

## **BONUS – Eldres erfaringer ved langvarig deltakelse i gruppetrening**

*En undersøkelse av en gruppe eldres helserelaterte livskvalitet og hvilke faktorer som var verdsatt ved deltakelse i gruppetrening*

— Masteroppgave i Idrettsvitenskap, Mai 2018

**Eirik Sande Kristoffersen**



# Sammendrag

Denne studien er en undersøkelse av en gruppe eldres helserelaterte livskvalitet og hvilke faktorer som ble verdsatt ved deltakelse i gruppetrening

Hensikten var å få kartlagt hvilken helserelatert livskvalitet eldre deltakere i et bestemt treningstilbud opplevde, samt å få kunnskap om hvilke faktorer medlemmene verdsatte ved gruppetreningstilbudet. Dette ble undersøkt gjennom å måle livskvalitet og intervjuer medlemmer ved et treningstilbud.

Utvalget besto av 38 deltakere fra et treningstilbud i Tromsø. Gjennomsnittsalder var 79,1 år. Metodisk benyttet studien en metodetriangulering. 38 enheter gjennomgikk kvantitative spørreskjema. Åtte informanter ble valgt ut til kvalitative, uformelle dybdeintervjuer.

Resultatene fra spørreskjemaet RAND-36 viste høye gjennomsnittscorer på de undersøkte kategoriene. Utvalget ble sammenlignet og det ble ikke funnet noen signifikant forskjell i helserelatert livskvalitet mellom kjønn i noen av de åtte kategoriene. Funnene fra kvalitativt datamateriale viste at deltakerne blant annet verdsatte tilbudets evne til å holde dem i form, det sosiale aspektet, og tilbudets opplegg. I tilbudets opplegg ble det positivt fremhevet at tilbudet hadde faste tidspunkter og instruktører ved tilbudet. Det ble også funnet en utfordring ved tilbudet når det gjaldt transport.

Studiens konklusjon er at utvalget scoret høyt på spørreskjemaet RAND-36, sammenlignet med jevnaldrende i tidligere norske og utenlandske studier. Det ble ikke funnet signifikant forskjell i score mellom kjønn. Dette kan til dels være påvirket av utvalgsstørrelsen. Studiens konklusjon fra kvalitative funn er at informantene overordnet hadde positive erfaringer med tilbudet. Hovedsakelig verdsatte de gruppetreningens evne til å holde seg i god fysisk form, samt at det sosiale med gruppetrening skapte et godt miljø. Tilbudets opplegg ble også fremhevet ved at det var faste tidspunkter, instruktører ved tilbudet og i tillegg en variasjon mellom gymnastikk, basseng og styrketrening. En utfordring ble identifisert, dette gjaldt transport. Ut fra presenterte data gir dette indikasjon på at førstehåndskilder bringer fram viktig kunnskap for å kunne skape stimulerende aktivitetstilbud der eldre kan delta.

**Nøkkelord:** Eldre, Tromsø, gruppetrening, fysisk aktivitet, helserelatert livskvalitet, BONUS, trening

# Forord

Denne studien er en masteroppgave der det undersøkes hvilken livskvalitet hjemmeboende eldre i Tromsø som deltar ved et spesifikt treningstilbud opplever, samt hvilke betraktninger og verdier de ser ved tilbudet de deltar på. Målet har vært å få innblikk i deres erfaringer som førstehåndskilder, samt å finne konkrete tiltak som kan gjenskapes i flere treningstilbud. Det har vært svært interessant å få et større innblikk i hvilke faktorer de eldre faktisk verdsetter ved gruppetrening, i den grad at flere helsetilbud i Norge enkelt kan legge til rette for de samme premissene i fremtiden.

I en tid der man ser fremtidige utfordringer ved økt inaktivitet både hos barn, voksne og eldre har det har vært en ambisjon ved denne studien å bringe fram kunnskap om eldre som faktisk har deltatt i gruppetrening over flere år. Målsetningen har vært å undersøke hvilke faktorer som har vært avgjørende for at disse menneskene har klart å holde seg i form. Jeg håper derfor dette arbeidet kan være av nytte for fremtidige tiltak som har en målsetning om å aktivisere eldre.

Jeg vil gjerne takke min veileder Herbert Zoglowek for gode og konstruktive tilbakemeldinger som har ført til et flott samarbeid. Jeg har fått en fin oppfølging i denne prosessen som har vært svært nyttig. Jeg vil også takke samboeren min, Andrea Jørstad for tålmodigheten og forståelsen i to svært travle år.

Jeg vil også rette en stor takk til deltakerne i tilbudet som har tatt seg tid til å svare på spørreskjemaet. En ekstra takk til de som også stilte opp som informanter i studien og lot seg intervjuet. Uten deres velvillige deling av erfaringer etter årevis med trening ville det ikke vært mulig for meg å gjennomføre denne undersøkelsen.

Avslutningsvis vil jeg takke Idrettshøgskolen, Norges arktiske universitet for disse to flotte årene med mye læring og utfordringer som ledet til dette arbeidet.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN	1
1.2	PROBLEMSTILLING	4
1.3	OPPGAVENS OPPSETT	5
<b>2</b>	<b>TEORIGRUNNLAG</b>	<b>7</b>
2.1	BEGREPSAVKLARING	7
2.2	TIDLIGERE FORSKNING	8
2.2.1	<i>Fysisk aktivitet og helse relatert livskvalitet hos eldre</i>	10
2.2.2	<i>Motivasjon og barrierer ved fysisk aktivitet hos eldre</i>	13
2.3	FYSISK AKTIVITET OG FOLKEHELSE	16
2.4	VITENSKAPSTEORETISK GRUNNLAG	17
2.4.1	<i>Maurice Merleau-Ponty kroppsfenomenologi</i>	18
2.5	KUNNSKAPSBEHOV	20
<b>3</b>	<b>METODE</b>	<b>22</b>
3.1	FORSKERROLLE OG FORSKERREFLEKSIVITET	22
3.2	METODETRIANGULERING	24
3.3	KVANTITATIV METODE	25
3.3.1	<i>Rekruttering til utvalg</i>	25
3.3.2	<i>Spørreskjema</i>	28
3.3.3	<i>Analyse av data</i>	29
3.3.4	<i>Validitet og reliabilitet ved kvantitativ metode</i>	30
3.4	KVALITATIV METODE	32
3.4.1	<i>Utvelgning og rekruttering av informanter</i>	32
3.4.2	<i>Forskningsintervju</i>	34
3.4.3	<i>Transkribering</i>	36
3.4.4	<i>Analyse av data</i>	37
3.4.5	<i>Validitet og reliabilitet ved kvalitativ metode</i>	38

<b>4</b>	<b>RESULTATER .....</b>	<b>40</b>
4.1	INFORMASJON OM UTVALGET .....	40
4.2	FUNN VED SPØRRESKJEMA (RAND-36) .....	41
4.3	FUNN VED INTERVJU: VERDSETTENDE FAKTORER .....	46
4.3.1	<i>Informantenes deltakelse i tilbudet.....</i>	<i>47</i>
4.3.2	<i>Instruktørens rolle og kompetanse i tilbudet.....</i>	<i>50</i>
4.3.3	<i>Gruppetrening som sosial arena.....</i>	<i>51</i>
4.3.4	<i>Opplevelse av opplegget og aktivitetene .....</i>	<i>53</i>
4.3.5	<i>Innvirkning på helsen.....</i>	<i>55</i>
4.3.6	<i>Utfordringer ved tilbudet.....</i>	<i>56</i>
4.4	DISKUSJON AV FUNN .....	58
4.5	DISKUSJON AV KVANTITATIVE FUNN .....	58
4.6	DISKUSJON AV KVALITATIVE FUNN .....	61
<b>5</b>	<b>OPPSUMMERING AV FUNN OG KONKLUDERENDE REFLEKSJONER .....</b>	<b>66</b>
5.1	AVSLUTTENDE METODEDISKUSJON .....	66
5.2	SENTRALE FUNN OG RESULTATER.....	68
5.3	STUDIENS RELEVANS.....	69
5.4	KONKLUSJON .....	70
5.5	VIDERE STUDIER .....	70
	<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>72</b>
	<b>VEDLEGG 1: SAMTYKKESKJEMA.....</b>	<b>77</b>
	<b>VEDLEGG 2: RAND-36 .....</b>	<b>79</b>
	<b>VEDLEGG 3: SYNTAKS FOR RAND-36 .....</b>	<b>83</b>
	<b>VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>85</b>
	<b>VEDLEGG 5: UKEPLAN BONUS.....</b>	<b>87</b>
	<b>VEDLEGG 6: GODKJENNELSE FRA NSD.....</b>	<b>89</b>

## Tabell

Tabell 1: Oversikt over utvalg i kvalitativ og kvantitativ datainnsamling.....	40
Tabell 2: Forklaring av de åtte dimensjonene i SF-36 og RAND-36 (Aasprang m.fl., 2008).	42
Tabell 3: Gjennomsnittscore fra kategorier i RAND-36. (SD) for kjønn (høyere score indikere bedre helse) (n= 38). .....	43
Tabell 4: Svarfordeling fra utvalget merket i prosent på spørsmål 1 i RAND-36. (n=38).....	45
Tabell 5: Svarfordeling fra utvalget merket i prosent på spørsmål 2 i RAND-36. (n=38).....	45
Tabell 6: Svarfordeling fra utvalget merket i prosent på spørsmål 9F i RAND-36. (n=38)....	45
Tabell 7: Sammenligning av resultater fra RAND-36 og SF-36. Gjennomsnittscore fra studiene presenteres. ....	59

## Figurer

Figur 1: Studiens utvalg og inklusjonsprosessen.....	27
--	----

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Nye befolkningsframskrivninger viser at en stadig større del av den norske befolkningen vil bestå av eldre mennesker i fremtiden. Det er også forventet at levealder vil øke kontinuerlig i befolkningen ettersom velferden fortsetter. I 2016 viser tall at forventet levealder er høyere enn noen gang tidligere. Menn kan forvente å bli 80,6 år, mens kvinner har forventet levealder på 84,2 år (Syse, Pham, Dinh, & Keilman, 2016). I denne sammenhengen blir ofte begrepet eldrebølgen brukt. Dette begrepet sier at antallet eldre i samfunnet vil øke betraktelig de neste tiårene (Solerød & Tønnessen, 2017).

Denne veksten gjelder ikke kun for Norge som nasjon, men for hele verden. Undersøkelser fra FN viser at vi innen 2050 kan forvente at over 2 milliarder mennesker er over 60 år. I 2017 er 1 milliard i samme aldersgruppe. Den økende delen eldre vil derfor ikke bare føre med seg store endringer i det norske samfunnet, men også globalt (Nations, 2013). Tall fra statistisk sentralbyrå viser at vi i 2016 har 575 873 personer over 70 år i Norge, dette tilsvarer 11 prosent av den totale norske befolkningen. I 2040 vil den samme aldersgruppen bestå av 1 067 700 personer. Dette vil da tilsvare 16,9 prosent av befolkningen (Statistisk-Sentralbyrå, 2016a).

For å forstå hvilke konsekvenser dette medfører kan noen befolkningsframskrivninger på feltet opplyse oss:

*«Kvalitetsøkninger i helsesektoren kombinert med aldringen av befolkningen vil nødvendigvis medføre økte framtidige kostnader knyttet til helse og omsorg (OECD 2013), uavhengig av hvordan utviklingen i sykkelighet vil bli framover. Framtidige utgifter til helse og omsorg kan øke fra 7,2 prosent av BNP i 2006-2010 til mellom 10,0-14,3 prosent i 2060. I tillegg til de økte kostnadene vil flere eldre også fordre en vesentlig økning i antallet ansatte i helse- og omsorgssektoren. (Holmøy mfl. 2016, sitert i Syse, Pham, & Keilman, 2016. s. 34).*

Det er derfor fornuftig å stille spørsmål om hvordan Norge som stat kan gjøre dette økonomisk mulig med et økende behov for helsetjenester blant befolkningen, samtidig som vi kan legge til rette for en bedre alderdom. Et av de fremste grepene fra statens side er økt fokus på tiltak som kan føre til økt folkehelse. I denne sammenhengen beskriver Nylenna og Braut

(2014) folkehelse som bredere enn kun innbyggers helsetilstand. Begrepet tar også opp økonomiske, fysiske, psykiske og miljømessige forhold som påvirker helsetilstanden. Disse faktorene er krevende å vedlikeholde/utvikle, men kan føre til en befolkning med høyere grad av fysisk selvstendighet og god opplevd livskvalitet.

Fordi den kommende eldrebølgen vil øke i styrke er det liten tvil om at det i fremtiden må bli enda viktigere å skape gode forebyggende tiltak, også for den eldre generasjonen. Her må fysiske og mentale faktorer stimuleres i stor grad for å skape en selvstendig gruppe eldre som kan være hjemmeboende lenger. Mye av bakgrunnen for et økt fokus på bedret helse ligger i at fremtidige eldre sannsynlig vil trenge sykehjem- og hjemmetjenester i samsvar med tidligere generasjoner eldre. Gevinstene for en befolkning med god helse er tydelige både statlig og på et menneskelig plan, det vil for eksempel være svært gunstig for staten i et sosioøkonomisk perspektiv dersom man kan forhindre et stort beslag på helsetjenester i et allerede presset marked. Samtidig kan eldre nyttiggjøre seg som en stor ressurs i samfunnet og arbeidslivet lengre.

I diskusjonen rundt økt folkehelse vet vi at også at mental helse spiller en stor rolle. Mental helse kan i stor grad påvirke vår livskvalitet og helse generelt, enten negativt eller positivt. Spesielt hos eldre ser vi at ensomhet, frykt, mangel på gode sosiale relasjoner og funksjonssvikt kan være med å påvirke deres livskvalitet (Jakobsson & Hallberg, 2005, referert i Kojima, Iliffe, Jivraj, & Walters, 2016. s.716). Det er derfor viktig å iverksette tiltak som stimulerer eldre slik at de kan oppleve en bedre alderdom med høyere livskvalitet.

For å kunne si noe om fremtidige utfordringer knyttet til helsespørsmål, samt gi en status på den norske befolknings aktivitetsgrunnlag, er det nyttig å se på Helsedirektoratets kartlegging av dette. Helsedirektoratet har kartlagt nordmenns aktivitetsvaner over lengre tid og er myndighetsorganet for helse- og sosialpolitikk i Norge. Gjennom deres arbeid på folkehelse ligger fysisk aktivitet, frisklivssentraler, kostholdsråd og psykisk helse blant deres hovedområder. I samsvar med aktuell forskning på feltet gir de ut anbefalinger for økt folkehelse.

Helsedirektoratet anbefalinger for 2016 viser eksempelvis at voksne skal ha minimum 30 minutter fysisk aktivitet hver dag. I løpet av en uke skal man være minimum 150 minutter i fysisk aktivitet med moderat intensitet (Helsedirektoratet, 2016a). Disse anbefalingene må ses



på som enda viktigere for den eldre befolkningen. Dette er på grunnlag av økende utfordringer knyttet til alderdom. Eldres evne til opprettholdelse av hverdagsfunksjon, økende forekomst av muskelsvinn/sarkopeni, og andre aldringsutfordringer kan knyttes til aktivitetsnivå.

Tall fra helsedirektoratet viser at den eldre befolkningen i gjennomsnitt er omtrent like aktive som resten av befolkningen (Helsedirektoratet, 2016c). Det som er viktig å presisere i forhold til statistikk på Eldres aktivitetsnivå er at det er store forskjeller i aktivitetsnivået mellom ulike grupper eldre med ulikt funksjonsnivå. I aldersgruppen over 65 år oppfyller 34 prosent av kvinnene og 29 prosent av mennene anbefalingene. Dette viser at spesielt menn har utfordringer med å være aktive nok. Om en ser på hvilke aktiviteter aldersgruppen 67–79 år bedriver, var de mest vanligste aktivitetene raske turer, skiturer, jogging og svømming.

Ettersom statistikk viser at ca. 32 prosent av befolkningen er fysisk aktiv i samsvar med Helsedirektoratets anbefalinger vil det være mulig å knytte fremtidige utfordringer til fysisk inaktivitet (Helsedirektoratet, 2016a). I tillegg ser vi på statistikk fra 2016 at 42,6 prosent av de som benytter hjemmetjenester er under 67 år (Statistisk-Sentralbyrå, 2016b). Ved at en så stor andel av yngre brukere behøver helsetjenester er det sannsynlig at fremtidens eldre vil oppleve knappere tilgang samtidig som vi får en mer pleietrengende eldre generasjon i tiden fremover.

Undersøkelser på aktivitetsnivå viser spesielt et bekymringsverdig funn hos den eldre generasjonen. Det er blant annet en svært lav benyttelse av muskelstyrkende aktivitet (Helsedirektoratet, 2016c). Tallene viser at i aldersgruppen over 65 år er det kun 15 prosent av de 32 prosentene som klarer anbefalingene om muskelstyrkende aktivitet i tilstrekkelig grad. Dette må ses på som et område for forbedring.

## **BONUS**

BONUS er et prosjekt som ble startet opp tilbake i 2008. Dette er et gruppetreningstilbud for den eldre befolkningen som startet opp ved Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad i Tromsø. Ved oppstart i 2008 var BONUS et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad. Ved prosjektstart fikk 58 personer over 70 år innvilget deltakelse i tilbudet. Etter at prosjektet ble avsluttet i 2009 har gruppetreningstilbudet blitt drevet videre privat.

Tilbudet kan blant annet se tilbake på en stor økning i medlemsmasse fra oppstarten. I 2012/13 sesongen hadde tilbudet over 100 medlemmer. Etter denne toppen i 2012/13 har det sunket gradvis de siste årene og har i 2017 like under 80 medlemmer. Tilbudet har hatt et hovedfokus på at den regelmessige fysiske aktiviteten skal aktivisere den eldre befolkningen i slik grad at de kan være selvstendige lengre i eget hjem.

I praksis baseres tilbudet på at medlemmene deltar på to og en halv time med fysisk aktivitet i løpet av en uke. Dette er ment å samsvare i med Helsedirektoratets anbefalinger. Aktivitetene gjennomføres hovedsakelig i gymsal, i styrkerom og i basseng sammen med instruktør/fysioterapeut. For å gi en tilpasset trening til individene er deltakerne delt inn i faste grupper (Gruppe A+, B, C, D, og F). I disse interne gruppene har deltakere relativt lik alder og et likt funksjonsnivå, dette er gjort for å skape et stimulerende miljø både sosialt og i treningssammenheng. For å måle fysisk fremgang har BONUS-deltakerne gjennomgått årlig fysiske tester siden oppstart i 2008. Disse har som hensikt å måle funksjonsnivået til deltakerne. Testene er beregnet for eldre og består av Stol-Stå test, Armbøy, Sitte-strekk, Ryggskrape, Stå opp og gå, Seks minutter gangtest, Gripekraft og Bergs balanseskala. Disse blir gjennomført gruppevis med instruktører 1-2 ganger årlig.

Tiltaket har fått mediedekning lokalt og prosjektet har vist seg å ha medlemmer med lang og kontinuerlig deltakelse. Prosjektet har generelt hatt aktive deltakere som har utvist stor takknemlighet overfor helsetilbudet og effekten det har gitt på helsa. Et interessant aspekt med BONUS er at det er skapt med tanke på eldre og har samlet pensjonister fra hele Tromsø for trening flere ganger ukentlig over lang tid. En andel av medlemmene som var med ved oppstart i 2008 er fortsatt aktive medlemmer i 2017 og er i inngangen til sitt 9. år. I henstilling til deltakelse i tilbudet viser medlemsstatistikken positive tall med tanke på langvarig deltakelse. Statistikk hentet ut 01.12.2017 viste at 61 prosent av medlemmene fra oppstartsåret 2008 fortsatt er aktive medlemmer i 2017. Dette tilsier at medlemmene har mye erfaring som kan være viktig kunnskap for treningstilbud.

## **1.2 Problemstilling**

Hensikten med denne studien er å undersøke faktorer som verdsettes hos deltakere i et gruppetreningstilbud og hvilken helse relatert livskvalitet medlemmene opplever. Studien ser det som viktig kunnskap å kunne tilrettelegge for bedret folkehelse gjennom tilpasset fysisk

aktivitet i den eldre norske befolkningen. Gjennom slike tiltak kan man øke folkehelse og skape flere selvstendige eldre. Slik kan Norge som stat spare store kostnader, samtidig som flere fremtidige hjemmetjenester og sykehjemsplasser vil være tilgjengelig for et økende antall eldre. Ved at flere eldre holder seg friske kan de også fortsette å bidra til fordel for samfunnet. Det å kunne være i arbeidslivet lengre og få utløp for sin kompetanse i et lengre løp vil falle tilbake på samfunnet.

I min undersøkelse blir det vektlagt aspekter som undersøker psykiske, subjektive og selvrapporterte vurderinger av egen helse. Som forsker vil jeg søke mot deltakernes betraktninger for å undersøke hva de faktisk verdsetter ved gruppetreningstilbudet de deltar i. Det å utforske i hvilken grad tilbudet stimulerer medlemmene godt nok mentalt og fysisk vil også være av relevans for studien. Det er også interessant å undersøke hva eldre selv opplever som god livskvalitet og hvilken nytteverdi en bedre livskvalitet kan ha for dem. Oppfatter de en aktiv livsstil som et tegn på god alderdom? Er det å kunne være aktiv, eller det å ha mulighet til å slappe av i godstolen tegn på en god alderdom?

Studien baseres på en beskrivende problemstilling. Jeg vil utforske fenomenet gjennom en empirisk tilnærming. Gjennom problemstillingen stilles det spørsmål om hva som verdsettes ved et spesifikt gruppetreningstilbud i Tromsø beregnet for eldre mennesker. For å undersøke dette endte jeg på følgende problemstilling:

***«Hvilke faktorer ved gruppetrening verdsettes av eldre som har hatt langvarig deltakelse, og hvilken helserelatert livskvalitet opplever medlemmene av tilbudet?»***

Formålet med studien er to-delt. Målsetningen er å:

- Hente inn 'objektive' data om selvrapportert helserelatert livskvalitet via spørreskjema
- Samle subjektive meninger og erfaringer om et treningstilbud beregnet for eldre

### **1.3 Oppgavens oppsett**

I denne oppgaven er det delt opp i ulike kapitler som har som mål å beskrive oppgaven på en ryddig og informativ måte. I neste kapittel vil det redegjøres for relevante begreper og oppgavens teorikapittel vil presenteres. I kapittelet vil jeg gjennomgå tidligere forskning på feltet og presentere teori som anses som relevant for denne studien.

I kapittel tre tar oppgaven for seg metodisk tilnærming. Her vil jeg presentere metodedesign, utvalget i studien og gjennomførte prosedyrer for datainnsamling. Videre følger en gjennomgang og drøfting av benyttet metode, kvaliteten på de innsamlede data blir diskutert, samt analyser av de respektive datainnsamlingene.

I kapittel fire presenteres resultatene. Som ledetråd blir tema/kategorier som studien har kommet fram til belyst og diskutert, sett i forhold til teorien og sett i sammenheng med annen relevant forskning.

I kapittel fem skal oppgaven fremlegge avsluttende refleksjoner og konklusjon. Her vil funnene oppsummeres og drøftes i helhet. Dette innebærer også en kritisk vurdering av valgt metode og studiens relevans.

## 2 Teorigrunnlag

Innledningsvis presenteres en avklaring av relevante begreper for denne oppgaven. Videre vil tidligere studier presenteres, etterfulgt av en redegjørelse av relevant teori som studien baseres på og kan relateres til.

### 2.1 Begrepsavklaring

Noen begreper som er sentrale i denne studien skal innledningsvis klargjøres for å gi en entydig forståelse av disse i sammenheng med denne studien.

**Verdsetting:** Informantene deler sine betraktninger rundt hva de mener er viktig for at de deltar i gruppetreningstilbudet. Eksempler på dette kan være kyndig veiledning, sosiale relasjoner, billige priser, gode treningsforhold eller tilbudets oppbygging. Det er viktig å påpeke at hva som verdsettes er subjektivt og knyttet til informantenes livsverden.

**Helserelatert livskvalitet:** Livskvalitet har blitt oppfattet som bestående av tre dimensjoner: Tilfredshet med livet (eller med ulike aspekter ved livet, slik som inntekt og familieliv), positiv affekt og negativ affekt, hvor affekt betyr følelsesmessige tilstander av forskjellig art (Barstad, 2015). Helserelatert livskvalitet er ment for å skille mellom generell livskvalitet og livskvalitet som er relevant for en persons helse. Helserelatert livskvalitet blir definert av Helse- og omsorgsdepartementet (1999) til å bringe inn aspekter av både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle/åndelige dimensjoner.

**Helseeffekt:** Helseeffekt eller helsegevinst kan beskrive effekten av et bestemt tiltak. For eksempel redusert sykdom, høyere livskvalitet eller økt levealder. I denne studien beskrives effekten i sammenheng med regelmessig fysisk aktivitet og hvilken effekt den har på helsen (både positivt og negativt). Det kan også skilles mellom subjektivt opplevd helsetilstand og objektiv helsetilstand. I denne studien ligger fokus på subjektivt opplevd helsetilstand.

**Eldre:** WHO definerer eldre som personer som er over 60-65 år. Dette varierer i forhold til om de er bosatt i velutviklede land. Nøyaktig alderskategorier må baseres på gjennomsnittlig levealder, levestandard og pensjonsalder. I Norge er det grunnlag for å definere personer som er over 65 år som eldre på bakgrunn av livssituasjon, forventet levealder og beregnet pensjonsalder (WHO, 2015).

**Fysisk aktivitet:** Defineres som «Enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå. Fysisk aktivitet benyttes som overordnet begrep og inkluderer alle former for fysisk utfoldelse» (Bahr, 2017).

