utdanning og fysisk helse korrelerer positivt ($r_p = ,21; p < ,05$), og det skyldes resultatet for delskår fysisk funksjon ($r_p = ,34; p < ,01$) og delskår fysisk rollefunksjon ($r_p = ,26; p < ,01$). I denne aldersgruppen ser en at lavere utdanning har positiv samvariasjon med økende alder, og det er viktig når en tolker samvariasjon mellom utdanning, alder og helse (Field 2005, Johannessen 2009).

3.3 Multipel regresjonsanalyse

Denne analysen gjennomføres med både indeksvariablene for totalt aktivitetsnivå og kulturaktivitetene enkeltvis (ikke vist). Først gjøres regresjonsanalyse med indeks for passiv kulturaktiviteter og etterpå med indeks for aktive kulturaktiviteter. En bruker denne samme

⁸ _s = spearman & _p = pearsen

modellen for begge analysene: I trinn 1 kontrollerer modellen for demografiske variabler som alder, sivilstatus og utdanning, og i trinn 2 kontrolleres en i tillegg for sykdom/ skade/ lidelse, sosial funksjon og mosjon (Nummela et al. 2008, Cuypers et al. 2011b, Wilkinson et al. 2007, Acree, Longfors, Fjeldstad et al. 2006, Johansson et al 2001).

Tabell 7: Multiple regresjon for fysisk helse og kulturaktivitet, n = 94

Tabell 7a ...med indeks for passive kulturaktiviteter (tabell 1)

<i>Multivariat modell - avhengig variabel livskvalitet som et sammensatt mål for fysisk helse</i>				
Variabel:	Trinn 1:		Trinn 2:	
	β	$p =$	β	$p =$
- passive kulturaktiviteter:	,24	,02	,13	,16
- alder:	-,14	,20	-,04	,68
- sivil status:	,12	,27	-,01	,89
- lavere utdanning:	,18	,43	,27	,17
- høyere utdanning:	,34	,15	,40	,06
- sykdom/skade/lidelse:			-,44	<,001
- sosial funksjon:			,14	,18
- mosjon:			,22	,02
<i>F-verdi:</i>	2,42	,04	7,14	<,001
<i>R²:</i>	0,07		0,35	

Tabell 7b ...med indeks for aktive kulturaktiviteter (tabell 1)

<i>Multivariat modell - avhengig variabel livskvalitet som et sammensatt mål for fysisk helse</i>				
Variabel:	Trinn 1:		Trinn 2:	
	β	$p =$	β	$p =$
- aktive kulturaktiviteter:	,18	,09	,03	,76
- alder:	-,15	,17	-,04	,71
- sivil status:	,14	,18	-,01	,93
- lavere utdanning:	,21	,38	,28	,16
- høyere utdanning:	,41	,08	,43	,04
- sykdom/skade/lidelse:			-,46	<,001
- sosial funksjon:			,13	,20
- mosjon:			,24	,02
<i>F-verdi:</i>	1,90	,10	6,76	<,001
<i>R²:</i>	0,05		0,33	

Modellen viser at enkeltvariabler ikke er signifikant i modellen som er valgt for regresjonsanalysen. Et enkelt scatterplot i forbindelse med regresjonsanalysen viser at et økende aktivitetsnivå medfører økning i fysisk helse. Regresjonsanalysen viser også at mosjon sammenlignet med andre kulturaktiviteter, er en sterkere positiv prediktor for livskvalitet som fysisk helse. Det gjelder om du bruker mosjon som bakgrunnsvariabel eller som kulturaktivitet i en multivariat modell vist i tabell 7 (resultat er ikke vist). Resultat for mental helse er ikke presentert pga få funn (Field 2005, Johannessen 2009).

Kapittel 4 Diskusjon

4.1 Kulturaktivitet som positiv ressurs for livskvalitet?

Fokus i oppgaven er å se på betydningen av kulturaktivitet for livskvalitet som avhengig variabel. Den uavhengige variabelen; kulturaktiviteter, velges fordi en har en hypotese om at dette er en ressurs for positiv helse (Antonovsky 1979; 1987). En vet mindre om sammenhengen mellom fritidsaktiviteter eller kulturaktiviteter og positiv helse, mens det er funnet virkning av fysisk aktivitet (Espnes og Smedslund 2009). Konteksten for spørreskjemaundersøkelsen var Den Kulturelle Spaserstokken, og informantene i oppgaven er et avgrenset utvalg. Frekvenstabellene viser at de har preferanser til spesifikke aktiviteter: Foreksempel konsert/ teater/ kino og museum/ kunstutstilling, og også dans, musikk, sang og teater. Utvalget er jevnt over mer aktive sammenlignet med en normalpopulasjon, og under 10 % i utvalget rapporterer at de er helt inaktive. Et stigende antall aktiviteter er assosiert med gradvis bedre livskvalitet, og dette resultatet antyder et dose respons forhold mellom aktivitet og helse. Den stegvise analysen viser at sammenhengen ikke er signifikant, og ikke når en til slutt kontrollerer for andre variabler i regresjonsanalysen. Betydningen kulturaktiviteter har for livskvalitet svekkes i dette datamateriale når det ikke er sammenheng mellom kulturaktivitet og mental helse. Ingen kulturaktiviteter i datamateriale viser signifikant korrelasjon med delskår for mental helse i SF-36. Betydningen av mental helse for livskvalitet er beskrevet i artikkel 1. Resultatet i analysen støtter ikke hovedspørsmål i oppgaven og hypotesen om at det er en sammenheng mellom kulturaktivitet og helse. Dette klargjøres mer i kapittel 4.3.

4.2 "Friske og aktive seniorer"

Resultatet viser at utvalget og deltagerne i DKSS er en gruppe seniorer som sammenlignet med en normalpopulasjon, skårer høyt på de fleste helseparametre. De har spesielt god skår for fysisk funksjon og fysisk rollefunksjon, to dimensjoner for helse som reduseres med stigende alder. For noen helsevariabler er forskjellen betydelig og for andre er effekten moderat, og så liten at en kan si at virkning ikke nødvendigvis har noen betydning på individnivå. En vet ikke på bakgrunn av denne studien om deltakerne hadde god helse og deretter ble deltakere i DKSS, eller motsatt om kulturaktivitet fører til god helse og livskvalitet. Diskusjon om årsak virkning er generelt fremtredende i debatten om hva som fremmer helse, og selv for mosjon finnes det få longitudinelle eller eksperimentelle studier designet for friske seniorer (se artikkel 1). Slike studier imøtekommer ønsket om å belyse et resonnement om årsak virkning. Det er problematisk å drøfte absolutt i forhold til kausalitet i

forbindelse med aktivitet i et livsløpsperspektiv og ved befolkningsintervensjoner (se artikkel 1). Det er krevende når en ved slike studier ønsker å registrere totalt aktivitetsnivå foreksempel i en tidsseriestudie, og samtidig kontrollere for tidligere aktivitetsnivå (Glass et al. 1999). Samtidig må en være klar over at en kan vite mye om effekt, men likevel ikke skjønne hvordan slik kunnskap skal omsettes til praksis. Dette er en diskusjon som er fremtredende for fysisk aktivitet og folkehelse: Generelt er det behov for nye strategier for befolkningsintervensjoner og i tilknytning til dette er det behov for mer implementeringsforskning. DKSS kan betraktes som et tilrettelagt folkehelseiltak for seniorer. En vet at aktivitet er viktig, og DKSS prøver å få dette til gjennom et riktig tilbud av kulturaktiviteter og et inkluderende fellesskap. Litteraturartikkelen ser på sammenhengen mellom miljøfaktorer og regelmessig fysisk aktivitet, og forskning har vist at det er en sammenheng (se artikkel 1). Det er nærliggende å tenke at noen av de samme mekanismene gjelder for andre kulturaktiviteter, og fremtidig forskning vil vise hvilke. Ved ”*helsefremmende aktivitet*” er det viktig å se på deltakelse som et sosialt og kulturelt fenomen, og aktivitet i form av mening og relasjon. En kan se for seg at økologisk syntesemodell som teoretisk modell, også kan brukes for andre kulturaktiviteter. Det er nyttig å se aktiviteter kontekstuel, fordi det er viktig å kjenne faktorer som fremmer varig deltakelse. Dette er lite undersøkt for kulturaktiviteter inkludert fysisk aktivitet, og dette er et aktuelt tema i forbindelse med befolkningsintervensjoner (Bårdsen og Thornquist 2010, se artikkel 1).

