



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

"I hvilken grad gir deltakelse i "Aktiv på Dagtid"en
opplevelse av mestring og sosial fungering?"

Forfatter(e): Wenche Mongstad Heggdal

Totalt antall sider inkludert forsiden: 59

Molde, 26.04.2010



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: "I hvilken grad gir deltakelse i "Aktiv på Dagtid" en opplevelse av mestring og sosial fungering ?"

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Wenche Mongstad Heggdal

Fagkode: MHS704

Studiepoeng: 30

Årstall: 2010

Veileder: Kolbein Lyng

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ja ☐nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ja ☒nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ja ☐nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ja ☒nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 26.04.2010

Forord

Som student ved Masterstudiet i Helse og sosialfag – Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper ved Høgskolen i Molde fra 2008-2010, har arbeidet med denne masteroppgaven vært veldig spennende og faglig utfordrende.

Jeg har lært utrolig mye, og det er en personlig ”seier” å komme i mål nå og føle at en har mestret dette!!

Jeg har i denne perioden møtt utrolig mange positive og flotte mennesker som har gitt meg energi og pågangsmot til å gjøre ferdig oppgaven.

En varm takk til alle respondenter som har svart på spørreskjemaet, og en spesiell takk til folkehelsekoordinatorene Ingvil, Kathrin, Ragnhild, Lillian, Bente E., Anett, Frode og Bente F. som alle har bidratt på en kjempefin måte slik at jeg fikk gjennomført spørreundersøkelsen ved ”Aktiv på Dagtid” i Møre og Romsdal!!

En varm takk også til min veileder professor Kolbein Lyng som har veiledet og gitt meg faglige viktige tilbakemeldinger underveis i prosessen, og som har anerkjent prosjektet mitt.

Ønsker også å gi alle mine gode kollegaer ved avd. for helsefag/sykepleierutdanningen en varm takk for all oppmuntring / støtte, konkrete innspill og praktisk tilrettelegging, slik at jeg fikk slutført prosjektet! Jeg har en utrolig fin arbeidsplass og kollegaer som jeg setter veldig stor pris på!

Til slutt men ikke minst vil jeg takke min kjære mann Johnny Andrè som har hjulpet meg med både statistikk/datatekniske ting, gitt meg ros/trøst, laget gode middager til en utslitt kone som er uvurderlig takknemlig... og så vil jeg berømme barna våre - Magnus, Eirik, Sigrid, Bjørnar og Ole Andrè som hele tiden har gitt meg mange trøstende ord og gode klemmer underveis og troen på at dette går bra!! Dere har ikke klaget en gang på at jeg har vært mye på skolen og arbeidet så mye som jeg har gjort.... Det er det god grunn til å være imponert over – og det er bare en ting å si: Dere er verdens beste!!

Så nå skal jeg være mer tilstede og delta aktivt på deres arenaer igjen fremover, og ikke minst skal vi pusse opp huset vårt i Kringstadbukta som vi skal flytte til snart!

Min kjære mor Mary hadde nok vært både glad og stolt nå...

”Spranget”

*For å leve vårt eget liv må vi ofte
gjøre vågale sprang,*

*Vi må ta valg som kan få konsekvenser
både for eget og andres liv*

*Vi må tørre å ta sjanser og bryte ut av
gamle mønstre, mønstre som er trygge om ikke
alltid gode*

*Vi må tørre å leve i uvissheten, tomheten, redselen
og utryggheten*

*For å vinne livet
Den indre friheten*

*For å komme hjem
Til oss selv*

Det handler om å ta spranget...

R.A Berntsen

Molde, april 2010

Wenche Mongstad Heggdal

Sammendrag

Bakgrunn: Mennesker med ulike nedsatte funksjoner psykisk/fysisk, kan ha som en del av sitt sykdomsbilde lav motivasjon, tiltaksløshet, liten tro på egne ressurser som igjen kan føre til inaktivitet og tilbaketrekking fra det sosiale fellesskap.

I litteraturen har fysisk aktivitet vist at den kan gi øket selvtillit, øker den enkeltes prestasjoner, og gir en forbedret mestringsfølelse, samtidig som det gir et utvidet sosialt fellesskap. Det er derfor viktig å legge til rette for at nødvendig kunnskap erverves om bl.a. fysisk aktivitet, psykisk helse, motivasjonsarbeid, mestringsstrategier og myndiggjørende prosesser/brukermedvirkning for personell som arbeider i dette feltet.

”Aktiv på Dagtid”(ApD) er et lavterskeltilbud som tilbyr forskjellige fysiske aktiviteter på dagtid for mennesker som enten er sykemeldt, i en trygdet situasjon eller er arbeidsledig.

Hensikt: Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge om og i hvilken grad deltakelse ved ApD bidrog til at deltakerne opplevde en bedring av sin mestring og sosiale fungering i hverdagen. Ønsket også å få kunnskap om hvem som bruker tilbudet, hvordan de ulike brukergruppene vurderer dette tilbudet, og om det er forskjeller mellom brukergruppene.

Problemstillingen i denne oppgaven er: **”I hvilken grad gir deltakelse i ”Aktiv på Dagtid” en opplevelse av bedret mestring og sosial fungering”?**

Metode: Brukere fra 9 kommuner i ApD besvarte et spørreskjema. Totalt ble 316 spørreskjema utsendt, og det ble mottatt svar fra 147, som gir en svarprosent på 46,5%. Data er fremkommet fra analyser ved hjelp av SPSS 15.0 for Windows.

Funn:

Brukerne ved ApD er generelt veldig fornøyde med treningstilbudet. De forskjellige aktivitetene /treningene er godt tilpasset brukerne.

Det at ApD er et lavterskeltilbud viser seg å være gunstig for å komme i gang med fysisk aktivitet. Det er i tillegg et rimelig treningsalternativ i forhold til andre treningstilbud.

Mange opplever en bedret mestring i hverdagen etter oppstart ved ApD. Det sosiale fellesskapet oppleves som vesentlig. Det er flest kvinner som deltar og størstedelen av brukerne er uføretrygdet(51.4%) og pensjonister(23.2%). Ved å måle forekomst av angst, depresjon og livskvalitet viser det seg at det er signifikante forskjeller mellom gruppene

deprimerte/ikke deprimerte og angst/ikke angst. Forskjellene viser seg å være relativ små, og det ser ut som de ikke har så stor betydning for opplevelsen av fornøydhet, mestring og trivsel med ApD. Forskjellene viste seg å være noe større for livskvalitetsmålene, der pensjonistene var mest fornøyd med livene sine nå, og de under attføring/rehabilitering og sykemeldte var mindre fornøyd totalt sett.

Nøkkelord:

Physical activity*, mental health*,depression*, coping behavior*, quality of life*, rehabilitation*, relation*,recovery* and consumer participation*

Innhold

1.0 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	10
1.2 Problemstilling:	11
1.3 Oppgavens oppbygging	11
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	13
2.1 Brukerperspektivet	13
2.2 Mestringsperspektivet	15
2.3. Empowerment	19
2.4 Recovery – bedringsprosesser	20
2.5 Veier til mestring sett i lys av salutogeneseprinsippet	21
2.6 Oppsummering	24
3.0 PRESENTASJON AV LITTERATURSØK	25
4.0.METODE	27
4.1 Utarbeiding av spørreskjema	27
4.2. Utvalg/deltakere og innhenting av data	27
4.3 Fremgangsmåte	28
4.4 Forskningsetiske overveielser	28
5.0 ANALYSE AV DATA	30
5.1 Statistisk program	30
5.2 Validitet og reliabilitet	30
6.0 RESULTATER	31
6.1 Brukerstatus ved Aktiv på Dagtid i Møre og Romsdal	31
Oppsummering:	34
6.2 Brukergruppens vurderinger av tilbudet Aktiv på Dagtid	35
6.2.1 Fornøydhet	37
Oppsummering:	42
6.2.2 Mestring	43
Oppsummering:	47
6.2.3. Trivsel i forhold til aktiviteter	47
Oppsummering:	48
6.2.4 Livskvalitet	49
Oppsummering:	51
7.0 DRØFTING	52
7.1 Brukerstatus ved Aktiv på Dagtid(ApD) i Møre og Romsdal	52
7.2 Brukergruppens vurderinger av ApD	54
7.2.1 Fornøydhet.	54
7.2.2 Mestring.	54
7.2.3 Trivsel i forhold til aktiviteter.	55
7.2.4 Livskvalitet	55
7.4 Metodiske vurderinger	56
8.0 KONKLUSJON	58

VEDLEGG

Appendix I Tabeller

Appendix II Figurer

Tilrådning av behandling av personopplysninger

Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelse

Litteraturliste

Spørreskjema

1.0 INNLEDNING

Tema for denne masteroppgaven er fysisk aktivitet og psykisk helse, der jeg ser nærmere på begrepene mestring og sosial fungering, og undersøker i hvilken grad brukere av tilbudet ”Aktiv på Dagtid” opplever bedret mestring og sosial fungering. ”Aktiv på Dagtid” er et lavterskeltilbud i 9 kommuner i Møre og Romsdal der det tilbys fysisk aktivitet på dagtid for personer som enten er sykemeldte, trygdede eller arbeidsledige.

Problemstillingen til denne masteroppgaven er som følger: ” ***I hvilken grad gir deltakelse i ”Aktiv på Dagtid” en opplevelse av bedret mestring og sosial fungering?***

Mennesker med ulike funksjonsnedsettelse fysisk/psykisk kan ha som en del av sitt sykdomsbilde lav motivasjon, tiltaksløshet, liten tro på egne ressurser som igjen kan føre til inaktivitet og tilbaketrekking fra det sosiale fellesskap

Fysisk aktivitet kan være en positiv metode som har en rekke virkninger både psykisk og fysisk. Mange som begynner å trene får en bedre selvfølelse, øket velvære, bedre søvn og reduksjoner av muskelspenninger. Samtidig gir den gode muligheter for å observere egen atferd som igjen kan gi en mestringstro på også andre livsområder (sosialt). (Martinsen 2005)

Da opptrappingsplanen for Psykisk Helse ble iverksatt (1999-2008), innebar det en helt ny faglig kurs i det psykiske helsearbeidet. Et felles verdigrunnlag for psykisk helsearbeid med vektlegging på mestring, myndiggjøring, normalisering og brukermedvirkning ble viktige fokus.

Med det menes at den enkelte skulle få mulighet til å få mer kontroll over eget liv, og et ønske om å fremme inkludering i samfunnet på like premisser, mindre stigmatisering og en øket vektlegging av autonomiprinsippet.

I teoridelen blir bruker- og mestringsperspektivet utdypet, der brukermedvirkning, myndiggjøring og empowermentbegrepet blir vektlagt. Det har skjedd en endringsprosess fra å inneha en paternalistisk holdning, til nå å ha en mer brukervennlig holdning. Sykerollen/pasientrollen har blitt endret fra den passive mottakerrollen til den aktive mottakerrollen. En har satt søkelyset på mer inkludering og likeverdighet i bruker/hjelper - forholdet, samt autonomiprinsippet blir vesentlig.

Recovery – bedringsprosessen blir vektlagt som en viktig endring i det psykiske helsearbeidet, der brukerne ønsker å bli møtt med en mer ressursorientert holdning. Da

tar en utgangspunkt i personens kompetanse, erfaringer og interesser istedenfor mangler, svakheter og problemer.