**Psykisk helse:** «Kan beskrives som en opplevelse av å ha det bra, med muligheter til å virkeliggjøre sine talenter, mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeid og aktivitet samt delta og bidra i samfunnet.» (Andersen, 2016). Ettersom beskrivelsen både nevner arbeidsliv og virkeliggjøring av sine talenter kan det diskuteres i hvilken grad denne er passende for å beskrive eldre menneskers psykiske helse.

## 2.2 Tidligere forskning

Søk og utvalg av relevante vitenskapelige arbeider på feltet ble fokusert på to spørsmål som har vært gjentakende i denne prosessen: Hvorfor det er viktig å vite hvilke faktorer som verdsettes hos eldre som trener? Og hvilken nytteverdi vil dette ha for et fremtidig arbeid?

I søkeprosessen har det blitt benyttet ulike databaser og kilder for å finne relevante studier. Hovedsakelig har jeg benyttet databaser som Google Scholar, Oria og PubMed for studien. For å finne vitenskapelig arbeider ble det benyttet relevante søkeord som: livskvalitet, eldre, trening, gruppetrening, og fysisk aktivitet. Av engelske søkeord ble Quality of life, elderly, older adults, group training, strength training, motivators, challenges benyttet.

En av hovedmålsettingene i søkeprosessen var å finne undersøkelser som tok for seg begrunnelser hos eldre deltakere for å drive fysisk aktivitet eller delta i gruppetrening, samt å undersøke studier som så på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helsereelatert livskvalitet hos eldre. Forskning av høy kvalitet har blitt prioritert, kvaliteten i studiene som gjennomgås har derfor hovedsakelig bestått av oversiktsstudier eller meta-analyser som har som mål å oppsummere all tilgjengelig forskning på feltet. Denne typen forskningsarbeider ses på som den best tilgjengelige forskningen på feltet.

Ut fra mine søk virker det å være få undersøkelser som har undersøkt utvalg som faktisk har vært fysisk aktiv over lengre tid. Deres erfaringer er derfor lite dokumentert. Denne studien står derfor ovenfor en god mulighet for å avdekke suksesskriterier hos førstehåndskilder. Mye forskning har blitt gjort for å se på hvilken sammenheng det er mellom deltakelse i fysisk aktivitet og hvilken helsereelatert livskvalitet aktive eldre opplever. Flere av arbeidene som



senere presenteres har hatt en bred tilnærming på hva de undersøker, men hovedsakelig har målet vært å se på hvilke effekter trening kan gi for ulike folke- og sykdomsgrupper. Samtidig har flere av disse studiene ofte inkludert helserelatert livskvalitet sammen med annen helseeffekt for å undersøke en mulig endring.

I søkeprosessen har både kvalitative og kvantitative forskningsarbeider blitt inkludert. Dette er på bakgrunn av at de to forskningsperspektivene jeg undersøker, helserelatert livskvalitet og subjektive betraktninger ved deltakelse i treningstilbud, også vil ha ulike metodetilnærminger. En stor andel av de inkluderte studiene er utenlandske og det må derfor tas hensyn til at det kan være andre grunner til at eldre velger å være fysisk aktive/inaktive i andre land, samt i hvilken grad de prioriterer det.

Det er også viktig å drøfte hvilke muligheter man har til å delta i treningstilbud ved andre land og kulturer, samt hvem som kan delta. Dette kan være en utfordring knyttet til tidsplan, økonomisk situasjon, kultur, tradisjonelle kjønnsroller, og transport som eksempler. Jeg har derfor valgt å bare kort presentere relevante internasjonale studier, men det i mer utfyllende grad presenteres studier som har undersøkt den norske befolkningen.

Ved inkludering av studier der livskvalitet har blitt undersøkt i utlandet, har disse blitt vurdert som delvis sammenlignbare med norske forhold. Dette er fordi spørreskjemaene som er benyttet i forskningsarbeidene stort sett er fra den samme plattformen. Gjennom at SF-36 er blitt utbredt og anerkjent i den grad at den blir ofte brukt i større undersøkelser fører dette med seg en fordel der man kan sammenligne flere studier opp mot hverandre via spørreskjemaet. Denne studien har benyttet spørreskjemaet RAND-36 på grunnlag av økonomiske årsaker, da RAND-36 tidligere har vist seg å korrelere med 0.99 opp mot SF-36 (Hays, Sherbourne, & Mazel, 1993). RAND-36 og SF-36 blir forklart i kapitlene 3.3.1 og 4.2.

Ved gjennomgang av tidligere forskning ser man at de fleste studiene på feltet som sammenligner livskvalitet og fysisk aktivitet har et forskningsdesign der kvantitativ forskningstilnærming blir benyttet. Dette er begrunnet ved at man får undersøkt et større utvalg og ulike folkegrupper, samtidig som man kan skape mer generaliserende funn.

I vitenskapelige arbeider som studerer begrunnelser for langvarig deltakelse i treningstilbud er det ofte brukt en kvalitativ forskningstilnærming i datainnsamlingen. Her er ofte subjektive

betraktninger etterspurte og kvalitative intervjuer er en vanlig form for datainnsamling i slike tilfeller der førstehåndskilden deler sine betraktninger i en dypere grad enn spørreskjema kan fremheve.

### **2.2.1 Fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet hos eldre**

Det er gjort større studier på feltet som har undersøkt helserelatert livskvalitet hos den norske befolkningen. Jeg vil spesielt rette fokus mot studier som har undersøkt personer over 60 år.

Blant annet Bertheussen m.fl. (2011) arbeid med helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, (HUNT) undersøkt denne sammenhengen. HUNT studiene innehar Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning og er en epidemiologisk studie med 4500 deltakere. Deres funn antyder at trening uansett nivå er forbundet med bedre fysisk og psykisk helse hos begge kjønn sammenlignet med personer som ikke bedrev noen trening. Dette viste at fysisk helse og trening hadde fremtredende sammenheng blant de eldre individene spesielt, sammenlignet med yngre deltakere >65 år. Studien målte helserelatert livskvalitet gjennom bruk av SF-8 spørreskjema, som er en komprimert variant av SF-36. Her fant forskerne en liten forskjell mellom de som ikke trente og de som trente. Funnene viste at trenings lengde og intensitet ved fysisk aktivitet var av større betydning for å påvirke eldres livskvalitet enn frekvens (antall treninger per uke).

Jacobsen m.fl. har gjort en epidemiologisk undersøkelse der det har blitt sendt ut spørreskjema SF-36 over tre perioder til et større utvalg (N= 6165). Dette har blitt samlet inn i 1996, 2002 og 2015. Funnene viser en stabil score på helserelatert livskvalitet i befolkningen sammenlignet med tidligere år. Studien fant økende verdier hos den eldste gruppen ved fem av de åtte kategoriene spørreskjemaet gjennomgår. Forskeren fremhever at undersøkelsen kan brukes som en referanse for andre studier som utforsker helserelatert livskvalitet der samme målgrupper er involvert (Jacobsen m.fl., 2017).

Jørgensen (2009) har publisert en masteroppgave på det nevnte BONUS-prosjektet. Dette var en intervensjonsstudie med 58 eldre fra Tromsø-området. Utvalget var fra 69-85 år. Deltakere gjennomførte regelmessig fysisk aktivitet to ganger i uken i en gruppeform med veileder. Her besto treningen av styrketrening, aktivitet i gymsal, og bassentrening i tillegg til sosial stimulering med quiz og rebuser. Intervensjonens varighet var på seks måneder. Det ble målt hvilken effekt treningen ga på funksjons-relaterte tester beregnet for eldre, samt hvilken

helse relatert livskvalitet de opplevde gjennom spørreskjemaet SF-36 der kategorien fysisk funksjon ble undersøkt. Det ble gjort pre- og post-tester. Funnene viste signifikant effekt på flere av de funksjons-relaterte testene. Deltakerne scoret ikke signifikant bedre på SF-36 etter seks måneder. Forskeren begrunnet dette i at det kunne være andre faktorer som påvirket livskvaliteten enn trening og sosial stimulering når baseline allerede var relativt høy for gruppen.

Det er også gjort studier som ser på forskjeller mellom hjemme-trening og gruppetrening for eldre. En studie av Helbostad, Sletvold, og Moe-Nilssen (2004) undersøkte to gruppers treningseffekt og livskvalitet. Her ble utvalget ble fordelt til enten kun hjemme-trening eller hjemme-trening pluss gruppetrening. Studien var en randomisert klinisk kontrollert studie med 77 deltakere over 75 år, og hadde en varighet på 12 uker. Opplegget var bygget slik at alle i utvalget skulle ha to treningsøkter daglig, samtidig som en av gruppene hadde to gruppetreninger per uke i tillegg.

Funnene rundt helse relatert livskvalitet viste signifikant forbedring på flere av kategoriene for gruppen som også deltok i gruppetrening. Spesielt forbedring på «Emosjonell rollefunksjon» ble fremhevet. For å undersøke helse relatert livskvalitet ble SF-36 spørreskjema benyttet. Gruppen som bedrev kun hjemme-trening oppnådde ikke signifikant forbedring på noen av kategoriene i SF-36. I diskusjonsdelen påpekte forskerne oppfølging underveis for å opprettholde motivasjon, samt at det sosiale blir stimulert i større grad ved deltakelse i gruppetrening. Dette kan derfor være årsaken til signifikant økning av livskvalitet i den ene gruppen.

I Solberg, Kvamme, Raastad, Ommundsen, og Tomten (2011) randomiserte kontrollstudie med 118 deltakere ble det undersøkt ulike fysiske og psykiske effekter av regelmessig trening gjennom en 13 ukers intervensjon. Utvalget besto av eldre som ble fordelt på ulike treningsprogrammer med ulike fokusområder (generell styrketrening, utholdenhet eller funksjonell styrketrening). I tillegg ble det dannet en kontrollgruppe. Utvalget hadde gjennomsnittsalder (n=74,3 år). 68 prosent av utvalget var kvinner. Resultatene fra helse relatert livskvalitet visste kun signifikant effekt på en kategori i undersøkelsen sammenlignet med kontrollgruppen.

Det er også gjort noen større internasjonale oversiktsstudier og meta-analyser på feltet. Blant annet har en australsk oversiktsstudie av Baker, Atlantis, og Fiatarone Singh (2007) blitt publisert som gjennomgår ulike intervensjonsstudier der eldre har deltatt i trening.

Oversiktsstudien identifiserte 15 studier totalt. Studien undersøkte også effekten treningen hadde på helse relatert livskvalitet. Her fant forskerne fire studier som ble inkludert. I disse ble det benyttet spørreskjema for å måle helse relatert livskvalitet (SF-36). Resultatet var at to av studiene registrerte forbedring ved enkelte kategorier i spørreskjemaet, mens to av studiene ikke viste noen signifikant effekt. Forskerne konkluderte derfor med at det var vanskelig å påpeke spesifikk forbedring av helse relatert livskvalitet i de inkluderte studiene.

Det samme ble funnet i Chou, Hwang, og Wu (2012) Meta-analyse fra Taiwan som undersøkte effekten av trening på skjøre eldre med tanke på funksjon, aktivitet i dagliglivet (ADL) og helse relatert livskvalitet. Studiene viste generelt signifikant effekt på funksjonsrelaterte tester og spørreskjema for helse relatert livskvalitet etter intervensjonen, men det ble ikke funnet signifikant forskjell mellom gruppene for helse relatert livskvalitet.

I Vagetti m.fl oversiktsstudie fra Brasil ble det undersøkt hvilken sammenheng fysisk aktivitet og livskvalitet hadde hos eldre. Forskerne samlet all tilgjengelig forskning på personer over 60 år. 42 forskningsarbeider ble inkludert. Resultatene viste at et flertall av studiene fant en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet hos eldre. Dette førte til at forskerne fremhevet at fysisk aktivitet kunne påvirke mer enn kun fysisk helse. Det ble påpekt at det trengs mer forskning som ser på hvordan doseringen av treningsfrekvens og intensitet henger sammen for å påvirke livskvalitet (Vagetti m.fl., 2014, s. 11).

Det seneste av oversiktsstudier er fra Storbritannia der Zubala m.fl. (2017) har gjort en oversiktsstudie av tidligere oversiktsstudier i tillegg til Meta-analyser på hvilke intervensjoner som hadde effekt for å få eldre voksne (>50 år) fysisk aktive og hvilke karakteristikk disse tiltakene hadde. Inkluderte studier var fra 1990-2015. 19 oversiktsstudier ble inkludert, åtte av disse var Meta-analyser. Oversiktsstudiene hadde ofte sett på intervensjoner som gikk på selvrapporing og akselerometer for å måle treningseffekt. Intervensjonene baserte seg hovedsakelig på egentrening, gruppetrening og kombinerte intervensjoner. Funnene viste at intervensjonene effektivt økte deltakelse i fysisk aktivitet hos utvalgene i intervensjonsperioden, men det var vanskelig å si hvilke konkrete tiltak ved intervensjonene som var stimulerende. Forskerne fremhevet det sosiale aspektet, intervensjonsmiljøet og

treningsgleden hos utvalget. Studien gjorde også funn på helse relatert livskvalitet gjennom intervensjonene. Åtte oversiktsstudier ble inkludert. Funnene viste ingen signifikant effekt på helse relatert livskvalitet totalt. Dette ble hovedsakelig målt gjennom bruk av SF-36 spørreskjemaet. Ni av studiene viste forbedring gjennom intervensjonene, tre studier viste ingen endring og en studie viste nedgang i livskvalitet. Funnene viste derfor liten-moderat effekt på noen av kategoriene.

### **Oppsummering av kunnskapsstatus - helse relatert livskvalitet**

På bakgrunn av funnene i presenterte studier er det ikke grunnlag for å si at deltakelse i trening eller fysisk aktivitet nødvendigvis vil føre til signifikant bedre helse relatert livskvalitet for eldre. Grunnene for dette virker komplekse og det at studiene har blitt gjort ulike typer oppfølging vil sannsynligvis påvirke utfallet. Eksempelvis kan intervensjonene ha en varighet på alt fra 12 uker til 12 måneder. Det kan derfor være interessant for fremtidig forskning å se på forandring i helse relatert livskvalitet hos aktive eldre gjennom et lengre tidsløp som for eksempel strekker seg over 1-5 år.

Man ser også at spesifikke studier på gruppetreningstilbud sammenlignet med hjemme-trening kan finne andre funn på bakgrunn av at deltakere i gruppetrening får mulighet til å dyrke sosiale relasjoner. Det å ha en sosial arena fremstår som svært viktig blant eldre, der spesielt ensomhet er en negativ opplevelse for mange. Dette har også en stor innvirkning på eldres opplevelse av livskvalitet på lik linje med fysisk aktivitet.

Om en drøfter funnene i et helseperspektiv fremstår det som at eldre har en forståelse for at helsegevinster kan oppnås ved fysisk aktivitet. Likevel er kunnskapsmangel rundt hvilke ringvirkninger fysisk aktivitet kan ha en tydelig faktor som forhindrer deltakelse. Dette virker spesielt å påvirke eldres deltakelse i styrketrening, som forskning påviser mye usikkerhet rundt.

### **2.2.2 Motivasjon og barrierer ved fysisk aktivitet hos eldre**

I forkant av denne delen er det viktig å påpeke at motivasjon og barrierer ikke er det som hovedsakelig utforskes i min studie, men i større grad hvilke tiltak ved tilbudet som verdsettes hos utvalgene. Jeg mener likevel kjennskap til utfordringer eldre opplever er viktig fordi det sier noe om hva et tilbud bør inneholde for å stimulere flere eldre til aktivitet.

Flere av arbeidene viser at Eldres deltakelse i treningsprogrammer kan påvirkes av mange faktorer. I en Australsk studie gjorde Burton m.fl. (2017) en spørreundersøkelse med 56 deltakere. Her ble det undersøkt hvilke grunner eldre hadde for å stoppe/ta pause fra deres deltakelse i treningsprogrammer. Utvalget hadde en gjennomsnittsalder på 71,5 år og 79 prosent av deltakerne i studien var kvinner. Funnene viste at sykdom, skader og ferie påvirket frafallet mest hos de som hadde vært aktive tidligere. Dette må til en viss grad ses på som naturlig for en aldersgruppe der disse faktorene er mer gjentakende enn for andre aldersgrupper på grunn av økt alderdom.

Et fremhevet funn ved studien var at flere av de eldre som følte de ikke fikk nok oppfølging og støtte forlot treningsgruppene (11 %). Forskerne påpekte derfor at ved organisering av treningstilbud for eldre må oppfølging og veiledning vektlegges ettersom usikkerhet og lite oppfølging skaper inaktivitet hos eldre. Også oppfølging etter skader og individuelle tilrettelegginger må være mulig for å stimulere flere eldre til å delta i treningsprogrammer.

Granbo m.fl. (2015) gjorde en trianguleringsstudie på eldre hjemmeboende i Trondheim-området. Her ble det undersøkt hvem som deltok i gruppetrening, samt hva som motiverte deltakerne til å gå på tilbudet. Studien benyttet spørreskjema for å kartlegge helsetilstand, mens kvalitative fokusgruppeintervjuer undersøkte hva som motiverte deltakerne. Studien hadde 135 besvarelser på spørreskjemaer, mens 23 deltok i intervjuene. 89 prosent av utvalget var kvinner (n=77.8 år). Funnene viste at deltakerne verdsatte kvaliteten på tilbudet, gruppetilhørighet og at det var nærmiljøaktivisering. De opplevde at tilbudet påvirket hverdagslivet positivt.

I Burton og Farrier, m.fl. (2017) tversnittstudie ble Eldres deltakelse i styrketrening og hvilke hindringer de selv mente lå bak, undersøkt. For å utforske dette ble et spørreskjema sendt til tre grupper av eldre mennesker. 1) de som mottar hjemmepleie, 2) medlemmer av en privatdrevet eldre organisasjon 3) de som deltok i et bestemt styrketreningsprogram. Studien mottok totalt 1327 spørreskjemaer fra deltakere. Det gjennomgående funnet var at eldre hovedsakelig deltok fordi det fikk dem til å føle seg bra fysisk og mentalt.

Trening som var fallforebyggende ble identifisert som en viktig motivator for gruppen som mottok hjemmetjenester. Smerte, skade og sykdom var de mest gjentakende hindringene for



fortsatt deltakelse hos alle gruppene. Imidlertid var medisinsk rådgivning en faktor som påvirket deltakerne spesielt i startfasen av en treningsperiode. Studiens resultater tydet på at de som tilbyr treningsprogrammer rettet mot muskelstyrkende aktivitet for eldre mennesker, bør prioritere å lage personlige treningsprogrammer slik at det virker inn mot faktorer som den enkelte verdsetter.

Stødle og Lid (2013) gjorde en masteroppgave der det ble undersøkt hva som motiverte personer over 65 år til å delta i et organisert lavterskel-gruppetreningstilbud for eldre. Deltakerne hadde organisert trening to ganger i uken i ni måneder, samtidig som de hadde undervisning rundt fysisk aktivitet, ernæring, restitusjon og motivasjon. Øvelsene var valgt ut på grunnlag av tidligere forskning på spesielt fallforebygging og deltakerne ble testet før og etter treningsintervensjonen. Studien benyttet kvalitative intervjuer med syv informanter for å undersøke deres motivasjon for å delta (fire kvinner, tre menn). Funnene viste at det var viktig for deltakerne at man hadde opplevd endringer som førte til mestring av oppgaver, også det å ha instruktører med gode faglige og personlige egenskaper påvirket utvalget positivt. En annen fremhevet faktor var sosial støtte fra ulike hold. Dette var opplevd fra både leger, meddeltakere og familie rundt.

Burton m.fl. (2017) gjorde en større oversiktsstudie som undersøkte motivasjonsfaktorer og barrierer hos eldre som deltok i styrketrening. Det ble inkludert 14 studier (n= 1937 deltakere). Funnene viste totalt 92 motivasjonsgrunnlag og 24 barrierer blant utvalget. Av barrierer for deltakelse var frykt for økt risikoen for hjerteinfarkt, slag eller død mest gjentagende. Også det å bli seende for muskuløs ut ble påpekt som en bekymring hos de eldre. Motivasjonen hos utvalget var blant annet å hindre funksjonsnedsettelse, fallforebygging og bygge muskler. Forskernes analyse indikerte derfor med at styrketreningsprogrammer bør fokusere på fordelene som er verdsatt av eldre og formidle god informasjon om tilpasset trening slik at usikkerhet og frykt unngås.

I Henwood, Tuckett, Edelstein, og Bartlett (2011) forskning fra Australia ble det undersøkt hvilke fordeler eldre opplevde med å bedrive styrketrening og hva som motiverte de til å drive med dette. Det ble dannet tre fokusgrupper med et utvalg bestående av personer over 65 år. Funnene fra fokusgruppeintervjuene viste at eldre deltakere verdsatte hvordan trening påvirket deres fysiske helse, og opplevde dette motiverende. De var i tillegg klar over hvilken helseeffekt trening kunne gi dem.

Flere eldre med både liten og stor treningserfaring verdsatte gruppemiljøet og en tydelig programstruktur og så på dette som en viktig motivator. Enhetene fremhevet også hvordan treningen påvirket mental helse, effekt på aldring og kroppsbygge på en gunstig måte. Forskerne mente likevel at disse faktorene ble drøftet i en vag kontekst, og det ble påpekt at fordeler med fysisk aktivitet må tydeliggjøres mer i fremtiden for å stimulere flere eldre til fysisk aktivitet.

### **Oppsummering av kunnskapsstatus - motivasjon og barrierer**

Studiene som undersøker eldre og deres deltakelse i intervensjoner som baseres på fysisk aktivitet gjenspeiler aktuelle utfordringer eldre opplever. Ved å se på funnene er det mulig å se gjenkjennelige sammenhenger på tvers av studiene. Frykt for skader, usikkerhet rundt gjennomføring av trening, og sykdom er kjente barrierer ved deltakelse i fysisk aktivitet for den eldre generasjonen. Kunnskapsformidling rettet mot den eldre generasjonen må i større grad brukes som en nøkkel for å nå frem til flere. I diskusjonsdelen ser vi også at forskerne bak studiene i stor grad er enige.

Det å ha en forståelse for hvordan disse komplekse faktorene påvirker Eldres deltakelse i fysisk aktivitet er viktig for å kunne aktivisere flere i fremtiden. De eldre virker også å motiveres av å komme i bedre form, samtidig trekkes det sosiale aspektet fram som viktig. Det er derfor viktig at treningsprogrammene for eldre stimulerer dette. I et metodisk perspektiv ser vi at studiene har et skille i forhold til hvilket aspekt av fysisk aktivitet og helse relatert livskvalitet de utforsker. Arbeider som undersøker grunnlag for deltakelse baseres i stor grad på kvalitative metoder der subjektiv opplevelse står i sentrum.

## **2.3 Fysisk aktivitet og folkehelse**

*“Fysisk aktivitet er effektivt for å opprettholde et høyt aktivitetsnivå og en høy grad av selvstendighet hos eldre menn og kvinner. Eldre er imidlertid en svært uensartet gruppe, og skreddersydde treningsprogrammer er som oftest å foretrekke fremfor generelle råd.” (Lexell, Frandin, & Helbostad, 2009, s. 62).*

Betydningen av fysisk aktivitet viser seg fra tidligere forskning å være ulik fra person til person. Det er relativt godt grunnlag for å si at fysisk aktivitet kan øke eller vedlikeholde fysisk funksjon. Det er ikke like godt grunnlag for å si at fysisk aktivitet har en klar effekt på

helserelatert livskvalitet. En utfordring for eldre er at livskvaliteten ser ut til å bli falle med økende alder (Stordal m.fl., 2001). Det er derfor svært viktig å gjøre tiltak for å skape en bedre folkehelse med en stadig større del av befolkningen i kategorien eldre.

Forskningen viser dramatiske konsekvenser av fysisk inaktivitet. Helsedirektoratet beskriver at 1 av 8 dødsfall kan tilskrives inaktivitet og fører i tillegg til tapt livskvalitet. Fysisk inaktivitet er definert som en av de største risikofaktorene for død av ikke-smittsomme sykdommer i verden. Dette er problematisk når statistikk viser at voksne i gjennomsnitt bruker 60 prosent av dagen stillesittende (Helsedirektoratet, 2016b).

Forskning har også vist at depressive symptomer og inaktivitet kan føre til tidlig død, mens økning av fysisk form gjennom aktivitet kan være med på å forebygge dette (Carlsen m.fl., 2018). Det er derfor viktig å kartlegge personer som kan være i risikogruppen for å utvikle depressive symptomer slik at dette kan forebygges i større grad.

## **2.4 Vitenskapsteoretisk grunnlag**

Denne studien vil benytte en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, og spesielt trekke inn Maurice Merleau-Pontys tanker og teorier om kroppsfenomenologi. Den moderne fenomenologien som filosofi og vitenskapsteoretisk ståsted ble grunnlagt av Edmund Husserl på slutten på 1900-tallet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45). Fenomenologi har blitt utviklet i flere retninger siden dets opphav. Blant andre Jean-Paul Sartre (1905-1980) i et eksistensialistisk perspektiv og Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) i et kroppsperspektiv. I begge perspektiver står opplevelse og menneskers livsverden veldig sentralt (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45).

Fenomenologi er en vitenskapsteoretisk retning som hovedsakelig har interesse i å forstå ulike sosiale fenomener ut ifra informanters beskrivelse av deres verden. Det baseres på å fortolke subjektive opplevelser og søker mot forståelse av dets erfaringer. Forskerens erfaringer kan også påvirke i hvilken grad fenomenet blir undersøkt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Hermeneutikken som analyse og forståelses verktøy vil også bli benyttet i studien ettersom det er en nyttig fortolkningsmetode ved studier som benytter en kvalitativ tilnærming. I denne sammenhengen undersøkes et fenomen der andre forteller om hva de opplever, det er derfor min oppgave som forsker å fortolke det og her er hermeneutikk en viktig og relevant metode. Thagaard (2009, s. 35) beskriver det også slik at kvalitative studier opplever en kontinuerlig

fortolkning under hele undersøkelsesprosessen. Man kan i fenomenologien ikke basere seg på en ytre og objektiv verden, men heller ha forståelse for at alle inntrykk og erfaringer har et preg av personlig perspektiv. Dette kan igjen finnes og undersøkes ved en hermeneutisk tilnærming (ibid. s. 38).