Utvalget bruker i hovedsak kulturtilbudet i forbindelse med Den Kulturelle Spaserstokken noen ganger per år. Deltakerne har i store deler av sitt liv deltatt på denne type aktivitet, og derfor kan det diskuteres hvorvidt DKSS får oppfylt målet sitt om å være et lavterskeltilbud. Til en viss grad tilrettelegger de et tilbud for seniorer som allerede er aktive – et fenomen som er godt beskrevet for fysisk aktivitet (se artikkel 1). I spørreskjemaundersøkelsen måles totalt aktivitetsnivå og ikke bare deltakelse ved DKSS. Frekvenstabellene viser at deltagerne må være aktive ved kulturaktiviteter utenfor DKSS, fordi deltakelsesfrekvensen for kulturaktiviteter er høyere enn det som er registrert ved DKSS. De ulike aktivitetene viser ulike deltakerfrekvens: Noen aktiviteter utøves hvert halvår og noen hver uke. Dette sier ikke nødvendigvis noe om hva som er mest populært, men like mye om hvordan aktiviteten er tilgjengelig. Tilgjengelighet skiller for eksempel friluftsliv og mosjon fra foreksempel aktiviteter som kino, konsert og lignende. Grad av tilgjengelighet er forhold som tidligere er beskrevet som betydningsfullt for deltakelse ved regelmessig fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2009), men det er ikke beskrevet for andre kulturaktiviteter. Det er et viktig

moment når en skal tolke frekvenstabeller. Når en sammenligner deltakerne i DKSS med en normalpopulasjon, har de generelt et høyere aktivitetsnivå. I tillegg til at de mosjonerer oftere, benytter utvalget nesten alle aktivitetsformer i større grad, med unntak av kirke/ bedehus og idrettsarrangement. Friluftsliv og konsert/ teater/ kino er viktige i indeks for totalt aktivitetsnivå, fordi dette er de aktivitetene flest i utvalget har et forhold til. Kulturaktiviteter fungerer også som en markør for mosjon. Det vil si at deltakelse i kulturaktivitet øker sannsynligheten for mer regelmessig mosjon. Resultatet viser at mosjon påvirker livskvalitet positivt, og det skyldes at mosjon har virkning på fysisk funksjon og fysisk rollefunksjon. Oppfattelsen av den totale betydning av fysisk aktivitet kan imidlertid modereres på bakgrunn av både dataene i artikkel 2 og teori i artikkel 1, men til gjengjeld holder sammenhengen seg gjennom studiens stegvise analyse. Sammenhengen mellom fysisk funksjon og livskvalitet for eldre som målgruppe er allerede understreket i artikkel 1. På tross at dette er en gruppe relativt friske eldre som ofte er fysisk aktive vil flesteparten faktisk ikke nå opp til det aktivitetsnivå som beskrives i den norske anbefalingen for fysisk aktivitet. Dette er et tankekors med tanke på at dette er en gruppe seniorer med relativt optimale forutsetninger. Oppgaven har ellers ikke solide nok data til å drøfte ulik virkning fra forskjellige kulturaktiviteter. Det er overraskende at trenden for dette utvalget er at ektefelle eller samboer ikke har stor betydning for verken aktivitetsnivå eller livskvalitet. Mosjon og tilstedeværelsen av sykdom, skade eller lidelse har større betydning for livskvalitet enn demografiske variabler og kulturaktiviteter. På tross av at noen aktiviteter skiller seg ut, viser det generelle aktivitetsnivået for senioren i oppgaven at de deltar i mange aktiviteter og at de deltar regelmessig. Variasjon er kanskje like fremtredende som regelmessighet. Livskvalitet og aktivitetsdimensjonen er knyttet opp mot hverandre som faktorer, ved at en benytter en rekke kulturaktiviteter i kombinasjon - Noen aktiviteter brukes oftere og andre mer sjeldent. Det totale aktivitetsnivået er sannsynlig det vesentligste og ikke den enkelte aktivitet (se artikkel 1). Spørsmålet om totalt aktivitetsnivå er noe som utfordrer måten en definerer aktivitet på, verktøy som skal registrere aktivitet og effekt av aktivitet. Totalt aktivitetsnivå er det en måler virkning av i denne og andre lignende undersøkelser. Dette utvalget viser hvor aktive en gruppe friske seniorer kan være på tross av kjente bakgrunnsvariabler som alder, utdanning og helsestatus.

4.3 Styrke og begrensninger i studien

Prosjektet ”*Kulturdeltakelse og helse*” og samarbeidet mellom Kulturenheten i Trondheim og Senter for Helsefremmende forskning er implementeringsforskning for å se på deltakelse i

kulturaktiviteter og drøfte hvilken betydning dette kan ha for seniorennes gode helse (Jaastad 2011). Denne studien fokuserer på en gruppe eldre som er regelmessig aktive og samtidig rapporterer god helse, og det er en styrke for denne studien at en har mulighet til å beskrive hvorfor og hvordan det går bra med seniorennes helse. Studiens rekrutteringsprosedyre gjelder personene som verves til delstudien fra DKSS. Forskjellen mellom den generelle populasjonen og deltagerne i DKSS er sannsynlig større enn forskjellen mellom respondenter og ikke respondenter. Seniorer i utvalg er oftere mer aktive, og de rapporterer ofte bedre skår på fysisk funksjon, mental helse og sosial støtte (van Heuvelen, Hochstenbach, Brouwer et al 2005, Martinson, Crain, Sherwood et al. 2010). Rekrutteringsprosedyren beskrives som en av de viktigste faktorene for om eldre rekrutteres til forskning (Mills, Stewart, McLellan et al. 2001). Det er flere ting en kunne bemerke om prosedyren for studien men tid var en kritisk faktor. Det var også vanskelig å rekruttere informanter og følgende utsagn var nevnt: De ønsket ikke å delta, var ikke familiær med Kulturenheten eller tema og de ønsket ikke å oppgi fødselsnummer eller personlige opplysninger om helse. Sannsynlig hadde det vært en fordel om studien hadde vært kjent på forhånd (Martinsson et al. 2010). I denne studien klarer en ikke å måle virkning utelukkende av DKSS, samtidig klarer en heller ikke å måle virkning av et bredt spekter av ulike kulturaktiviteter fordi en har med et avgrenset utvalg som er rekruttert i forbindelse med DKSS.

SF-36 som verktøy er kritisert, fordi en mener at alle dimensjoner i et overordnet livskvalitetsbegrep ikke måles like godt. Det har sin opprinnelse i at det er produsert for klinisk og medisinsk bruk, og derfor er SF-36 først og fremst god på mental og fysisk helse (Hauken 2006). Begrunnelsen for å velge dette spørreskjemaet er at det er validitets- og reliabilitetstestet på lignende grupper, og det er mye brukt for å måle livskvalitet blant eldre. SF-36 er også en sammensatt skala, og sammensatte skalaer har bedre sensitivitet (Bowling 1998, Field 2005). Å bruke sumskår eller delskår i SF- 36 blir en avveining. Ulik aktivitet varierer forskjellig med ulike dimensjoner av livskvalitetsbegrepet, og når en bruker sumskår i SF-36 blir dette momentet borte.