Ulike teorier og begreper har utviklet seg de senere årene i forhold til helse, ressurser, muligheter og mer kontroll over egne liv. Dette er bl.a positiv psykologi (Snyder og Lopez 2002), empowerment (Kendall 1998; Schofield 1998; Ahern og Fischer 2001) og salutogenese (Antonovsky 1987), som har sin opprinnelse i den sosiologiske fagtradisjon. Salutogeneseprinsippet ble skapt som en motreaksjon på patogenesebegrepet, der en mente at en for ensidig fokusering på patogenese(sykdomsutvikling) ikke ville fremme de helsefremmende sider hos mennesket. Et viktig mål var å fremme mestringsperspektivet i større grad enn sykdomsperspektivet, da en ønsket at den enkelte kunne oppdage nye muligheter og aktivere ressurser fremfor kun patogenesetenkning. (Almvik, Borge 2006)

Antonovsky mener videre at alle utvikler ulike grader av generelle motstandsressurser i alle hverdagens utfordringer og krav som stilles, og i hans modell så ser han helse som et kontinuum mellom alvorlig syk og fullstendig frisk, hvor det salutogene perspektivet styrer interessen mot de faktorer som bringer en så nær den friske polen som mulig. (Gjærum et al, 2003).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Myndighetene har med bl.a Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) "Åpenhet og helhet" og Stortingsmelding nr 16(2002-2003) "Resept for et sunnere Norge", samt Opptrappingsplanen for psykisk syke (1999-2008) satset på en ny måte oppbyggingen av helsetilbud til psykisk syke, der målet for helsetjenestene skal være å forebygge mer og reparere mindre, ved å tilrettelegge for opplevelse av mestring, økt selvfølelse, positivt menneskeverd og trygghet. I stedet for å være passive mottakere skal pasientene ta i bruk egne ressurser for å gjenvinne helse (Martinsen, 2004). Helsevesenet har ikke ubegrensede midler til å hjelpe, og det er derfor viktig at mennesket selv så mye som mulig bidrar til egen helse. Å drive med fysisk aktivitet er en vei å gå for å kunne øke sin psykiske og fysiske helse.

Arbeid gjennom mange år som psykiatrisk sykepleier i psykisk helsearbeid både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, har jeg erfart og opplevd mange mennesker som på tross av sin psykiske lidelse, har greid å mestre sin tilværelse og skapt sin egen "plattform" å stå på igjen ved hjelp av fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet har vært en viktig del i mitt liv og i jobben som psykiatrisk sykepleier, og har inspirert meg til nettopp å velge dette temaet i denne masteroppgaven.

Jeg har selv deltatt en gang i Birkebeinerrittet på sykkel i 2003, og den opplevelsen gav meg en fantastisk mestringsfølelse som jeg har reflektert og undret meg over i ettertid.

Hva er det fysiske aktivitet gjør med en fysisk og psykisk, og hvilke endringsmuligheter gir disse opplevelsene? Min nysgjerrighet gjorde at jeg ville se nærmere på et tilbud som gis i en del kommuner som heter ”Aktiv på Dagtid”, og finne ut i hvilken grad deltakelse her gir en opplevelse av bedret mestring og sosial fungering for den enkelte.

1.2 Problemstilling:

”I hvilken grad gir deltakelse i ”Aktiv på Dagtid” en opplevelse av bedret mestring og sosial fungering”?

- a) Hvem bruker ”Aktiv på Dagtid”?
- b) Hvordan vurderer de forskjellige brukergruppene dette tilbudet?
- c) Er det forskjeller mellom brukergruppene?

1.3 Oppgavens oppbygging

Kap.2 blir det teoretiske fundamentet i oppgaven, og brukerperspektivet, mestring- og myndiggjørende prinsipper, motivasjonsteori, empowerment/recovery og salutogeneseteori blir belyst og sett i forhold til problemstillingen.

Kap.3 Presentasjon av litteratursøk i forhold til problemstillingen.

Kap. 4 tar for seg det metodiske fundamentet i oppgaven, der kvantitativ forskningsmetode vil bli belyst og spørreskjema blir gjennomgått. Vil også beskrive fremgangsmåten i forhold til innhenting av data/utvalg og forskningsetiske overveielser.

Kap. 5 vil ta for seg analysearbeidet av de innhentede data i oppgaven.

Analyseprosessen, gyldighetskriteriet og validitetsbegrepet i forhold til kvantitativ forskning blir beskrevet

Kap. 6 presenterer resultatene i spørreundersøkelsen og er inndelt i tre kategorier i forhold til problemstillingen. Disse kategoriene er: Brukerstatus ved ApD, Brukergruppens vurderinger av tilbudet ApD og Forskjeller mellom brukergruppene.

Kap. 7 tar for seg drøfting av funnene i spørreundersøkelsen sett i forhold til problemstillingen og teori.

Kap.8 har en oppsummering/konklusjon av temaet fysisk aktivitet/psykisk helse og strategier som er vesentlige i forhold til mestring og sosial fungering.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Brukerperspektivet

Brukerens rolle har endret seg de senere år fra å være en passiv mottaker av tjenester til å bli en aktiv mottaker, hvor hensikten er en bedre samhandling mellom bidragsyter og mottaker. Tradisjonelt har hjelpere visst best og gjort det meste i beste mening for bruker.

NOU skriver om at den nye pasientrollen i vestlig medisin har utviklet seg fra å være passiv og autoritetstro, til å bli langt mer aktivt og bevisst.(NOU 2005)

Brukerperspektivet har blitt mer vektlagt gjennom brukermedvirkning, der en har forventninger om at brukeren må ta aktivt del i sin egen situasjon. Et eksempel på dette er det kommunale tilbudet ”Aktiv på Dagtid” (ApD), som gir brukeren en mulighet til medvirkning på egne premisser og hvor det forventes en aktiv holdning.

ApD er et kommunalt lavterskeltilbud i til sammen 9 kommuner i Møre og Romsdal, der det gis tilbud om fysiske aktiviteter på dagtid til personer mellom 18 og 65 år, som enten er ute av arbeidslivet pga sykdom og er sykemeldte, uføretrygdet, arbeidsledig eller har sosial trygd.

Målsettingen er å motivere mennesker til å delta, skape positive holdninger til aktivitet og oppmuntre til en sosial livsstil, og få en mest mulig meningsfull hverdag.

Det gis mulighet for aktiv deltakelse i et idrettsmiljø, og et viktig element ved dette tilbudet er at det skal ikke oppleves som et behandlingstilbud fra helsevesenet, men det skal være en del av idretten og dens fellesskap. Man er ikke opptatt av diagnoser/symptomer hos den enkelte, og brukerperspektivet blir verdsatt gjennom at den enkelte person som deltar blir viktig. Diagnoser og symptomer er noe en har, og ikke noe en er.(www.apd.oslo.no)

Brukermedvirkning i helsetjenesten kan forstås i følge Vatne (1998) ” *som en anerkjennelse av pasientens kunnskap og erfaring med gjennomlevd sykdom og lidelse* ”

Opptrappingsplanen for psykisk helse som var i perioden 1999-2008, innebar en helt ny faglig kurs i det psykiske helsearbeidet. Den enkelte skulle få mulighet til å få mer kontroll over eget liv. En ønsket å fremme inkludering i samfunnet på like premisser, mindre stigmatisering, og en øket vektlegging av autonomiprinsippet. Samtidig ble det vektlagt et helhetlig menneskesyn hvor perspektivet skulle flyttes fra diagnoser til

psykososial funksjon og mestring. En kan kalle denne endringen et paradigmeskifte (helse 2004).

FN's Menneskerettighetserklæring av 1948 bygger på et menneskesyn der rettighetene skal være et rettsvern for de svake i samfunnet. Retten til å leve et verdig liv uansett samfunn, tilstand og situasjon blir vesentlig. Rettighetene er grunnlagt i at mennesket har en iboende egenverdi, som er de fellesmenneskelige kvaliteter, og disse kan være ulike. Menneskeverdet er altså ikke knyttet til spesielle egenskaper, ressurser eller kompetanse hos enkeltmennesket. Retten skal sikre enkeltmennesket mulighet til å ta reelle valg på et fritt og uavhengig grunnlag. I følge Vatne er det også noe av det viktigste ved det å være menneske å få lov til å velge noe annet enn det andre velger, der også muligheten til å velge feil er til stede. (Vatne 1998)

I helsevesenet er vi vant med at fagpersoner gjør en vurdering av den som trenger hjelp, og den som har mest kunnskap om diagnosen/hjelpetilbudet sitter også med retten til å trekke konklusjonene. Det å akseptere konklusjonen som fagpersonene kommer fram til ligger også i pasient/brukerrollen. Fagpersonen er den aktive og den som legger premissene, og brukeren/pasienten avfinner seg ofte med det som blir bestemt.

Hjelperelasjonen og den passive pasient/brukerrollen er i endring nå.

Brukerperspektivet blir mer og mer tydelig og fagpersonene er ikke lenger alene om å ha kunnskapen om sykdommer/behandlingsmetoder. Men reell brukermedvirkning fins ikke så lenge den ene parten kan sette den andres meninger til side. Forholdet mellom behandler og bruker handler om blant annet makt. I utgangspunktet så kan en si at det er et skjevt maktforhold mellom hjelper og bruker.

Kunnskapen til den som vet gir makt. Men det handler også om holdninger.

Kierkegaard understreker at riktige holdninger hos hjelperen er en forutsetning for å kunne være til hjelp. Dersom ikke hjelperen sikrer seg at han forstår det samme som den som trenger hjelp, vil ikke hjelperens merkunnskap være til hjelp. Hjelperen står da i fare for å bli en hersker, en som søker den hjelpetrengendes beundring (Kierkegaard 1859)

Den tradisjonelle behandler/pasientrolle må altså endres hvis en skal få til reell brukermedvirkning. (Lemvik 2006)

Det viser seg at kritikken mot hjelpernes umyndiggjøring av pasienten startet allerede på 70-tallet. Den hele tradisjonelle hjelperelasjonen hadde en paternalistisk rolle ("ekspertene" vet best-holdning) og ble kritisert for det.

Det er i følge Vatne (Vatne 1998) fortsatt stor kritikk av den tradisjonelle hjelperelasjonen på tross av at en har endret og fått nye og mer humanistiske ideologier i helsetjenesten. Da kan en stille seg undrende til hvorfor det er slik? Er det teorien det er noe galt med, eller er det slik at idealene ikke stemmer med behandlingsarbeidet i praksis? Det kan i følge Vatne være slik at en ikke har greid å gi hjelperelasjonen et nytt innhold ved for eksempel utvikling av nye praksisformer. Spørsmålet blir om brukerperspektivet bare er en form for "keiserens nye klær"?