#### **2.4.1 Maurice Merleau-Ponty kroppsfenomenologi**

I denne studien og spesielt i forståelsen av funnene vil Maurice Merleau-Pontys teori om kroppens fenomenologi trekkes inn. Merleau-Ponty er kjent for hvordan han tolket begrepet «kroppen» og dette står sentralt i hans fenomenologiske tenkning. Merleau-Ponty var opptatt å studere spørsmålet rundt hvordan mening skapes. Han mente kroppens opplevelser bestemmer hvordan vi forstår og opplever verden.

Det er ifølge Merleau-Ponty også viktig å forstå at man må se kroppen i sammenheng med sjelen, ettersom «jeg» er kroppen min og det i Merleau-Pontys kroppslige fenomenologi ikke er mulig å to-dele kroppen og sjelen fra hverandre. Disse er i sammenheng til hverandre. Ifølge Merleau-Ponty er kroppen vår hovedopplevelses- og erfaringsredskap. Her står kroppens sansing av verden sentralt for hvordan mening dannes i vår livsverden (Fuglsang, Olsen, 2012, referert i Særheim, 2014, s. 12). En kropp som har positive erfaringer med fysisk aktivitet vil for eksempel ha dannet en nytteverdi til det å være i bevegelse.

Merleau-Ponty var opptatt av å forstå relasjonen mellom subjektet og objektet (Merleau-Ponty, Nake, & Kirkeby, 1994). I motsetning til blant andre Descartes synspunkt om at kropp må ses i et mer objektivt og mekanisk perspektiv, så mente Merleau-Ponty at kropp og tanke kan være subjekt og objekt samtidig (Tranøy & Ore, 2017). I Merleau-Pontys argumentasjon for hans syns om egenkroppen begrunnes perspektivet med at den klassiske psykologien beskrev egenkroppen som noe annet enn en gjenstand på grunn av dens permanens. Merleau-Ponty m.fl. (1994, s. 31) beskriver at fordi kroppen behersker persepsjonsinstrumentet, er det for meg umulig å fullstendig utforske min egen kropp, den er kontinuerlig «med meg», samt at den alltid fremtrer for meg i samme synsvinkel.

I denne studien studien hvor livskvalitet først og fremst skal ses via kroppens dugelighet anses Merleau-Pontys teori og syn som høyst relevant for å kunne tolke, analysere og forstå hvordan kroppen og kroppslige uttrykk og dermed menneskets væremåte påvirkes gjennom fysisk aktivitet og bevegelse. Ved begrepet kroppssubjektet mener Merleau-Ponty at

egenkroppen er nærværende i alt vi gjør gjennom livet. Vi lever og erfarer i den levde og aktive kroppen i verden (Merleau-Ponty m.fl., 1994). Det må ses på som viktig for yrkesgrupper som hos for eksempel helsepersonell. Å ha et fokus på å styrke et positivt kropps- og selvbilde hos eldre er viktig i like stor grad som hos yngre mennesker. Det gjelder spesielt å støtte opp om Eldres positive selvoppfatning av egen kropp i en aldringsprosess der store deler av kroppen svekkes naturlig. Dette gjelder både for eldre som har frykt for fall grunnet liten tiltro til egen balanse, eller bekymringer for å måke snø grunnet frykt for hjerteinfarkt.

Nyttige tiltak for å styrke selvbildet av egen kropp kan være det å dyrke fysisk aktivitet og sosiale relasjoner samtidig, da dette blir ansett som «sunt» i det moderne samfunnet. Dette gjør at de eldre kan føle mestring og utfordring i et stimulerende miljø. Merleau-Ponty har tidligere beskrevet hvordan kroppslig aktivitet fører til at mennesker føler seg «levende». «Kroppsopplevelser får oss til å erkjenne en meningsstiftelse, som ikke tilhører en universell konstituerende bevissthet, en mening, som knytter seg til bestemte forhold.» (Merleau-Ponty m.fl., 1994, s. 103).

I et fenomenologisk perspektiv får kroppen opplevelser og kjennskap av den ytre verden gjennom sansene, derfor får sansene betydning for vår forståelse. Merleau-Ponty beskriver kroppslig persepsjon å omhandle en meningsfull kroppslig erfart helhet der de kroppslige erfaringene er utgangspunktet for opplevelsene (Merleau-Ponty m.fl., 1994). Som et eksempel på dette nevner han fenomenet vi mennesker opplever gjennom plager eller sykdom. Her vil egen kropp ofte påvirkes fysisk og gjennom dette kan hele vår oppfattelse av verden forandres gjennom at vi tvinges til å se verden annerledes. Merleau-Pontys teori anses her som en god måte å kunne reflektere over og forstå kvantitative og kvalitative data helhetlig.

Merleau-Pontys teori baseres på at bevegelse er noe som vi opplever gjennom kroppen. Dette kommer til syne når mennesker driver med fysisk aktivitet eller sportslige aktiviteter, ettersom kroppen her må være aktiv i relasjon til oppgaver og situasjoner i nåtid (Breivik, 2008). Mennesket opplever her hvordan man benytter kroppen for å løse situasjoner og forutse neste steg. Det er en nytteverdi og en mening som dannes der man er tilstede i her og nå, og beveger seg ofte i forhold til andre objekter ved aktivitet. Gjennom aktiviteten sier Breivik at vi plasserer kroppene våre slik at vi er forberedt på vår neste bevegelse, og ikke slik vi har beveget oss tidligere. Vi er i så grad intuitive med kropp og sinn når vi er i aktivitet.

Mennesker som har fått erfaringer med fysisk aktivitet og idrettslig aktivitet danner derfor en forståelse av hva som er nødvendig for å gjennomføre dette slik at det skaper mening (ibid. s. 5).

Denne studien vil benytte Merleau-Pontys tanker og forklaringer for å kunne tolke og forstå funnene. Slik vil en kunne drøfte hvordan individene skaper kroppslig mening ut av fysisk aktivitet og hvordan det verdsettes å utfolde seg fysisk og sosialt. Det er interessant å se om hvor vidt fysisk aktivitet kan endre og styrke kroppslig subjektoplevelse gjennom at eldre individer får bedrevet tilpasset og lystbetonte bevegelser, der man får fortrolighet med egen kropp. Livserfaringer gir oss kroppslige erfaringer som påvirker vår livsverden. Eldre menneskers betraktninger om den egne kroppen og det å være i fysisk aktivitet gir oss i så grad kunnskap om hvordan eldre selv opplever å ha en «aktiv» eller «sunn» kropp ved økt alderdom.

## **2.5 Kunnskapsbehov**

I forhold til funn som er presentert tidligere i teorigrunnlaget ser studien det som rimelig å hevde at det i større grad trengs kunnskap og kompetanse på konkrete tiltak som kan aktivisere den eldre befolkning på en stimulerende og helhetlig måte. Gjennom at kun ca. 30 prosent av den eldre befolkning i Norge er aktive i tilstrekkelig grad fører med seg fremtidige utfordringer som bør forebygges. Studier som har blitt presentert tidligere viser også at dette ikke kun er en nasjonal utfordring, men også en global utfordring som må tas stilling til.

Vi ser gjennom forskning at trening og fysisk aktivitet har en god og umiddelbar effekt på fysiske parametere som fremstår bra for mennesket. Spesielt fysiske egenskaper ser ut til å vedlikeholdes eller forbedres gjennom regelmessig fysisk aktivitet. Forskningen kan likevel ikke påvise en konkret og langvarig effekt på helse relatert livskvalitet gjennom å øke fysiske aktivitetsnivåer. Likevel er fysisk aktivitet bra for alle mennesker, spesielt eldre og tidligere inaktive personer.

Utfordringen ligger i hvordan vi skaper, utformer og tilbyr miljøer som gjør at eldre blir mer fysisk aktive. Det fremstår som mangelfullt med kunnskap rundt faktorer som eldre selv verdsetter i denne sammenheng. Det er derfor tydelig at om vi kan skape kunnskap på hvilke tiltak som fungerer i et treningstilbud, så kan vi også skape nye effektive og stimulerende



treningstilbud der eldre får tilpasset trening på deres premisser. Grunnen til at studien vil undersøke treningstilbudet ligger derfor i hovedsak i dets unike deltakere.

Utvalget i denne studien består av deltakere som har deltatt i gruppetrening over en lengre tidsperiode. Dette fremstår sjeldent og gir muligheter for å utforske gruppetrening for eldre gjennom deltakernes egne øyne. Kartleggingen av disse deltakernes livskvalitet og gode dybdeintervjuer kan i så grad si noe nytt om hvordan tilbudene oppleves og hvordan trening kan påvirke eldre mennesker.

### **3 Metode**

I dette metodekapittelet presenteres valg som har blitt gjort og hvordan den metodiske prosessen har foregått fra start til slutt. Gjennom dette innsynet skal studien jobbe mot transparens, samtidig som den i større grad kan bli drøftet åpent på grunnlag av valgene som er blitt gjort metodisk. Jeg har i forarbeidet sett på hvordan tilsvarende studier har gjort dette tidligere og vurdert dette opp mot hva jeg mener er best for å besvare problemstillingen. Målet har vært å ha tydelige prosesser i datainnsamlingen slik at studien kan etterprøves og samtidig fremstå med høyest mulig validitet (Jacobsen, 2015).

I tidligere forskning på feltet er ulike metodiske tilnærminger brukt. Studiene har hovedsakelig vært basert på enten kvalitativ eller kvantitativ metode. Enkelte arbeider har likevel benyttet en triangulering der livskvalitet ofte blir undersøkt gjennom spørreskjemaer, mens betraktninger og erfaringer er undersøkt med individuelle intervjuer (Zubala m.fl., 2017).

#### **3.1 Forskerrolle og forskerrefleksivitet**

For å gi et vitenskapelig arbeid kvalitet og integritet er forskerens rolle svært viktig. Forskeren er avgjørende for at forskningen skal fremgå på en moralsk ansvarlig måte som også er etisk forsvarlig (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har gjennom mitt nåværende virke knyttet kontakt og fått tilgang til et miljø som består av medlemmer i et privatdrevet gruppetreningstilbud lokalisert i Tromsø. Disse medlemmene danner studiens utvalg. Jeg er ansatt i bedriften som driver dette tilbudet og ved inngang til 2017/18 sesongen ble jeg påtroppende leder for tilbudet. Jeg har derfor fått tilgang til mye bakgrunnsinformasjon rundt tilbudet. Ettersom jeg har en arbeidsgiver er det viktig for studiens troverdighet å tydeliggjøre min rolle som forsker ved universitetet i denne sammenhengen. Som forsker er jeg kjent med de etiske kravene om å ha kvalitet i forskningen. I denne sammenhengen vektlegges det at nøyaktige og representative resultater presenteres (ibid. s. 92).

Det må påpekes at denne studien gjøres på egenhånd og har derfor ikke sammenheng med min stilling i bedriften. Jeg ønsker selvfølgelig i en optimal setting å opptre som forsker og ikke som gruppeleder eller ansatt i denne forskningsprosessen. Det ville likevel være naivt å tro at dette ikke kan være en utfordrende forskerposisjon som kan påvirke utvalget og informantene i forhold til deres tilnærming.

Jeg er som forsker bevisst på det å ikke være ledende eller bestemmende ovenfor utvalget, samtidig som det å få ærlige svar på etisk vanskelige temaer kan ses som en utfordring. Ettersom jeg har tilgang på feltet gjennom mitt virke er det nødvendig å se på hvilke konsekvenser dette har. I forhold til den fortolkende forskningstradisjonen kan man si at subjektets virkelighet kan bli påvirket av forskers fremtoning og bakgrunn i en slik studie (Thagaard, 2009). Jeg ønsket likevel å se etter fordeler der jeg kunne bruke min forkunnskap om utvalget og tilbudet for å belyse synspunkter som kanskje kunne fremstå skjult for en utenforstående. Gjennom å belyse aktuelle fordeler og ulemper ved mitt forskningsstandpunkt kan studien opptre i henhold til retningslinjer for god etisk forskning.

Ved kvalitative studier så bør forskerrefleksivitet drøftes for å bygge opp rundt studiens troverdighet slik det er nevnt tidligere. Som forsker har man alltid en førforståelse, og dette står sentralt i forståelsen av kvalitativ tilnærming (Thagaard, 2009). Ettersom denne studien benytter seg av intervju i innsamlingsprosessen vil for eksempel alder og kjønn ha betydning for hvordan jeg som forsker tolkes av utvalget (ibid). Også hvilke relasjoner jeg har til informantene kan påvirke forskningen til en viss grad.

Jeg har allerede etablert en relasjon til utvalget i forkant av datainnsamlingen. Siden 2016 har jeg jobbet med medlemmene og bygd relasjoner som er verdt å drøfte i en slik del. Jeg har kjennskap til samtlige av deltakerne ved tilbudet og har gjennom min fartstid i yrket fått kjennskap til livshistorier og erfaringer som disse menneskene innehar. Det er derfor spesielt viktig for meg som forsker å gjøre det tydelig at deres betraktninger i denne undersøkelsen ikke vil ha betydning for deres videre deltakelse.

Tilbudet har i dag en del eldre og erfarne instruktører, mens jeg enda er relativt ny, ung og delvis ukjent for utvalget sammenlignet med de andre i bedriften. Dette vil jeg belyse for informantene slik at de kan dele erfaringer de kanskje ellers ville opplevd som selvforklarende eller kjent fra tidligere. Jeg vil argumentere for at min førforståelse har flere sider i denne sammenhengen. Den store fordelen er at jeg har tilgang til et felt som ofte kan være lukket og ressurskrevende å komme i kontakt med. Jeg har også en mulighet til å utelukke eventuelle feilkilder som kunne vært ukjent for utenforstående og som kan stå i veien for undersøkelsens validitet og gjennomføring. Jeg mener også problemstillingen som

drøftes ikke vil være til skade eller medføre store utfordringer for utvalget å drøfte med meg, som ansatt i bedriften. Det etiske er derfor ikke utfordret i stor grad ved denne studien.

I praksis tok jeg som forsker kontakt med medlemmene og var opptatt av å tydeliggjøre formålet med studien og hvilken betydning deres deltakelse hadde. Eldre mennesker spesielt kan ofte være skeptiske og bekymret for det fremmede og formelle, jeg forklarte derfor studien grundig for deltakerne. I studiens kvalitative innsamlingsfase hadde jeg en uformell og avslappet holdning i samtalen med informantene. Dette ble vurdert i forhold til hvem som ble intervjuet, men målet var å få deltakerne snakkesalig og å skape tillitt. Når dette var etablert var det lettere å justere de inn mot temaer som var aktuelle for studien. Jeg vil si at dette fungerte godt i praksis ettersom samtalene belyste relevante temaer.

### **3.2 Metodetriangulering**

Metodedesignet for denne studien baseres på en metodisk triangulering. Ved triangulering kombineres ofte kvalitative og kvantitative data i et underordnet eller likestilt design (Ringdal, 2013, s. 110). I denne forskningen er metodene likestilt for å utfylle hverandre. Ved at studien har et tverrsnittsdesign som forskningsstrategi benyttes kvantitative spørreskjema og kvalitative dybdeintervjuer for å komplementere hverandre ved et spesifikt tidspunkt. En tverrsnittsundersøkelse beskrives som mest nyttig når man har et større representativt utvalg der hver respondent bare spørres en gang. Designet beskrives som mest egnet når forsker ønsker et øyeblikksbilde fremfor å gjøre slutninger om prosesser som utfolder seg over tid (ibid s. 147).

Etter innsamling av kvantitative data var hensikten å gjøre kvalitative intervjuer slik at man kunne gå i dybden på problemstillingen der det ble utforsket hvordan det er å være medlem i tilbudet og hvordan utvalget opplevde egen helse. Jeg mener dette er en styrke ved studien ettersom jeg som forsker får gått mer i dybden gjennom å benytte begge forskningstilnærmingene. I forskningen ser man at det er blitt mer vanlig at kvalitativ og kvantitativ metode brukes for å komplementere hverandre, i større grad enn tidligere der man så de som motsetninger (Ringdal, 2013, s. 104).

I forkant av studiens kvalitative forskningsmetode ble det sett på som mest hensiktsmessig å benytte en induktiv tilnærming der det søkes mot nærhet hos informantene for å få et innblikk i erfaringer og betraktninger. Personlige kvalitative dybdeintervjuer virket derfor naturlig å

benytte for å forklare et sosialt fenomen studien ikke kjente til i stor grad og ønsket å være åpen i møte med (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studien har et intensivt forskningsdesign der målet er å gå i dybden hos utvalget for å studere informantenes beskrivelse av et sosialt fenomen. Som forsker kjenner jeg lite til fenomenet og gjennom dybdeintervjuene er målet at studien skal kunne danne kategoriserte funn hos utvalget som kan belyse nyttige tiltak for å aktivisere eldre. Funnene ved studien vil bli drøftet og sammenlignet på tvers av utvalget for å undersøke relevante funn mot tidligere studier på feltet.

### **3.3 Kvantitativ metode**

Kvantitativ metode er en forskningstilnærming der man ønsker å beskrive virkeligheten gjennom bruk av talldata og tabeller. Metoden er mest egnet når en ønsker å undersøke en større mengde enheter eller informanter (Ringdal, 2013, s. 24). Data som blir samlet inn blir hentet inn med avstand til det som undersøkes, og man benytter som regel statistiske analyser for å analysere funn. En kvantitativ forskningsstrategi er gjerne teoristyrte eller deduktive. Som forsker benyttes ofte kvantitativ tilnærming når målet er å gjøre årsaksforklaringer på det som studeres (ibid s. 104). En vanlig forskningsstrategi innen kvantitativ forskning er å benytte tversnittdesign. Tversnittdesign baseres på at forskningens datainnsamling blir gjennomført på ett tidspunkt (ibid s. 106).

#### **3.3.1 Rekruttering til utvalg**

Etter at studien fikk godkjennelse fra NSD ble utvalget rekruttert for å gjennomføre undersøkelsen. Deltakerne i studien er medlemmer i et lokalt gruppetreningstilbud for eldre i Tromsø. For å trekke dette utvalget er ulike teknikker beskrevet i litteraturen. Denne studien har valgt å benytte stratifisering. Dette er fordi stratifisering er en effektiv måte å sikre representativiteten av den gruppen man ønsker å undersøke (Ringdal, 2013, s. 210). Dette ble gjort gjennom å ha klare inklusjonskrav knyttet til medlemskap i tilbudet sammen med flere faktorer. Under selve rekrutteringsfasen ble alle aktive medlemmer ved tilbudet tilbudt å delta i studien uansett medlems-år. Når utvalget skulle forespørres var jeg opptatt av å utnytte perioden der flest mulig av medlemmene var tilstede.

Dette var ved tilbudets oppstart til høstsesongen der medlemmene skulle komme i gang etter en to måneders sommerferie. Det ble rekruttert informanter til studien gjennom muntlig forespørsel på flere av utvalgets treningsøkter. Her ble det forklart hvordan prosessen ville

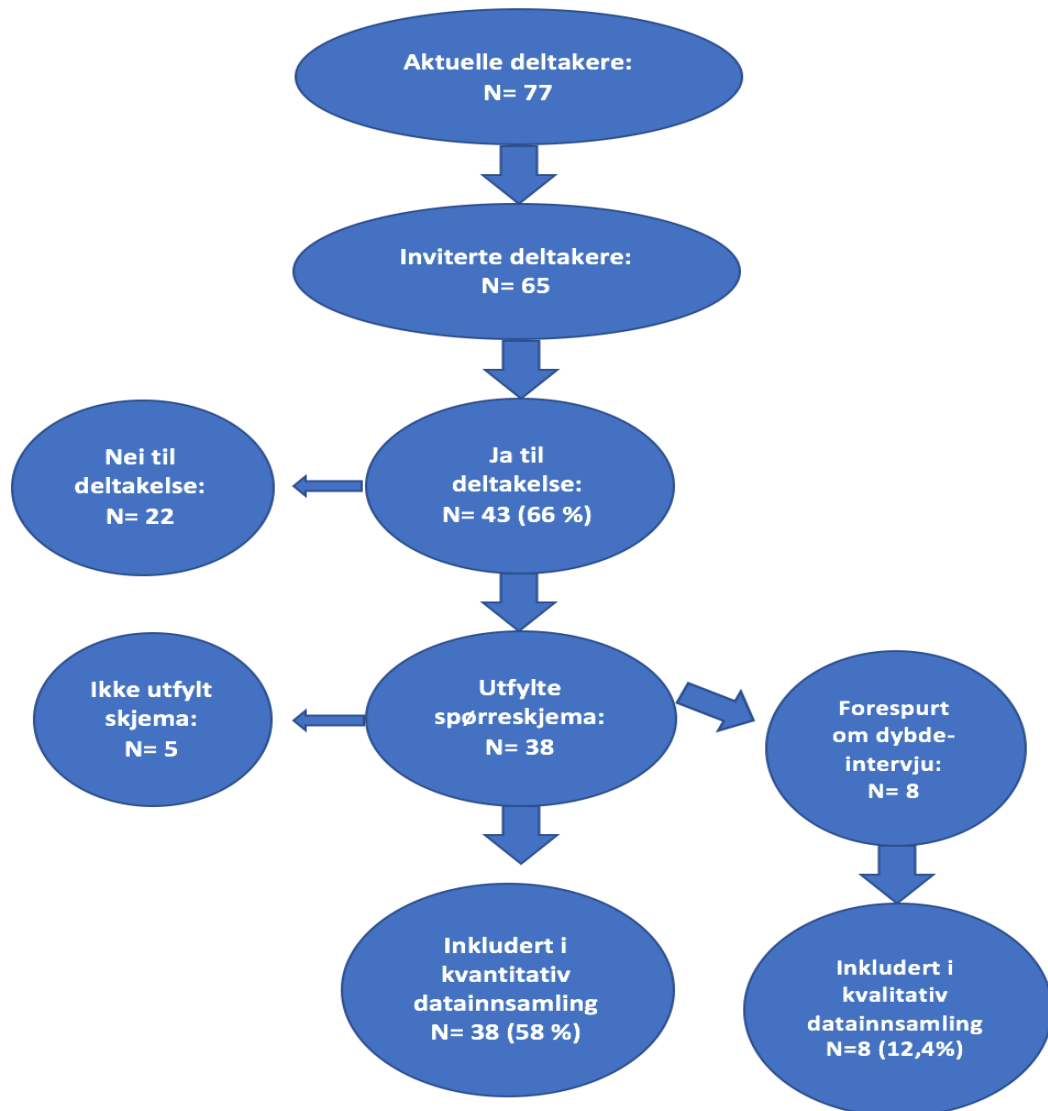
foregå, samt hvilke konsekvenser deres deltakelse ville ha. Det ble informert om konfidensialitet, mulighet til å trekke seg, og at det var helt frivillig å delta.

Informantene som ønsket å delta måtte fylle ut et samtykkeskjema der de aksepterte deltakelse i studien, samt at de måtte ta stilling til om de ville delta i både spørreskjema og være en kandidat til et senere kvalitativt dybdeintervju (Se vedlegg 1). Samtykkeskjemaene ble tatt med hjem av utvalget, og ble levert ferdig utfylt i ukene etter. Når oversikten over antall samtykker var klar ble selve spørreskjemaet RAND-36 delt ut til utvalget.

Avgrensninger og inklusjonskrav ved deltakelse ble gjort på bakgrunn av hva som er hensiktsmessig med tanke på ressurser, tilgjengelighet og tidsbruk. Dette førte til følgende utvalgskriterier:

- 1) Deltakeren måtte være medlem i gruppetreningstilbudet BONUS.
- 2) Deltakeren måtte være over 67 år.
- 3) Deltakeren måtte være bosatt i Troms fylke.





*Figur 1: Studiens utvalg og inklusjonsprosessen*

Figuren beskriver prosessen der studien gikk fra inviterte deltakere til det totale utvalget. Total populasjonen var på undersøkelsestidsrom 77 personer. Bruttoutvalget var på 65 personer. Ved denne studien var det en høy svarprosent hos utvalget som ble forespurt å delta. Noen medlemmer ved treningstilbudet deltok ikke, Dette var det flere grunner til. Det er vanskelig å si nøyaktig årsaker til at disse falt fra, men blant de største frafallsgrunnene var langvarig sykdom, kommende operasjoner og ferier. Disse deltakerne og de som hadde fryst medlemskapet sitt i perioden datainnsamlingen fant sted ble ikke inkludert i studiens utvalg. Ettersom deltakelse i studien var helt frivillig, var dette naturlig.

Deltakerprosenten for studien var relativt god. Det ble totalt delt ut 65 invitasjoner til deltakelse. Studien fikk 43 samtykker til deltakelse i studien (66 % deltakelse). Disse 43 fikk

utlevert spørreskjemaet og her var svarprosenten på 88 % (n=38). Studien har et overtall av kvinner, slik gruppetilbudet også har. (29 kvinner og 9 menn). Det kan være ulike grunner til at deltakelsesnivå i studien var høyt. En årsak kan være at om de eldre føler at de har en god livskvalitet så vil de mest sannsynlig ønske å fremheve dette. Det er derfor naturlig at en gruppe med aktive eldre ikke har store utfordringer med å delta i denne typen studier. Studiens utvalg er likevel ikke spesielt stort sammenlignet med lignende forskning på feltet. Dette gjør også at forskjeller mellom kjønn kanskje ikke blir like synlig.