- Regresjonsanalysen:

Underliggende forutsetninger for regresjonsanalysen er vurdert: På bakgrunn av informasjon fra en analyse av lineære forhold mellom uavhengige og avhengig variabel, burde en ha tatt sivilstatus ut av den multiple regresjonsanalysen. En prøver regresjonsanalysen både med og uten sivilstatus, og slik resultatet fremstår i studien har det liten betydning. En ser også et svakt lineært forhold mellom livskvalitet og indeks for aktive kulturaktiviteter.

Hovedproblemet for studien er antall informanter (Field 2005). Studien har en gruppe seniorer

som er aktive og er relativt lik, og liten varians i kombinasjon med få informanter medfører en fare for at en ikke klarer å måle de virkningene som faktisk finnes. Det betyr at studien har lav styrke (under 80 %) (Field 2005). Alle variablene som er inkludert i modellen for den multiple regresjonsanalysen gir ikke et signifikant resultat, og i utgangspunktet kan en ekskludere slike variabler fra analysen. Regresjonsanalysen viser at variablene totalt sett forklarer en mindre del av variansen ($R^2 < 10\%$), og videre skjer det en økning når flere bakgrunnsvariabler føres inn i analysen ($R^2 \approx 35\%$). Når en tar utgangspunkt tidligere publikasjoner så vet en at regresjonsanalysen har inkludert aktuelle variabler (Cuypers et al. 2011b, Nummela et al. 2008, Wilkinson et al. 2007). En valgte til slutt å beholde resultatet i regresjonsanalysen slik det er presentert, og standardisert regresjonskoeffisient antyder noe om effekten av ulike prediktorvariabler som føres inn i modellen. Bakdelen med å bruke F-verdi er at modellen som er satt opp kan få et signifikant resultat når bare en eller noen få prediktorvariabler viser en statistisk signifikant effekt på avhengig variabel. Det gjelder denne oppgaven. Til slutt kan det være eksterne variabler som ikke har vært målt og burde ha vært med, og en tenker spesielt på en mer robust måling av psykologiske dimensjoner (for eksempel self-efficacy) (Hauken 2006).

4.4 Diskusjon av resultat i forhold til tidligere studier og litteratur

Et folkehelseiltak som benytter et overordnet kulturbegrep har få studier å sammenligne seg opp mot. I tillegg har få studier definert mosjon inn i kulturbegrepet (Cuypers et al. 2011). At det er lettere å påvirke fysisk helse enn mental helse bekreftes av en svensk studie (Bygren et al. 2009), men det har ikke vært et tema i andre lignende studier. Studier om fysisk aktivitet og friske eldre har derimot rapportert liten innvirkning på dimensjoner innenfor mental helse (Acree et al 2006). Mental helse er som nevnt viktigere enn fysisk helse for opplevelse av livskvalitet (se artikkel 1). Samtidig er det verdt å gjenta at studier har vist at kulturaktiviteter påvirker fysisk helse på linje med fysisk aktivitet. Andre studier har i motsetning til denne studien, dokumentert en sterkere sammenheng mellom deltakelse i kulturaktivitet og helse etter at det er justert for bakgrunnsvariabler (Bygren et al. 1996, Glass et al. 1999, Johansson et al. 2001, Wilkinson et al. 2007, Cuypers et al. 2011). Effekten har ofte vært målt ved en helseindeks eller delskår i SF-36. Imidlertid har få studier hatt seniorer som målgruppe (Nummela et al. 2008). Cuypers m. fl. (2011) dokumenterte også et dose respons forhold mellom aktivitet og god helse blant deltagerne i HUNT 3, og dette bekreftes av en amerikansk undersøkelse publisert i 2007 (Wilkinson et al. 2007). Cuypers m.fl. (2011) viste som i denne studien at deltakelse i passive kulturaktiviteter sammenlignet med aktive kulturaktiviteter, var

sterkere assosiert med god helse. Nakanojostudien rapporterte en tak effekt for livskvalitet (Aoyagi 2010). Tidligere studier har også sett en sammenheng mellom kulturaktiviteter og mer regelmessig mosjon. Det vil si at er en først aktiv så deltar en gjerne i flere aktiviteter (Cuyper et al. 2011, Knudtsen og Krogstad 2011). Baklien og Carlsen (2000) skriver om kultur som virkemiddel i aktivitetsdimensjonen spesielt for marginaliserte grupper. Erfaring fra andre norske kulturaktivitetsprosjekter bekrefter det som gjelder denne studien, at det er en utfordring å rekruttere nye brukere inn til lavterskeltilbud (Baklien og Carlsen 2000).

4.5 Implikasjoner av studien

Denne studien bruker tverrsnittdata til å belyse en hypotese som inneholder et resonnement om årsak virkning. Slik forskningsdesign har begrensninger og en kan uansett ikke konkludere med effekt. Dette og forhold som er beskrevet i kapittel 4.4 begrunner hvorfor en ikke kan generalisere funnene i studien. Resultatet er heller ikke signifikant, og det støtter ikke hypotesen om at det er en sammenheng med kulturaktivitet og livskvalitet. Resultatet viser derimot en trend som først og fremst gjelder utvalget i studien (Johannessen, Tuft og Christoffersen 2010). På grunn av begrensninger ved studien, har en valgt å ikke spekulere i negative eller ikke signifikante sammenhenger for kulturaktivitet og livskvalitet. Samtidig er en klar over at det finnes underrapportering av negative og ikke signifikante funn også innen tema kulturaktivitet og helse (Cuyper et al. 2011b). Denne studien er en implementeringsstudie, eller den er en del av et prosjekt som skal evaluere DKSS som allerede er et iverksatt tiltak. Hele prosjektet inkludert denne delstudien, gir noen rettleidninger for hvordan en kan utarbeide en befolkningsintervensjon for å måle sammenheng mellom kulturaktivitet og livskvalitet: Denne studien har vist at ved ”mindre” befolkningsstudier trenger en høyt målenivå for variablene som skal brukes i den statistiske analysen, slik at en har sensitivitet for å måle små variasjoner. Slike studier trenger og et større og bedre representativt utvalg og utvalg med mer varians, for å måle virkning av å delta i et bredt spekter av forskjellige aktiviteter. Ulike befolkningsgrupper og personer har forskjellige preferanser for ulike aktiviteter. Dette har betydning for subjektiv tolkning og opplevelse av en helsemessig effekt fra et bredt spekter av ulike kulturaktiviteter (Konlaan et al. 2002). Det er og viktig å påpeke at det generelt trengs større utvalg for studier som omfatter en frisk befolkningsgruppe på grunn av mindre effekt av intervensjon på individnivå (se artikkel 1). Når disse forholdene er realisert oppnås en tverrsnittstudie som kan si noe mer presist om kulturaktivitet og livskvalitet blant friske seniorer. Studien viser at seniorer med god helse er assosiert med deltakelse ved kulturaktiviteter. Helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid må

videre fremover inkludere både positive livsstilfaktorer og negative helsedeterminanter. I en integrert helsemodell er helse berørt av mange dimensjoner i livet. Enda har aktivitetsdimensjonen og dens betydning for positiv helse hatt lite fokus. En trenger fokus på dette for å bygge teoretisk rammeverk for å understøtte denne type helsefremmende arbeid. Denne studien har prøvd å vise at kulturaktiviteter kan ha betydning for positiv helse. Det er veldig interessant om forskning videre fremover kan se på om slik intervensjon kan fremme mer aktivitet og helse for seniorer. Dette kan godt sees i et perspektiv fra helsefremmende teori og sosial-økologisk tilnærming.

5.0 Konklusjon

Studien antyder en assosiasjon mellom kulturell aktivitet og livskvalitet som en sammensatt dimensjon av fysisk helse, men resultatet i studien viser ikke et signifikant resultat. Resultatet viser også at kulturaktiviteter er positivt for mer regelmessig mosjon, og at mosjon sammenlignet med kulturaktiviteter er en sterkere positiv prediktor for livskvalitet. Antall studier som har sett på kulturaktiviteter og helse er økende, men enda kan en ikke konkludere. Det skyldes at det finnes få studier totalt sett, og enda færre har sett på betydningen av kulturaktiviteter i et folkehelseperspektiv (Cuypers et al. 2011b). En trenger flere studier i tema og disse kan være:

- Prospektive longitudinelle studier med større utvalg der en har regnet effekt i forkant. Dette er en type studie som kan si noe om effekt.
- En mindre tverrsnittstudie med et bedre representativt utvalg.
- Flere kvalitative studier for å belyse en dybdeforståelse av aktivitet og livskvalitet.
- Eksperimentelle studier hadde vært nyttig for kulturaktiviteter eller fritidsaktiviteter, for å belyse spørsmålet om kausalitet.