Noen hevder at brukermedvirkning er en spesiell brukerorientert holdning hos hjelperen, og at holdningsendring medfører behandlingsendring. En har hatt mange holdningsskapende begreper i helsetjenesten som for eksempel *pasienten i sentrum*, *individuell behandling*, *det terapeutiske samfunn m.m.* som er blitt innført uten at hjelperelasjonen har blitt endret. Ved å vektlegge brukermedvirkning kun som en holdning, så vil konsekvensen bli at begrepet ikke gir utslag i endrede hjelperelasjoner og vil kanskje bare fremstå som et honnørord som politikere og profesjonelle bruker for å legitimere politikk og praksis (Vatne 1998)

Faglig veiledning og kompetanseutvikling kan være relevante tiltak for å fremme kritisk refleksjon hos de profesjonelle. Denne kan rette seg mot fagpersonens holdninger, deres teori- og erfaringsbaserte begrunnelser for handlingsvalg, samt de faktiske valg som gjøres i praksis.

Det som blir interessant i forhold til problemstillingen i denne oppgaven, blir om den enkelte bruker ved "Aktiv på Dagtid" opplever reell brukermedvirkning, og om de bruker den muligheten de har til å medvirke på sine egne premisser? "Aktiv på dagtid" er et lavterskeltilbud til personer som enten er sykemeldte, arbeidsuføre, arbeidsledige, og er mellom 18 og 65 år.

2.2 Mestringsperspektivet

Begrepet mestring handler om personers reaksjoner på stress og truede situasjoner (Parker 1996). I følge Ekeland (Ekeland 2007) handler mestring om å ha tilgang til

ressurser, kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere/utstyr og evne til å utnytte disse. Mestring handler om relasjoner mellom individ og omgivelser, og i følge Lazarus og Folkman (Lazarus 1984) handler det også om hvor stor belastning personen opplever i forhold til sin lidelse, og hvor mye omgivelsene stiller opp. Dersom pasienten føler seg i tillegg stigmatisert i sitt miljø, vil dette bli en tilleggsbelastning for personen.

Lazarus og Folkman sin definisjon av mestring er følgende:

”Vi definerer mestring som stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å håndtere spesifikke ytre og/eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle eller som går utover de ressursene som personen rår over.”

Denne definisjonen er prosessorientert og den legger vekt på hva personen tenker og handler, og ikke hvordan personen er (essensialistisk). Mestring er en målrettet handling som kan oppleves både positivt og negativt.

Mestring handler om å ha tilgang til kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser og at en har en relasjon til sine omgivelser. Hvor stor belastningen oppleves, er avhengig av omgivelsens reaksjon. Opplever man seg stigmatisert, vil dette bli en tilleggsbelastning for personen. Et eksempel for å belyse dette: ApD i Molde måtte flytte fra lokalene de har benyttet ved et treningssenter i byen, pga av nedleggelse. For en periode ble de plassert i bla et lokale som organisasjonen Mental helse driver, men det viste seg at flere deltakere i gruppen begynte å utebli fra treningene, pga at de følte seg stigmatisert og ville ikke bli diagnostisert som psykisk syke.

ApD fikk tilhold etter hvert i lokaler på Idrettens Hus, som er et samlingssted for alle innenfor flere grener av fysiske aktiviteter. Da viste det seg at interessen for tilbudet økte igjen, og gruppen består nå av ca 20-30 deltakere hver gang.

Dette viser at en må være lydhør i forhold til brukerne sine behov og trekke brukerne med aktivt i prosessen.

Uri Bronfenbrenner lanserte (Bronfenbrenner 1979) en bioøkologisk modell som tok utgangspunkt i menneskets utvikling gjennom livet og i forhold til utvikling av mestringsevne. Denne modellen består av 4 hoveddeler:

- 1) Person
- 2) Prosess
- 3) Kontekst

4) Tid

For å forstå modellen er det tre begrep som blir viktige:

- 1) Systemisk modell
- 2) Fokuspersone
- 3) Proksimale prosesser

Modellen har en systemteoretisk tilnærming, og endring i en del vil også føre til endring i de andre delene i modellen, først og fremst fokuspersone. Bronfenbrenner understreker at i tillegg til konteksten så handler denne modellen også om relasjonen person og kontekst, der relasjoner preget av nærhet, regelmessighet og gjensidighet vil være en viktig prosess i forhold til personens læring og utvikling.

I den systemiske modellen vil det være 5 nivåer/grunnstrukturer som en også kan kalle et livsløpsperspektiv; mikro,- meso,- ekso,- makro og tidssystemet (livsløpsperspektivet). Læring og utvikling er livslange prosesser.

På mikronivået er de situasjonene hvor personen er i de nære relasjonene der aktiviteter, roller er fremtredende i nærmiljøet. Her vil mestringssituasjonen være mest synlig. Ved aktiviteter er det en gjør alene og i sammen med andre eller som en ser andre gjør, for eksempel fysisk aktivitet. Dette kan påvirke mestringsevnen til den enkelte. I relasjonen til andre er det viktig å få vite hvilke følelser relasjonen skaper mellom dem eller i hvilken grad forholdet er gjensidig(maktbalanse).

I mesosystemet er det hvilket samspill som eksisterer mellom de ulike arenaene der personen opptrer f.eks mellom familie, skole, arbeidsplass og venner.

I eksosystemet er det relasjonene og forholdene mellom overordnede miljø der fokuspersone ikke er deltaker. Dette er for eksempel politiske organ som vedtar endringer i driften som kan ha økonomiske konsekvenser som igjen kan påvirke mulighetene for mestring. Her kan en som eksempel vise at aktuelle tilbud i en kommune bli nedlagt pga dårlig økonomi, og derfor er det viktig med fortløpende dokumentasjon på hvilke konsekvenser dette vil medføre for den enkelte. Men samtidig må en ta med i diskusjonen hva samfunnet/kommunen har ansvar for, og hva har den enkelte samfunnsborger selv har ansvar for å ivareta. Opplevelse av livskvalitet kan bli nedsatt ved å legge ned aktuelle tilbud i en kommune, men samtidig har en et ansvar selv til å ivareta sin livskvalitet. Makrosystemet representerer de mer overordnede

rammer for samfunnet eller lokalsamfunnet som politiske ordninger, økonomiske system, tradisjoner, kulturelle mønster, normer, overordnede ideologier i samfunnet. Fellesnevneren for disse forskjellige nivåene er at de er i endring hele tiden og påvirker hverandre gjensidig. For å forstå mestringsevne, må en ha et helhetlig syn på hele modellen og ikke bare de enkelte nivåene.

Nyere motivasjonsteoretiske tilnærminger er opptatt av både sosiale forhold og individuelle kognitive prosessers betydning for motivasjon

(Ames 1992)

Målperspektivteori og målorienteringsteori beskriver to ulike målperspektiver:

- Mestringsorientering
- Resultatorientering

Resultatorientering er et målperspektiv hvor en vurderer egne prestasjoner med å sammenligne seg med andre,. Da orienterer vi oss mot ytre normer.

Mestringsorientering er et målperspektiv hvor en tar utgangspunkt i sine egne forutsetninger, mål og behov. Oppmerksomheten rettes mot aktiviteten i seg selv, ikke mot hvor godt en presterer sammenlignet med andre.

Sannsynligheten for et godt resultat øker når utøveren konsentrerer seg om løsning av oppgaven, altså på den konkrete handling som skal gjennomføres, og individuell fremgang fremfor resultatene.

Dette handler om indre motivasjon som blir viktig i denne sammenhengen. Psykiske lidelser kan gi kroppslige utslag som igjen påvirker ens motivasjon(Martinsen 2005)

Mestringstro er et annet begrep som refererer til troen på å ha de nødvendige ferdigheter til å gjennomføre en oppgave med ønskelig utfall. Egen mestringstro bestemmer valg av atferd, hvilke mål som velges, utholdenhet i oppgaven, motivasjon og anstrengelse, forventninger om å lykkes og hvordan man følelsesmessig reagerer (Bandura 1977)

Når mennesker øker fysisk kapasitet og ferdigheter, kan denne opplevelse av mestring overføres til andre livsområder som for eksempel troen på egen evne til å holde seg borte fra rusmidler. Personens tro på egen evne til å kontrollere en belastende situasjon og evnen til å regulere sine reaksjoner i situasjonen, betyr mye for hvordan utfallet blir. Har en liten tro på egen evne til mestring og kontroll, er faren for at man nærmer seg situasjonen med angst og liten selvtillit for å oppnå det man ønsker ganske stor.

Bandura skriver hvordan lav mestringstro hos spesielt personer med depresjoner ofte fører til negativ selvvurdering, grubling og uhensiktsmessige tankemåter. Denne negative forklaringsstilen kan forverre og forlenge depresjonen. Mennesker som har liten kapasitet til å stoppe/restrukturere negative tanker, har større sannsynlighet for å bli deprimerte.

Fysisk aktivitet kan være en effektiv metode for å øke egen mestringstro, fordi den gir gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser.

Skal en situasjon medføre økt mestring for en person, må individet lære å observere egen atferd, sette kortsiktige og langsiktige mål og bruke sosial støtte for å vedlikeholde den ønskede atferd.(Martinsen 2005)

I forhold til oppgavens problemstilling, er det nettopp opplevelsen av mestring og sosial fungering i et fellesskap ved å delta i ApD jeg ønsker å undersøke nærmere i spørreundersøkelsen.

2.3. Empowerment

I følge Askheim(Askheim 2007) uttrykker begrepet *empowerment* et ideal om respekt og likeverd i et forhold mellom mennesker. Empowerment har med overføring av makt å gjøre. Målet er å styrke den enkelte sine forutsetninger til å styre sitt eget liv mot egne mål og behov. Gutierrez definerer begrepet slik: "*Empowerment is a process of increasing personal, interpersonal, or political power so that individuals can take action to improve their life situations*"(Gutierrez;L.M. 1990)

Den norske oversettelsen av begrepet er *myndiggjøring*. Bakgrunnen for empowerment-tenkningens fremvekst, er at tjenesteapparatet ikke fungerte særlig brukervennlig.

Begrunnelsen for empowerment kan knyttes til kritikken av den paternalistiske velferdsstaten og dens standardiseringstendenser, byråkratisering og vansker med å utvikle tilbud som er tilpasset det enkelte individs behov.

Askheim hevder også at empowerment handler om synet på mennesker. Mennesket har evner til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder eget liv, og de vet hva som er bra og nyttig for dem, og dermed kan det enkelte menneske være ekspert på sitt eget liv. Begrepet har ifølge Askheim både en individuell og strukturell dimensjon. Den individuelle dimensjonen har til hensikt å øke individets kontroll over eget liv, større selvtillit, bedre selvbilde og øke ens kunnskaper og ferdigheter i forhold til egenkontroll. Den strukturelle dimensjonen omfatter maktforhold og

samfunnsstrukturer som opprettholder ulikheter, utrettferdighet og manglende mulighet til å ha kontroll over eget liv. (Askheim 2007)

Empowerment er derfor som brukermedvirkning et demokratisk fenomen som forutsetter omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet. Fokuset er mer rettet mot å finne løsninger enn å vektlegge problemer. Oppmerksomheten i hjelperelasjonen flyttes fra å jobbe med svikt til å fokusere på brukerens styrke, evne og rettigheter. (Vatne 1998)

Ved at det enkelte menneske får økt selvtilit gjennom å bestemme over seg selv og mestre tilværelsen, vil dette kunne medføre mer deltakelse på gruppe og samfunnsnivå. Det vil kunne gi en større grad av helse, noe som er sterkt fremhevet i den helsefremmende dimensjonen av folkehelsearbeidet. Brukerperspektivet forutsetter at det er mulig å skape nye praksisformer og roller i hjelperelasjonen(Almvik 2006)

Opplevelsen av respekt og likeverd i et forhold mellom mennesker vil bli et interessant spørsmål sett i lys av oppgavens problemstilling. Den individuelle dimensjonen i empowermentbegrepet har som kjent til hensikt å øke individets kontroll over eget liv, og dette vil være et av spørsmålene som blir vesentlig å undersøke.