### **3.3.2 Spørreskjema**

Kvantitative tversnittstudier med spørreundersøkelser er den vanligste formen for undersøkelser i samfunnsforskning og sosiologi. En spørreundersøkelse er en standardisert utspørring beregnet for et større utvalg representanter (Ringdal, 2013, s. 107). Hensikten med å benytte spørreundersøkelser eller spørreskjema er å gi en statistisk beskrivelse av populasjonen utvalget er hentet fra (Groves, 2004, referert i Ringdal, 2013, s. 190). Man skiller gjerne spørreundersøkelser etter hvilken datainnsamlingsteknikk man benytter (ibid s. 196).

I denne studien har det blitt brukt et spørreskjema som informantene selv fyller ut. Dette blir gjort direkte ved utlevering eller at de tar det med hjem og leverer dette ved neste trening. Jeg valgte å bruke et internasjonalt standardisert spørreskjema som har vært benyttet på eldre tidligere. Dette ble valgt på bakgrunn av at det vil være lettere å sammenligne og drøfte resultater av spørreskjemaet gjennom vitenskapelige metoder og syntaksen som det spesifikke spørreskjemaet inneholder.

Spørreskjema som ble benyttet i denne studien var RAND 36-Item Short Form Health Survey. Via Kunnskapssenteret har dette spørreskjemaet blitt oversatt til norsk og gjort tilgjengelig og gratis for alle via deres nettsider (Kunnskapssenteret, 2016). Spørreskjemaet omhandler spørsmål som skal si noe om hvilken helse relatert livskvalitet personen opplever. Det er i likhet med SF-36 et spørreskjema som inneholder 36 spørsmål der åtte dimensjoner ved helse relatert livskvalitet blir undersøkt. Gjennom å rekode svarene blir det dannet et grunnlag for total scorer på de åtte dimensjonene: Fysisk funksjon, rollebegrensning – fysisk, smerte, generell sykdomsopplevelse, energi og tretthet (vitalitet), sosial funksjon Rollebegrensning – emosjonell, og mental helse (NKRR, 2015). (For utdyping av selve spørreskjemaet og syntaks, se vedlegg 2 og 3).

RAND-36 ble valgt ut på bakgrunn av at det er økonomisk gunstig for studien samtidig som tidligere forskning viser en 0.99 korrelasjon ved SF-36 (Hays m.fl., 1993). SF-36 er velkjent i dag og brukt på flere større vitenskapelige arbeider tidligere og har en anerkjent posisjon i denne forskningskonteksten. Hensikten bak studiens bruk av spørreskjemaet ligger i at man kan undersøke hvilken helse relatert livskvalitet eldre som trener regelmessig opplever. Det gjør det også lettere om man ønsker å sammenligne resultatene med tidligere og fremtidige funn på feltet som bruker samme spørreskjema på eldre.

Disse skjemaene ble bedt fylt ut innen den neste uken og deltakerne kunne ta skjemaet med seg hjem for å studere det i ro og mak. De som ønsket å gjennomføre skjemaet på huset fikk tilbud om dette. Målet var å ha en fleksibel holdning overfor deltakerne slik at flest mulig fikk delta. De som hadde vanskelighet med å stille opp i dette tidsrommet da skjemaer ble delt ut fikk utvidede frister for innlevering. Disse bidragene ble samlet inn ved senere anledninger når innsamlingsprosessen nærmet seg slutten.

Deltakerne ble fordelt utover aktivitetsgruppene de hørte til, og jeg var tilgjengelig for spørsmål underveis dersom deltakerne hadde utfordringer med å forstå spørsmålene. Spørreskjemaene ble utfylt uten store problemer, og selve innsamlingsprosessen her strakk seg over en måned ettersom noen deltakere var borte fra treningen i perioder.

### **3.3.3 Analyse av data**

I arbeidet rundt datainnsamling ble det besluttet at alle kvantitative data som skulle fylles ut ble gitt ut i papirform til utvalget. Senere punchet jeg ferdige data inn på min personlige datamaskin. Dette var en metodisk løsning som skapte mer arbeid for meg, men hensikten var å gjøre det lettest mulig for de eldre i utvalget å delta. Det ble her vurdert som en stor barriere å be de eldre utfylle spørreskjema på datamaskin. Etter innsamling av spørreskjemaene ble alle data registrert og klargjort til analyse i IBM SPSS for Mac, versjon 25.0 Software.

For å analysere resultatene ble det benyttet en ferdig syntaks ettersom RAND-36 er et standardisert spørreskjema (se vedlegg 3). Resultatene skal derfor være sammenlignbare med andre studier der samme skjema og syntaks er benyttet. Forskjellen til SF-36 er ulike måter å regne score for kategoriene Generell helse og Smerte. I RAND-36 er standarden laget slik at 0 er den laveste scoren man kan oppnå for selvopplevd helse relatert livskvalitet, mens 100 er

indikasjon på optimal helse. Resultatene fra RAND-36 ble dannet om til denne måleskalaen gjennom å benytte syntaksen.

Datamaterialet ble sjekket for normalfordeling, her viste data for menn en skjevfordeling på kategoriene fysisk funksjon og emosjonell rollefunksjon. For kvinner ble det funnet skjevfordeling på kategoriene sosial funksjon, mental helse, emosjonell rollefunksjon, fysisk rollefunksjon, generell helse og helseendring. Mann-Whitney U testen ble benyttet på data som var skjevfordelt. Data som var normalfordelt gjennomgikk uavhengig to-utvalgs t-test.

I selve analysefasen ble alle resultatene analysert slik at de skapte scorer. Disse scorene ble fremsatt i tabeller for gjennomgang og presentasjon. Studien har valgt å fremstille tabeller som viser resultatene av de åtte variablene som RAND-36 måler. Det er i tillegg laget enkelte grafer fra relevante spørsmål fra spørreskjemaet slik at leser kan få en visuell fremstilling av nøkkelspørsmål ved spørreskjemaet.

Etter at resultatene fra RAND-36 var klargjort ble scorene i spørreskjemaet krysstabulert mellom kjønn slik at man kunne teste og sammenligne score mellom disse variablene. For å analysere målingene ble det benyttet gjennomsnitt, konfidensintervall, signifikansnivå og standardavvik som indikatorer for å tolke datamaterialet og vurdere funnene. Alle data presenteres i fremstillingen av funnene.

Argumentet for at gjennomsnitt ble benyttet foran median er fordi data er på intervallnivå. Jeg valgte å sette signifikansnivået til 0,05 i denne studien. Dette er i følge Ringdal (2013, s. 387) et vanlig valg av signifikansnivå i forskningen. Signifikansnivået har som hensikt å statistisk teste data ut ifra sannsynligheten om å forkaste en sann nullhypotese (type 1 feil). Ved studiens bruk av tverrsnittdesign ble det ikke gjort noen oppfølgingsmålinger for å studere intervensjonseffekt. Studien så liten nytteverdi i å lage mer komplekse analyser ettersom utvalget var relativt lite sammenlignet med andre studier der spørreskjemaet har blitt benyttet. Forskjeller i utvalget må derfor være betydelige for å gi signifikante forskjeller mellom gruppene.

### **3.3.4 Validitet og reliabilitet ved kvantitativ metode**

I kvantitativ forskning er det vanlig å vurdere datakvaliteten ut i fra validitet, generaliserbarhet og reliabilitet. Dette vil være nyttige indikatorer på hvor gyldig data er og hvilken overførbarhet dataene har og hvor pålitelige data er (Kvale & Brinkmann, 2009). Validitet handler om at funnene våre er gyldige, altså om de måler det de skal måle (Ringdal,

2013, s. 96). Et eksempel på generaliserbarhet eller ekstern validitet vil være at funn er representativt for et større utvalg (Jacobsen, 2015). Høy reliabilitet vil for eksempel være tydelig dersom man kan gjenta undersøkelsen og få samme funn under forutsetningen om at ingen ting har endret seg. Reliabilitet er også knyttet til bruk av mest mulig nøyaktig måleverktøy i forhold til forskningen som gjøres. Jeg skal videre beskrive hvordan dette fremgår i den metodiske trianguleringen jeg har benyttet.

Ved kvantitativ metode beskriver Ringdal at validitet vurderes ut i fra om den sanne verdien samsvarer med den teoretiske variabelen (Ringdal, 2013, s. 358). Reliabiliteten i kvantitative arbeider vurderes ofte i ut ifra klassiske test teorier. Dette innebærer typiske metoder som test-retest-metoden, intersubjektivitetsmetoden eller halveringsmetoden (ibid, s. 355). Denne studien har valgt å benytte tverrsnittdesign som baseres på en enkelt undersøkelse, og ikke gjentatte forsøk. Jeg har derfor benyttet en to-utvalgs t-test i analysefasen for å sammenligne score mellom kjønn i utvalget.

Utvalget i denne datainnsamlingen besto av et relativt stort representativt antall, det ble derfor sett på som nyttig å benytte spørreskjema slik andre studier har gjort (Zubala m.fl., 2017). I likhet med andre studier ble det i denne fasen brukt dataprogrammet SPSS for å tolke data og skape verdier (Ringdal, 2013). Fordelen med å bruke et spørreskjema som RAND-36 er dens identiske oppsett som SF-36. SF-36 er standardisert og velbenyttet gjennom flere tidligere studier som har undersøkt helse relatert livskvalitet (Zubala m.fl., 2017); (Vagetti m.fl., 2014); (Chou m.fl., 2012); (Baker m.fl., 2007). RAND-36 og SF-36 beskrives i forskningen som mest hensiktsmessig for å sikre intern validitet. Spørreskjemaet virker også å ha en høyere validitet ved tverrsnittdesign enn ved test-retest (Busija m.fl., 2011).

Gjennom bruk av spørreskjema var det viktig å ha fokus på aktuelle feilkilder som kan oppstå slik at man kan styrke validiteten i studien. Dette gjelder blant annet studiens utvalg, der det kan oppstå representasjonsfeil gjennom svake beskrivelser av studiens utvalg. Studien har derfor beskrevet utvalget så grundig som mulig i teksten slik at misforståelser unngås.

En annen feilkilde med spørreskjemaer er spørsmål og formuleringer. Det er særdeles viktig å unngå ledende spørsmål og uklare formuleringer for å sikre en høy validitet ved innsamlingsprosessen for studien (Jacobsen, 2015). I denne sammenhengen så ikke jeg som forsker noen spesifikk utfordring med å benytte et allerede veletablert skjema for helse relatert

livskvalitet (RAND-36). I selve oppgaveteksten har man prøvd å presentere prosessene så åpent og beskrivende som mulig for å styrke studiens troverdighet.

### **3.4 Kvalitativ metode**

Kvalitativ metode har tradisjonelt blitt forbundet med forskning som har hatt som formål å være i nær kontakt med det som studeres og for å oppnå forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2009, s. 11). Videre beskriver Thagaard at det sentrale ved en kvalitativ tilnærming er å få innsikt i hvordan informantene opplever sin egen livsverden. Ved bruk av kvalitativ metode er det derfor viktig å være klar over at datainnsamlingen i stor grad kan bli påvirket av forskerens forståelse av observasjoner, utsagn og visuelle uttrykk som oppstår. Ved benyttelse av kvalitativ metode har studien valgt å bruke intervju som en form for datainnsamling. Dette er hensiktsmessig for å få kunnskap og innblikk i hvordan enkeltpersoner opplever og betrakter sosiale fenomener (ibid s. 12).

Det å forstå at benyttelse av kvalitativ metode vil medføre konsekvenser må ses som elementært for å kunne benytte denne metoden hensiktsmessig i forskning. Kjennskap til den fortolkende retningen som kvalitativ metode besitter kan være avgjørende for å oppnå en innsiktsfull forståelse som forsker. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at denne tilnærmingen har en forankring i en fenomenologisk vitenskapstradisjon. Kvalitative intervjuer har som mål å forstå sosiale fenomener ut fra enhetenes erfaringsperspektiv, og ut fra den forståelsen vi oppnår, å forstå at den virkelige verden er den mennesker oppfatter. Det ble i denne studien valgt å ha individuelle uformelle intervjuer med informantene for å undersøke dette.

#### **3.4.1 Utvelging og rekruttering av informanter**

For at denne studien skulle ha en god metodisk prosess var det viktig å tydeliggjøre arbeidet som ble gjort rundt utvelging av informanter. I et vitenskapelig perspektiv er det viktig å være klar over at studier med en kvalitativ tilnærming baseres på å undersøke utvalg som har egenskaper eller kvalifikasjoner som gjør de relevante for det som studeres. Dette kalles strategiske utvalg (Thagaard, 2009, s. 55). Gjennom å ha et slikt utvalg har kvalitative studier bedre forutsetninger for å oppdage nye perspektiver eller bekrefte allerede anerkjente teorier.

Under presenteres det hvilke avgrensninger og utvelgingskrav studien har hatt i den kvalitative datainnsamlingen. Grunnlaget for disse utvelgingskriteriene var at utvalget skulle

representere de medlemmene med langvarig deltakelse i gruppetreningstilbudet på en best mulig måte.

- 1) En jevn fordeling av kjønn i utvalget basert på den reelle medlemsmassen.
- 2) Deltakere fra hver av de interne gruppene tilbudet har. (Det er ca. 16 personer per gruppe i tilbudet. Disse er fordelt på fem ulike grupper, kalt A+, B, C, D og F)
- 3) Deltakeren måtte ha vært medlem i over fem år.

I henhold til kravene som ble presentert ovenfor minsket utvalget i størrelse fra den kvantitative datainnsamlingen. Målet var å ha minst en representant fra hver av gruppene i BONUS, slik at informantene kunne ha ulike syn på opplegget. Studien ønsket en jevn fordeling av kjønn i utvalget ettersom det med tilfeldig utvelgelse kunne blitt for stort bidrag av kvinner og man kunne mistet betraktninger fra begge kjønn. Fem års medlemstid ble valgt som inntakskrav på grunnlag av at tilbudet har noen nye som kanskje ikke har like godt grunnlag for å besvare problemstillingen på lik linje som de mer erfarne.

Når utvalgets størrelse skulle bestemmes tok studien stilling til Thagaard (2009, s. 59) der det beskrives at utvalgets størrelse må være basert på at fenomenet klarer å beskrives i tilstrekkelig grad. Dette er også avhengig av hvor stor kategorien du skal undersøke er. I min studie besto utgangspopulasjon av 65 personer, der åtte enheter ble sett på som tilstrekkelig for å representere utvalget. Antall informanter var basert på at det ville tilsvare i overkant av 10 prosent av den totale medlemsmassen som hadde deltatt i over fem år, som var kriteriet for intervjudeltakelse. Studien ville derfor få flere representative informanter. I rekrutteringsdelen meldte totalt 20 personer sin interesse for å delta i dybdeintervjuer. For å få åtte informanter ble deltakelse delt inn i sine interne grupper og deretter ble det gjort en tilfeldig utvelgelse ved bruk av et dataprogram.

Studien fikk til slutt representanter fra gruppe A+, B, C, D og F i henhold til målsetningen. I selve rekrutteringsprosessen ble informantene kontaktet personlig og forespurt om å delta i dybdeintervju. Ved intervjuene hadde noen av informantene utfordringer med tidsaspektet ved å bli igjen på treningslokalene etter trening. Disse fikk tilpassede løsninger der forsker blant annet dro hjem og besøkte noen.

### 3.4.2 Forskningsintervju

Denne studien følger i hovedsak en fenomenologisk tilnærming. Dette innebærer å forstå at jeg som fenomenologisk forsker vil søke mot nøyaktige beskrivelser av hvordan fenomener oppleves fra et førstepersonsperspektiv. Det kvalitative intervjuet er i den fenomenologiske tradisjonen først og fremst et medium for å få innblikk i menneskelig erfaring (Brinkmann, Tanggaard, & Hanssen, 2012, s. 20). Kvalitative dybdeintervjuer ble benyttet på bakgrunn av at studien ønsket å få fortalt utvalgets subjektive betraktninger og erfaringer. Ringdal (2013) beskriver at formålet med samtaleintervjuet er å få informasjon fra informantene, fremfor å måle teoretiske variabler.

I intervju kan man som forsker aldri helt vite hvordan man blir påvirket av informanters beskrevne virkelighet ved en datainnsamlingsprosess. Dette vil bli påvirket av mange faktorer, blant annet hvordan forskeren tolker utvalgets utsagn og i hvilken grad forskeren evner å sette seg inn i situasjonen eller betraktningene utvalget deler. Grunnlaget for å få gode intervjuer starter med et grundig forarbeid med intervjuguide. For å lage en god intervjuguide må problemstillingen være utgangspunkt. Når problemstillingen var tydelig og gjennomarbeidet, var det lettere for meg å tilrettelegge for besvarelse av problemstillingen i et metodisk perspektiv. Når man skal skape dybde i et intervju kan det være hensiktsmessig å avgrense antall tema slik at man får undersøkt dette grundig.

I intervjuet er ofte samtaleområdene åpne og det er derfor nyttig om disse sammen med oppfølgingsspørsmålene skaper en tankeprosess hos informantene. Ved at man er forsker ved hjelp av intervju er det viktig å være tydelig på rollefordelingen i intervjusituasjonen. Etersom jeg gjennomfører denne innsamlingsprosessen er det viktig å presentere de ulike samtaleemnene slik at dette er klart for informantene, samt å følge opp med oppklaringsspørsmål slik at informant ikke føler utfordringer med å uttale seg etter eget ønske. Forskeren burde derfor ikke fremstilles som en ordstyrer, men mer som en samtalepartner. Tanken er da at informanten skal dele sin kunnskap om fenomenet og han/hun står fritt for å dele det man ønsker i intervjuet (Thagaard, 2009).

I selve arbeidet med intervjuguiden måtte noen avklaringer tydeliggjøres i forkant. Jeg vurderte i hvor stor grad intervjuguiden skulle være strukturert ut ifra utvalget, men etter lengre drøfting endte studien med en uformell intervjuform som beste tilnærming til disse informantene. Dette ble valgt fordi utvalget besto av erfarne eldre som sannsynligvis ønsket å



dele sine erfaringer og som i tillegg hadde vært med på forskningsprosjekter tidligere (Jørgensen, 2009). Ettersom studien søkte mot en åpen tilnærming til problemstillingen der utvalget fikk delt sine betraktninger på en fri måte, vurderes dette som en nyttig tilnærming (intervjuguide: se vedlegg 4).

### **Bruk av uformelle forskningsintervjuer**

Hensikten med uformelle intervjuer er at de skal ha en uformell setting der åpne spørsmål og temaer drøftes. Det er likevel viktig å utarbeide en enkel intervjuguide for å skape struktur i intervjuprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). I arbeidet rundt intervjuguiden er det viktig å ha fokus på tematisering der formulering og teoretisk avklaring er i sentrum (ibid. s.121). Jeg vinklet intervjuet til å ha et samtalepreg i større grad enn at informantene følte at de svarte rett eller galt. Thagaard (2009, s. 89) beskriver uformelle intervjuer som nyttig dersom man ønsker at informanten skal ha mulighet til å dra opp temaer selv, samtidig som de kan belyse emner som forsker ikke har kjennskap til.

I starten av intervjuet hadde jeg trygge og enkle temaer som var lett for informanten å svare på. Jeg ville ikke få intervjuet til å fremstå veldig formelt eller veldig konstruert i den grad at utvalget ville oppleve dette som for seriøst til å dele sine erfaringer åpent.

Åpningsspørsmålene besto da av typen: kjønn, alder, yrkeshistorie og sivilstatus. Målet med dette var å få plass bakgrunnsinformasjon, samtidig som man prøver å skape en trygg og god ramme rundt intervjuet. Også i litteraturen beskrives det som hensiktsmessig å ha en trygg innledningsfase i intervjuprosessen, slik at man kan bygge tillitt og kjennskap med individet før man tar opp andre temaer i intervjuet (Thagaard, 2009).

Målsetningen er at deres betraktninger og erfaringer rundt ulike temaer som blir tatt opp i intervjuet høres, fremfor at intervjuer er i sentrum (Thagaard, 2009). I en intervjuprosess er det også viktig å være klar over at data dannes av både informant og intervjuer. Man er derfor med på å påvirke datainnsamlingen i ulik grad som forsker ved deltakelse i en innsamlingsfase (ibid). Målet var likevel at konkrete og spesifikke punkter skulle dukke opp i intervjuet for drøfting, slik at man på et mer generelt og åpent grunnlag kunne drøfte studien opp mot andre studier på feltet. Litt av utfordringen her var å tilrettelegge for et åpent intervju uten store retningslinjer, som likevel kunne besvare problemstillingen.

## **Intervjuprosessen**

I forkant av intervjuene ble deltakerne booket inn på et møterom i treningslokalet. Under selve intervjuet gjentok jeg deres rettigheter som deltakere i studien. Deltakerne ble informert om at intervjuene hadde en estimert varighet på underkant av en time. Jeg vurderte treningslokalene som trygge omgivelser for deltakerne å benytte ettersom de har deltatt i tilbudet i minimum fem år og kjenner lokalene godt. Under intervjuene ble det benyttet en lydopptaker på telefonen min. Dette ble forklart og godtatt av informantene i forkant av intervjuet. Thagaard (2009) beskriver bruk av lydopptaker som nyttig i intervju ettersom det gir intervjuer en bedre mulighet til å konsentrere seg om intervjuobjektet. Det gjør også at intervjuer slipper å notere mye underveis, og har bedre mulighet til å vise engasjement og tillit overfor objektet.

Som intervjuer ville jeg å føle på stemningen i forkant og prøvde å la aktuelle oppfølgingsspørsmål ligge i luften en stund for å la utvalget komme med reflekterte og utdypende betraktninger. Ettersom man fikk mer trening og erfaring i intervjufasen synes svarene fra deltakerne å bli mer utdypende og ekteføyte. Jeg ønsket å være tydelig i formuleringen, og merket at dette innledningsvis var en utfordring. I intervjuprosessen var jeg som intervjuer spesielt opptatt av å unngå ledende eller for lukkede spørsmål slik at erfaringer og kunnskap forsvant. Dette er en utfordring som virker å kreve erfaring og kjennskap til utvalget, slik det også beskrives hos Brinkmann m.fl. (2012). Kjennskap til utvalget var noe jeg innehadde i denne situasjonen, så jeg ønsket å se om min forkunnskap om utvalget kunne føre med seg noen fordeler i forhold til å få deltakerne til å åpne seg.

Intervjuvarigheten ble påvirket av hvem som ble intervjuet. Noen trengte kun 30 minutter, mens noen hadde få utfordringer med å benytte de estimerte 60 minuttene. Som forsker var jeg opptatt av at jeg forsket i egen kultur i denne sammenhengen. Jeg ville derfor også å drøfte forhold som kan fremstå selvsagte for oss, men ikke utenforstående. Dette var begrunnet i at jeg og utvalget deler mange erfaringer og opplevelser og derfor kan ha utfordringer med å se ting i et annet perspektiv (Thagaard, 2009, s. 79).

### **3.4.3 Transkribering**

I etterkant av intervjuene ble det gjennomført transkripsjon mens intervjuene var ferskt i minnet. Slik kunne jeg forebygge feilkilder og miste minst mulig av stemning, kroppsspråk og viktige betraktninger som eller kan bli glemt over et lengre intervju (Kvale & Brinkmann,

2009). Jeg gjorde transkripsjonen selv, slik at jeg kunne komme tett på materialet og sette meg inn i deres betraktninger gjennom et helhetlig intervju.

Selve transkripsjonsprosessen var en langvarig prosess. Det ble gjennom åtte intervjuer med i overkant av 80 sider tekst å transkribere. Målsetningen min som forsker var å skrive informantenes utsagn ordrett, her var lydopptaker nyttig slik at dette i transkriberingsprosessen ble spilt av, og deretter skrevet ordrett ned. All data som var samlet inn ble anonymisert gjennom nummerering og lagret på privat datamaskin med passord.

Jeg valgte å skrive transkripsjonen på bokmål så det ville være lettere å sammenligne funn i ettertid og lettere å anonymisere informantene. Jeg transkriberte et intervju ferdig før jeg gjennomførte neste. Slik kunne jeg ha fokus på det enkelte intervju og unngå å blande utsagn og kroppsspråk hos deltakerne. Jeg merket i prosessen at jeg ble raskere og mer effektiv i transkriberingen etter hvert. Blant annet å ta ned lydtempoet var smart for å kunne holde bedre følge uten å måtte ta veldig mange stopp underveis. Ved usikkerhet gjennomgikk jeg ofte lydfilene flere ganger for å dobbeltsjekke at uttalelsene stemte.

#### **3.4.4 Analyse av data**

Hensikten med dataanalysen er å gjøre spranget fra intervjuutskrifter til sosiologi (Ringdal, 2013, s. 249). Det blir påstått at det innen datanalyse er vanskeligere å vurdere kvaliteten i kvalitative data sammenlignet med kvantitative data. Dette begrunnes gjennom at det ikke er laget standardiserte teknikker på lik linje med de kvantitative. I litteraturen beskrives likevel noen teknikker som kan benyttes. Ringdal fremhever blant annet en analyseteknikk som baseres på koding av datamaterialet der likheter av svar oppstår (Ringdal, 2013, s. 249). Denne studien har valgt å benytte denne teknikken i analysedelen.

Målet med kodingen av materialet er å kategorisere funn etter hvert som de oppstår (Thagaard, 2009). Jeg har valgt å kode etter tema slik funnene vil bli presentert. Et eksempel på tema er «Motivasjon for å delta», «utfordringer» og «gruppesammensetning». I selve analysefasen var det viktig å starte med en form for datareduksjon. Innen datareduksjon har man en rekke ulike teknikker. Kjente varianter er å lage alt fra oppsummeringer til å plukke ut relevante svar eller relevant materiale sett ut fra forskningsspørsmålene (Ringdal, 2013) Ved koding av materialet i kategorier beskrives utgangspunktet for koding å være likheter mellom svar (induktiv) eller at koding skjer fra en mer teoretisk klassifisering (deduktiv) (ibid. s.