Det er ikke registrert en interessekonflikt i forbindelse med den empiriske artikkelen.

Litteraturliste

- Acree Luke, Longfors Jessica, Fjeldstad Anette S, Fjeldstad Cecilie, Schank Bob, Nickel Kevin, Montgomery Polly S and Gardner Andrew W (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4:37
- Antonovsky, A (1979). *Health, stress and coping*. Washington: Jossey-Bass
- Antonovsky, A (1987). *Unravelling the mystery of Health*. San Fransisco, Jossey-Bass
- Aoyagi Y, Park H, Park S and Shephard RJ. (2010). Habitual physical activity and health-related quality of life in older adults: interactions between the amount and intensity of activity (the Nakanojo Study). *Qual Life Res.* 2010 Apr; 19(3):333-8.
- Baklien Bergljot og Carlsen Yngve (2000). *Helse og Kultur - Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur som helsefremmende virkemiddel*. Norsk Institutt for by- og regionforskning - Prosjektrapport 2000: 11
Kapittel 1, 2, 3 og 6.
- Breidablikk Hans Johan, Meland Eivind and Lydersen Stian (2008). Self-rated helath in adolescence: A multifactoriell composite. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008 36: 12
- Bowling Ann (1998). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Second edition*. Open University Press.
Chap 1 and 4
- Bygren Lars Olov, Konlaan Boinkum Benson and Sven-Erik Johansson (1996). Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *BMJ* 1996; 313: 1577
- Bygren LO, Weissglas G, Wikström BM, Konlaan BB, Grjibovski A, Karlsson AB, Andersson SO and Sjöström M. (2009). Cultural Participation and Health: A Randomized Controlled Trial Among Medical Care Staff. *Psychosomatic Medicine* 71:469-473.
- Bårdsen Å og Thornquist E (2010). KRONIKK Må vi trene for å ha god helse? *Tidsskr Nor Legeforen* 2010 Nr. 15 – 12. august 2010; 130:1487-8
- Cohen Gene D., Perlstein Susan, Chapline Jeff, Kelly Jeanne, Firth Kimberly M. and Samuel Simmens (2006). The Impact of Profesjonally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults. *The Gerontologist* Vol. 46, No. 6, 726-734
- Cott, C. A., Gignac, M. A. M and Badley, E. M. (1999) Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology Community Health*, 53, 731–736

- Cuypers Koenraad Frans, Knudtsen Margunn Skjei, Sandgren Maria, Krokstad Steinar, Wikström Britt Maj & Theorell Töres (2011a). Cultural activities and public health: research in Norway and Sweden. An overview. *Arts & Health Volume 3, Issue 1, 2011*
- Cuypers Koenraad, Krokstad Steinar, Holmen Turid Lingaas, Knudtsen Margunn Skjei, Bygren Lars Olov and Holmen Jostein (2011b). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *J Epidemiol Community Health 2011 doi:10.1136/jech.2010.113571*
- Espnes og Smedslund (2009). *Helsepsykologi*. Gyldendal Akademisk 2009
Kap 5
- Field, Andy (2005). *Discovering Statistics Using SPSS second edition*. SAGE Publications Ltd. Chap 1, 4, 5, 7, 8
- Glass Thomas A, Mendes de Leon Carlos, Marottoli Richard A and Berkman Lisa F (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ 1999; 319 : 478 (Published 21 August 1999)*
- Hauken May Aasebø (2006). En ideologikritisk analyse av livskvalitetsskjemaet SF-36. *Kandidat: Høgskolelektor Høsten 2006 Senter for vitenskapsteori, UIB Vitenskapsteorikurs for private høyskoler.*
- Helsedirektoratet (2009). Fysisk aktivitet blant voksne og eldre I Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. *Rapport utgitt av Helsedirektoratet 2009.*
- Hjort, Peter (1994). *HELSE FOR ALLE. Foredrag og artikler 1974-93*
Utredningsrapport nr U 1 - 1994. Avdeling for samfunnsmedisin. Seksjon for helsetjenesteforskning. "The new public health" Sykdom, helse og forebyggende arbeid
- Holmen, J., Midthjell, K., Kruger, O., Langhammer, A., Holmen, T., Bratberg, G.H., Vatten, L. & Lund-Larsen, P. G. (2003). The Nord-Trøndelag Health Study 1995-97 (HUNT 2): Objectives, contents, methods and participation. *Norwegian Journal of Epidemiology, 13, 19-22.*
- Hyypä Markku T., Mäki Juhani, Impivaara Olli and Aromaa Arpo (2005). Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Oxford Journals Medicine Health Promotion International Volume21, Issue1 Pp. 5-12*
- Jaastad, Lise (2011). *Kulturdeltakelse og helse*. Den Kulturelle Spaserstokken, arena for kulturell deltakelse for seniorer i Trondheim kommune. Evalueringsrapport. Senter for helsefremmende forskning HIST/ NTNU.
- Johansson Sven Erik, Konlaan Boinkum Benson and Bygren Lars Olov (2001). Sustaining habits of attending cultural events and maintenance of health: a longitudinal study *Oxford Journals Medicine Health Promotion International Volume16, Issue3 Pp. 229-234*

- Johannessen Asbjørn, Tufte Per Arne og Christoffersen Line (2010). *Introduksjon til Samfunnsvitenskaplig metode*. Abstrakt Forlag 2010 4. utgave. Kap 18
- Johannessen Asbjørn (2009). *Introduksjon til SPSS versjon 14*. Abstrakt forlag AS 2009 Kap 3, 6, 7, 8, 9 og 10
- Knudtsen M S, Holmen J og Håpnes O (2005a). Hva vet vi om kultur deltakelse og helse? *Tidsskr Nor Lægeforen Nr. 24 – 15. desember 2005; 125:3418-20*
- Knudtsen M S, Holmen J og Håpnes O (2005b). Kulturelle virkemidler i behandling og folkehelsearbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen Nr. 24 – 15. desember 2005; 125:3434-6*
- Konlaan BB, Theobald H, and Bygren LO (2002). Leisure time activity as a determinant of survival: a 26-year follow-up of a Swedish cohort. *Public health 116(4):227-30, 2002 Jul*
- Konlaan BB, Bygren LO and Johansson SE (2000a). Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. *Scandinavian journal of public health 28(3):174-8, 2000 Sep*
- Konlaan BB, Björby N, Bygren LO, Weissglas G, Karlsson LG, and Widmark M (2000b). Attendance at cultural events and physical exercise and health: a randomized controlled study. *Public health 114(5):316-9, 2000 Sep*
- Krogstad, Steinar og Knudtsen, Margunn Skjei (2011). *Folkehelse i endring - Helseundersøkelsen Nord Trøndelag. HUNT forskningscenter 2011*. <http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf> Hentet 12/7-2011
- Kulturforbundet (2007). *Kultur Former Framtida - Hvordan og Hvorfor kultur virker, med bidrag frå blant annet Audun Myskja med fleire*. Oslo: Andrimne Forlag AS Kultur for eldre s 85 og Den Kulturelle Spaserstokken s 86 - 88 av Karin Amble.
- Kurtze Nanna, Gundersen Kjell Terje og Holmen Jostein (2003). Selvrapportert fysisk aktivitet i norske befolkningsundersøkelser – et metodeproblem. *Norsk Epidemiologi 2003; 13 (1): 163-170*
- Kurtze Nanna, Rangul Vegar, Hustvedt Bo-Egil and Flanders Dana (2008). Reliability and validity of self-reported physical activity in the Nord-Trøndelag Health Study-HUNT1. *Scandinavian Journal of Public Health, 2008; 52-61*.
- Loge JH and Kaasa S. (1998). Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med. 1998 Dec; 26(4):250-8*.
- Martinson BC, Crain AL, Sherwood NE, Hayes MG, Pronk NP and O'Connor PJ (2010) Population reach and recruitment bias in a maintenance RCT in physically active older adults. *J Phys Act Health. 2010 Jan;7(1):127-35*.
- Mastekaasa Arne (1987). Modellbruk, indekser og konsistenskriterier. *Tidsskrift for samfunnsforskning 1987, bd. 28, 167 - 188*