2.4 Recovery – bedringsprosesser

I de senere år har recovery - begrepet vokst frem som et nytt paradigme i internasjonal forskning og praksis innen psykisk helse. Definisjon av recovery i norsk sammenheng er det ”å komme seg” eller ”å bli bedre”. Ofte anvendes personens bedringsprosess, for å understreke at det handler om en prosess der den enkelte er den aktive og styrer kursen selv. Hvordan kan bedringsprosesser beskrives? Det som blir nevnt i litteraturen er ønsket om et annet liv, holde håpet levende, ikke gi seg, ta kontrollen tilbake, bruke fagfolk og uformelle hjelpere, høre til et sted- å få til et sosialt liv(Borg 2003)

Bedringsprosesser handler ikke om en utvikling som er strømlinjeformet, men det er både oppturer og nedturer, og det er flere løsningsstrategier.

Det å komme seg må derfor betraktes som både en sosial og individuell prosess.

Hverdagslivets arenaer og gode relasjoner mellom mennesker må være i fokus.

Laurie Curtis(Curtis 1997) mener at bedring dreier seg om en prosess og en holdning som handler om å gjenvinne alt som er tapt: rettigheter, roller, ansvar,

avgjørelsesmyndighet, potensialer og støtte. Bedringsprosessen handler om å kreve tilbake rollen som en sunn person i motsetning til et liv som syk.

Deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter gir folk opplevelsen av mål og myndighet.

Hva som kan oppleves som meningsfull aktivitet er nært knyttet til individuelle og kulturelle/sosiale forhold. Gjennom tid og dialog kan bruker og hjelper lage en begrunnelse for aktivitet og skape mening sammen. Utgangspunktet for en meningsfull aktivitet kan ligge i dialogen mellom hjelper og bruker, der hensikten vil være et samarbeid for å finne frem til den enkeltes ønsker og behov.

Gjennom dette kan personen komme ut i en sosial sammenheng, ut av sykerollen, og få prøve seg i situasjoner som gir mulighet for handling i samspill med omgivelsene.

En forutsetning for mestringsopplevelsen er at aktivitetene tilpasses den enkeltes ståsted og muligheter. Arbeid og aktivitet er viktig fordi vi blir sett gjennom det vi gjør. Et stort problem for mange personer med psykiske lidelser er at de blir fratatt disse mulighetene. Mange strekker ikke til det samfunnet krever. En viktig utfordring fremover er å skape meningsfulle og brukbare aktivitets/arbeidsarenaer.(Almvik 2006)

ApD kan vise seg å være et aktuelt tilbud for flere i forhold til å få en mer meningsfull hverdag med forskjellige fysiske aktiviteter i et sosialt fellesskap, der mestringsopplevelser blir vesentlig.

2.5 Veier til mestring sett i lys av salutogeneseprinsippet

Salutogenese som begrep ble skapt av den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky.(Antonovsky,1987). Salutogenese er dannet av det latinske ordet salus, som betyr helse eller sunnhet, og det greske ordet genesis, som betyr opprinnelse, tilblivelse.(Gjærum et al, 2003)

Begrepet ble skapt som en motreaksjon på datidens ensidige fokus på patogenese(sykdom/diagnoser) innenfor helsetenkningen.

Målet er å fremheve de friske sider og er mer et mestringsspektiv enn et sykdomsperspektiv, der personen greier å se nye muligheter og fokuserer på ubrukte ressurser. Teorien bygger også på et positivt og tverrfaglig helsebegrep og vil egne seg som en grunnlagstenkning i psykisk helsearbeid. Salutogenese er knyttet til en mer helhetlig måte å tenke på der den integrerer natur, kultur, biologi, mentale og sosiale prosesser. (Almvik,2006).

Salutogenese søker etter faktorer som skaper høyere grader av helse, der personens historie blir viktigere enn diagnosen og vektlegger mestringsevnen til personen. Både

indre og ytre forhold hos personen er aktivt med i samspillet med omgivelsene. Teorien understreker bruken av eksisterende eller potensielle motstandsressurser hos personen, og ikke bare reduksjon av risikofaktorer.

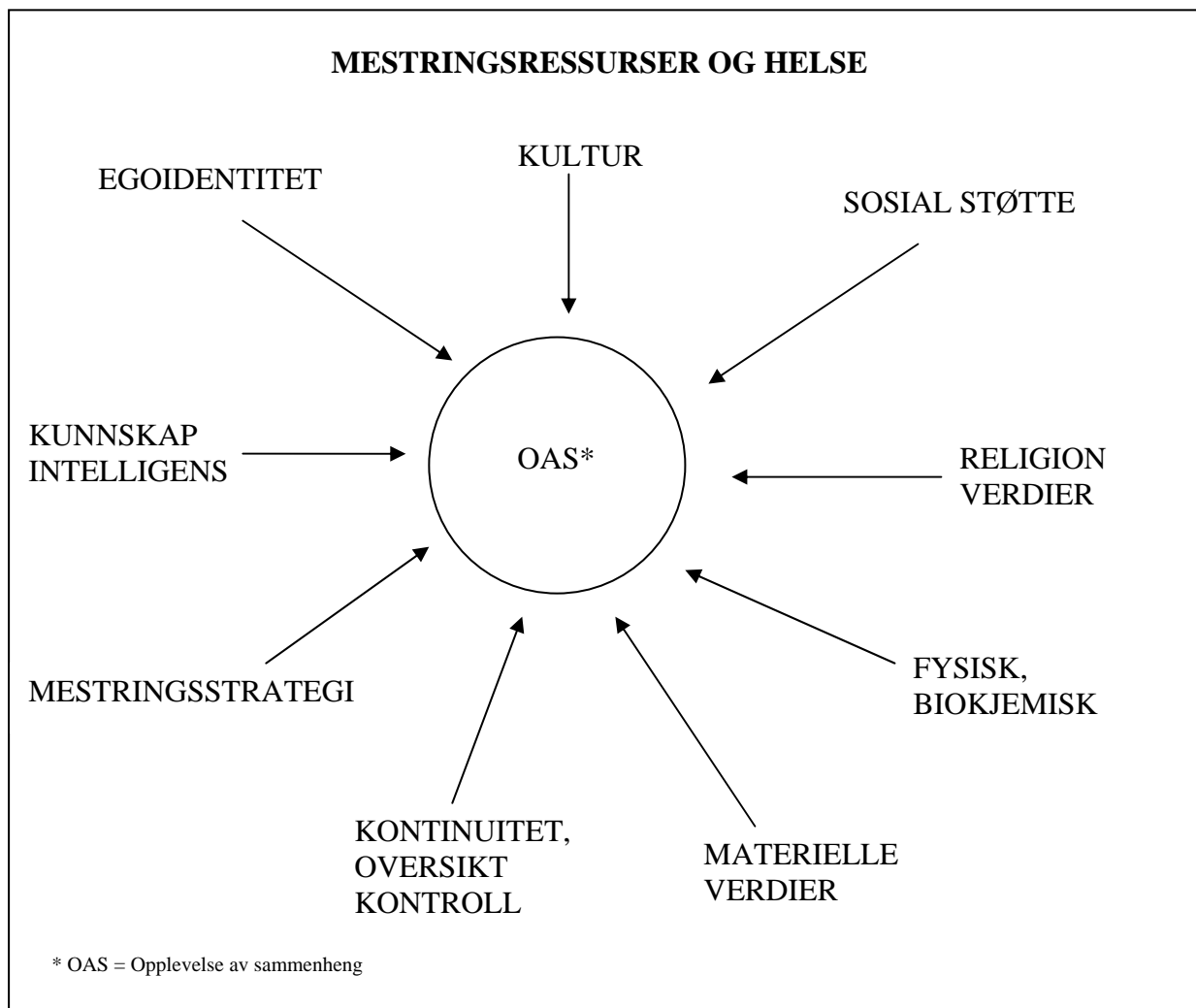
Begrepet *opplevelse av sammenheng* (OAS) er et kjernebegrep i Antonovsky sin teori (sense of coherence). Hans forskning viser at når en person får en høy opplevelse av sammenheng, vil en også oppleve høy grad av helse. Opplevelsen av sammenheng deles inn i tre deler:

- 1) Forståelighet
- 2) Håndterbarhet
- 3) Mening

For å kunne oppnå høy opplevelse av sammenheng må personen kunne forstå situasjonen, ha tro på at en har de nødvendige ressurser som skal til for å finne løsninger, og opplever utfordringen som motiverende. I følge Antonovsky (Almvik, 2006) er den viktigste faktoren mening, og definerer denne som den viktigste motivasjonskomponenten av de tre faktorene.

Salutogenese identifiserer ulike mestringsressurser som kan fremme effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner. Disse mestringsressursene er: sosial støtte, religion, verdier, materielle verdier, kontinuitet, kontroll, oversikt, mestringsstrategi (rasjonalitet, fleksibilitet og vidsyn), kunnskap, intelligens, egoidentitet og kultur.

Figur 27 Mestringsressurser og helse (Almvik og Borge, 2006).



Teorien definerer egoidentitet og sosial støtte som avgjørende mestringsressurser. Kvaliteten på sosiale relasjoner vurderes som veldig viktig i denne sammenhengen. Både under- og overbelastninger kan gi lavere grad av helse, og det anses som viktig at personen opplever "passende utfordringer" i sitt daglige liv for at opplevelsen av sammenheng og mestring skal kunne oppnås. Individet må kunne bruke sine mestringsressurser for å overvinne hverdagens krav og utfordringer som stilles. Salutogeneseprinsippene kan gjelde både for enkeltpersoner og grupper av individer. Teorien fokuserer på hvordan motstandsressursene samlet virker inn på belastningene personen opplever. Jo høyere grad av motstandsressurser personen har tilgjengelig, desto bedre blir opplevelsen av sammenheng for personen. Dette vil gi personen en bedre opplevelse av livskvalitet. En salutogen terapeutisk tilnærming, er balanse mellom å lytte empatisk til problemer med oppmerksomhet, til styrke og ressurser. Å ha tro på personens iboende

vekstpotensiale og vise det i sin holdning overfor personen blir avgjørende for resultatet. Terapien(samtaler)viser seg å være innsiktsorientert da den belyser personens mestringsevne, og øker innsiktsevnen til personen selv. (Hubble et al 1999)

2.6 Oppsummering

Brukerperspektivet vil være av stor betydning når det gjelder opplevelsen brukere ved ApD vil kunne få når det gjelder mestring og sosial fungering.

Å bli anerkjent som bruker vil være et viktig element i denne sammenhengen.

Empowermentbegrepet har betydning når det gjelder brukernes kontroll over egne liv, og henger sammen med opplevelsen av respekt og likeverd for den enkelte.