250). Studiens vurderer koding av likhet mellom svar (induktiv) på relativt åpne spørsmål som mest hensiktsmessig for å analysere datamaterialet.

I denne studien ble det brukt en ustrukturert og åpen tilnærming i intervjuer, dette gjorde at ikke alle informantene ble stilt samme spørsmål. Det ble derfor mer utfordrende å kode data, men dataprogrammet NVivo var svært nyttig i denne prosessen. Ved bruk av programmet ble alle intervjuene samlet i ett program slik at man fikk treff i alle tekstene samtidig. Her ble ulike søkeord som motivasjon, aktiviteter, utfordringer benyttet for å se likheter mellom svarene hos informantene. Disse sitatene ble dratt ut og sett i sammenheng med hverandre slik at man kunne vurdere disse opp mot hverandre. Dette beskrives som en induktiv tilnærming.

Det nyttige med denne typen dataprogrammer som NVivo er at den gjør store intervjuer enklere å gjengi. Etterarbeidet blir også lettere å håndtere og enklere holde orden i. Gjennom denne analyseteknikken har altså uttalelsene fra informantene blitt sett i sammenheng til hverandre med den hensikt av at de skal gi mening for meg som forsker på feltet. Dette har gjort at de temaene som ble hyppigst diskutert med relevans for problemstilling har blitt dannet som egne kategorier i resultatdelen.

### **3.4.5 Validitet og reliabilitet ved kvalitativ metode**

I kvalitativ forskning blir troverdighet, bekreftbarhet, overførbarhet, transparens og forskerrefleksivitet fremhevet som noen av hovedkriteriene for å vurdere kvaliteten i forskningen (Thagaard, 2009). Thagaard mener overførbarhet og troverdighet er mer passende begreper enn generaliserbarhet når kvalitative metoder skal drøfte deres kvalitet. Målet for den kvalitative datainnsamlingen er å oppnå intern gyldighet, samt å strekke seg mot en mulig generalisering, der vi kan trekke mer generelle konklusjoner basert på egen empiri og ta inn tidligere forskningsarbeider på feltet. Et steg i denne retningen er at studien samler inn data på en tillitsvekkende måte slik at troverdighet bygges opp (Ringdal, 2013).

I kvalitative studier er intervju en vanlig form for datainnsamling. I denne sammenheng peker Kvale og Brinkmann (2009) på flere kriterier for å bedømme kvaliteten på et intervju. Blant annet bør intervjueren forsøke å verifisere sine fortolkninger av intervjupersonens svar underveis i intervjuet, intervjuet bør også være «selvkommuniserende» – det skal eksempelvis ikke kreve særlig ekstra forklaringer eller kommentarer underveis. Intervjuet bør også bli

tolket i stor grad underveis. Om disse kriteriene etterfølges er man i nærheten av beskrivelsen det «ideale intervjuet» (ibid. s. 175)

Ettersom transparens er en av faktorene som trekkes fram ved kvalitative studier har studien jobbet for å være transparent i størst mulig grad. I Thagaard (2009) beskrives viktigheten av å presentere dataene mest mulig troverdig. Her er det viktig å beskrive hele forskningsprosessen slik at man gir leser mulighet til å drøfte valg og gjennomføring av studien, samt dets funn. Innen kvalitativ metode beskriver Kvale og Brinkmann at reliabilitet skapes gjennom at resultatene kan reproduseres av andre forskere på andre tidspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). Thagaard (2009) velger å benytte begrepet bekreftbarhet framfor reliabilitet og validitet, da hun mener dette er mer beskrivende for kvalitativ metode. Man har ingen standardiserte metoder for reliabilitet i kvalitativ metode, det handler derfor om å bygge sine vurderinger på empiriske undersøkelser av stabilitet, samt kritiske drøftinger (Grønmo, 2004).

Jeg har gjort denne forskningen i henhold til Kvale og Brinkmann (2009, s. 251) argumenter for reliabilitet. Der fremheves studiens gyldighet, sammenheng mellom fenomenet som undersøkes og data som samles inn, samt benyttelse av metode som sentrale faktorer. For å oppnå reliabilitet ved oppgaven har jeg hatt fokus på å beskrive hvem forskeren er gjennom kapittel 3.1, hvilket utvalg studien har hatt, hvilken innsamlingsmetode som har blitt benyttet og hvordan data har blitt analysert og transkribert i ettertid for å komme fram til resultatene som presenteres. I den kvalitative datainnsamlingen har jeg jobbet så tett som mulig med utvalget. Her har jeg forsøkt å gjengi informantenes betraktninger så ordrett som mulig for å skape intern validitet der feilkilder kontrolleres.

## 4 Resultater

I dette resultatkapitlet vil jeg presenteres studiens funn. Dette vil skje gjennom å dele opp kapitlet slik at funnene fra den kvantitative og kvalitative datainnsamlingen presenteres separat. Senere vil jeg betrakte mine funn i sammenheng med hverandre der jeg trekker inn noen aspekter i lys av Merleau-Pontys teori om kroppens fenomenologi for å reflektere og diskutere disse.

### 4.1 Informasjon om utvalget

Gruppetreningstilbudet hadde ved opptelling 01.09. 2017, 77 medlemmer. På grunn av ulike eksklusjonsfaktorer som sykdom, kommende operasjoner eller ferieavvikling ble det anslått at 65 av disse var tilgjengelige ved studiens datainnsamling. Alle disse ble forespurt å delta. Deltakere som ikke ønsket å delta i studien ble ikke registrert. Dette kan drøftes som en svakhet ved studien da ikke alle deltakere ved tilbudet har deltatt, samtidig som det er vanskelig å beskrive hvilken betydning dette vil ha i forhold til studiens funn.

Tabell 1: Oversikt over utvalg i kvalitativ og kvantitativ datainnsamling

Utvalg:	Metode:	Gjennomsnittsalder	Standardavvik	Menn	Kvinner
38 deltakere	Kvantitative Spørreskjema	(n= 79.1) Min: 71.8 Maks: 91.5	4.6	9	29
8 deltakere	Kvalitative Dybdeintervju	(n= 81.25) Min: 72.8 maks: 90.7	6.4	3	5

Tabell 1 viser hvordan utvalget er fordelt i studien i tillegg til alder. Datamaterialet viser en variasjon i antall medlems-år hos utvalget. Noen hadde vært med siden tilbudet ble startet opp i 2008, mens enkelte hadde deltatt kun det siste året. Likevel viser tilbudets statistikk at de fleste i som har vært med i gruppetreningstilbudet har deltatt over lengre tid. Blant annet hadde 70 av tilbudets 77 medlemmer deltatt i treningstilbudet i fem år eller mer da studien ble gjennomført. I min subpopulasjon var kvinnene i gjennomsnitt 6.1 måneder eldre enn mennene. Data viser at informantene som deltok i dybdeintervjuene hadde vært medlemmer i tilbudet i 7,25 år i gjennomsnitt.

## 4.2 Funn ved spørreskjema (RAND-36)

Studien målte livskvalitet gjennom bruk av spørreskjemaet RAND-36. Dette spørreskjemaet består av 36 spørsmål som har som hensikt å måle ulike faktorer som påvirker livskvaliteten (se vedlegg 2). Til disse spørsmålene er det designet en syntaks som gir scorer fra 0-100. RAND-36 tar totalt for seg åtte dimensjoner ved helserelatert livskvalitet. Systematiske oversiktsstudier på feltet viser at spørreskjemaet ofte ble benyttet innen internasjonal forskning på livskvalitet, og det ble derfor benyttet i denne studien ettersom det er lett å sammenligne med andre funn og større oversiktsstudier. (Se kapittel 4.7).

Kategoriene som undersøkes i RAND-36 er:

- Fysisk funksjon
- Rollebegrensning
- Kroppslig smerte
- Generell sykdomsopplevelse
- Energi og tretthet (vitalitet)
- Sosial funksjon
- Rollebegrensning – emosjonell
- Mental helse

Tabell 2: Forklaring av de åtte dimensjonene i SF-36 og RAND-36 (Aasprang m.fl., 2008).

<b>Domene</b>	<b>Lavest mulig skåre</b>	<b>Høyest mulig skåre</b>
Fysisk funksjon	Svært avgrensa utføring i alle fysiske aktiviteter, inkludert å vaske seg og kle på seg	Utfører alle typer av fysiske aktivitet, inkludert å delta i krevende idrett
Fysisk rollefunksjon	Har problem med å gjennomføre arbeid og andre daglige gjøremål på grunn av den fysiske helsa	Ingen problem med å gjennomføre arbeid eller daglige gjøremål
Kroppslige smerter	Sterke smerter som avgrenser aktivitet i stor grad	Ingen smerter eller avgrensinger på grunn av dette
Generell helse	Evaluerer helsa som dårlig og tror den blir verre	Evaluerer helsa som utmerket
Vitalitet	Føler seg trøtt og utmatta hele tiden	Føler seg full av energi og tiltakslyst
Sosial funksjon	Svært avgrensa sosial omgang grunnet fysisk helse eller problem med følelser	Har normal sosial omgang uten avgrensinger
Emosjonell rollefunksjon	Har vansker med å utføre arbeid eller daglige aktiviteter grunnet problem med følelser	Har ingen vansker med å utføre arbeid eller daglige aktiviteter
Mental helse	Føler seg nervøs og deprimert hele tiden	Føler seg tilfreds, glad og rolig hele tiden
<i>Ekstraspørsmål</i>		
Helseendring	Mener den generelle helsen er mye verre enn for et år siden	Mener den generelle helsen er mye bedre enn for et år siden



Tabell 3: Gjennomsnittscore fra kategorier i RAND-36. (SD) for kjønn (høyere score indikere bedre helse) (n= 38).

Variabler	Gjennomsnitt score – Menn (SD)	Gjennomsnitt score – Kvinner (SD)	Gjennomsnitt- differanse (SE)	P	95 % KI	
					Nedre	Øvre
Fysisk funksjon	77.84 (12.90) n= 9	81.49 (17.06) n= 29	-3.65 (5.33)	0.50	-14.89	7.58
Fysisk rollefunksjon	83.33 (25.00) n= 9	79.31 (34.10) n= 29	-4.02 (10.45)	0.87	-	-
Kroppslig smerte	72.78 (18.13) n= 9	71.98 (21.17) n= 29	0.79 (7.21)	0.91	-14.54	16.13
Generell helse	62.81 (13.00) n= 8	71.17 (11.48) n= 29	-8.36 (5.27)	0.09	-	-
Vitalitet	72.78 (14.60) n= 9	72.93 (12.99) n= 29	-0.15 (5.43)	0.92	-	-
Sosial funksjon	88.89 (13.18) n= 9	92.24 (11.77) n= 29	-3.35 (4.90)	0.40	-	-
Emosjonell rollefunksjon	88.89 (23.57) n= 9	94.25 (15.60) n= 29	-5.36 (8.37)	0.52	-	-
Mental helse	85.78 (9.40) n= 9	90.34 (50.91) n= 29	-4.57 (3.32)	0.16	-	-
Helseendring	52.78 (15.02) n= 9	50.00 (14.94) n= 29	2.77 (5.72)	0.49	-	-

Tabell 3 viser scorer fra spørreskjemaet RAND-36. I tabellen presenteres gjennomsnittscore på kjønn, standardavvik (SD), gjennomsnittsdifferanse, signifikansnivå (P) og konfidensintervall (KI) for å vise i hvilken grad verdiene skiller seg mellom kjønn og i hvilken grad de er signifikant forskjellige. Data som var normalfordelt gjennomgikk en uavhengig t-test ettersom to-utvalgstester benyttes ofte for å teste forskjellen mellom to gjennomsnitt (Ringdal, 2013, s. 387).

Data som ikke var normalfordelt benyttet Mann-Whitney testen. Verdier merket med – indikerer at data ikke var normalfordelt og derfor ikke registrert for 95 % KI. KI er et konfidensintervall, som er et intervall rundt den estimerte verdien av en parameter der med stor (95 %) sikkerhet kan si at den sanne verdien befinner seg (Ringdal, 2013, s. 387). I analysen ble også standardfeil benyttet som målemetode (SE). Dette er standardavviket til en statistisk størrelse. den har som hensikt å beskrive spredningen i en samplingfordeling, for eksempel gjennomsnittets standardavvik. (Ibid. s. 387).

Som tabellen viser ble det ikke funnet noen signifikant forskjell mellom kjønn i kategoriene som undersøkes i spørreskjemaet RAND-36. Dette kan delvis argumenteres for gjennom at utvalgsstørrelsen ikke er stor ved denne studien. Ofte kan det kreves et større utvalg for å skape signifikante forskjeller, ellers må det fremkomme ekstreme forskjeller mellom gruppene ved små utvalg.

### **Presentasjon av spørsmål:**

Under vil noen utvalgte spørsmål i fra spørreskjemaet RAND-36 presenteres. Dette har som hensikt å vise konkrete funn på det studien mener er relevante spørsmål i diskusjon av helse relatert livskvalitet. De presenterte spørsmålene tar hovedsakelig for seg selvoppfattet helse, utvikling fra tidligere år og opplevd mental helse. Jeg har valgt å fremheve disse fordi jeg mener ikke alle spørsmålene i RAND-36 er av samme relevans for å besvare problemstillingen. Tabellene nedenfor viser typiske spørsmål som samsvarer med kategoriene som undersøkes både i dybdeintervjuene og i spørreskjemaet ved denne studien. Dette er i slik grad med på å danne funnene fra studiens datainnsamling.

For å begynne med et helhetsinntrykk kan det sies at den selvrapporterte helsetilstanden hos den undersøkte gruppen generelt kan betegnes som god. Når vi går inn på de enkelte spørsmål så viser det seg at resultatene til utvalget er nokså samstemte: For eksempel graderte 31 av 38 (= 81.58 %) informanter sin generelle helsetilstand som «God» eller bedre. 33 av 38 (= 86.84 %) opplevde sin helsetilstand som «like god» eller bedre enn for ett år siden. 36 av 38 (= 94.74 %) mente utsagnet om at deres helse er utmerket som «Stort sett riktig» eller helt riktig.

Tabell 4: Svarfordeling fra utvalget merket i prosent på spørsmål 1 i RAND-36. (n=38)

Spørsmål 1 i RAND-36:	Svaralternativer				
Stort sett, vil du si helsen din er:	Utmerket	Veldig god	God	Nokså god	Dårlig
<i>Standardavvik: 0.65</i>	<b>0%</b>	<b>13 %</b>	<b>66%</b>	<b>18 %</b>	<b>3 %</b>

I Tabell 4 var det variasjon i hvordan utvalget opplevde egen helse. Det var interessant at ingen i utvalget så på sin egen helse som utmerket, men en stor andel (79 %) svarte at helsen var god eller bedre. Dette resultatet må ses på som positivt for utvalgets oppfattelse av egen helse i den grad av at økende alder kan påvirke dette.

Tabell 5: Svarfordeling fra utvalget merket i prosent på spørsmål 2 i RAND-36. (n=38)

Spørsmål 2 i RAND-36:	Svaralternativer				
Sammenlignet med for et år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå?	Mye bedre nå enn for 1 år siden	Litt bedre nå enn for 1 år siden	Omtrent samme som for 1 år siden	Litt dårligere enn for 1 år siden	Mye dårligere enn for 1 år siden
<i>Standardavvik: 0.59</i>	<b>0 %</b>	<b>13 %</b>	<b>73 %</b>	<b>10 %</b>	<b>3 %</b>

Som tabell 5 viser, virker store deler av utvalget å ha samme selvopplevde helse, sammenlignet med for et år siden. Med tanke på stadig økende alder hos utvalget må dette ses på som positivt. Både deltakernes positive selvbilde og treningstilbudet kan spille inn på dette. I et mentalt perspektiv er det sannsynligvis motiverende for deltakerne å gå på tilbudet når de føler at fysisk form vedlikeholdes.

Tabell 6: Svarfordeling fra utvalget merket i prosent på spørsmål 9F i RAND-36. (n=38)

Spørsmål 9F i RAND-36:	Svaralternativer				
Hvor ofte i løpet av de siste fire ukene, har du følt deg nedentfor eller deprimert?	Hele tiden	Mesteparten av tiden	En god del av tiden	Noe av tiden	Aldri
<i>Standardavvik: 0.37</i>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>	<b>16 %</b>	<b>84 %</b>

I tabell 6 presenteres spørsmålet relatert til depresjon. Dette spørsmålet ses på som svært relevant for studien. Hvordan deltakere opplever fremkomst av depresjon eller tristhet kan være en god indikator på hvilken helsereelatert livskvalitet de opplever. Som tidligere presentert i oppgaven har man også sett sammenheng mellom depresjoner og nedsatt livskvalitet hos spesielt den eldre befolkning.

Studien har som nevnt valgt å ikke presentere alle svarene fra spørreskjemaet, men heller valgt å fremheve enkelte spørsmål som er av relevans for livskvalitet. Det er viktig å påpeke at dette spørreskjemaet har som hensikt å søke mot selvrapporterte og subjektive svar som til sammen skal gi et bilde på helsereelatert livskvalitet hos den enkelte. Resultatene av enkelte spørsmål kan derfor ikke alene si noe om deltakernes livskvalitet.

### **4.3 Funn ved intervju: Verdsettende faktorer**

Jeg skal i dette resultatkapitlet fremstille, reflektere og interpretere intervjuedes beskrivelser og betraktninger, som samtidig blir underbygd og illustrert med direkte sitater fra informantene rundt sentrale temaer som presenteres. I hver av underkapitlene kommer det en kort beskrivelse av bakgrunn for valgte temaer.

Disse funnene er delt opp gjennom dataanalysen jeg gjorde, presentert i kapittel 3.4.4. Strukturen i dette resultatkapitlet vil presentere funnene rundt problemstillingen ved studien: «Hvilke faktorer verdsettes av eldre som har hatt langvarig deltakelse i gruppetrening?»

Jeg har etter å ha gjennomført analyse av de kvalitative intervjuene valgt å dele opp funnene i seks ulike kategorier:

- Informantenes deltakelse i tilbudet
- Instruktørens rolle og kompetanse i tilbudet
- Gruppetrening som sosial arena
- Tilbudets opplegg og aktiviteter
- Innvirkning på helsen
- Utfordringer ved tilbudet

### 4.3.1 Informantenes deltakelse i tilbudet

Informantene ble innledningsvis spurt om hvordan de startet i tilbudet, hva som motiverte dem til å gå så ofte på trening og hva som hadde gjort at de hadde gått så lenge på tilbudet. Det var et gjentagende funn at de følte at det var viktig å holde seg i form og at dette var deres største motivasjon for å delta i tilbudet. Gjennom dette mente de eldre at tilbudet fungerte for dem gjennom bedret fysisk form, som de verdsatte høyt. Det var tydelig at gruppetreningen var en arena de følte de mestret gjennom flere års erfaring. Av andre fremtredende faktorer som hadde påvirket deltakelsen, ble det sosiale aspektet med å komme seg utendørs og å treffe andre, poengtert.

Enkelte argumenterte også for at man betalte for en tjeneste, og dette ga dem en motivasjon og forpliktelse til å delta, fremfor om tilbudet hadde vært gratis. Mange skrøt også av gode bidragsyttere ved tilbudets start, tilbake i 2008. Her ble blant annet tidligere instruktører ved tilbudet fremhevet som positive og motiverende personer som fikk fram en sterk tenkemåte som gjorde at deltakerne møtte opp uansett vær.

Når deltakerne fortalte om hvorfor de startet i tilbudet, hadde flere samme intensjon. De fortalte at de følte noe manglet i hverdagen når man sluttet i arbeidslivet, mens andre opplevde det som viktig å finne et tilbud som kunne vedlikeholde fysisk form ved økt alder. En av deltakerne fortalte hvordan hun kom i kontakt med tilbudet:

*«Nei jeg hadde sett det i avisen og det så veldig interessant ut fordi jeg var på jakt etter et tilbud som kunne være systematisk og som jeg kunne være med på. Så da søkte jeg meg bort, men fikk avslag på grunn av alderen. Men så jobbet jeg i Kirkens SOS, også var det en av de som hadde sluttet der som sa «du tar med deg en søknad fra meg» så skrev den personen det velbegrunnet og jeg tok den med. Og ble med.» (kvinne, 73 år)*

Flere fortalte at de var kommet noen år ut i pensjonstiden før de ble med i tilbudet. De hadde vært i tenkeboksen en periode, men opplevde at det var nødvendig å holde seg i form. Informantene fortalte derfor at de følte for å gjøre et tiltak etter flere år som pensjonist. Et kjennetegn hos informantene var derfor at de oppsøkte tilbudet selv. En av kvinnene fant tilbudet gjennom avisen:

*«Jo, jeg hadde jo tenkt litt. Jeg hadde vært pensjonist i en seks-åtte år da, og jeg liksom så etter noe som jeg kunne gå på for trening. For jeg var jo klar på at man ble jo ikke yngre med årene. Så da dette kom i avisen og noe greier så ringte jeg pronto.» (Kvinne, 84 år)*

Et interessant aspekt ved gruppetreningstilbudet er at flere av informantene har vært med helt siden oppstarten i 2008. Dette fører med seg mange år med erfaringer i et tilbud som har vært i endring. En informant delte sine betraktninger om oppstartstiden og hvordan deltakelsen i prosjektet var:

*«Ja, men du vet vel at kurbadet hadde et samarbeid med helsedirektoratet og kommunen. Vi begynte sånn før jul, i desember også holdt vi på til sommerferien, i hvert fall gjorde jeg det. Og da betalte vi 500 kr når vi startet, og om vi hadde vært der 80% av gangene, fikk vi tilbake hele beløpet. Dette var liksom at vi gikk her, man skulle se om vi holdt oss lengre frisk når vi gikk her enn om vi satt hjemme i stolen. Så det var liksom et mål eller en hensikt med det.(...) Sånn var det før. Også ble vi målt og veid, og gjort øvelser for å se om vi var blitt noe bedre eller dårligere.»* (Kvinne, 90 år)

Dette illustrerer litt av tilbudets oppsett og hvilke betingelser som var inntakskrav ved oppstart tilbake i 2008. I dag har tilbudet endret seg i den grad av at man betaler for deltakelsen uten noen godtgjørelse for godt oppmøte. Deltakerne testet fortsatt årlig, men målinger brukt i tidligere forskning er det foreløpig stopp på.

### **Motivasjon for å delta i tilbudet**

I samtaleintervjuene ble deltakerne ofte spurt om hvorfor de hadde valgt å gå så lenge på tilbudet. Dette kunne fremstå som komplekst der faktorer som fravær av sykdom og indre motivasjon virket å spille inn. En informant beskrev hvilken posisjon tilbudet hadde i hennes liv:

*«Det er bare det at jeg føler det har blitt en livsstil. Det er mange som sier til meg «At du orker 2 ganger i uka og bare en dag i mellom» Men da jeg sier at ja det gjør jeg, fordi det er blitt en livsstil. Og hvis jeg ikke er her vet jeg ikke hva skal jeg gjøre i dag, for jeg skulle jo på trening. Også føler jeg gruppa vår er akkurat som en stor familie. Det føler jeg.»*

*Intervjuer: «Hvordan har det blitt en livsstil?»*

*«Det har med trivsel å gjøre. Når man er pensjonist så har man ikke sånt. Det er opp til seg sjøl, men man har ikke all verdens å gjøre. Og jeg synes det er veldig viktig å ta vare på helsa og kroppen.»* (Kvinne, 80 år)

Flere var enige i at når pensjonisttiden slo inn så sto man selv for hva dagene skulle brukes til. Her synes tilbudet å ha være et fint innslag til en ellers rolig tilværelse der man fikk føle tilhørighet til en gruppe.