- Menec Verena H. (2003). The Relation Between Everyday Activities and Successful Aging: A 6-Year Longitudinal Study. *Oxford Journals Life Sciences & Medicine The Journals of Gerontology: Series B Volume 58, Issue 2 Pp. S74-S82*
- Mills, K., Stewart, A., McLellan, B., Verboncoeur, C., King, A., & Brown, B., (2001). Evaluation of enrollment bias in a physical-activity-promotion program for seniors. *Journal of Aging and Physical Activity, 9, 398-413.*
- Mæland, J.G. (2005): *Forebyggende Helsearbeid – i teori og praksis, 2. utgave.* Universitetsforlaget. Kap 1 og kap 2
- Norges offentlige utredninger (NOU 1998) *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.* NOU: 18. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet. Statens trykning Oslo 1998
- Nummela Olli, Sulander Tommi, Rahkonen Ossi and Uutela Antti (2008). Associations of self-rated health with different forms of leisure activities among ageing people. *International Journal of Public Health 53:227-35*
- Odelstings proposisjon nr. 73 (Ot.prp 2008-2009). *Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.* <http://www.regjeringen.no/pages/2179288/PDFS/OTP200820090073000DDDPDFS.pdf> Hentet 12/7-2011
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, et al. (1995). Department of Exercise Science, University of South Carolina School of Public Health, Columbia 29208. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA. 1995 Feb 1;273(5):402-7.*
- Rowe JW and Kahn RL (1997). Successful aging. *The Gerontologist; Aug 1997; 37, 4; ProQuest*
- Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken* <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000DDDPDFS.pdf> Hentet 13/4-2011
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> Hentet 13/4-2011
- Sullivan M., Karlsson J. och Taft C. (2002). *SF-36 Hälsoenkät: Svensk Manual och Tolkningsguide, 2:a upplagen (Swedish Manual and Interpretation Guide, 2nd Edition).* Gothenburg: Sahlgrenska University Hospital, 2002.
- Tzormpatzakis N and Sleaf M. (2007). Participation in physical activity and exercise in Greece: a systematic literature review. *International Journal of Public Health. 2007;52(6):360-71.*

- van Heuvelen MJ, Hochstenbach JB, Brouwer WH, de Greef MH, Zijlstra GA, van Jaarsveld E, Kempen GI, van Sonderen E, Ormel J, Mulder T.(2005). Differences between participants and non-participants in an RCT on physical activity and psychological interventions for older persons. *Aging Clin Exp Res.* 2005 Jun;17(3):236-45.
- Ware J.E. Jr., Kosinski M. and Gandek B. (2000). *SF-36® Health Survey: Manual & Interpretation Guide*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 1993, 2000.
- Wilkinson AV, Waters AJ, Bygren LO and Tarlov AR (2007). Are variations in rates of attending cultural activities associated with population health in the United States? *BMC Public Health.* 2007 Aug 31;7:226

KULTUR OG HELSE

SPØRREUNDERSØKELSE

Formålet med denne undersøkelsen er å studere sammenhengen mellom helse, opplevelse av lykke og det å delta i kulturaktiviteter. Undersøkelsen gjennomføres ved Senter for helsefremmende forskning, HiST/NTNU, på oppdrag fra Trondheim kommune. Resultatene fra denne undersøkelsen vil også bli brukt i en mastergradsoppgave ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og alle som deltar er anonyme. Skriv derfor ikke navn eller annen personidentifiserende informasjon på skjemaet. Undersøkelsen kan bli gjennomført i flere runder, og for å kunne kople sammen dine svar dersom du deltar flere ganger vil vi lage et anonymt kodenummer som består av fødselsdato, kjønn og skonummer.

Det er ingen «riktige» eller «gale» svar på spørsmålene i dette skjemaet – det er din reelle situasjon og dine personlige meninger og oppfatninger vi er interessert i. Bruk ikke for lang tid på hvert spørsmål – er du i tvil, er ofte den første innskyttelsen det beste svaret. Selv om noen av spørsmålene i dette skjemaet kan se ganske like ut, er det viktig for kvaliteten på undersøkelsen at alle spørsmålene blir besvart.

Takk for at du er villig til å delta!

Ingrid Solhjem
mastergradsstudent

Lise Jaastad
prosjektkoordinator

Geir Arild Espnes
professor, veileder

Institutt for sosialt arbeid
og helsevitenskap, NTNU

Senter for helsefremmende
forskning, HiST/NTNU



Vennligst ikke skriv her

Utfyllt på stedet... 1

Ettersendt..... 2

11. Hvor stor betydning har kulturaktiviteter i ditt liv nå? ⇒
- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|---|
| Veldig stor betydning | <input type="checkbox"/> | 1 | Verken stor eller liten | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Stor betydning | <input type="checkbox"/> | 2 | Liten betydning | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | | | Ingen betydning | <input type="checkbox"/> | 5 |
12. Hvor viktige er disse to sidene ved å delta i kulturaktiviteter for deg? ⇒
- Ett kryss på hver linje.*
- | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | Svært viktig | Ganske viktig | Noe viktig | Litt viktig | Ikke viktig |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Selve kulturaktiviteten.... | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Det sosiale samværet.... | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
13. Har deltagelse i kulturaktiviteter hatt innvirkning på din omgangskrets? ⇒
- | | | | | | |
|---|--------------------------|---|------------------------------|--------------------------|---|
| Ja, den er blitt større | <input type="checkbox"/> | 1 | Nei, den er uforandret | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Litt, jeg er blitt kjent med noen | <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, den er blitt mindre..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | | | Vet ikke | <input type="checkbox"/> | 5 |
14. Vil du si at du har utviklet varige vennskap gjennom å delta i kulturaktiviteter? ⇒
- | | | | | | |
|----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
| Ja | <input type="checkbox"/> | 1 | Nei | <input type="checkbox"/> | 2 |
|----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
15. Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det? ⇒
- | | | | | | |
|----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
| Ja | <input type="checkbox"/> | 1 | Nei | <input type="checkbox"/> | 2 |
|----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
16. Har du venner som du kan snakke fortrolig med? ⇒
- | | | | | | |
|----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
| Ja | <input type="checkbox"/> | 1 | Nei | <input type="checkbox"/> | 2 |
|----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
17. Hvor avhengig er du av gratis transport for å kunne delta i kulturaktiviteter? ⇒
- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|---|------------------------|--------------------------|---|
| Helt avhengig | <input type="checkbox"/> | 1 | Sjelden avhengig | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Noe avhengig | <input type="checkbox"/> | 2 | Ikke avhengig | <input type="checkbox"/> | 4 |
18. Hvor viktig er billettprisen for om du velger å delta i kulturaktiviteter? ⇒
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|---|-------------------|--------------------------|---|
| Svært viktig..... | <input type="checkbox"/> | 1 | Nokså viktig..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Viktig..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Ikke viktig | <input type="checkbox"/> | 4 |
19. Kjenner du til «Den kulturelle spaserstokken»? ⇒
- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|---------------------------------|--------------------------|---|
| Ja, kjenner den godt..... | <input type="checkbox"/> | 1 | Tror ikke det | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Har hørt om den | <input type="checkbox"/> | 2 | Nei, kjenner ikke til den | <input type="checkbox"/> | 4 |
20. Hvor ofte benytter du deg av kommunale kulturtilbud som Den kulturelle spaserstokken gir? ⇒
- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|------------------|--------------------------|---|
| 1 gang i året el. sjeldnere . | <input type="checkbox"/> | 1 | Hver måned | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Noen ganger i året..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Hver uke..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
21. Stort sett, vil du si helsen din er: ⇒
- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|---|------------------|--------------------------|---|
| Utmerket..... | <input type="checkbox"/> | 1 | God..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Meget god | <input type="checkbox"/> | 2 | Ganske god | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | | | Dårlig | <input type="checkbox"/> | 4 |
22. *Sammenliknet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå?* ⇒
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Mye bedre nå enn for ett år siden..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Litt bedre nå enn for ett år siden..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Omtrent den samme som for ett år siden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Litt dårligere nå enn for ett år siden..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mye dårligere nå enn for ett år siden..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
23. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. *Er helsen din slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?* Hvis ja, hvor mye?
- | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | | | Ja, begrenser meg mye | Ja, begrenser meg litt | Nei, ikke i det hele tatt |
| | | | 1 | 2 | 3 |
| 1. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå tur eller drive med hagearbeid..... | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ja, be-
grenser
meg mye
1 | Ja, be-
grenser
meg litt
2 | Nei,
ikke i det
hele tatt
3 | | Ja, be-
grenser
meg mye
1 | Ja, be-
grenser
meg litt
2 | Nei,
ikke i det
hele tatt
3 |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 3. Løfte eller bære en handlekurv.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Gå mer enn to kilometer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gå opp trappen flere etasjer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Gå noen hundre meter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gå opp trappen en etasje..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Gå hundre meter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bøye deg eller sitte på huk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Vaske deg eller kle på deg..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. I løpet av *de siste 4 ukene*, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