Personers bedringsprosesser (recovery) vil være forskjellig, avhengig av hver enkelt sitt nivå, som er en individuell prosess, der den enkelte vil kunne styre kursen selv.

Opplevelsen av sammenheng(sence of coherence) er hovedfaktorer i Antonovsky`s teori om salutogenese, der den enkeltes mestringsressurser blir viktige i hvordan en greier å løse hverdagens krav og utfordringer på en best mulig måte. Å oppleve meningsfullhet, forståelse og håndterbarhet er vesentlig for å ha livskvalitet.

3.0 PRESENTASJON AV LITTERATURSØK

Jeg har foretatt litteratursøk flere ganger over flere perioder senest 13.09.09 omkring temaet fysisk aktivitet/psykisk helse, der mestringsopplevelser og sosial fungering er hovedfokus.

Valgte å søke i Ovid der databasene Medline, PsychInfo har vært prioritert. Har i tillegg også søkt i Bibsys der jeg har brukt følgende søkeord med trunkering: physical activity***, mental health***, coping behavior***, quality of life***, rehabilitation***, relation, recovery***, consumer participation***

Kombinerte søkeordene med and og or, og fikk i starten mange treff. Greide å kombinere søkesettene og kom til slutt ned i 6 treff. Men disse artiklene gav ikke relevante treff i forhold til denne oppgaven. De handlet mer om generelle effekter fysisk aktivitet gav. Fant dessverre ikke noe om opplevelsesaspektet i forhold til mestring og sosial fungering ved fysisk aktivitet.

Fikk i tillegg assistanse ved biblioteket ved høgskolen i Molde den 30.06.09 for å forsikre meg om fremgangsmåten. Har satt opp søkemetoden i følgende tabell:

Search history PsychInfo:

Results:

1. Physical activity	3538
2. Mental health	24852
3. Coping behavior	29522
4. Quality of life	15926
5. Rehabilitation	10410
6. 1 and 2	70
7. 1 and 2 and 3	0
8. 3 and 4	638
9. 4 and 5	310
10. 1 and 3	20
11. 1 and 2 and 4	5

Search history Medline:

Results:

1. Physical activity/exercise	349631
2. Mental health/mental disorders	113186
3. Depression	53795
4. Relation	78575
5. Quality of life	78833
6. Recovery	16130
7. Consumer participation	11769
8. 1 and 2	678
9. 3 and 4 and 5	121
10. 6 and 7	6
11. 1 and 2 and 4	18

4.0.METODE

4.1 Utarbeiding av spørreskjema

Jeg har valgt å bruke kvantitativ forskningsmetode og spørreskjema i denne oppgaven. Spørreskjemaet er bygd opp av 32 spørsmål, der respondentene i første del av spørreskjemaet får presentert en del standardiserte spørsmål omkring ,alder, kjønn, kommunetilhørighet, sivil status, allmennutdannelse, yrkesutdannelse og nåværende trygdesituasjon. Respondentene blir videre spurt om hvor fornøyd de er med dette tilbudet og hvor mye de deltar i Aktiv på dagtid. Spørsmål omkring mestring og sosial fungering er blitt utformet som påstander. Hva fysisk aktivitet betyr for den enkelte blir også stilt som påstander.

I tillegg blir det brukt standardiserte spørsmål omkring tema depresjon, angst og livskvalitet som måles ved CES-D Scale (Radloff,1997)og angstskala (Sandanger et al,1998) og Satisfaction With Life Scale (Diener et al,1985))som måler den kognitive/evaluerende siden av livskvalitet. De fleste målene er hentet fra NORLAG-studien(The Norwegian life course,aging and generation study)(Slagsvold,2010) Til slutt er det tre åpne spørsmål der respondentene blir spurt om de savner noen aktiviteter, og om hva de opplever som det mest negative /positive med Aktiv på Dagtid.

Spørreskjemaet ble utprøvd av 5 personer for å sikre et mest mulig brukervennlig spørreskjema, der de spesielt så på antall spørsmål, hvor lang tid det tok å fylle ut skjemaet, hvordan de var utformet og om det var flere spørsmål som evt. lignet på hverandre, samt om språket var enkelt /forståelig.

4.2. Utvalg/deltakere og innhenting av data

Utvalget omfatter alle brukere ved ”Aktiv på Dagtid” i 9 kommuner i Møre og Romsdal. Det er folkehelsekoordinator i hver kommune som oppbevarer deltakerlistene. Undersøkelsen er frivillig og anonym.

Følgende kommuner var med i undersøkelsen: Molde, Kristiansund, Ålesund (bykommuner), Aukra, Fræna, Gjemnes, Rauma, Ørskog, og Surnadal (landkommuner). Det totale antall skjemaer som ble sendt ut var 316. Antall registrerte deltakere i undersøkelsesperioden var 364. Det er variasjon i forhold til antall deltakere når det gjelder årstider. Det er flere som deltar i sommerhalvåret enn om vinteren.

Datainnsamlingen ble gjort i perioden februar/ mars 2010, og totalt kom det inn 147 svar med en puring.

4.3 Fremgangsmåte

I hver kommune er det ansatt helsekoordinatorer som har vært behjelpelige med å legge til rette for utdelingen av spørreskjemaene. Prosjektansvarlig valgte å reise ut til 6 kommuner selv og dele ut skjemaene, på de forskjellige treningsgruppene. I de kommunene fikk jeg informert om prosjektet i en samlet gruppe før treningene startet, og la igjen det antall spørreskjemaer som det var behov for. De fleste ønsket å ta med seg skjemaet hjem da det tok 15-20 minutter å fylle ut skjemaet.

Det var 3 kommuner som skjemaene ble sendt til. Der hadde jeg opprettet kontakt og laget en egen avtale med helsekoordinator som var behjelpelig med utdeling. Disse konvoluttene inneholdt foruten spørreskjemaet et infobrev om dette prosjektet og en frankert svarkonvolutt som skulle gjøre det enklest mulig for respondentene.

Hvorfor svarprosenten kan være vanskelig å få opp ved spørreskjemaer, kan være ifølge Jacobsen(2005) :”*respondenter med leseproblemer, liten interesse for temaet , vanskelige spørsmål i spørreskjemaet og at spørreskjemaet er for langt med for mange spørsmål, dårlig språkforståelse, samt dårlig design. Garanti av anonymitet er et annet viktig poeng i denne sammenheng. Informasjon om hva denne undersøkelsen skal brukes til er også vesentlig for respondentene.*”

4.4 Forskningsetiske overveielser

Når det gjelder forskningsetikk så er det tre grunnleggende krav som skal ivaretas i forholdet mellom forsker og informanter/respondenter og er i følge Jacobsen (2005) disse:

- Informert samtykke
- Krav på privatliv
- Krav på å bli korrekt gjengitt

Denne kvantitative undersøkelsen baserer seg på anonyme og frivillige besvarelser, og vil dermed ikke ha behov for spesielle forberedelser når det gjelder innkreving av informert samtykke eller godkjenning fra fagetisk råd. Men en skal være klar over at kravet om frivillighet til at en kan velge fritt om en vil delta eller ikke, ikke nødvendigvis trenger å være enkelt fordi en kan føle seg presset til å svare enten direkte eller indirekte.

Prosjektet er innmeldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og godkjent 15/1-10.

5.0 ANALYSE AV DATA

5.1 Statistisk program

SPSS versjon 15.0 for Windows er blitt valgt som statistisk program i analysedelen. Konkrete analysemetoder som blir brukt er univariat og bivariat analyser. Slutningsstatistikk blir benyttet der målet er å undersøke om resultatene i forhold til problemstillingen er statistisk signifikante eller ikke. Chikvadrat og Anova blir brukt for å teste forskjeller.

5.2 Validitet og reliabilitet

Det er et viktig prinsipp når en formidler forskning at de resultater som kommer frem i undersøkelsen er reelle og til å stole på.

Et grunnleggende krav til data er at de må være gyldige. Det betyr at data er relevante i forhold til problemstillingen(Aadland 1997)

Validitet (gyldighet) betyr egentlig treffsikkerhet, og i forhold til spørsmålene man stiller så gjelder det om de enten direkte eller indirekte får belyst problemstillingen. Reliabilitet (pålitelighet) handler om en kan stole på det datamateriale en har. Har respondentene skjønt spørsmålene? Har jeg skjønt svarene?

Det er ofte lurt å teste ut spørreskjemaet på forhånd for evt. å unngå misforståelser og uklare spørsmål når en setter i gang med undersøkelsen. Svakheter i spørreskjemaet er det viktig å få lukt ut før en starter(Aadland, 1997)

I denne oppgaven er datamaterialet fra en spørreskjemaundersøkelse. Kvantitativ metode ligger til grunn for analysen. Enhver metode har sine begrensninger. Kvantitativ metode kan få frem nøyaktige data om problemstillinger en har stilt på forhånd, men en greier ikke å fange opp de spontane sammenhenger og det deltakerne selv måtte være opptatt av i øyeblikket. Telle og målemetoder kan ha stor grad av pålitelighet, men gyldigheten kan ofte være lav, fordi spørreskjema er en relativt overflatisk form for datainnsamling.

6.0 RESULTATER

I denne delen av oppgaven vil resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen ved Aktiv på Dagtid (ApD) bli presentert.

Funnene blir inndelt i tre kategorier i forhold til forskningsspørsmålene som ble stilt i problemstillingen. Disse kategoriene er: Brukerstatus ved Aktiv på Dagtid i Møre og Romsdal, Brukergruppens vurderinger av tilbudet Aktiv på Dagtid og Forskjeller mellom brukergruppene.

6.1 Brukerstatus ved Aktiv på Dagtid i Møre og Romsdal

Det ble delt ut i alt 316 spørreskjema og det kom inn 147 svar. Dette utgjør en svarprosent på 46,5%.

Tabell 68 Brukerstatus

		Trygdestatus							
		Attføring / rehab		Uføretrygdet		Sykmeldt		Annet	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Antall		25	19,00 %	73	51,40 %	9	6,30 %	33	23,20 %
Gj.snitt alder		44,7		56,3		48,9		64,7	
Andel kvinner/menn	kvinner	21	15,00 %	60	42,90 %	9	6,40 %	25	17,90 %
	menn	4	2,90 %	13	9,30 %	0	0,00 %	8	5,60 %
Sivil status	gift /samboer /partner	14	10,37 %	49	36,30 %	9	6,67 %	25	18,52 %
	ugift	3	2,22 %	12	8,89 %	0	0,00 %	1	0,74 %
	Separert, skilt, enke, enkemann	8	5,93 %	8	5,93 %	0	0,00 %	6	4,44 %
Andel by/land	By	23	16,50 %	48	34,50 %	4	2,90 %	7	5,00 %
	Land	2	1,40 %	24	17,30 %	5	3,60 %	26	18,70 %

Kjønnsfordelingen viser at deltakelsen blant menn er veldig lav i forhold til kvinner.