## Hvorfor har de fortsatt å delta?

Flere av informantene fortalte om hvorfor de har fortsatt å gå på tilbudet. Dette var et tema mange opplevde utfordrende å konkretisere. Flere følte at det totale opplegget var stimulerende. En av faktorene virket å være at både instruktørene og deltakerne i gruppene gikk godt overens. Denne kjemien mellom dem førte til et sterkt samhold som ble verdsatt hos deltakerne:

*«Jo fordi jeg synes det er et veldig godt tilbud, det er gode trenere, fysioterapeuter, eller hva vi måtte trenge. Og jeg synes vi er en veldig fin gruppe. Vi har det veldig sosialt også. Holdt på å si både når vi er på trening og også når vi går ut hver 1. mandag i måneden. Og vi bruker å ha julebord, der vi går ut og spiser og vi har i det hele tatt vært på hytteturer, hytter som folk har. Så vi har et veldig godt samhold. Vi er en veldig god gruppe med godt samhold da.»*

*Intervjuer: «Hvordan føler du dere har bygd dette samholdet?»*

*«Vi fant tonen med en gang, eller ganske tidlig. Nå er det noen som har falt i fra i henstilling til sykdom eller død. Jeg tror ikke så mange er død da, men det har vært en veldig god tone og kjemien har stemt hele tiden.» (Kvinne, 86 år)*

Ikke alle følte den samme viktigheten av gruppesamholdet, men de var innforstått med betydningen det å trene gruppe kunne ha på deltakerne:

*«(...) For de jeg er sammen med, de vektlegger det sosiale mye, de i min gruppe. Så jeg tror det sosiale betyr mye for mange, men for min del så gjør det ikke det, om jeg skal svare for meg sjøl, som jeg må. Men jeg har inntrykk av at det sosiale teller mye for mange. (...) Vi har jo badstue og dusj og fellesarenaer. Under trening blir det jo ikke så veldig sosialt, da er man jo mest opptatt av tingene omkring.» (Kvinne, 73 år)*

Videre i samtalene kom det fram at en styrke ved slike aktivitetstilbud er deres evne til å være en arena der eldre opplever en form for tilhørighet. Dette kjennetegner ofte tidligere funn ved lignende studier. Eldre er generelt i en aldersgruppe der man kan være ekstra utsatt for ensomhet eller oppleve veldig like dager. Da kan slike tilbud skape en mer variert hverdag samtidig som fysisk form opprettholdes. Dette poengterte en informant godt:

*«Tja hva skal jeg si er det beste? Det må jo være det at jeg kan komme på trening hver gang og være med på dette. At jeg har noe å se frem til og være med på. Ellers ville det vært kjedelig. Det er det jeg setter høyest.» (Mann, 89 år)*

En annen kvinnelig deltaker mente tilbudets deltakersammensetning spilte inn. Hun opplevde at de som deltok i tilbudet hadde god utdannelse i grunn, samtidig som de tidlig hadde blitt

bevisst på hvor viktig trening var. Dette er også typiske kjennetegn hos den yngre voksne befolkning:

*«Hvem er det som går på dette? Det er jo folk som har god utdannelse, men jeg vet ikke egentlig hvorfor vi har greid oss såpass bra. Men vi har jo den innstillingen av at man skal trene, jeg tror det at de som er i lag hele veien, den harde kjernen, de er bevisst på at man skal trene for å holde seg og at når vi er bortreist, for eksempel en måneds tid, så når de kommer tilbake så er det godt å begynne igjen. Du skal trene. På en måte.» (Kvinne, 81 år)*

- For å oppsummere viser datamaterialet følgende hos informantene:
  - De startet i tilbudet fordi de så verdien av fysisk aktivitet
  - Å opprettholde fysisk form var en av hovedgrunnene til at de valgte å gå
  - Det å føle trivsel og tilhørighet i gruppen sin ble viktig for å holde deltakerne i tilbudet over lengre tid

#### **4.3.2 Instruktørens rolle og kompetanse i tilbudet**

Informantene hadde tydelige meninger rundt instruktørens rolle i tilbudet. De ble først og fremst verdsatt fordi de bidro til å skape en trygg og god arena for trening, men informantene beskrev også instruktørens personlige egenskaper som viktig for deres trivsel. Det å ha en relasjon til instruktøren der man ble ivaretatt ble fremhevet som en viktig faktor:

*«Ja, det gjør jeg absolutt! Også synes jeg det er veldig fint når vi er i sal eller i det hele tatt at når vi sier hvordan formen er, eller at vi er i dårlig form så «At sånn i dag så klarer jeg så og så mye, men jeg gjør det» så det blir jeg bestandig møtt med forståelse. (...) Også føler jeg at jeg får hjelp av trenerne til å gjøre ting som passer til meg.» (Kvinne, 80 år)*

Informantene hadde generelt gode erfaringer med instruktørene i tilbudet. I samtalene poengterte flere av informantene at tilbudet var avhengig av dem gjennom deres rolle som ledere av gruppetimene:

*«Med det tilbudet vi har, så ville jeg heller valgt å være her enn uten instruksjon på et annet treningsstudio. Hadde det ikke vært det her, ville jeg tatt min frakk for lenge siden, og det bør jo være signal fra hele gruppa.» (Mann, 86 år)*

*«Ja det betyr jo masse! Det betyr jo egentlig alt! Hvem som ellers skulle hatt kommandoen?» (Kvinne, 74 år)*

Sitatene styrker bildet av at instruktørens rolle ved tilbudet i stor grad handler om å skape trygghet hos deltakerne, samtidig som de skal ha kompetanse på trening for eldre. Hensikten



fra tilbudets side er at det skal skape et godt treningsmiljø der de eldre vil delta. En kvinnelig informant påpekte nytteverdien av denne filosofien:

*«Jeg må si at jeg synes det er veldig trygt, det er både fysioterapeuter her og det er utdannede trenere som vet hva de gjør, og setter oss til å gjøre det. Det føler jeg er veldig trygt.»*  
(Kvinne, 80 år).

*«Hvis jeg skal si noe så, Karin og Maria som vi hadde mest i starten, de var to veldig dyktige representanter for Kurbadet med å få dra oss med på en positiv måte. De møtte oss alltid med et smil, de var sosiale. For det det ble en god start i alle fall her, som gjør at vi nesten er døde eller reist her i fra de som ikke er her lenger. Ja, de skal egentlig ha litt honnør for at tilbudet fikk en god start.»* (Mann, 86 år)

Deltakernes gode forhold til instruktørene fra starten av virker å ha satt sine spor for de som har deltatt lengst i tilbudet. Det å skape en arena der treningen fremstår positiv og deltakerne føler seg sett virker å ha fremmet langvarig deltakelse hos noen av informantene.

- Om vi oppsummerer informantenes syn på instruktørene framheves:
  - Instruktørene er en ressurs som skaper et godt og positivt miljø i treningstilbudet
  - Instruktørene blir verdsatt av informantene fordi de gir tilbudet trygghet
  - Instruktørenes kompetanse på trening førte med seg kvalitet i tilbudet

### **4.3.3 Gruppetrening som sosial arena**

Gruppetrening er en treningsform som naturlig stimulerer til sosial interaksjon. Informantene verdsatte i stor grad det sosiale aspektet med å delta i tilbudet. Det ble også tydelig at sterke bånd har blitt knyttet gjennom flere år sammen på gruppe. Samtalene viste at ikke alle informantene prioriterte det sosiale miljøet som ble dannet, men de verdsatte likevel at man kom sammen og mente dette var viktig for trivselen innad i gruppen. Det sosiale ved å trene i gruppe ble fremhevet i samtalene av flere informanter der sosial ivaretagelse var et kjennetegn:

*«(...) Nei jeg synes jo bare det sosiale med folk teller mye også. Å komme i lag med folk og ha noen å prate med og sånt. Jeg synes det er fint bare det. Ellers er det jo at det at jeg holder meg i form med den trimmen da ... Jeg synes det også er fint å komme ut blant folk litt. En par gang for uka. Ikke det at jeg ikke ellers treffer folk, men jeg liker det godt å komme dit opp og treffe dem og prate med dem.»* (Mann, 89 år)

*«Hos oss i vår gruppe så er det jo flere damer som er enslige, og vi følger litt med hverandre, eller alle gjør det jo «Ja, er du reist bort?» «Er du syk?» Det hender jo at vi ringer for å se og høre at alt er greit liksom.»* (Kvinne, 81 år)

Et interessant funn fra samtalene er at det virket å danne seg et sosialt miljø også utenfor gruppetimene. Her kom de de eldre deltakerne sammen på sine respektive grupper for å dele måltider og hytteturer. Dette skjedde riktignok ikke i alle gruppene, men det virket som flere hadde prøvd. Spesielt de kvinnelige medlemmene var pådrivere for slike tiltak:

*«(...) Det er damene våre som er flinkest til å foreslå ting, møter på en restaurant og spise litt og sånn der. Der er ikke jeg blant de flinkeste, men det er klart at jeg tror nok det har, da snakker jeg ikke på vegne av meg, men de andre, de syns det er godt å komme sammen litt utenom også.» (Mann, 86 år)*

*«(...) Vi prøvde jo med å gå ut å spise, og det gjorde vi de første årene, men vi har ikke greid å organisere det og det var veldig få som møtte. (...) Jeg har hørt at andre grupper her drar og spiser regelmessig. Nå er det jo veldig mange som er gått ut av tilbudet fra de første årene. Det var jo mange mannfolk, men det var jo noen av dem som var holdt på å si bli «utgamle» he-he.» (Kvinne 81 år)*

Dette er tegn på et godt sosialt miljø internt i gruppene som flere verdsatte. Ettersom deltakerne selv skapte arrangementer også utenfor tilbudets tider ble det videre i samtalene drøftet hvordan dette sosiale miljøet oppstår. Da ble gruppesammensetningen ofte nevnt.

### **Gruppesammensetning**

Grunnen til at det sosiale ble verdsatt hos informantene lå hovedsakelig i at gruppene fungerte svært godt sammen. Det ble i samtalene verdsatt at gruppene hadde en relativt jevn fordeling av kjønn, alder og funksjon slik at det ble opplevd et jevnt nivå i gruppen under aktivitetene. Også gruppestørrelse var gjenstand for diskusjon blant informantene. I forhold til de tilgjengelige lokalene var de enige om at gruppene ikke burde være større enn at 15 personer trente samtidig på gruppetimen. Dette ble begrunnet med plass og generell trivsel under øktene. I samtalene ble ofte kjønnsfordelingen i gruppene nevnt som fordelaktig:

*«Det er veldig ålreit, at vi er omtrent halvparten av hvert kjønn, for vi påvirker sikkert. Hadde vi vært bare mannfolk så tror jeg ikke det hadde vært like god trivsel som nå når vi er halvparten av hvert. (...) Så i mitt hode så når jeg ser på hvordan vi møter opp, med 70-80 % fremmøte, så viser det at det er trivsel. At vi er rundt 15 og opp mot alle så bør det ikke være flere og det bør være sånn. Antallet i gruppen er passelig.» (Mann, 86 år)*

Gruppetreningstilbudet har i dag 18 plasser per gruppe tilgjengelig, disse er nesten fulltallige på alle gruppene. Likevel var det sjelden at det møtte fulltallige grupper på hver økt. Blant annet spilte sykdom, ferier og andre avtaler inn på oppmøtet. Det var i dette tilfellet ikke bare

dumt ettersom man da unngikk større kødannelse, som var en kjent frustrasjon ved gruppetrening i mindre lokaler:

*«Ja, nå har det vært mye fravær i vår gruppe, for vi har jo nesten aldri vært fulltallig. Og det er jo sånn at da blir apparatene mer tilgjengelig, det vil alltid være noe som er ledig og man slipper å vente på noe.»* (Kvinne, 81 år)

*«Det synes jeg er bra. (...) Når vi er over ti blir det for trangt å trene der i bassenget. Vi har jo vært oppe i 15 stykker der, men det blir for trangt. Men det trenger ikke bety så mye.»* (Mann, 89 år)

Datamaterialet tilsier at plassmangel sjelden var en utfordring i tilbudet, men er noe som bør overvåkes for å gi stimulerende forhold for deltakerne. Om vi ser gruppetrening som en sosial arena synes det å være positivt å ha slike grupper.

- Oppsummert ser vi at informantene trekker fram:
  - Det sosiale aspektet ved å delta i gruppe er viktig for deres deltakelse
  - Tilbudet har en større andel kvinner, disse var foregangspersoner for å dyrke sosiale relasjoner ved tilbudet.
  - Gruppestørrelser er viktig for kvaliteten. 15 stykker per gruppe fungerte fint
  - Det var verdsatt å ha en jevn fordeling av kjønn, fysisk form og alder på gruppene

#### **4.3.4 Opplevelse av opplegget og aktivitetene**

Jeg valgte å ha et tema under samtaleintervjuene der vi drøftet hvordan de eldre opplevde tilbudet og hvordan de synes treningsformene fungerte. Her ville jeg utforske informanters erfaringer med det å ha faste dager og tidspunkter å trene på. Jeg fikk tidlig inntrykk at nettopp dette var viktig for flere. Det å ha noe fast å forholde seg til gjorde det enklere for mange å kunne planlegge resten av dagen, samtidig som det gjorde at de faktisk møtte ofte og kontinuerlig på treningene. Dette ble fremhevet i samtalene med informantene:

*«Det synes jeg er helt greit. Da vet jeg jo hvordan dager jeg går så slipper jeg å spekulere på det. Så det er fint.»* «Er det slik at jeg har fått time hos legen og sånt så er det klart at jeg skulker. Det må jeg jo gjøre. Ellers tilpasser jeg jo det etter dagen. Om noen hadde spurt om å komme innom på mandagen så ville jeg sagt at da er jeg på trening på kurbadet, så da kan jeg ikke.» (Mann, 89 år)

*«Det er jo det med systematisk trening og det er fast. Faste dager sånn at treningen går foran alt. Det skal veldig mye til, jeg vet ikke helt hva som skulle måttet til for å stoppe det. Så jeg går fast, det er det som gjør det. Jeg har vært sånn fordi det er viktig for meg å være i form. Det er med på å holde meg i giret. Jeg tror det funker best for alle. Min største anbefaling til*

*alle som skal trene: Velg faste dager, skyv alt annet til siden, det er eneste måten.»*  
(Kvinne, 73 år)

Som et kjennetegn ved å bygge gode treningsvaner er rutiner viktig. Gjennom at tilbudet gikk regelmessig synes det å være lettere for deltakerne å ha treningen som en fast rutine. Det virket også som en fordel at tilbudet foregikk på morgenen og formiddagen slik at deltakerne slapp å bruke kveldstiden på å dra på tilbudet.

*«Jeg synes det er veldig greit. For da kan jeg si til folk at nei dette kan jeg ikke fordi skal jeg være der og der. Og dette med å komme og gå og på andre tider, jeg vil jo veldig gjerne begynne tidlig på dagen.»* (Kvinne, 81 år)

Som sitatet viser virker tilbudets faste ukeplan å spille inn på det jevne oppmøtet.

Datamaterialet tilsier at det var lettere for informantene å gå på noe fast og forhåndsbestemt. Den faste ukeplanen ble videre diskutert i samtalene med fokus på hvordan de opplevde de ulike aktivitetene.

### **Aktivitetene i tilbudet**

I tilbudet brukes en fast timeplan som består av tre ulike gruppetimer per gruppe fordelt over to dager i uken (Se vedlegg 5). Gjennom at tilbudet har fem instruktører rulleres det på hvem som har timene fra gang til gang. Informantene fortalte at de så det som en styrke ved tilbudet. Blant annet ble det et mer variert opplegg når forskjellige instruktører hadde timene. De verdsatte også at det var forskjellige treningsformer som ofte hadde ulike øvelser basert på hva som var ukens tema. Et aspekt ved at tilbudet hadde ulike instruktører var at det også ble opplevd forskjell i intensitet og hvor god økten var, basert på hvem som ledet den:

*«Ja, stort sett synes jeg det er veldig greit. Jeg har ingen ting å utsette på noe, men som sagt så syns jeg hun fysioterapeuten som hadde oss sist på tørrtreningen, hun var kjempegod. Jeg sa til henne at denne treningen er den beste treningen jeg har hatt. Altså når det gjelder sånn gymnastikk. Hun varierte sånn, du følte du var med hele tiden.»* (Mann, 89 år)

Informantene ble i intervjuene også spurt om hvordan det var å ha ulike aktiviteter, hvilke aktiviteter de likte best, samt hva som var mest utfordrende for dem å delta på. Her ble basseng og styrketrening ofte fremhevet, mens gymsalen opplevdes mest utfordrende å delta på:

*«Nei som jeg har sagt så er det bassenget som er nummer en, også er det selvfølgelig å trene ellers også. Og ... Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal forklare det, men det er*

*bassentreningen som er det beste syns jeg. Ikke det, det er greit å trene inne med gruppa i gymsalen også, men det er trening i vannet som gjør det best.» (Mann, 89 år).*

*«Nei, jeg synes jo det er kjekt å komme i bassenget og at vi har øvelser der, til og begynne med synes jeg jo det var kanskje ikke så slitsomt, men når du er 86 år så er det fint å være i bassenget og når du går i motstrøm og sånt så merker man jo at man ikke er så sterk lenger så det syns jeg er godt å kunne merke det at det blir en liten utfordring.» (Mann, 86 år).*

I samtalene kom det også frem at deltakerne så verdien av variert trening. Styrketrening i sal var nyttig fordi man hadde litt frihet til å velge øvelser selv, samtidig som det påpekes at deltakerne har bygget opp en god del erfaring med apparatene i salen. Dette virker å ha skapt en selvstendighet som gjør at instruktøren ikke lenger var så aktiv i disse timene.

*«Jeg syns jo styrketreninga er viktig. Nå er jo jeg frisk og har ingen hensyn jeg må ta, det er ingen øvelser som gjør vondt, for å si det sånn. Men jeg syns balanse også er viktig, fordi jeg er litt sånn med balansen.» (Kvinne, 74 år)*

*«Altså inne på apparatrommet, det er kanskje der jeg trives best. Ikke det at de andre aktivitetene ikke er bra for helsa mi, men det er der jeg trives best. Man holder på å sykler, så gjør man det i sitt tempo, det er liksom mer tilpasset mitt lynne, men det er nå meg det da.» (Mann, 76 år)*

- Om vi skal oppsummere ser vi noen kjennetegn hos informantene:
  - Å ha faste dager og tidspunkter var helt avgjørende for kontinuerlig deltakelse
  - Det var fordelaktig at treningen foregikk på morgenen eller formiddagen
  - Det var viktig å ha kompetente ansatte for å skape trygghet
  - Spesielt bassentrening og styrketrening var høyt verdsatt som treningsformer

#### **4.3.5 Innvirkning på helsen**

Et interessant tema som ble uttrykket mye under intervjuene var deres ønske om å fortelle hvordan tilbudet hadde påvirket deres fysiske eller psykiske helse. Flere av deltakerne kunne her fortelle at de merket bedring i form gjennom økt fysisk styrke. Dette kom ofte til uttrykk gjennom mestring av øvelser som opplevdes tung i starten, samt økt styrke i bein og armer fra tidligere målinger.

Det ble her sett et skille i gruppen. En del av informantene fortalte at de ikke opplevde bedret fysisk form, men de beskrev dette som forventet grunnet høy alder og var mer opptatt av opprettholdelse av funksjon. Dette var ofte kjennetegnet hos de informantene som var passert 85 år. Det ble fortalt om en merkbart svakere balanse ettersom man ble eldre, likevel følte de at tilbudet gjorde at de fikk opprettholdt en del av denne egenskapen. Flere fortalte også om

en tro på at tilbudet hadde en positiv innvirkning på helsa generelt, selv om de hadde utfordringer med å beskrive dette konkret. Det fysiske aspektet var uansett i sentrum når informantene delte sine betraktninger rundt helseeffekt:

*«Ja, det er som han som sa det sist trening, at «hva det hadde vært om jeg ikke hadde gått på dette», så jeg føler vel at jeg må si som han. Hva hadde det vært om jeg ikke hadde trent ... Det svaret får vi vel aldri. For det vet jeg ikke nei, men jeg tror at det hjelper på helsa mi ... Det har holdt meg i fysisk form og at jeg klarer å gå hurtig over gulvet, balansen er jo elendig men jeg har i alle fall litt balanse. Så jeg tror absolutt det har hjulpet meg.» (Mann, 86 år).*

*«Ja... det jeg vil jo tro at jeg er nok sterkere både i armene og i beina også balansen vil jeg tro er bedre. Men nå har jo jeg hatt ikke sånne plager, så vet jeg at det var øvelser til å begynne med som jeg ikke fikk til, som jeg får til nå. Så at det gjøre noe med helsa, det er jeg ikke et øyeblikk i tvil om! Også var det det at når vi mistet sønnen vår, det å komme tilbake til treninga vår, det var tøft, men det var godt.» (Kvinne, 74 år).*

Flere av informantene fortalte at de var bevisste på hvilke fordeler tilbudet hadde gitt dem, spesielt ettersom de ble eldre. Et interessant aspekt var innvirkningen treningen hadde på det mentale. Noen av informantene nevnte dette under samtalene. Det å ha positive og gode opplevelser ved fysisk aktivitet gjorde at man følte seg ung:

*«Det føler jeg absolutt, og jeg føler meg yngre når jeg holder på her. Så absolutt at jeg... Jeg er veldig glad for at vi har et sånt tilbud å gå på. Absolutt.» (Kvinne, 90 år).*

- Noen holdepunkter fra informantene er at:
  - Det var en godt innarbeidet forståelse av at trening er godt for deg
  - De opplevde at treningen spilte inn på helsen. De opplevde også sin egen helse som god både fysisk og psykisk.
  - De ga uttrykk for at tilbudet hadde vært viktig for å opprettholde/øke deres fysiske form

#### **4.3.6 utfordringer ved tilbudet**

Etter å ha kartlagt hvilke tiltak som har fungert for deltakerne var det også av betydning å drøfte hvilke utfordringer informantene opplevde ved å delta på tilbudet. Transport var her et gjentakende tema som informantene ønsket å snakke om. Det var en kjent problemstilling ettersom ikke alle deltakerne hadde sertifikatet og det å delta i aktiviteter regelmessig derfor kan medføre utfordringer. Flere av informantene fortalte om vanskeligheter med å komme seg på treningen ettersom de bodde et stykke unna eller at de ikke hadde bil eller bilsertifikatet

lenger. Det viste seg likevel at de var løsningsorienterte. En løsning var derfor å samkjøre og lage ukentlige avtaler slik at de klarte å stille:

*«Jeg bor jo i Tromsdalen og vi er to venninner som kjører i lag og jeg kjører med hun. Sitter på med hun og alt det der. Noen ganger så tar jeg bussen så... Nei det har vært veldig okei.»*  
*«Det er sånn at ene kjører ene uken, så kjører annen andre uka så det er veldig bra... Jeg vet hvert fall noen som bor bort ved Gimle og sånn og de kjører liksom hver sin uke.»* (Kvinne, 80 år)

Dette viser at deltakerne verdsatte tilbudet gjennom forarbeidet de gjorde, bare for å møte opp. De var villig til å bruke mye energi og tid på å delta i tilbudet. Gjennom at de hadde deltatt i tilbudet lenge virket det som de også hadde bygget gode sosiale relasjoner som kunne hjelpe dem med blant annet transport. Her viste utfordringene seg å være store. Dette ble tydelig under en samtale:

Intervjuer: *«Du snakket om det å ta drosje til trening, hvor lenge har dere gjort det?»*  
*«Nei, det har vi gjort siden jul, for da sluttet jeg å kjøre. Jeg var den som hadde kjørt lengst, og på den tiden kjørte vi en gang hver»*

Intervjuer: *«Så dere samkjørte før?»*  
*«Ja, også var det et par til som også kjørte på meg, men nå er det ene død og den andre sluttet.»*

Intervjuer: *«Dere møter en del utfordringer ved å være med i tilbudet?»*  
*«Ja, altså vi vil jo gjerne være med på det, jeg er sikker på at jeg holder meg friskere av det.»* (Kvinne, 90 år)

Flere opplevde liknende utfordringer med å delta i tilbudet, men fant en måte å delta likevel. En annen informant visste om damenes historie med å ta taxi, og kjente selv til utfordringene med å delta i tilbudet når transportalternativene begynte å minke. Han følte seg til bry når han nå måtte spørre andre om hjelp:

*«Det ble jo mer tungvint, fordi jeg pleide jo å kjøre selv, men etter at man mistet sertifikatet så må andre kjøre og det er litt plagsomt synes jeg. Å be andre kjøre meg dit... men det er jeg ikke alene om, jeg vet de to eldste der. De damene som går på mandagene... De har plagdes og måttet ta drosje. De klager på at det er blitt så dyrt og at de må slutte. Og det syns jo jeg er synd at det ikke skal være noe... men det er så, man kan jo ikke forlange alt..»* (Mann, 89 år)

- Oppsummert viser datamaterialet noen klare utfordringer:
  - Det er en stor og reell utfordring å delta ukentlig på tilbudet grunnet transport.

- Informantene var løsningsorienterte med transport ettersom gruppetreningstilbudet opplevdes viktig å delta på.

#### **4.4 Diskusjon av funn**

Studiens presenterte resultater fra spørreskjema viser en generelt god helse relatert livskvalitet hos deltakerne. Funnene fra de kvalitative dybdeintervjuene viste også indikasjoner på dette og ga samtidig noen nøkkelfaktorer som vil drøftes videre. Jeg vil videre i dette kapitlet diskutere resultatene for denne studien i lys av teori og tidligere forskning på feltet. Til slutt fremhever studien noen oppsummerende drøftinger av arbeidet.

#### **4.5 Diskusjon av kvantitative funn**

I henhold til tidligere presentert teori viser resultatene av spørreskjemaet at utvalget hadde en høy score på RAND-36. Under er resultatene fra de åtte ulike kategoriene sammenlignet med tidligere undersøkelser gjort på den norske befolkning innenfor samme aldersgruppe.



Tabell 7: Sammenligning av resultater fra RAND-36 og SF-36. Gjennomsnittscore fra studiene presenteres.

Denne studien er nevnt først. Scorene merket med \* er ikke sammenlignbare med andre scorer grunnet andre utregningsmetoder ved SF-36 enn ved RAND-36.

<b>Kategori:</b>	<b>Sande, 2018 (RAND-36)</b>	<b>Brovold, 2007 (SF-36)</b>	<b>Jacobsen, 2017 (SF-36)</b>	<b>Loge &amp; Kaasa, 1998 (SF-36)</b>
<b>Fysisk funksjon</b>	80.63 (n=38)	55 (n=53)	78.90 (n=674)	65.55 (n=211)
<b>Fysisk rollefunksjon</b>	87.14 (n=38)	-	65.80 (n=675)	44.75 (n=197)
<b>Kroppslige smerter</b>	72.17 (n=38) *	61 (n=53)	66.60 (n=682)	64.45 (n=221)
<b>Generell helse</b>	69.32 (n=37) *	61 (n=53)	70.90 (n=640)	65.00 (n=187)
<b>Vitalitet</b>	72.89 (n=38)	44 (n=53)	62.50 (n=672)	56.25 (n=212)
<b>Sosial funksjon</b>	91.45 (n=38)	70 (n=53)	87.50 (n=680)	78.20 (n=227)
<b>Emosjonell rollefunksjon</b>	92.98 (n=38)	-	86.40 (n=663)	64.60 (n=191)
<b>Mental helse</b>	89.26 (n=38)	70 (n=53)	83.40 (n=666)	79.70 (n=203)

Som vi ser i tabellen er scorene fra denne studien høye sammenlignet med et utdrag andre arbeider gjort på eldre i Norge. Utvalget i denne studien scorer høyere på alle kategoriene unntatt på generell helse. Dette indikerer at det undersøkte utvalget opplever en høy helsereelatert livskvalitet.