- | | Ja
1 | Nei
2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du redusert tiden du har brukt på arbeidet ditt eller andre aktiviteter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du utrettet mindre enn du hadde ønsket?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du vært hindret i visse typer arbeid eller andre aktiviteter?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du hatt vanskeligheter med å utføre arbeidet ditt eller andre aktiviteter (f.eks. fordi det krevde ekstra anstrengelser)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. I løpet av *de siste 4 ukene*, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (f.eks. fordi du har følt deg deprimeret eller engstelig)?

- | | Ja
1 | Nei
2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du redusert tiden du har brukt på arbeidet ditt eller andre aktiviteter?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du utrettet mindre enn du hadde ønsket?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har ikke arbeidet eller utført andre aktiviteter like nøye som vanlig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. I løpet av *de siste 4 ukene*, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger? ⇨

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Ingen..... | <input type="checkbox"/> | 1 | En del..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Litt..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Mye..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | | | Svært mye..... | <input type="checkbox"/> | 5 |

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

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------------|--------------------------|---|
| Ingen..... | <input type="checkbox"/> | 1 | Moderate..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Meget svake..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Sterke..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Svake..... | <input type="checkbox"/> | 3 | Meget sterke.... | <input type="checkbox"/> | 6 |

28. I løpet av *de siste 4 ukene*, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? ⇨

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Ingen..... | <input type="checkbox"/> | 1 | En del..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Litt..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Mye..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | | | Svært mye..... | <input type="checkbox"/> | 5 |

29. De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det *de siste 4 ukene*. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det.

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

- | | Hele
tiden
1 | Nesten hele
tiden
2 | Mye
av tiden
3 | En del
av tiden
4 | Litt av
tiden
5 | Ikke i det
hele tatt
6 |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1. Følt deg full av tiltakslyst?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Følt deg veldig nervøs?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 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"/> |
| 4. Følt deg rolig og harmonisk?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatt mye overskudd?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Følt deg nedfor og trist?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Følt deg sliten?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Følt deg glad?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Følt deg trett?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. I løpet av *de siste 4 ukene*, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)? ⇒
- | | | | | | | |
|--|-----------------|---------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| | Hele tiden..... | <input type="checkbox"/> ₁ | Nesten hele tiden . | <input type="checkbox"/> ₂ | En del av tiden | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | | | | | Litt av tiden..... | <input type="checkbox"/> ₅ |
| | | | | | Ikke i det hele tatt.. | <input type="checkbox"/> ₆ |

31. Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstander for deg?
- | | Helt
riktig
1 | Delvis
riktig
2 | Vet
ikke
3 | Delvis
gal
4 | Helt
gal
5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Det virker som om jeg blir lettere syk enn andre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jeg forventer at helsen min vil bli dårligere..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Helsen min er utmerket..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? ⇒
- | | Svært
fornøyd
1 | Ganske
fornøyd
2 | Litt
fornøyd
3 | Både
/og
4 | Litt
misfor-
nøyd
5 | Ganske
misfor-
nøyd
6 | Svært
misfor-
nøyd
7 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. Har du i løpet av *de siste 2 ukene* følt deg ... ⇒
- Ett kryss på hver linje.*
- | | Nei
1 | Litt
2 | En god
del
3 | Svært
mye
4 |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ... trygg og rolig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... glad og optimistisk?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ... nervøs og urolig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ... plaget av angst?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ... irritabel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ... nedfor/deprimert?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ... ensom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. Har du kroppslige *smarter nå* som har vart *mer enn 6 måneder*? ⇒
- | | | |
|--|----------|---------------------------------------|
| | Ja..... | <input type="checkbox"/> ₁ |
| | Nei..... | <input type="checkbox"/> ₂ |

- 35a. Har du noen langvarig (*minst 1 år*) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv? ⇒
- | | | |
|--|----------|---------------------------------------|
| | Ja..... | <input type="checkbox"/> ₁ |
| | Nei..... | <input type="checkbox"/> ₂ |

NB: Hvis nei, hopp til spørsmål 36.

- 35b. Hvis ja: Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt? ⇒
- Ett kryss på hver linje.*
- | | Litt
nedsatt
1 | Middels
nedsatt
2 | Mye
nedsatt
3 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Er bevegelsehemmet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har nedsatt syn..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har nedsatt hørsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hemmet pga. kroppslig sykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hemmet pga. psykisk sykdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. Klarer du selv, uten hjelp fra andre, disse gjøremålene i det daglige?
- | | Ja
1 | Nei
2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Lage varm mat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gjøre lett husarbeid (f.eks. oppvask) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gjøre tyngre husarbeid (f.eks. gulvvaske) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vaske klær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gjøre innkjøp..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Betale regninger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ta medisiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Komme deg ut..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ta bussen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37. Har du i løpet av de siste 12 månedene ...

- | | Ja
1 | Nei
2 | | Ja
1 | Nei
2 |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ... vært hos fastlege/allmennlege? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ... vært hos kiropraktor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... vært hos annen legespesialist utenfor sykehus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ... vært hos fysioterapeut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ... hatt konsultasjon uten innleggelse ved psykiatrisk poliklinikk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ... vært hos tannlege? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ... hatt konsultasjon uten innleggelse ved annen poliklinikk i sykehus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ... vært hos homøopat, akupunktør, sone-terapeut, håndspålegger eller annen alternativ behandler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 9. ... vært innlagt i sykehus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 10. ... vært innlagt i sykehjem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. Har du i løpet av de siste 12 månedene ...

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| 1a. ... mottatt hjemmesykepleie? ⇨ | Ja..... <input type="checkbox"/> 1 ⇨ | 1b. Hvis du har mottatt hjemmesykepleie, mener du at du har fått nok hjemmesykepleie? ⇨ | Nei..... <input type="checkbox"/> 1 |
| | Nei..... <input type="checkbox"/> 2 | | Ja..... <input type="checkbox"/> 2 |
| 2a. ... mottatt hjemmehjelp? ⇨ | Ja..... <input type="checkbox"/> 1 ⇨ | 2b. Hvis du har mottatt hjemmehjelp, mener du at du har fått nok hjemmehjelp? ⇨ | Nei..... <input type="checkbox"/> 1 |
| | Nei..... <input type="checkbox"/> 2 | | Ja..... <input type="checkbox"/> 2 |

De neste spørsmålene handler om mosjon. Med «mosjon» mener vi at du f.eks går tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett.