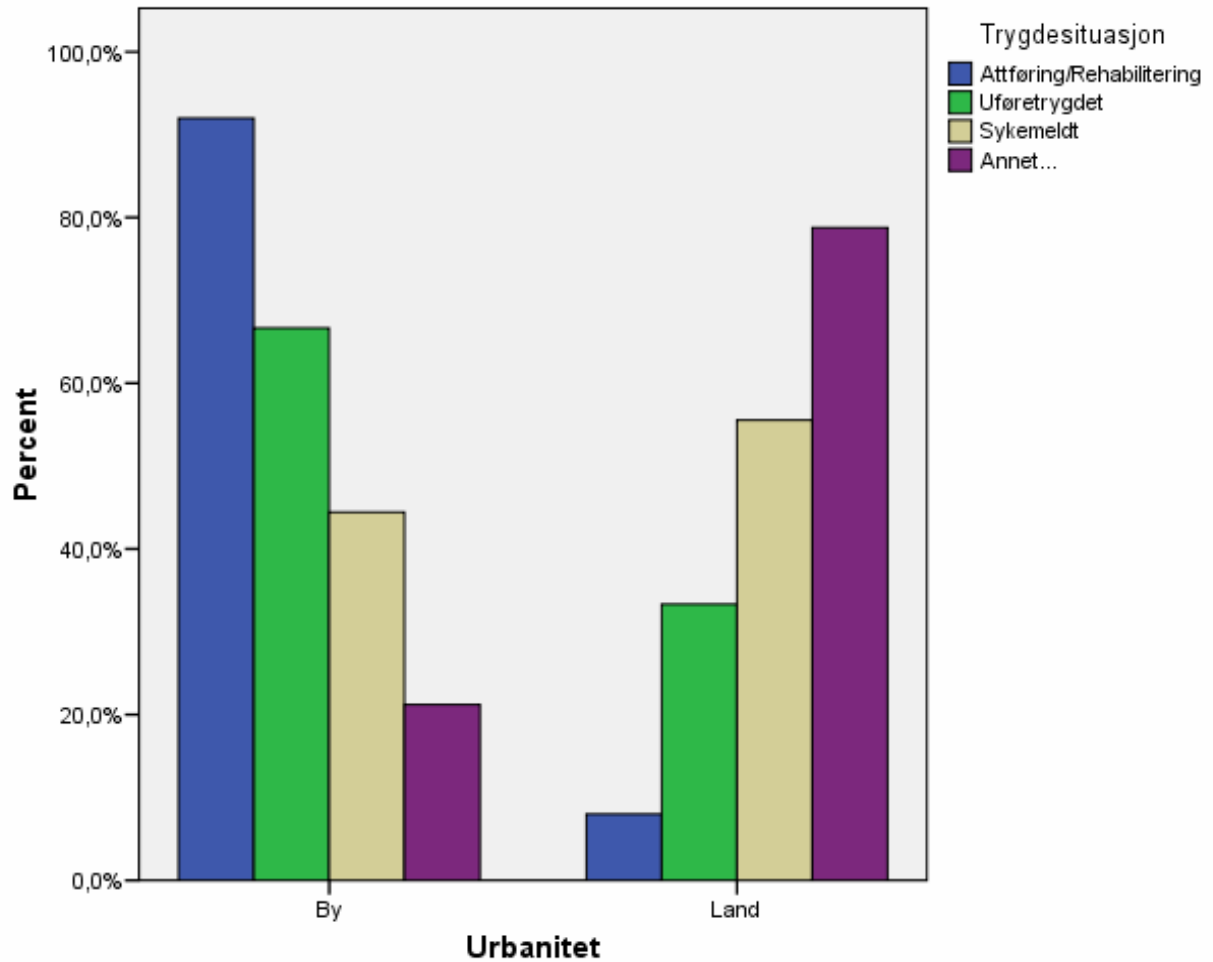
Det er 82,2% av deltakerne som er kvinner og 17,9% menn.

I forhold til trygdesituasjon er det størst andel av uføretrygdete (51,4%). Av disse er det 42,9% kvinner og 9,3% menn

Sivil status viser at det er flest som er gift 58,9% eller samboere 20,1%. Når det gjelder gjennomsnittsalderen på deltakerne så viser den 55,7 år.

Forholdet mellom by og land viser 59% i by kommunene og 41% i landkommunene.

Varighet av trygdesituasjon viser at 40% av deltakerne har vært trygdet i over 5 år.



Figur 14 Fordeling trygdesituasjon og by/land kommuner

Denne viser at i bykommunene er det flest av brukerne som er under attføring/rehabilitering (ca 90%) og er uføretrygdet(ca 65%) og færrest pensjonister (ca 20%), mens i landkommunene er det flest i pensjonistgruppen (80%) og færrest under attføring/rehabilitering (ca 10%). Altså helt motsatt kurve mellom by og land.

Tabell 43 Grunner til hvorfor en deltar ved ApD.

		Trygdesituasjon								Total	
		Attføring/Rehabilitering		Uføretrygdet		Sykemeldt		Annet...			
		Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sosialt miljø gir mye	Uenig eller hverken eller	15	55,56	20	28,57	5	55,56	5	16,13	45	32,85
	Litt enig eller svært enig	12	44,44	50	71,43	4	44,44	26	83,87	92	67,15
Meningsfull hverdag	Uenig eller hverken eller	11	40,74	26	37,14	4	44,44	4	12,90	45	32,85
	Litt enig eller svært enig	16	59,26	44	62,86	5	55,56	27	87,10	92	67,15
Bedre fysisk form	Uenig eller hverken eller	1	3,70	2	2,90	1	11,11	0	,00	4	2,90
	Litt enig eller svært enig	26	96,30	67	97,10	8	88,89	33	100,00	134	97,10
Gir utfordringer	Uenig eller hverken eller	6	23,08	23	34,33	4	44,44	6	20,69	39	29,77
	Litt enig eller svært enig	20	76,92	44	65,67	5	55,56	23	79,31	92	70,23
Mestrer hverdagen bedre	Uenig eller hverken eller	6	22,22	17	24,29	3	33,33	5	15,63	31	22,46
	Litt enig eller svært enig	21	77,78	53	75,71	6	66,67	27	84,38	107	77,54
Mestrer andre ting i hverdagen bedre	Uenig eller hverken eller	6	22,22	22	31,88	4	44,44	5	16,13	37	27,21
	Litt enig eller svært enig	21	77,78	47	68,12	5	55,56	26	83,87	99	72,79

Det er først og fremst for å bli i bedre fysisk form som flest har svart på hvorfor de er med i ApD. Det er gjennomgående i alle brukergruppene at de er mest enig eller svært enig i påstandene.

Tabell 53. Hvor ofte bruker deltakerne ApD

		Frequency	Valid Percent
Valid	1 Flere ganger i uken	102	69,4
	2 1 gang i uken	40	27,2
	3 1 gang hver 14.dag	1	,7
	4 1 gang i mnd.	1	,7
	5 Sjeldnere	3	2,0
	Total	147	100,0

Tabellen viser at deltakelsen blant brukerne er gjennomgående god. 69,4% bruker tilbudet flere ganger i uken og 27,2 % bruker det en gang i uken.

Tabell 60. Aktiviteter brukerne er med på ved Aktiv på Dagtid.

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Aerobic * Trygdesituasjon	15	10,2%	132	89,8%	147	100,0%
Turgruppe * Trygdesituasjon	38	25,9%	109	74,1%	147	100,0%
Styrke/kondisjon * Trygdesituasjon	113	76,9%	34	23,1%	147	100,0%
Ball i Hall * Trygdesituasjon	7	4,8%	140	95,2%	147	100,0%
Svømming * Trygdesituasjon	85	57,8%	62	42,2%	147	100,0%
Annet * Trygdesituasjon	13	8,8%	134	91,2%	147	100,0%

Når det gjelder hvilke aktiviteter brukerne er med på, er det først og fremst styrke/kondisjonstrening (76,9%) og svømming (57,8%) som det er flest deltakere på. Turgruppen er også godt representert med 25,9%. (N38)

Oppsummering:

Det viser seg at det er flest kvinner som deltar ved Aktiv på Dagtid. 42,9% av kvinnene er uføretrygdet. Den største andelen av menn er uføretrygdet (9,3%). Det er overraskende mange av brukerne som er pensjonister/har alderstrygd og tilhører gruppen annet (23,2%) Når det gjelder sivil status er det flest gifte/samboere (79%).

Det er flest som er uføretrygdet og varighet av trygdesituasjonen viser at flest har vært trygdet i over 5 år.

Det viser seg at det er forskjell i brukergruppene når det gjelder fordeling by-og landkommuner. I byene er det flest med attføring/rehabilitering og uføretrygdede. I landkommunene er det flest pensjonister/alderstrygdede og sykemeldte. Gjennomsnittlig alder på brukerne er 55,7år.

6.2 Brukergruppenes vurderinger av tilbudet Aktiv på Dagtid

Jeg vil kategorisere brukergruppenes vurderinger i undergrupper for å gi en mer oversiktlig fremstilling av funnene.

I spørreskjemaet er det spørsmål som kan måle angst, depresjon og livskvalitet. Jeg har brukt måleskalaene Hopkins for angst, Radloff LS –CES-D scale for depresjon og SWLS-The satisfaction with life scale for å måle livskvalitet.(Norlag) Dette er målinger som blir brukt for å finne ut om det er forskjeller i brukergruppene, og om de opplever tilbudet ApD forskjellig. Det blir også brukt Anova målinger for å teste forskjeller.

Tabell 65 Oversiktstabell trygdestatusgrupper.

	MeanStd DeviationN														
	Trygdesituasjon												Group Total		
	Attføring/Rehabilitering			Uføretrygdet			Sykemeldt			Annet...					
	Mean	Std Deviation	N	Mean	Std Deviation	N	Mean	Std Deviation	N	Mean	Std Deviation	N	Mean	Std Deviation	N
Alder	44,68	12	N=25	56,25	8	N=73	48,89	11	N=9	64,73	7	N=33	55,71	11	N=140
Satisfaction with life Scale	2,84	0,7	N=27	3,23	1,31	N=68	3,6	0,91	N=9	3,85	0,86	N=33	3,32	1,13	N=137
Generell fornøydhet med ApD	3,98	0,74	N=26	4,13	0,65	N=72	3,96	0,7	N=9	4,25	0,65	N=33	4,12	0,67	N=140
Depresjonsskåre (CES-D)	19,85	14,8	N=26	14,38	8,38	N=69	9,67	5,98	N=9	10,83	9,06	N=29	14,35	10,36	N=133
Angstskåre (Hopkins)	2,19	1,14	N=27	1,82	0,81	N=68	1,29	0,46	N=9	1,47	0,89	N=30	1,78	0,92	N=134
Viktighet av fysisk aktivitet	22,08	2,74	N=26	22,13	2,94	N=72	22,89	0,93	N=9	21,91	3,98	N=33	22,11	3,08	N=140

Tabellen viser gjennomsnitt alder, livskvalitet, depresjonsskåre og angstskåre.