Ved diskusjon av disse funnene er det viktig å ha kjennskap til de ulike forutsetningene ved de presenterte studiene. Flere av studiene som sammenlignes er befolkningsstudier der utvalgene ikke har gjennomført noe strukturert treningsprogram eller gjennomgått noen intervensjonsperiode. Hensikten ved disse undersøkelsene har vært å kartlegge helsereelatert livskvalitet hos den aktuelle målgruppen, i likhet med denne studien.

Det er også viktig å påpeke at spørreskjemaet som benyttes baseres på en subjektiv forståelse av god helsereelatert livskvalitet. Dette er selvrapportert av utvalget i alle studiene, som gir grunnlag for at scorene kan sammenlignes. Resultatene fra denne studien kan ikke si om

regelmessig fysisk aktivitet i gruppe har en effekt på helse relatert livskvalitet, men det kan sies på generelt grunnlag at utvalget som ble undersøkt målte høye verdier på kategoriene i RAND-36.

Resultatene fra Jørgensen (2009) studie på BONUS-deltakerne viste ingen signifikant forskjell pre- og post-test på SF-36. Hans utvalg besto også av medlemmer fra BONUS-tilbudet. Det kan derfor være av relevans å sammenligne testscorene gjort den gangen. I Jørgensens forskning ble kun scorene fra kategorien fysisk funksjon presentert, her scoret kvinnene 78,47 (n=36), mens mennene scoret 77,65 (n=22). Sammenlagtscoren på fysisk funksjon viste derfor 78,15. Sammenlignet med resultatene fra denne studien ser vi en relativt lik, men noe høyere score. Kvinner scoret 81.49 (n=29), mens menn scoret 77.84 (n=9).

Det er ulike måter å tolke disse resultatene på, men jeg vil fremheve noen refleksjoner rundt utvalget i de to studiene. Blant annet viser Jørgensens resultater en stor intern forskjell i score mellom gruppene som undersøkes. A-gruppen scorer eksempelvis betydelig lavere enn resten av utvalget (59.33). I mitt utvalg var det kun tre deltakere fra den samme gruppen der de eldste deltakerne er med. En annen faktor er at gjennomsnittsalderen mellom utvalgene i de to studiene er ulike. Gjennom at denne studien har betydelig eldre deltakere vil sannsynligvis scoren bli lavere som en naturlig konsekvens av økt aldring og svekket funksjon. I Jørgensens studie var gjennomsnittsalderen på utvalget 73.74 år. I min studie var gjennomsnittsalderen 79.1 år. Likevel scoret utvalget i denne studien høyere på kategorien *fysisk funksjon* enn den tidligere studien.

Denne studien valgte å ha klare inklusjonskriterier ettersom man ønsket å undersøke en konkret målgruppe. Det vil derfor være en naturlig konsekvens at studien ikke kan uttale seg om andre enn tilbudets deltakere. Det ble bestemt at studien ikke skulle ha noen eksklusjonskriterier i forhold til helse, ettersom mange eldre har en form for helseplage ved økt alderdom. En styrke ved studien er at det var en lav frafallsprosent, som øker validiteten (Ringdal, 2013). Frafallet var størst hos de kvinnelige deltakerne i tilbudet. Ettersom utvalget besto av deltakere i et gruppetreningstilbud er det naturlig å tro at resultatene ikke nødvendigvis kan relateres til skrøpelige eldre, eldre som er bosatt på sykehjem eller eldre med hjelpebehov.

## 4.6 Diskusjon av kvalitative funn

Etter å ha gjennomført og analysert den kvalitative datainnsamlingen har jeg valgt å konkretisere noen av kategoriene fra resultatkapittelet slik at de klare kjennetegnene hos utvalget blir fremhevet. Dette er gjort for å kunne drøfte det jeg mener er gjentakende funn hos informantene i studien. Dette er de fire faktorene jeg ser som nøkkelfunn;

- Muligheten til å opprettholde fysisk form
- Muligheten til å dyrke sosiale relasjoner og ha gruppetilhørighet
- Verdsetting av tilbudets opplegg – Tett oppfølging og varierende aktivitet
- utfordringer knyttet til deltakelse

### **Muligheten for opprettholdelse av fysisk form**

Deltakerne ved gruppetreningstilbudet var samstemte i hva de verdsatte mest med tilbudet og hovedgrunnen til at de deltok. Det var avgjørende at tilbudet sørget for at de kunne opprettholde eller øke fysisk form gjennom den regelmessig aktiviteten. Deltakerne uttalte at de ble motiverte av å være i god fysisk form og poengterte dette gjennom å beskrive hvilken innvirkning tilbudet hadde hatt på helsen. Lignende funn har også blitt poengtert av Henwood m.fl. (2011) studie der eldre personer deltok i treningstilbud.

I relevans til fysisk form viser en del av funnene relasjoner til Merleau-Pontys teori.

Informantene uttalte blant annet at gleden av å gå på trening ble sett i lys av hva det gjorde for kropp og sjel. De forsto at fysisk aktivitet hadde som mening å skape en friskere kropp, dette er slik Merleau-Ponty (1994) beskriver det, en måte å skape mening gjennom bevegelse.

Merleau-Ponty mente også at kroppens opplevelser bestemmer hvordan vi forstår og opplever verden. Dette tolkes både gjennom positive og negative kroppslige opplevelser mennesket har hatt. I et positivt perspektiv viser sitatene nytten de eldre har av å være i aktivitet. Det beskriver også hvilken innvirkning det har på helsen deres. Informantene gjennomfører derfor treningen med glede når de selv opplever positive kroppslige opplevelser. I presentert datamateriale fra kategorien «innvirkning på helsen» var informantene også klare på at tilbudet hadde påvirket deres helse positivt. Dette ble ofte beskrevet gjennom fysiske endringer der økt styrke ofte ble brukt som eksempel. Dette blir i litteraturen beskrevet som en kjent effekt ved trening (Zubala, 2017).

Analysen viste at det ble opplevd som stimulerende delta fordi gruppesammensetningen var god. Ved at deltakerne hadde omtrent samme funksjonsnivå ble nivået jevnt og de følte at det var like sprek som resten av gruppen. I tillegg kunne de som trengte det få tilpassede øvelser. Hvis det følte som gruppen ikke hadde jevnt nivå på deltakerne opplevdes dette lite motiverende:

*«(..) Når jeg begynte ved dette, så var det litt for dårlig fart i gruppen jeg kom i, så jeg fikk en avtale med de om at jeg snakket med treneren om å ha litt fart også kunne de heller stoppe opp de, som ville ha litt mindre fart. Vi er jo forskjellig så det har funket mye bedre.»*  
(Kvinne, 73 år).

Det var derfor viktig at tilbudet hadde gode rutiner for hospitering og et system for å vurdere deltakeres funksjonsnivå slik at de med best fysisk form fortsatt ble stimulert og ønsket å delta. Som sitatet viser kan det være en utfordring for tilbudet å tilrettelegge for alle. Når flere av deltakerne har gått over fem år sammen så vil sannsynligvis funksjonsnivå endres i varierende grad fra person til person. Gruppetreningstilbud bør derfor ha evne til å flytte deltakerne i mellom gruppene dersom det oppstår et sprik i funksjonsnivå.

### **Muligheten for å dyrke sosiale relasjoner og ha gruppetilhørighet**

En faktor som ble fremhevet ofte av informantene var det sosiale aspektet ved å delta i gruppetrening. De fremhevet et sterkt samhold i gruppen gjennom at de var i samme alder og hadde vært en del av gruppen over flere år. Dette ble tydeliggjort ved at deltakerne fulgte opp hverandre på en ukentlig basis. Om noen var borte fra trening en periode pleide de andre å ta kontakt for å sjekke om ting gikk fint. Funnene fra datamaterialet samsvarer med Zubala m.fl. (2017) forskning som også påpekte tilbudets evne til å skape sosiale relasjoner og at treningsglede ble verdsatt hos utvalgene.

Informantene fortalte at de nesten følte et press fra de andre i gruppen på å møte på treningen. Dette skapte et positivt og aktivt miljø i gruppen der frafallet var lavt. Informantene snakket om at det sosiale ved tilbudet i sammenheng med fastsatte treningsdager gjorde at man følte en tilhørighet som medlem. Dette fremstår som en klar styrke ved tilbudet. Flere av informantene uttalte også at de satte pris på å ha noe fast å gå på som skapte en struktur i hverdagen og fylte den med noe annerledes.

Informantene mente selv mye av samholdet og det sosiale aspektet ved gruppetreningen ble dannet gjennom at tilbudet deler inn i grupper basert på lik alder, funksjonsnivå og at man

fikk trene sammen ofte. Det var viktig å føle at man deltok på noe og sosiale relasjoner ble sett på som et viktig element å ivareta i hverdagen til informantene. Gleden av å gå på trening ble i hovedsak sett på i lys av hva det gjorde for kroppen, men som funnene viser ble også flere mentale aspekter stimulert. Dette ble også beskrevet i (Granbo m.fl., 2015) der opplevelsen av gruppetilhørighet og at det var nærmiljøaktivisering ble verdsatt. De opplevde også at tilbudet påvirket hverdagslivet på en positiv måte

Flere uttalte i intervjuene at det var lettere å binde relasjoner fordi deltakerne på gruppen hadde hatt mange erfaringer sammen. Det ble også uttalt at gruppene ikke måtte bli for store da dette ville medføre køståing. Samtidig sa de eldre at de følte det var et jevnt nivå på selve treningen og dette fremsto motiverende.

### **Verdsetting av tilbudets opplegg – tett oppfølging og varierende aktivitet**

Deltakerne vektla betydningen av at det var instruktører ved tilbudet. Dette gjorde at man fikk en god kvalitet på treningen og at det ble et variert opplegg. I Granbo m.fl. (2015) studie ble lignende funn fremhevet. Der påpekte utvalget at kvaliteten på tilbudet økte gjennom instruksjon. Deltakerne uttalte at det ble sett og ivaretatt av instruktørene, dette skapte trygghet og senere en selvstendighet hos de eldre i treningshverdagen. Deltakerne opplevde at instruktøren var oppmerksom både på dem selv og gruppen som helhet. De verdsatte å få forståelse for plager og eventuelle sykdomsperioder de hadde vært gjennom slik at de ikke følte de måtte prestere hver gang de kom. De satte pris på å få vist øvelser og det å få oppfølging av det de opplevde som kompetente instruktører.

Det har også i tidligere forskning blitt påpekt hvilken viktighet oppfølging og kyndig veiledning instruktører har for at eldre skulle delta i treningstilbud (Burton m.fl., 2017). Også Brawley, Rejeski, og King (2003) og Stødle og Lid (2013) studier peker på at de eldre trenger en omsorgsfull og trygg oppfølging der sosial støtte er avgjørende for deltakelsen.

Ved at informantene i denne studien var innforstått med sine fysiske utfordringer knyttet til en erfaren kropp ble det positivt fremhevet at instruktørene ved tilbudet hadde en positiv og forståelsesfull tilnærming ovenfor dem. Viktigheten av å bli møtt med en forståelse over at kroppen ikke føltes så god i dag, eller at enkelte øvelser kunne medførte smerter var høyt verdsatt. Denne forståelsen bør fremstå som særdeles viktig for fremtidige tilbud å vektlegge. Informantenes uttalelser kan her sies å samsvare med Merleau-Ponty (1994) teori som beskrev menneskekroppen som levd og erfarent gjennom et langt liv.

Mennesket lærer seg å kjenne egen kropp gjennom erfaringer og danner seg en ny livsverden basert på hvordan kroppslige erfaringer det har, samt hvordan det opplever sykdom eller skader som kan virke hemmende i hverdagslige gjøremål. Merleau-Ponty mener dette også påvirker mennesket mentalt, ettersom den menneskelige kroppen ikke kan ses på som en objektiv og separat del av mennesket.

Flere i utvalget poengterte fordelene ved at tilbudet hadde varierte treningsformer. Gjennom at instruktørene rullerte på øktene fra uke til uke samtidig som treningsformene ikke var lik hver gang opplevde de eldre gruppetreningen som motiverende og gøy. Bassengtreningen ble verdsatt høyest hos mange i utvalget fordi de kunne ta seg ut og bruke kroppen på en skånsom måte, samtidig som bassenget var behagelig. Denne treningsformen virket å bli spesielt verdsatt av de eldre i utvalget og bør prioriteres i fremtidige tilbud.

Informantene uttalte flere ganger hvor flott det var at tilbudet hadde faste dager og tidspunkt å forholde seg til. Dette gjorde at de prioriterte gruppetreningen på dagene det gjaldt, fremfor andre ting. Det ble også beskrevet som lettere å delta regelmessig sammenlignet med andre tilbud og hjemme-trening som de hadde prøvd tidligere. Tidspunktene kunne oppleves som utfordrende innledningsvis, men etter en innkjøringsperiode var informantene stort sett fornøyde med sin ukeplan. Her virker informantene innforstått med kravene for å delta i tilbudet og dermed er forutsetningene tydelige både for ansatte og deltakere.

### **Utfordringer knyttet til deltakelse**

Det ble i intervjuene drøftet hvilke utfordringer deltakerne møtte ved deltakelse i tilbudet. Det kom tydelig fram at transport var hovedutfordringen for mange av de eldre. Som en konsekvens av økende alder hadde flere i utvalget opplevd å miste sertifikatet eller å ikke ha tilgang på en god transport løsning i sitt nærområde. Dette ble sett på som svært frustrerende og ikke holdbart i lengden. Likevel fortalte informantene at de var svært løsning orienterte og villige til å strekke seg langt for å fortsette i tilbudet.

Funnene viste at flere i utvalget betalte taxi to ganger i uken for å møte opp på tilbudet. Dette sier på mange måter hvilken posisjon tilbudet har i hverdagen til flere av deltakerne. Det å ta taxi ble beskrevet som en siste utvei og en dyr løsning som ikke var forsvarlig i lengden. Likevel hadde de gjort dette mye den siste tiden. For andre var løsningen å samkjøre med

andre deltakere eller bekjente for å delta i tilbudet. Her viste det seg at de på noen grupper hadde laget gode rutiner internt for å sørge for at alle kom seg på treningen. Likevel må det ses på som en stor utfordring for tilbudet å tilrettelegge for deltakelse blant eldre som har en avstand til treningssenteret. Dette bør helt klart legges en plan for ved fremtidige tilbud.

I selve tilbudet ble det ikke poengtert spesifikke utfordringer ved aktivitetene. De fleste informantene opplevde at de mestret de fleste aktivitetene på en god måte. Mest utfordringer var knyttet til gymsalaktiviteten. Denne aktiviteten innebar ofte hurtig gange, ligging på matte eller andre bevegelser som de eldre kunne oppleve som utfordrende.

I forhold til Merleau-Pontys teori ser man at kroppslige opplevelser også kan skape negative oppfatninger om egen kropp (Merleau-Ponty, 1994). Informantene så på seg selv som friske, men med noen småplager. Det fremsto likevel som de benyttet sine tidligere kroppslige erfaringer til å være løsningsorienterte. Gjennom mye erfaring med tilpasset trening hadde de funnet løsninger for å unngå smerter og negative kroppslige opplevelser i øvelsene de gjennomførte, slik at treningen opplevdes relativt smertefri. De kjente bevegelsesmønstrene ved aktivitetene og kunne derfor gjøre avveininger om egen kropp mestret dette. Dette kan bli sett på som en måte å opprettholde positive opplevelser i møte med tilpasset fysisk aktivitet.

Det var i intervjuprosessen tydelig at informantene selv var opptatt av at disse småplagene var «naturlig» for alderen. Gjennom å ha levd lenge var det naturlig med en erfaren kropp. Informantene opplevde ikke fysiske hemninger i treningen i den grad at de følte at de ikke mestret oppgaven. Noen påpekte at gymsaltreningen var en arena der noen kroppslige utfordringer kunne forekomme, men de hadde en aksept for dette og var tilpasningsdyktig. I et fenomenologisk perspektiv kan dette sies å være et typisk kjennetegn der individet har forståelse for at man har en levd kropp som ikke kan handle på lik linje med alle andre.

I denne sammenhengen ble instruktør benyttet for å få alternative øvelser som gjorde treningen gjennomførbar og stimulerende for deltakerne. Det fremstår som en utfordring for tilbudet å klare å tilrettelegge for alle, og dette beskriver litt av den utfordringen instruktører har med å skape et motiverende miljø både for de sterkeste og de svakeste i en gruppe.

## 5 Oppsummering av funn og konkluderende refleksjoner

### 5.1 Avsluttende metodediskusjon

Denne studien benyttet en trianguleringsmetode. Dette vurderes som en styrke ved studien fordi man fikk undersøkt både hvilken helserelatert livskvalitet utvalget opplever, samtidig som individuelle intervjuer ga studien dybde. Studien gir dermed et unikt innblikk i erfaringer deltakerne ved tilbudet har, og hvordan de opplever og beskriver sin livskvalitet. Studien vil derfor argumentere for at det var mest hensiktsmessig metodisk å benytte både en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming for å gi forskningen dybde i møte med et unikt utvalg eldre.

Ved bruk av det standardiserte spørreskjemaet RAND-36 fikk studien kartlagt medlemmenes helserelaterte livskvalitet på en enkel måte. Deltakerne i studien stilte seg positiv overfor spørreskjemaet, det ble også drøftet i hvilken grad skjemaet var av nytte og relevans for å tolke deres livskvalitet. Her mente noen at spørreskjemaet ikke klarte å gjenspeile deres reelle livskvalitet. Det er også drøftet utfordringer rundt bruk av SF-36 på eldre personer (Loge & Kaasa, 1998). Likevel mener jeg spørreskjemaet var den mest nyttige tilnærmingen for å undersøke livskvaliteten til utvalget grunnet arbeidsmengden og kostnadene dette medførte.

De uformelle dybdeintervjuene ble benyttet for å få innsikt i erfaringer ved tilbudet. Det argumenteres for bruk av uformelle intervjuer gjennom at en fikk mer åpne og utdypende intervjuer med informantene enn hvis det hadde vært hatt vært helt konkrete spørsmål som utvalget hadde svart på. Det er vanskelig å si konkret hvordan den uformelle tilnærmingen ovenfor informantene fungerte ettersom det var ulike personer innad i utvalget, der noen var korte og konsise i intervjufasen, mens andre hadde mange betraktninger å dele.

Det ble bestemt at åtte informanter ville være tilstrekkelig. Samtidig ville det gi en stor nok mengde data å analysere slik at problemstillingen skulle være mulig å få besvart. Etter å ha gjennomført disse dybdeintervjuene vil jeg si at studien fikk en tilstrekkelig mengde data. Samtidig er det mulig å argumentere for at man kunne intervjuet flere, men jeg mener det ikke var hensiktsmessig ettersom flere av begrunnelsene ble gjentakende etter hvert. Ved å ha et utvalg som fremsto relativt beskrivende for gruppen vil denne studien kunne si mye om hvilke tiltak som har gjort medlemmene i tilbudet selvstendige lengre, hvilke tiltak som har blitt verdsatt.



Studiens intensjon var at funnene ved kvalitative intervjuer hovedsakelig skal vurderes mot intern validitet, men at man kan sammenligne noen av funnene opp mot tidligere forskning på feltet. Et aktuelt bias som kan ha oppstått i intervjuene er at noen ble intervjuet hjemme, mens andre ble intervjuet i treningslokalene de benyttet. For å styrke den interne validiteten er resultatene fra denne studien blitt presentert for utvalget før utgivelse.

Studien kan ikke svare på om funnene er representativt for alle som deltar i gruppetreningstilbudet, men deltakerprosenten kan ses på som tilfredsstillende og man kan anta at det er en viss tendens i funnene. Det er likevel ikke mulig for meg å si om funnene er representativt for hjemmeboende pensjonister bosatt i Tromsø. Studiens bruk av tverrsnittdesign ved kvantitative spørreskjemaer kan drøftes, men hensikten i kvantitativ datainnsamling var hovedsakelig å kartlegge deres livskvalitet. Det kan drøftes i hvilken grad det er en mulig svakhet at det ikke er benyttet en intervensjon eller longitudinell metode der spørreskjema kunne blitt brukt for å måle effekten av tilbudet på utvalget.

### **Kritisk vurdering**

I studier som har en metodisk triangulering står forskeren ovenfor flere utfordringer ettersom det er en rekke mulig feilkilder må tas hensyn til i forskningsarbeidet. For forskning som benytter spørreskjema i et tverrsnittdesign er det viktig å fremheve at feilkilder kan oppstå gjennom at de med selvopplevd lavere livskvalitet sannsynligvis ikke er så motiverte til å delta i studier som kartlegger deres livssituasjon. Et typisk eksempel kan være at mange fra en konkret gruppe ikke deltar og dette kan skape utvalgsskjevhet. Dette kan gi et feil bilde av utvalget dersom kun de med høyere livskvalitet deltar.

Med hensyn til dette kunne studien gjerne hatt en enda større deltakelse fra den eldste gruppen i tilbudet (A+-gruppen), da dette sannsynligvis kunne gitt et enda mer reelt bilde på den helserelaterte livskvaliteten hos hele utvalget. Det ville også vært ønskelig med flere menn i studien for å skape en jevnere fordelt utvalg. Dette kan ha påvirket resultatene i den grad at det er vanskelig å få signifikante forskjeller mellom kjønn. Det kan også argumenteres for at studien kunne samlet inn mer bakgrunnsdata eller hatt et eget bakgrunnsopplysningsskjema. Da kunne man i tillegg kartlagt deltakernes sykdomshistorie, yrkesliv og utdanningsnivå for å skape et mer nyansert bilde.

I den kvalitative metodedelen er det av betydning å drøfte i hvilken grad intervjueren kan påvirke informantene til å fortelle det forskeren ønsker. Blant annet hvordan forskeren som

intervjuer opptrer og tolker informantene kan være en aktuell feilkilde i datainnsamlingen. Under innsamlingen av data ble det gjort et grundig forarbeid og under intervjuprosessen ønsket jeg å bekrefte konkrete utsagn fortløpende hos intervjuobjektet slik at misforståelser ikke skulle oppstå unødvendig. I datainnsamlingen må man også ta hensyn til hvor intervjuene foregår, i hvilken setting de er i, og hvordan forsker stiller spørsmålene. Alle disse faktorene kan være med å påvirke informanten i et dybdeintervju.

## **5.2 Sentrale funn og resultater**

Hensikten ved denne studien var å undersøke hvilken helserelatert livskvalitet medlemmer i gruppetreningstilbud opplever. Studien undersøkte også hva en gruppe med erfarne eldre informanter opplevde som viktig for å delta i gruppetrening. Denne typen forskning fremstår sjelden i nasjonal sammenheng på området. Det er tidligere gjort ulike intervjugrupper og oppfølgingsstudier på eldre, men det har ikke blitt funnet arbeider gjort på selvstendige, hjemmeboende eldre som selv betaler for et gruppetreningstilbud.

Kartleggingen av helserelatert livskvalitet tyder på at utvalget opplever en god helserelatert livskvalitet. Disse positive funnene viste seg å samsvare i en del av de personlige dybdeintervjuene der de uttrykte en positiv tilnærming til aktivitet og livet generelt. De eldre mente i stor grad at helserelatert livskvalitet handlet om å ha en hverdag uten større smerter som opplevdes hemmende. Mentalt virket fraværet av negative og depressive tanker viktig for å oppleve en høy livskvalitet i godt voksen alder.

Den kvalitative undersøkelsen viser tydelig hvilke faktorer som bør vektlegges ved fremtidige aktivitetstilbud for eldre. Funnene fra de kvalitative dybdeintervjuene peker på at et slikt tilbud bør ha oppfølging, kyndig personell og faste tidspunkter for å få en kontinuerlig deltakelse. Det er også et interessant funn at transport er en utfordring som det sannsynligvis legges for lite vekt på når eldre hjemmeboende skal aktiviseres av ulike tiltak.

Som tidligere forskning påpeker er det ikke mulig å si konkret hva slags fordeler man kan oppnå ved å være i fysisk aktivitet ettersom dette ofte avhenger av tidligere aktivitetsnivå. Det er likevel viktig for eldre å aktivisere seg selv både for å opprettholde fysisk form, men også det å holde seg selvstendig i eget hjem lengst mulig. Disse funnene viser at norske eldre i så grad kan se verdien i å opprettholde fysisk form og funksjon gjennom å delta i regelmessig fysisk aktivitet.

Studien viser også at det er behov for tilpasning og tilrettelegging for å aktivisere eldre på en god måte. For å fremme slike tiltak bør både kommunale og private aktører se muligheter og verdier som ligger i å aktivisere den eldre befolkningen. Slike tiltak må skje på flere arenaer. Blant annet kan sannsynligvis sykehjem og kommunale tjenester legge mer til rette for å samle de eldre for treninger i grupper ettersom det stimulerer både sosiale og fysiske aspekter på en god måte.

### **5.3 Studiens relevans**

For å drøfte hvilken relevans studien har er det viktig å tydeliggjøre at det ikke er kvalitative studiers direkte målsetning å skape generaliserende kunnskap på lik linje med positivismen og kvantitative studier (Kvale & Brinkmann, 2009). Overførbarhet kan i kvalitative studier være mer påvirkelig i vår tolkning av data og våre argumenter for å bruke disse i andre sammenhenger eller kun på lokalt nivå (Thagaard, 2009).

Denne studien hadde innledningsvis et større utvalg som gjennomførte et spørreskjema som i større grad har mulighet for å generalisere. Dette var likevel ikke studiens hensikt. Ettersom man ønsket å gå i dybden ble utvalget i studiens andre innsamlingsprosess minsket. Thagaard (2009) påpeker blant annet viktigheten av å ikke ha for store utvalg ved kvalitative studier, da det kan bli utfordrende å gå i dybden hos utvalget, spesielt i en analysefase.