39. Hvor ofte driver du mosjon?
Ta et gjennomsnitt. ⇨
- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Aldri | <input type="checkbox"/> 1 | Én gang i uka | <input type="checkbox"/> 3 |
| Sjeldnere enn én gang i uka..... | <input type="checkbox"/> 2 | 2 – 3 ganger i uka | <input type="checkbox"/> 4 |
| | | Omtrent hver dag | <input type="checkbox"/> 5 |
40. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka; hvor hardt mosjonerer du? *Ta et gjennomsnitt. ⇨*
- | | |
|--|----------------------------|
| Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett | <input type="checkbox"/> 1 |
| Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett ... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Tar meg nesten helt ut | <input type="checkbox"/> 3 |
41. Hvor lenge holder du på hver gang?
Ta et gjennomsnitt. ⇨
- | | | | |
|--------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Under 15 min. | <input type="checkbox"/> 1 | 30 min. - 1 time | <input type="checkbox"/> 3 |
| 15 - 29 min. | <input type="checkbox"/> 2 | Mer enn 1 time | <input type="checkbox"/> 4 |
42. Har du vanligvis *minst 30 minutter* fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritida? ⇨
- | | |
|----------|----------------------------|
| Ja..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nei..... | <input type="checkbox"/> 2 |
43. Hvor ofte benytter du deg av kommunale treningstilbud som Den kulturelle spaserstokken gir? ⇨
- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|
| 1 gang i året el. sjeldnere . | <input type="checkbox"/> 1 | Hver måned | <input type="checkbox"/> 3 |
| Noen ganger i året..... | <input type="checkbox"/> 2 | Hver uke..... | <input type="checkbox"/> 4 |
44. Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag?
Regn med både arbeid og fritid. NB: Avrund til nærmeste antall hele timer. ⇨
-
45. Dette skjemaet ble mottatt under følgende aktivitet:
- | | | | |
|-------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Teater..... | <input type="checkbox"/> 1 | Dans | <input type="checkbox"/> 3 |
| Kor..... | <input type="checkbox"/> 2 | Treningsgruppe/SATS.. | <input type="checkbox"/> 4 |

Har du en kommentar til denne undersøkelsen eller til noen av spørsmålene, kan du skrive i feltet på neste side.

Din kommentar: ↓

Empty comment box for user input.

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Til:

Geir Arild Espnes
geirae@svt.ntnu.no

Dokumentreferanse: 2011/571-9

Dokumentdato: 23.03.2011

**DEN KULTURELLE SPASERSTOKKEN SOM VIRKEMIDDEL FOR Å FREMME
HVERDAGSAKTIVITET OG HELSE BLANT SENIORER I TRONDHEIM KOMMUNE. -
INFORMASJON OM VEDTAK**

Komiteen behandlet søknaden i møte 17.03.2011. I referatet heter det:

Prosjektleders prosjekttale:

Den kulturelle spaserstokken i Trondheim kommune. - kultur, helse, livskvalitet og bruk av kommunale helsetjenester. Hensikten med evalueringen av "Den kulturelle spaserstokken" i Trondheim kommune er å skaffe rede på hvem brukerne er, og deres rapporteringer på hvilke betydning de mener deltagelsen har. Prosjektet vil samle data på deltagelse i aktiviteter, helse, livskvalitet og bruk av kommunale helsetjenester? Dette gjøres en større og to mindre datainnsamlinger (en av dem i to faser). Resultatet av evalueringen skal rapporteres tidlig i 2011. Fokus i denne masteroppgaven er å se på sammenheng mellom fysisk aktivitet, kulturaktiviteter og helse. Hvilke betydning aktiviteter kan ha for helse og livskvalitet for aktuell målgruppe. Dette begrunnes med at hverdagsaktivitet er viktig(st) også for eldre. Gruppen eldre i forbindelse med denne delen av Den Kulturelle Spaserstokken og i denne masteroppgaven, er seniorer sannsynlig med høy funksjon og lav risiko.

Komiteens merknader:

Formål

Søknaden er vanskelig tilgjengelig, men etter at sekretariatet har snakket med søker legges det til grunn at det kun søkes om godkjenning for å få benytte data fra HUNT. De data man søker om å få benytte er vedlagt søknaden. Datasettet skal leveres ut avidentifisert til forsker. Materialet skal sammenlignes med data som allerede er innsamlet i prosjektet "Kultur og helse". Komiteen har ingen innvendinger mot denne uthenting av data og vurderer det slik at disse vil fremstå som anonyme for forsker. Data skal kun hentes inn på aldersnivå, ikke fødselsdato eller kjønn.

Vedtak:

Med hjemmel i helseforskningsloven § 10 og forskningsetikkloven § 4 godkjennes prosjektet.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen samt de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom prosjektleder ønsker å foreta vesentlige endringer i forskningsprosjektets formål, metode, tidsløp eller organisering i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene av prosjektet er så store at det må anses å være et helt nytt prosjekt, må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

Det forutsettes at forskningsdata oppbevares forskriftsmessig.

Godkjennelsen gjelder til 15.05.2011.

Prosjektleder skal sende sluttmelding i henhold til helseforskningsloven § 12.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare
førstekonsulent

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK,
NORD-NORGE
REK NORD**

Besøksadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post:
post@helseforskning.etikkom.no

Avtale

mellom

HUNT forskningscenter, DMF, NTNU

og

Senter for helsefremmende forskning, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU

om bruk av forskningsdata fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) til masteroppgave for student Ingrid Solhjem

Prosjekttittel: "Den kulturelle spaserstokken som virkemiddel for å fremme aktivitet og helse for seniorer i Trondheim kommune"

Avtalen bygger på prosjektbeskrivelse med publikasjonsplan datert 29.3.11. Avtalen bygger også på godkjenning i Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2011/571-9, datert 23.3.11).

Rammene for rettigheter til å analysere på HUNT-data er beskrevet i *Retningslinjer for forvaltning og bruk av data fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag, datert 1.6.10*. Prosjektleder er ansvarlig for at analysearbeidet skjer i henhold til disse retningslinjene. Prosjektleder har ansvar for datasikkerheten og at data oppbevares forsvarlig i henhold til lover og forskrifter.

En aidentifisert datafil utleveres til prosjektleder. Prosjektleder kan la andre personer få analysere på datafilen, så fremt arbeidet holder seg innenfor rammen for prosjektbeskrivelsen og publikasjonsplanen.

Kopi av godkjent masteroppgave skal sendes til HUNT forskningscenter, Levanger.

For å sikre at bruk av data skjer i samsvar med tildelte analyserettigheter skal, i henhold til gjeldende retningslinjer, alle manuskripter før innsending til publisering, forelegges publikasjonsutvalget ved HUNT forskningscenter i Levanger.

Når analysearbeidet er fullført og prosjektet avsluttes ønsker HUNT forskningscenter en dialog om hvilke data som skal tilbakeføres til HUNT databasen og hvordan slik tilbakeføring kan skje. Deretter skal datasettet slettes og bekreftelse på dette sendes skriftlig til HUNT forskningscenter,

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	Saksbehandler
Forskningsveien 2 7600 Levanger	E-post: hunt@medisin.ntnu.no http://www.ntnu.no	Forskningsveien 2, Levanger	+47 74 07 51 80 Telefaks +47 74 07 51 81	Maria Catherina Stuifbergen Tlf: +47 74 07 51 94

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandleren ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.

Levanger, jfr. punkt 11 i gjeldende retningslinjer. Dette skal ikke skje senere enn 30.6.12, med mindre ny avtale om forlengelse er inngått med HUNT forskningssenter.

Denne avtalen er undertegnet i to eksemplarer, hvorav hver av partene beholder ett.