6.2.1 Fornøydhhet

Tabell 64 Fornøydhhet, om tilbudet passer og hjelp fra instruktør – dikotom

		Trygdesituasjon								Total	
		Attføring/Rehabilit ering		Uføretrygdet		Sykemeldt		Annet...			
		Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Tilbudet passer dikotom	Dårlig eller svaært dårlig	0	,00	1	1,37	0	,00	0	,00	1	,71
	Godt, meget eller svært godt	27	100,00	72	98,63	9	100,00	31	100,00	139	99,29
Hjelp av instruktører dikotom	Av og til sjelden eller aldri	3	11,11	9	12,68	0	,00	5	15,63	17	12,23
	Alltid eller stort sett	24	88,89	62	87,32	9	100,00	27	84,38	122	87,77
Fornøydhhet dikotom	Middels, noe eller ikke fornøyd	2	7,41	4	5,56	0	,00	1	3,13	7	5,00
	Godt eller svært fornøyd	25	92,59	68	94,44	9	100,00	31	96,88	133	95,00

Tabellen viser faktisk at omtrent 100% mener tilbudet Aktiv på Dagtid passer godt, meget ellers svært godt. Brukerne opplever også at alltid eller stort sett får de hjelp av instruktørene når de trenger det. I forhold til fornøydhhet så er nærmere 100% godt eller svært fornøyd som brukere ved Aktiv på Dagtid. Dette viser en veldig positiv tendens i vurderingene fra brukerne.

Men det interessante er om det finnes noen forskjeller mellom gruppene når det gjelder fornøydhhet.

Tabell 6.1 Forskjeller mellom deprimerte/ikke deprimerte og livskvalitetsmål.

dep		På de fleste måter er livet mitt nær det ideelle.	Mine livsforhold er utmerkede.	Så langt har jeg fått det viktigste jeg ønsket meg i livet.	Jeg er tilfreds med livet mitt nå.	Hvis jeg kunne leve livet om igjen, ville jeg ikke forandre på nesten noen ting.	Hvor mye av tiden har den fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang	Hvor fornøyd er du alt i alt med livet ditt nå?	Har du endret holdning til fysisk aktivitet etter at du startet ved ApD?	Hvis det ikke lenger er aktuelt for deg å bruke ApD, vil du da fortsette med fysisk aktivitet på egen hånd?
Ikke deprimert	Mean	3,73	3,64	3,98	3,95	3,16	3,70	2,10	1,45	1,28
	N	80	81	81	80	79	81	82	82	82
	Std. Deviation	2,541	1,228	1,060	1,042	1,295	1,145	,780	,501	,672
Deprimert	Mean	2,58	2,77	3,10	2,85	2,29	2,69	2,85	1,38	1,67
	N	52	52	51	52	52	52	52	52	52
	Std. Deviation	1,226	1,113	1,269	1,304	1,143	1,181	,916	,530	,923
Total	Mean	3,27	3,30	3,64	3,52	2,82	3,31	2,39	1,43	1,43
	N	132	133	132	132	131	133	134	134	134
	Std. Deviation	2,190	1,255	1,219	1,269	1,306	1,256	,909	,511	,799

Tabellen viser at det er små forskjeller mellom gruppene ikke deprimert og deprimert. Ved å kjøre Anova tester så viser de signifikante forskjeller i alle påstandene unntatt: ”om en har endret holdning til fysisk aktivitet etter at du startet ved ApD”

Tabell 7.1 Ikke- angst/angst gjennomsnitt fornøyd.

angstgr		På de fleste måter er livet mitt nær det ideelle.	Mine livsforhold er utmerkede.	Så langt har jeg fått det viktigste jeg ønsket meg i livet.	Jeg er tilfreds med livet mitt nå.	Hvis jeg kunne leve livet om igjen, ville jeg ikke forandre på nesten noen ting.	Hvor mye av tiden har den fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang	Hvor fornøyd er du alt i alt med livet ditt nå?	Har du endret holdning til fysisk aktivitet etter at du startet ved ApD?	Hvis det ikke lenger er aktuelt for deg å bruke ApD, vil du da fortsette med fysisk aktivitet på egen hånd?
Ikke angst	Mean	3,67	3,58	3,99	3,92	3,02	3,69	2,12	1,43	1,37
	N	86	86	86	85	85	86	86	86	86
	Std. Deviation	2,490	1,153	1,046	1,060	1,300	1,171	,773	,498	,768
Angst	Mean	2,56	2,77	3,00	2,81	2,45	2,65	2,88	1,43	1,53
	N	48	48	47	48	49	49	49	49	49
	Std. Deviation	1,165	1,242	1,251	1,315	1,226	1,110	,927	,540	,844
Total	Mean	3,28	3,29	3,64	3,52	2,81	3,31	2,39	1,43	1,43
	N	134	134	133	133	134	135	135	135	135
	Std. Deviation	2,174	1,243	1,214	1,271	1,299	1,249	,907	,512	,797

Tabellen viser også her små forskjeller mellom gruppene ikke angst og angst . Ved å kjøre Anova tester mellomgruppene så viser de signifikante forskjeller i likhet mellom deprimerte/ikke-deprimerte.

Tabell 14.1 Gjennomsnitt fornøydhet ikke deprimert/deprimert.

Dep		fått meg i bedre form	redusert mine fysiske plager	mer overskudd i hverdagen	lettere å strukturere hverdagen	gitt meg utfordringer	er gøy	har gjort meg mer fornøyd med tilværelsen	har gitt meg bedre selvtillit
Ikke deprimert	Mean	4,63	3,95	4,34	3,66	3,8	4,6	4,26	3,44
	N	82	78	80	79	79	80	80	79
	Std. Deviation	0,762	1,056	0,871	1,096	1,079	0,805	0,938	1,152
Deprimert	Mean	4,38	3,77	4,14	3,75	3,8	4,22	4,08	3,73
	N	53	53	51	51	49	51	52	51
	Std. Deviation	0,79	1,12	0,917	1,093	1,02	0,966	1,045	1,002
Total	Mean	4,53	3,88	4,26	3,69	3,8	4,45	4,19	3,55
	N	135	131	131	130	128	131	132	130
	Std. Deviation	0,78	1,081	0,891	1,092	1,053	0,888	0,982	1,1

	jeg kommer meg lettere "opp av sofaen"	hjulpet meg til å delta i andre aktiviteter.	gir meg et sosialt fellesskap	gir meg noe meningsfullt å gå til.	har treningstider som passer meg.	har et treningsinnhold som passer meg godt.	har dyktige instruktører	har engasjerte instruktører	har egnede lokaler
Mean	3,79	3,34	3,8	4,29	4,48	4,63	4,47	4,4	4,43
N	80	80	81	78	81	81	79	80	80
Std. Deviation	1,309	1,262	1,134	0,941	0,976	0,749	0,945	0,989	0,823
Mean	4	3,53	3,83	4,38	4,09	4,42	4,19	4,19	4,13
N	52	51	52	52	53	53	52	52	52

Tabellen viser at det er forskjeller mellom gruppene, men at disse er forholdsvis små og viser ingen signifikante forskjeller, bortsett fra påstanden "Apd er gøy" som viser en signifikant forskjell mellom gruppene.

Tabell 15.1 Gjennomsnitt fornøydhet ikke angst/angst.

angstgr		fått meg i bedre form	redusert mine fysiske plager.	mer overskudd i hverdagen	lettere å strukturere hverdagen	gitt meg utfordringer	er gøy	har gjort meg mer fornøyd med tilværelsen	har gitt meg bedre selvtillit
Ikke angst	Mean	4,61	3,85	4,37	3,7	3,78	4,56	4,25	3,45
	N	85	82	84	83	83	82	84	83
	Std. Deviation	0,674	1,124	0,833	1,045	1,025	0,803	0,917	1,096
Angst	Mean	4,35	3,87	4,06	3,67	3,82	4,25	4,06	3,74
	N	48	47	47	46	44	48	47	47
	Std. Deviation	0,934	1,013	0,965	1,194	1,126	1	1,092	1,093
Total	Mean	4,52	3,86	4,26	3,69	3,8	4,45	4,18	3,55
	N	133	129	131	129	127	130	131	130
	Std. Deviation	0,784	1,081	0,891	1,095	1,057	0,89	0,983	1,1

angstgr		jeg kommer meg lettere "opp av sofaen	hjulpet meg til å delta i andre aktiviteter	gir meg et sosialt fellesskap	gir meg noe meningsfullt å gå til	har treningstider som passer meg.	har et treningsinnhold som passer meg godt	har dyktige instruktører	har engasjerte instruktører	har egnede lokaler
Ikke angst	Mean	3,88	3,42	3,76	4,35	4,45	4,58	4,5	4,44	4,4
	N	85	83	84	82	85	83	84	85	85
	Std. Deviation	1,169	1,201	1,071	0,76	0,945	0,701	0,829	0,879	0,775
Angst	Mean	3,85	3,36	3,88	4,29	4,12	4,47	4,11	4,11	4,17
	N	48	47	49	48	49	49	47	47	47
	Std. Deviation	1,353	1,112	1,235	1,11	1,166	0,915	1,088	1,108	0,892
Total	Mean	3,87	3,4	3,8	4,33	4,33	4,54	4,36	4,32	4,32
	N	133	130	133	130	134	132	131	132	132
	Std. Deviation	1,233	1,165	1,131	0,901	1,039	0,785	0,945	0,975	0,823

Tabellen viser også her små forskjeller mellom gruppene. Det er ingen klare signifikante forskjeller ved disse påstandene.

Oppsummering:

Generelt vurderer brukerne ved ApD at de er svært fornøyde med tilbudet. Samtidig viser Anova målinger at det er forskjeller mellom gruppene angst/ikke angst og deprimerte/ikke deprimerte i forhold til svarsårene på spørsmålene omkring fornøydhet. Men disse forskjellene viser seg å være relativ små og er naturlige forskjeller, som vil være aktuelle hos personer med angst/ikke angst og hos personer som er deprimerte/ikke deprimerte.

6.2.2 Mestring

Tabell 42 Mestring- familie, sosiale relasjoner, kulturopplevelser, yrkesdeltakelse og betydning for yrkesdeltakelse og trygdesituasjon.

		Trygdesituasjon								Total	
		Attføring/Rehabilit ering		Uføretrygdet		Sykemeldt		Annet...			
		Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mestring Familie	Uten betydning eller i midre grad	4	16,00	21	31,82	3	33,33	6	23,08	34	26,98
	I noen-, middels- eller stor grad	21	84,00	45	68,18	6	66,67	20	76,92	92	73,02
Mestring Sosiale relasjoner	Uten betydning eller i midre grad	4	14,81	18	26,09	3	33,33	6	22,22	31	23,48
	I noen-, middels- eller stor grad	23	85,19	51	73,91	6	66,67	21	77,78	101	76,52
Mestring Yrkesdeltakelse	Uten betydning eller i midre grad	5	20,83	38	63,33	0	,00	12	54,55	55	47,83
	I noen-, middels- eller stor grad	19	79,17	22	36,67	9	100,00	10	45,45	60	52,17
Mestring Kulturopplevelser	Uten betydning eller i midre grad	10	43,48	34	54,84	5	62,50	10	37,04	59	49,17
	I noen-, middels- eller stor grad	13	56,52	28	45,16	3	37,50	17	62,96	61	50,83
Betydning for yrkesdeltakelse	I mindre grad eller uten betydning	9	34,62	47	67,14	0	,00	14	70,00	70	56,00
	I noen, middels eller stor grad	17	65,38	23	32,86	9	100,00	6	30,00	55	44,00

Denne tabellen viser at en stor del av brukergruppene mener at familien har i noen, middels- eller stor grad betydning ved å delta i ApD. Dette gjelder også for sosiale relasjoner. Når det gjelder yrkesdeltakelse er det naturlig nok brukergruppene attføring/rehabilitering (79%) og de sykemeldte (100%) som viser seg å ha størst betydning for. De uføretrygdene og pensjonistene svarer naturlig nok at yrkesdeltakelsen er i mindre grad eller uten betydning for disse.