Denne studien vil sannsynligvis være mest overførbar til treningsprogrammer der målet er å aktivisere eldre over lengre tid. Andre treningsintervensjoner der eldre deltar kan sannsynligvis trekke ut viktige kjennetegn med tanke på tilrettelagte tiltak som virker stimulerende for deltakere. Treningstilbud som er nylig oppstartede må drøfte i hvilken grad de kan dra overførbarhet til denne studien gjennom at deltakerne her har vært med i en årrekke og kan ha andre preferanser enn utrente eldre.

Likevel kan studien gi gode råd i forhold til retningslinjer og tips for fremtidige treningstilbud. Resultatene fra denne studien vil i slik grad være viktig kunnskap for helseorganisasjoner og treningstilbud som ønsker å skape aktive og selvstendige eldre. Også andre som er interessert i kunnskap og kompetanse rundt Eldres deltakelse i trening kan få nytte av denne studien.

## 5.4 Konklusjon

Målsetningen med denne studien var å få en dypere kunnskap rundt hva eldre verdsetter ved et gruppetreningstilbud, samtidig som studien kartla en gruppe eldre personers helserelaterte livskvalitet. Tanken er at man med denne kunnskapen skal kunne legge mer til rette for å aktivisere den eldre befolkningen på en stimulerende måte gjennom treningstilbud.

De kvalitative funnene viste at informantene hadde svært mange positive erfaringer med tilbudet. Det viktigste for informantene var at gruppetreningen holdt deltakerne i god fysisk form. Det sosiale med gruppetrening var også høyt verdsatt. Tilbudets opplegg var en nøkkel for informantene. Det ble positivt fremhevet at det var faste tidspunkter å gå på, instruktører ved tilbudet med kompetanse, og i tillegg en god variasjon mellom gymnastikk, basseng og styrketrening i løpet av uka. Det ble også gjort et funn på negative erfaringer, dette gjaldt transport til og fra treningstilbudet.

I selve gruppetreningen ble bassengtreningen fremhevet som utvalgets foretrukne treningsform. Det ble poengtert at nytten av bassengtrening ble mer fremtredende med økende alder, der deres plager ikke ble like hemmende for aktivitet. Dette er et argument som kan vektlegges ved flere aktivitetstilbud for eldre. Deltakerne verdsatte også at det var kunnskapsrike instruktører i gruppetreningen som samtidig bidro til god kjemi i gruppene og førte til trygghet rundt gjennomføring av aktivitetene. Oppsummerte vil studien si at presenterte data gir indikasjoner på at førstehåndskilder er en nyttig måte å bringe fram viktig kunnskap på feltet. Dette kan skape kompetanse rundt hvilke tiltak som er stimulerende for eldre slik at flere eldre vil delta.

Ved målinger av helserelatert livskvalitet er studiens konklusjon at utvalget scoret høyt på spørreskjemaet RAND-36, sammenlignet med jevnaldrende i tidligere norske og utenlandske studier på feltet. Det kan derfor beskrives at utvalget besitter en høy helserelatert livskvalitet. Det ble ikke funnet signifikant forskjell i score mellom kjønn i utvalget. Dette kan til dels være påvirket av utvalgsstørrelsen da denne studien hadde et relativt lite utvalg.

## 5.5 Videre studier

I denne studien ble det kun gjort en tverrsnittsundersøkelse på utvalget ved et bestemt tidspunkt. Det kunne derfor være interessant å gjøre en intervensjon med flere målinger over en lengre periode slik at man kunne undersøke hvilken effekt gruppetilbudet hadde på de eldre over flere år. Det ble heller ikke sett på hvilken sammenheng økonomisk

kapital/utdanning og deltakelsesnivå i gruppetrening har. Dette kan derfor være interessant å gjøre en større studie på hvilken bakgrunn pensjonister som trener har, og om dette samsvarer med aktive voksne der de med høyere utdanning er mer aktive.

En observasjon jeg også gjorde ved denne studien, er at det ofte er en overvekt av kvinner som deltar. Her ser menn ser ut til å ha en ulik tilnærming og større barriere for å delta. Min studie samsvarer med andre studier gjort på gruppetrening der det også viser det seg at flest kvinner deltar (Zubala m.fl., 2017). En teori her er at det kan være en barriere for menn at tilbudene i dag er kvinnedominert. Tiltak for å aktivisere menn bør derfor undersøkes i fremtidig forskning på feltet.

## Referanseliste

- Andersen, A. J. W. (2016). *Psykisk helse*. Hentet 13.08.2017 fra [https://sml.snl.no/psykisk\\_helse](https://sml.snl.no/psykisk_helse)
- Bahr, R. (2017). *Fysisk aktivitet*. Hentet 13.08.2017 fra [https://sml.snl.no/fysisk\\_aktivitet](https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet)
- Baker, M. K., Atlantis, E., & Fiatarone Singh, M. A. (2007). Multi-modal exercise programs for older adults. *Age and ageing*, 36(4), 375-381.
- Barstad, A. (2015). *Livskvalitet*. Hentet 13.08.2017 fra <https://snl.no/livskvalitet>
- Bertheussen, G. F., Romundstad, P. R., Landmark, T., Kaasa, S., Dale, O., & Helbostad, J. L. (2011). Associations between physical activity and physical and mental health—a HUNT 3 study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(7), 1220-1228.
- Brawley, L. R., Rejeski, W. J., & King, A. C. (2003). Promoting physical activity for older adults: the challenges for changing behavior. *American journal of preventive medicine*, 25(3), 172-183.
- Breivik, G. (2008). Bodily movement—the fundamental dimensions. *Sports Ethics and Philosophy*, 2(3), 337-352.
- Brinkmann, S., Tanggaard, L., & Hanssen, W. (2012). *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Burton, E., Farrier, K., Lewin, G., Pettigrew, S., Hill, A. M., Airey, P., Hill, K. D. (2017). Motivators and Barriers for Older People Participating in Resistance Training: A Systematic Review. *J Aging Phys Act*, 25(2), 311-324. doi: 10.1123/japa.2015-0289
- Burton, E., Hill, A. M., Pettigrew, S., Lewin, G., Bainbridge, L., Farrier, K., Hill, K. D. (2017). Why do seniors leave resistance training programs? *Clin Interv Aging*, 12, 585-592. doi: 10.2147/CIA.S128324
- Burton, E., Lewin, G., Pettigrew, S., Hill, A.-M., Bainbridge, L., Farrier, K., Hill, K. D. (2017). Identifying motivators and barriers to older community-dwelling people participating in resistance training: A cross-sectional study. *Journal of sports sciences*, 35(15), 1523-1532.
- Busija, L., Pausenberger, E., Haines, T. P., Haymes, S., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2011). Adult measures of general health and health-related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36) and Short Form 12-Item (SF-12) Health Surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form 6D (SF-6D), Health Utilities Index Mark 3 (HUI3),

- Quality of Well-Being Scale (QWB), and Assessment of Quality of Life (AQOL). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S383-S412. doi:10.1002/acr.20541
- Carlsen, T., Salvesen, Ø., Sui, X., Lavie, C. J., Blair, S. N., Wisløff, U., & Ernstsens, L. (2018). Long-term Changes in Depressive Symptoms and Estimated Cardiorespiratory Fitness and Risk of All-Cause Mortality: The Nord-Trøndelag Health Study. *Mayo Clinic Proceedings*. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.01.015
- Chou, C.-H., Hwang, C.-L., & Wu, Y.-T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(2), s. 237-244.
- Granbo, R., Taraldsen, K., Thingstad, P., Solberg, H. S., Simonsen, E., & Helbostad, J. L. (2015). Forebyggende gruppetrening for hjemmeboende eldre: Hvem deltar og hva gir motivasjon til å delta?
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (1): Fagbokforlaget Bergen.
- Hays, R. D., Sherbourne, C. D., & Mazel, R. M. (1993). The rand 36-item health survey 1.0. *Health Economics*, 2(3), 217-227. doi:10.1002/hec.4730020305
- Helbostad, L. J., Sletvold, O., & Moe-Nilssen, R. (2004). Øvelser bedrer fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos hjemme-boende eldre med balanse- og gangvansker. *Fysioterapeuten*. (1) 2005.
- Helsedirektoratet. (2016a). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet 14.08.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Fysisk aktivitet – lokalt folkehelsearbeid*. Hentet 05.04.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag>
- Helsedirektoratet. (2016c). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting*. Hentet 14.08.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Henwood, T., Tuckett, A., Edelstein, O., & Bartlett, H. (2011). Exercise in later life: the older adults' perspective about resistance training. *Ageing & Society*, 31(8), 1330-1349.
- Loge, H. J., & Kaasa, S. (1998). Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian journal of social medicine*, 26(4), 250-258.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Jacobsen, E. L., Bye, A., Aass, N., Fosså, S. D., Grotmol, K. S., Kaasa, S., Hjermsstad, M. J. (2017). Norwegian reference values for the Short-Form Health Survey 36: development over time. *Quality of Life Research*. doi: 10.1007/s11136-017-1684-4
- Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17(6), 494-501.
- Jørgensen, A. (2009). *Multiaktivitetsbasert funksjonstrening til eldre hjemmeboende personer*. (Mastergrad), Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Kojima, G., Iliffe, S., Jivraj, S., & Walters, K. (2016). Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 716-721. doi: 10.1136/jech-2015-206717
- Kunnskapsenteret. (2016). *Norsk versjon av RAND 36-Item Short Form Health Survey*. Hentet 08.11.2017 fra <https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/sporreskjemabanken/norsk-versjon-av-rand-36-item-short-form-health-survey/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- Lexell, J., Frandin, K., & Helbostad, L. J. (2009). Fysisk aktivitet for eldre. I: Helsedirektoratet (Red.), *Aktivitetshåndboken*. Helsedirektoratet. Hentet 15.10.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Merleau-Ponty, M., Nake, B., & Kirkeby, O. F. (1994). *Kroppens fænomenologi*. Oslo: Pax.
- Nations, United. (2013). World Population Ageing 2013 hentet 10.12.2017 fra: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- NKRR. (2015). Short Form Health Survey (SF-36) hentet 20.09.2017 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonale-Kompetansetjeneste-for-Barne-og-Ungdomsreumatologi/Documents/Kartleggingsverktøy/SF-36%20-%20Kartleggingsverktøy.pdf>
- Nylenna, M., & Braut, G. S. (2014). *Folkehelse*. I Store medisinske leksikon. Hentet 02.03.2018 fra: <https://sml.snl.no/folkehelse>



- Omsorgsdepartementet, Helse- og. (1999). *Livshjelp. NOU 1999: 2*. Hentet 12.11.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec5>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*: Fagbokforlaget.
- Solberg, P., Kvamme, N., Raastad, T., Ommundsen, Y., & Tomten, S. (2011). Effects of different types of exercise on muscle mass, strength, function and well-being in elderly. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2011.617391>
- Solerød, H., & Tønnessen, M. (2017). *Befolkning*. Hentet 13.08.2017 fra <https://snl.no/befolkning>
- Statistisk-Sentralbyrå. (2016a). *Befolkningsframskrivninger, 2016-2100*. Hentet 14.08.2017 fra <https://www.ssb.no/folkfram/>
- Statistisk-Sentralbyrå. (2016b). Omsorgstjenester. Hentet 10.11.2017 fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>
- Stordal, E., Bjartveit Krüger, M., Dahl, N. H., Krüger, Ø., Mykletun, A., & Dahl, A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 210-216.
- Stødle, I. V., & Lid, I. M. (2013). *Eldres motivasjon til deltakelse i organisert, gruppebasert trening: en kvalitativ intervjustudie med deltakere fra en ni måneders, gruppebasert treningsintervensjon*: (Mastergrad). Høgskolen i Oslo og Akershus. Fakultet for helsefag.
- Syse, A., Pham, D., & Keilman, N. (2016). Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Hentet 20.10.2017 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/270394?ts=1556d689778>
- Særheim, M. (2014). *Den "verdifulle" kroppen*. (Mastergrad), Universitetet i Stavanger, Stavanger. Hentet 20.11.2017 fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/221766/Saerheim\\_Marianne.pdf?sequence=3](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/221766/Saerheim_Marianne.pdf?sequence=3)
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tranøy, K. E., & Ore, Ø. (2017). *René Descartes*. Hentet 20.01.2018 fra [https://snl.no/René\\_Descartes](https://snl.no/René_Descartes)

- Vagetti, G. C., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B., Oliveira, V. d., Mazzardo, O., & Campos, W. d. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), 76-88.
- WHO. (2015). Ageing and health. Hentet 20.02.2018 fra <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Zubala, A., MacGillivray, S., Frost, H., Kroll, T., Skelton, D. A., Gavine, A., Morris, J. (2017). Promotion of physical activity interventions for community dwelling older adults: A systematic review of reviews. *PLoS One*, 12(7), e0180902. doi: 10.1371/journal.pone.0180902

# Vedlegg 1: Samtykkeskjema

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *”BONUS- Eldres opplevelser ved deltakelse i et gruppetreningstilbud”*

#### **Bakgrunn og formål**

Formålet med studien er å utforske hvilke faktorer som verdsettes hos eldre som har hatt langvarig deltakelse i et gruppetreningstilbud. Det ønskes også å undersøke hvilken livskvalitet medlemmer ved treningstilbudet har. Prosjektet er en masterstudie v/Idrettshøgskolen ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Denne studien drives gjennom UiT.

Utvalget er valgt ut på bakgrunn av deres deltakelse ved et spesifikt gruppetreningstilbud for eldre. Deltakeren forespørres om å delta i studien for å belyse erfaringer og betraktninger rundt sin deltakelse.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Ved deltakelse i studien ønskes det deltakelse i datainnsamling der gjennomføring av spørreskjema for livskvalitet (RAND-36) er et krav. Videre vil en del av utvalget bli forespurt om å delta i et dybdeintervju der deres opplevelser og erfaringer ved gruppetreningstilbudet vil etterspørres. Spørreskjemaet for livskvalitet har en estimert gjennomføringstid på 20 minutter. Dybdeintervjuet vil ha en varighet på ca. 1 time.

Spørsmålene vil omhandle subjektiv opplevelse av mental, fysisk og form samt opplevd velvære. Data vil registreres på ark og senere transkriberes på data. Ved deltakelse i dybdeintervju vil data bli registrert på lydopptaker.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Data og personopplysninger vil kun være tilgjengelig for student og databehandler. Innsamlet data vil oppbevares på låst datamaskin for å ivareta konfidensialitet.

Deltakeren vil ikke være gjenkjennelig ved publikasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 13.05.2018. Personopplysninger og eventuelle opptak vil da slettes og innhentede data vil anonymiseres før publikasjon.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det vil ikke ha noen innvirkning for din videre deltakelse i gruppetreningstilbudet dersom du velger å ikke delta eller trekke deg underveis.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder Eirik Sande Kristoffersen på telefonnummer 92 88 66 03. For kontakt ved ansvarlig veileder ved UiT, kontakt Herbert Zoglowek på telefonnummer 78 45 02 55.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta på:

Spørreskjema for livskvalitet:

Dybdeintervju:

(Det er ønskelig med deltakelse på begge deler dersom mulig)

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 2: RAND-36

### RAND-36 Din helse

Spørsmålene under handler om hvordan du oppfatter helsen din. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å forstå hvordan du føler deg og hvor godt du er i stand til å utføre dine vanlige aktiviteter.

Hvert spørsmål skal besvares ved å sette et kryss (X) i den boksen som passer best for deg.

**1. Stort sett, vil du si at helsen din er:**

Utmerket	Veldig god	God	Nokså god	Dårlig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå?**

Mye bedre nå enn for ett år siden	Litt bedre nå enn for ett år siden	Omtrent som for ett år siden	Litt dårligere nå enn for ett år siden	Mye dårligere nå enn for ett år siden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. 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? [Kryss (X) en boks på hver linje.]**

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a <b>Anstrengende aktiviteter</b> som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <b>Moderate aktiviteter</b> som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Løfte eller bære poser med dagligvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Gå opp trappen <b>flere</b> etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Gå opp trappen <b>én</b> etasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Bøye deg eller gå ned på kne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Gå <b>mer enn to kilometer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Gå <b>flere hundre meter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Gå <b>hundre meter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Dusje eller kle på deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAND Corporation, USA, har opphavsrett til det opprinnelige skjemaet, som ble utviklet innen Medical Outcomes Study. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten distribuerer oversettelsen av RAND-36, norsk versjon 1.

4. I løpet av de siste fire ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i arbeidet ditt eller i andre daglige aktiviteter på grunn av din fysiske helse?

- |   | Ja                       | Nei                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a Kuttet ned på <b>hvor mye tid</b> du brukte på arbeid eller andre aktiviteter   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b <b>Fått gjort mindre</b> enn du ønsket  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Vært begrenset i type <b>arbeidsoppgaver</b> eller andre aktiviteter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Hatt <b>problemer</b> med å utføre arbeidet eller andre aktiviteter (for eksempel at det krevde en ekstra innsats av deg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. I løpet av de siste fire ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i arbeidet ditt eller i andre daglige aktiviteter på grunn av følelsesmessige problemer (som å føle seg engstelig eller deprimert)?

- |   | Ja                       | Nei                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a Kuttet ned på <b>hvor mye tid</b> du brukte på arbeid eller andre aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b <b>Fått gjort mindre</b> enn du ønsket  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Utført arbeid eller andre aktiviteter <b>mindre grundig</b> enn vanlig        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine vanlige sosiale aktiviteter med familie, venner, naboer eller andre grupper mennesker?

- | Ikke i det hele tatt     | Litt                     | Moderat                  | Ganske mye               | Ekstremt mye             |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene?

- | Ingen                    | Veldig svake             | Svake                    | Moderate                 | Sterke                   | Veldig sterke            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smarter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Ekstremt mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. De neste spørsmålene handler om hvordan du føler deg og hvordan du har hatt det i løpet av de siste fire ukene. For hvert spørsmål, ber vi deg velge det svaret som best beskriver hvordan du har følt deg.

Hvor ofte i løpet av de siste fire ukene:

	Hele tiden	Mesteparten av tiden	En god del av tiden	Noe av tiden	Litt av tiden	Aldri
a Har du følt deg full av liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Har du vært veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Har du følt deg rolig og avslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Har du hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Har du følt deg nedfor og deprimert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Har du følt deg utslitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Har du følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Har du følt deg sliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)?

Hele tiden	Mesteparten av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Aldri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstandene for deg?

	Helt riktig	Stort sett riktig	Vet ikke	Stort sett galt	Helt galt
a Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Jeg regner med at helsen min blir dårligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Helsen min er utmerket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Vedlegg 3: Syntaks for RAND-36

\*SPSS SYNTAKS FILE RAND-36 (SF-36 V1).

\*1 Erstatt "xxx" med tilsvarende variabelnavn, slik at de opprinnelige variabelnavnene blir beholdt.

```
COMPUTE SF1 = xxx.  
COMPUTE SF2 = xxx.  
COMPUTE SF3a = xxx.  
COMPUTE SF3b = xxx.  
COMPUTE SF3c = xxx.  
COMPUTE SF3d = xxx.  
COMPUTE SF3e = xxx.  
COMPUTE SF3f = xxx.  
COMPUTE SF3g = xxx.  
COMPUTE SF3h = xxx.  
COMPUTE SF3i = xxx.  
COMPUTE SF3j = xxx.  
COMPUTE SF4a = xxx.  
COMPUTE SF4b = xxx.  
COMPUTE SF4c = xxx.  
COMPUTE SF4d = xxx.  
COMPUTE SF5a = xxx.  
COMPUTE SF5b = xxx.  
COMPUTE SF5c = xxx.  
COMPUTE SF6 = xxx.  
COMPUTE SF7 = xxx.  
COMPUTE SF8 = xxx.  
COMPUTE SF9a = xxx.  
COMPUTE SF9b = xxx.  
COMPUTE SF9c = xxx.  
COMPUTE SF9d = xxx.  
COMPUTE SF9e = xxx.  
COMPUTE SF9f = xxx.  
COMPUTE SF9g = xxx.  
COMPUTE SF9h = xxx.  
COMPUTE SF9i = xxx.  
COMPUTE SF10 = xxx.  
COMPUTE SF11a = xxx.  
COMPUTE SF11b = xxx.  
COMPUTE SF11c = xxx.  
COMPUTE SF11d = xxx.
```

\*2 Sjekk frekvenser og gjør om verdier utenfor mulig rekkevidde (out of range - verdier) til SYSMIS  
Erstatt "a, b" med out of range verdier (for eksempel 0 og 9 osv).

```
RECODE SF1 SF2 SF6 SF8 SF10 SF11a SF11b SF11c SF11d (a, b = SYSMIS).  
RECODE SF3a SF3b SF3c SF3d SF3e SF3f SF3g SF3h SF3i SF3j (a, b = SYSMIS).  
RECODE SF4a SF4b SF4c SF4d SF5a SF5b SF5c (a, b, = SYSMIS).  
RECODE SF7 SF9a SF9b SF9c SF9d SF9e SF9f SF9g SF9h SF9i (a, b = SYSMIS).
```

\*3 Kod om slik at høyere skårer betyr bedre helse på alle variabler.

```
RECODE SF1 SF2 SF6 SF11b SF11d (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).  
RECODE SF7 (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1).  
RECODE SF8 (1=6) (2=4.75) (3=3.5) (4=2.25) (5=1).  
RECODE SF9a SF9d SF9E SF9H (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1).
```

\*4 Lag skalaskårer der hvor minst halvparten av enkeltspørsmål er besvart.

```
COMPUTE RPHYSICA = 10*MEAN.5(SF3a,SF3b,SF3c,SF3d,SF3e,SF3f,SF3g,SF3h,SF3i,SF3j).  
COMPUTE RROLEPHY = 4*MEAN.2(SF4a,SF4b,SF4c,SF4d).  
COMPUTE RPAIN = 2*MEAN.1(SF7,SF8).  
COMPUTE RGENERAL = 5*MEAN.3(SF1,SF11a,SF11b,SF11c,SF11d).  
COMPUTE RVITALIT = 4*MEAN.2(SF9a,SF9e,SF9g,SF9i).  
COMPUTE RSOCIAL = 2*MEAN.1(SF6,SF10).  
COMPUTE RROLEMOT = 3*MEAN.2(SF5a,SF5b,SF5c).  
COMPUTE RMENTAL = 5*MEAN.3(SF9b,SF9c,SF9d,SF9f,SF9h).  
COMPUTE RCHANGE = SF2.
```

\*5 Gjør om skalaskårer til 0-100.

```
COMPUTE PHYSICAL = ((RPHYSICA-10)/20) * 100.  
COMPUTE ROLEPHY = ((RROLEPHY-4)/4) * 100.  
COMPUTE PAIN = ((RPAIN-2)/10) * 100.  
COMPUTE GENERAL = ((RGENERAL-5)/20) * 100.  
COMPUTE VITALITY = ((RVITALIT-4)/20) * 100.  
COMPUTE SOCIAL = ((RSOCIAL-2)/8) * 100.  
COMPUTE ROLEMOT = ((RROLEMOT-3)/3) * 100.  
COMPUTE MENTAL = ((RMENTAL-5)/25) * 100.  
COMPUTE CHANGE = ((RCHANGE-1)/4) * 100.
```

# Vedlegg 4: Intervjuguide

## Intervjuguide

### Bakgrunnsinformasjon om studien

#### Hensikten med studien

### Informere om båndopptaker, rettigheter og anonymitet, la informantene underskrive samtykkeerklæringen

Bakgrunnsinformasjon: Alder, kjønn, sivilstatus, yrke/yrkeshistorie

#### Temaer:

##### Gruppetreningstilbud:

Hvorfor deltar du, betraktninger eller erfaringer ved deltakelse, Kontinuerlig deltakelse

##### Verdsettelse:

Hva er viktig ved tilbudet, det sosiale aspektet, treningsformer, strukturen

##### Livskvalitet og helseeffekt:

Helsetilstand, Endringer i livskvalitet/helse, tidligere og nåværende aktivitetsnivå, innvirkning på helse.

##### Langvarig deltakelse:

Fartstid i tilbudet, hvorfor flere har deltatt lenge, er tilbudet unikt, fremtidige deltakelse, endringer ved tilbudet

##### Avslutningsvis:

Har du noe annet du ønsker å fortelle som kan være nyttig for meg å vite om dette temaet?



## Vedlegg 5: Ukeplan BONUS

# BONUS

	MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
10.00 - 10.45	Gruppe A+ Styrke	Gruppe B Styrke	Gruppe C Styrke	Gruppe D Styrke	
11.00 - 11.30	Gruppe A+ Basseng Lille	Gruppe B Basseng Store	Gruppe C Basseng Store	Gruppe D Basseng Store	
12.00 - 12.45	Gruppe C Gymsal	Gruppe D Gymsal	Gruppe A+ Gymsal	Gruppe B Gymsal	
13.45 - 14.30	Gruppe F Gymsal		Gruppe F Styrke		
14.45 - 15.15			Gruppe F Basseng Store		

## 2017-2018

Oppstart mandag 04.09.2017  
Avsluttes torsdag 31.05.2018.

Juleferie: uke 51 og 52 2017 og uke 1 2018.  
(oppstart mandag 08.01.2018)

Påskeferie: fra mandag 26.03.2018 t.o.m. mandag 02.04.2018

Gruppe A+ - F: 550 kr/mnd



## Vedlegg 6: Godkjennelse fra NSD



Herbert Zoglowek  
Follumsvei 31  
9510 ALTA

Vår dato: 08.09.2017

Vår ref: 55236 / 3 / LH

Deres dato:

Deres ref:

### Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.08.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55236	<i>BONUS- Eldres erfaringer ved langvarig deltakelse i et gruppetreningstilbud</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Herbert Zoglowek</i>
Student	<i>Eirik Sande Kristoffersen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 10.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

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