Senter for helsefremmende forskning,
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap,
NTNU

HUNT forskningssenter, DMF, NTNU


Sted og dato

Levanger, 8.7.11

student Ingrid Sølhjem

prosjektleder Geir Arild Espnes



for Steinar Krokstad
førsteamanuensis/daglig leder

RESULTAT

Tabell 8: Korrelasjonstabell for kulturaktiviteter og helse ¹

	PCS	MCS	PH	RP	BP	GH	VT	SF	ER	MH
Konsert, teater, kino	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	$r_p = ,36^{**}$	$r_p = ,29^{**}$	<i>i.s.</i>	$r_p = ,33^{**}$	$r_p = ,32^{**}$	$r_p = ,29^{**}$	$r_p = ,22^*$	<i>i.s.</i>
Museum, kunstutstilling	$r_p = ,24^*$	<i>i.s.</i>	$r_p = ,32^{**}$	$r_p = ,22^*$	$r_p = ,22^{**}$	$r_p = ,43^{**}$	$r_p = ,32^{**}$	$r_p = ,27^{**}$	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>
Friluftsliv	$r_p = ,22^*$	<i>i.s.</i>	$r_p = ,41^{**}$	$r_p = ,36^{**}$	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	$r_p = ,28^{**}$	$r_p = ,20^*$	$r_p = ,31^{**}$	<i>i.s.</i>
Mosjon	$r_s = ,31^{**}$	<i>i.s.</i>	$r_s = ,39^{**}$	$r_s = ,21^*$	<i>i.s.</i>	$r_s = ,23^*$	$r_s = ,24^*$	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>
Idrett/ trening	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	$r_p = -,20^*$	<i>i.s.</i>
Menighetsarbeid	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	$r_p = ,20^*$	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>
Indeks for kulturelle arenaer (passive kulturaktiviteter)	$r_s = ,33^{**}$	<i>i.s.</i>	$r_s = ,36^{**}$	$r_s = ,35^{**}$	<i>i.s.</i>	$r_s = ,28^{**}$	$r_s = ,20^*$	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>
Indeks for kulturell aktivitet (aktive kulturaktiviteter)	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	$r_s = ,27^{**}$	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	$r_s = ,22^*$	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>	<i>i.s.</i>

** $p = 0,01$ og * $p = 0,05$ *i.s.* = ikke signifikant (Johannessen 2009)

Tabell 9: Gruppevis sammenligning av helse (gjennomsnittsverdi) og ulikt aktivitetsnivå "det siste halve året", SD i parentes.

Aktivitet:	Museum eller kunstutstilling			Konsert, teater eller kino			Kirke eller bedehus			Idrettsarrangement		
	De siste 6 mnd n = 67-71	Ikke i det hele tatt n = 33-38	<i>r</i> =	De siste 6 mnd n = 89-95	Ikke i det hele tatt n = 12-14	<i>r</i> =	De siste 6 mnd n = 59-62	Ikke i det hele tatt n = 44-47	<i>r</i> =	De siste 6 mnd n = 29-31	Ikke i det hele tatt n = 73-78	<i>r</i> =
Fysisk funksjon	85 (15)	73 (19)	,33**	83 (15)	65 (21)	,44**	83 (15)	77 (20)	,16	85 (18)	79 (17)	,17
Fysisk rollefunksjon	77 (31)	60 (41)	,22*	75 (33)	45 (43)	,36**	72 (35)	70 (37)	,02	82 (30)	67 (37)	,22
Smerte	73 (23)	63 (26)	,20*	71 (23)	62 (30)	,17	69 (23)	70 (26)	-,02	72 (23)	69 (25)	,06
Generell helse	78 (16)	62 (16)	,44**	75 (17)	58 (19)	,43**	72 (17)	74 (19)	-,06	72 (17)	73 (18)	-,03
Vitalitet	68 (16)	57 (15)	,33**	66 (15)	51 (16)	,44**	64 (16)	65 (17)	-,03	66 (14)	63 (17)	,10
Sosial funksjon	92 (15)	82 (21)	,26**	91 (16)	75 (27)	,34*	89 (19)	89 (17)	0	90 (16)	89 (19)	,03
Emosjonell rollefunksjon	79 (33)	72 (35)	,10	79 (32)	57 (38)	,30*	75 (32)	79 (36)	-,06	82 (30)	75 (35)	,11
Mental helse	82 (16)	81 (12)	,04	82 (15)	82 (12)	,0	81 (15)	82 (15)	-,03	80 (14)	82 (15)	-,07

** $p = 0,01$ og * $p = 0,05$

Tabell 10: Gruppevis sammenligning av helse (gjennomsnittsverdi) og ulikt aktivitetsnivå "det siste halve året", SD i parentes.

Aktivitet:	Foreningsvirksomhet			Musikk, sang eller teater			Menighetsarbeid		
	De siste 6 mnd n = 61-64	Ikke i det hele tatt n = 40-45	<i>r</i> =	De siste 6 mnd n = 61-65	Ikke i det hele tatt n = 40-44	<i>r</i> =	De siste 6 mnd n = 19-20	Ikke i det hele tatt n = 83-89	<i>r</i> =
Fysisk funksjon	82 (16)	79 (18)	,09	82 (17)	79 (17)	,06	81 (14)	80 (18)	,03
Fysisk rollefunksjon	76 (32)	63 (40)	,18	76 (33)	64 (38)	,17	74 (35)	70 (36)	,06
Smerte	71 (24)	67 (24)	,08	72 (23)	67 (26)	,12	84 (14)	66 (25)	,41**
Generell helse	73 (17)	73 (19)	,0	73 (16)	72 (21)	,03	74 (13)	72 (19)	,06
Vitalitet	66 (16)	62 (16)	,12	66 (16)	62 (16)	,12	74 (13)	62 (16)	,38**
Sosial funksjon	91 (16)	86 (21)	,13	88 (18)	90 (18)	-,06	96 (8)	87 (20)	,28
Emosjonell rollefunksjon	77 (32)	76 (36)	,01	76 (33)	79 (34)	-,04	78 (33)	77 (34)	,01
Mental helse	82 (16)	81 (12)	,04	81 (17)	83 (11)	-,07	85 (15)	81 (15)	,13

** $p = 0,01$ og * $p = 0,05$

¹ r_s = spearman & r_p = pearson

Tabell 11: Gruppevis sammenligning av helse (gjennomsnittsverdi) og ulikt aktivitetsnivå den siste uka, SD i parentes.

Aktivitet:	Friluftsliv			Dans			Trening eller idrett		
	Ukentlig n = 56-58	< ukentlig eller ikke i det hele tatt n = 45-51	r =	Ukentlig n = 45-47	< ukentlig eller ikke i det hele tatt n = 58-62	r =	Ukentlig n = 58-62	< ukentlig eller ikke i det hele tatt n = 43-47	r =
Fysisk funksjon	86 (14)	74 (18)	,35**	83 (13)	79 (19)	,15	82 (18)	78 (16)	,12
Fysisk rolle funksjon	80 (29)	61 (40)	,26**	73 (33)	70 (38)	,04	74 (31)	67 (41)	,10
Smerte	73 (23)	65 (26)	,16	72 (24)	68 (24)	,08	69 (26)	71 (23)	-,05
Generell helse	76 (15)	68 (20)	,22*	77 (15)	69 (19)	,22**	72 (19)	74 (16)	-,06
Vitalitet	69 (15)	59 (15)	,32**	66 (16)	63 (17)	,09	65 (17)	63 (15)	,06
Sosial funksjon	92 (14)	85 (21)	,19*	89 (17)	88 (19)	,03	88 (18)	90 (18)	-,05
Emosjonell rollefunksjon	84 (25)	67 (40)	,25**	80 (32)	75 (35)	,07	71 (37)	85 (26)	-,21
Mental helse	84 (12)	79 (17)	,17	83 (12)	80 (16)	,11	80 (16)	83 (13)	-,10

**p = 0,01 og *p = 0,05