Tabell 10.1 Mestring ved deltakelse i ApD ikke deprimert/deprimert i gjennomsnitt.

dep		Ved å delta i ApD så mestrer jeg hverdagen min bedre	Ved å delta i ApD så mestrer jeg også andre ting i hverdagen min bedre	Hvor ofte bruker du ApD	Aerobic	Turgruppe	Styrke/ko ndisjon	Ball i Hall	Svømming
Ikke deprimert	Mean	3,99	3,92	1,33	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	N	79	78	82	9	23	66	4	53
	Std. Deviation	1,235	1,214	,610	,000	,000	,000	,000	,000
Deprimert	Mean	4,19	4,15	1,49	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	N	53	53	53	4	11	42	2	29
	Std. Deviation	,982	,949	,933	,000	,000	,000	,000	,000
Total	Mean	4,07	4,02	1,39	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	N	132	131	135	13	34	108	6	82
	Std. Deviation	1,140	1,116	,754	,000	,000	,000	,000	,000

Tabellen viser at brukerne mestrer hverdagen sin over gjennomsnittet. Det er også her små forskjeller mellom gruppene og ingen signifikante forskjeller.

Tabell 11.1 Mestring ved deltakelse i ApD ikke angst/angst i gjennomsnitt.

angstgr		Ved å delta i ApD så mestrer jeg hverdagen min bedre	Ved å delta i ApD så mestrer jeg også andre ting i hverdagen min bedre	Hvor ofte bruker du ApD	Aerobic	Turgruppe	Styrke/kondisjon	Ball i Hall	Svømming
Ikke angst	Mean	4,02	3,99	1,27	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	N	86	85	86	9	26	73	5	56
	Std. Deviation	1,217	1,170	,583	,000	,000	,000	,000	,000
Angst	Mean	4,10	4,00	1,59	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	N	48	48	49	4	10	35	2	25
	Std. Deviation	1,077	1,092	,956	,000	,000	,000	,000	,000
Total	Mean	4,05	3,99	1,39	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	N	134	133	135	13	36	108	7	81
	Std. Deviation	1,165	1,138	,753	,000	,000	,000	,000	,000

Tabellen viser en liten forskjell mellom gruppene, og det ingen signifikante forskjeller. Det ser ut også her at brukerne mestrer hverdagen sin over gjennomsnittet uavhengig hvilken gruppe de er.

Oppsummering:

Generelt så vurderer brukerne at ved å delta i ApD så gir det betydning i noen, middels eller stor grad i forhold til familie, sosiale relasjoner, yrkesdeltakelse og kulturopplevelser. Gruppen uføretrygdde og pensjonister vurderer yrkesdeltakelse lavt som er en naturlig grunn. Mellom gruppene deprimerte/ikke deprimerte og angst/ikke angst er det kun små forskjeller som ikke gir noen spesifikke signifikante forskjeller. Det ser ut som ved å delta i ApD så mestrer de fleste hverdagene sine bedre og også på andre områder.

6.2.3. Trivsel i forhold til aktiviteter

Tabell 66 Trivsel ved aktiviteter ute og inne og trygdesituasjon.

		Trygdesituasjon								Total	
		2 Attføring / Rehabilitering		3 Uføretrygdet		4 Sykemeldt		6 Annet...			
		Count	Prosent	Count	Prosent	Count	Prosent	Count	Prosent	Count	Prosent
trives du når du går tur	2 Dårlig	1	3,8					1	3,1	2	1,5
	3 Litt godt	3	11,5	4	5,8			1	3,1	8	5,9
	4 Godt	8	30,8	21	30,4			15	46,9	44	32,4
	5 Svært godt	14	53,8	44	63,8	9	100	15	46,9	82	60,3
trives du når du trener ute/inne	2 Dårlig			1	1,4					1	0,7
	3 Litt godt	2	7,7	3	4,3			2	6,5	7	5,2
	4 Godt	12	46,2	27	39,1	1	11,1	12	38,7	52	38,5
	5 Svært godt	12	46,2	38	55,1	8	88,9	17	54,8	75	55,6
trives du en vanlig dag hjemme/ute?	2 Dårlig	3	11,5							3	2,2
	3 Litt godt	4	15,4	16	23,2	1	11,1	3	9,1	24	17,5
	4 Godt	13	50	33	47,8	3	33,3	15	45,5	64	46,7
	5 Svært godt	6	23,1	20	29	5	55,6	15	45,5	46	33,6
trives du en vanlig dag hjemme/ute, sammenlignet med for 1 år siden	1 Svært dårlig			1	1,5					1	0,8
	2 Dårlig	3	12	2	2,9					5	3,8
	3 Litt godt	1	4	10	14,7	1	11,1	3	10	15	11,4
	4 Godt	12	48	29	42,6	4	44,4	12	40	57	43,2
	5 Svært godt	9	36	26	38,2	4	44,4	15	50	54	40,9

Brukerne vurderer generelt at de trives godt eller svært godt når de deltar på aktiviteter ute og inne.

Tabell 16.1 Trivsel ved aktiviteter ute og inne deprimerte/ikke deprimerte.

Dep		trives du når du går tur	trives du når du trener ute/inne	trives du en vanlig dag hjemme/ute?	trives du en vanlig dag hjemme/ute, sammenlignet med for 1 år siden
Ikke deprimert	Mean	4,63	4,59	4,31	4,44
	N	79	82	81	78
	Std. Deviation	,559	,608	,683	,656
Deprimert	Mean	4,30	4,36	3,77	3,83
	N	53	53	53	52
	Std. Deviation	,799	,653	,800	,964
Total	Mean	4,50	4,50	4,10	4,19
	N	132	135	134	130
	Std. Deviation	,682	,633	,774	,845

Målinger mellom deprimerte og ikke deprimerte viser små forskjeller, men de viser signifikante forskjeller ved all påstandene

Tabell 17.1 Trivsel ved aktiviteter ute og inne angst/ikke angst.

Angstgr		trives du når du går tur	trives du når du trener ute/inne	trives du en vanlig dag hjemme/ute?	trives du en vanlig dag hjemme/ute, sammenlignet med for 1 år siden
Ikke angst	Mean	4,58	4,59	4,25	4,43
	N	84	85	85	82
	Std. Deviation	,542	,541	,722	,629
Angst	Mean	4,37	4,31	3,84	3,84
	N	49	48	49	49
	Std. Deviation	,859	,748	,800	1,007
Total	Mean	4,50	4,49	4,10	4,21
	N	133	133	134	131
	Std. Deviation	,681	,635	,774	,839

Brukerne angst/ikke angst vurderer trivsel i forhold til aktiviteter ute og inne godt eller svært godt. Det er små forskjeller mellom gruppene, men de med angst skårer lavere sum enn de som ikke har angst. Målingene viser signifikante forskjeller mellom gruppene ved alle påstandene.

Oppsummering:

Generelt vurderer brukergruppene trivsel med aktiviteter ute og inne godt eller svært godt. Tabellene viser forskjeller mellom gruppene angst/ikke angst og deprimerte/ikke

deprimerte og Anova tester viser signifikante forskjeller i alle påstandene mellom gruppene.

6.2.4 Livskvalitet

Tabell 67 Gjennomsnitt livskvalitet(indeks) og trygdesituasjon

		Trygdesituasjon								Total	
		2 Attføring/Rehabilitering		3 Uføretrygdet		4 Sykemeldt		6 Annet...			
		Count	Prosent	Count	Prosent	Count	Prosent	Count	Prosent	Count	Prosent
På de fleste måter er livet mitt nær det ideelle.	1 Svært uenig	3	11,10 %	14	20,60 %			1	3,30 %	18	13,40 %
	2 Litt uenig	8	29,60 %	8	11,80 %	2	22,20 %	3	10,00 %	21	15,70 %
	3 Verken enig eller uenig	10	37,00 %	14	20,60 %	3	33,30 %	10	33,30 %	37	27,60 %
	4 Litt enig	5	18,50 %	24	35,30 %	2	22,20 %	9	30,00 %	40	29,90 %
	5 Svært enig	1	3,70 %	7	10,30 %	2	22,20 %	7	23,30 %	17	12,70 %
Mine livsforhold er utmerkede.	1 Svært uenig	2	7,40 %	9	13,20 %					11	8,10 %
	2 Litt uenig	6	22,20 %	17	25,00 %	1	11,10 %	3	9,70 %	27	20,00 %
	3 Verken enig eller uenig	11	40,70 %	15	22,10 %	3	33,30 %	8	25,80 %	37	27,40 %
	4 Litt enig	6	22,20 %	12	17,60 %	3	33,30 %	9	29,00 %	30	22,20 %
	5 Svært enig	2	7,40 %	15	22,10 %	2	22,20 %	11	35,50 %	30	22,20 %
Så langt har jeg fått det viktigste jeg ønsket meg i livet.	1 Svært uenig	1	3,70 %	8	11,90 %					9	6,80 %
	2 Litt uenig	10	37,00 %	7	10,40 %	1	11,10 %			18	13,50 %
	3 Verken enig eller uenig	7	25,90 %	11	16,40 %	1	11,10 %	3	10,00 %	22	16,50 %
	4 Litt enig	5	18,50 %	21	31,30 %	3	33,30 %	18	60,00 %	47	35,30 %
	5 Svært enig	4	14,80 %	20	29,90 %	4	44,40 %	9	30,00 %	37	27,80 %
Jeg er tilfreds med livet mitt nå.	1 Svært uenig	2	7,40 %	9	13,40 %	1	11,10 %			12	9,00 %
	2 Litt uenig	6	22,20 %	9	13,40 %			3	9,70 %	18	13,40 %
	3 Verken enig eller uenig	8	29,60 %	14	20,90 %	2	22,20 %	4	12,90 %	28	20,90 %
	4 Litt enig	8	29,60 %	17	25,40 %	5	55,60 %	10	32,30 %	40	29,90 %
	5 Svært enig	3	11,10 %	18	26,90 %	1	11,10 %	14	45,20 %	36	26,90 %
Hvis jeg kunne leve livet om igjen, ville jeg ikke forandre på nesten noen ting.	1 Svært uenig	6	22,20 %	16	23,90 %			1	3,30 %	23	17,30 %
	2 Litt uenig	13	48,10 %	17	25,40 %	3	33,30 %	7	23,30 %	40	30,10 %
	3 Verken enig eller uenig	4	14,80 %	14	20,90 %	2	22,20 %	8	26,70 %	28	21,10 %
	4 Litt enig	3	11,10 %	13	19,40 %	3	33,30 %	5	16,70 %	24	18,00 %
	5 Svært enig	1	3,70 %	7	10,40 %	1	11,10 %	9	30,00 %	18	13,50 %

Denne tabellen viser en noe større forskjell mellom gruppene, men viser generelt at brukerne er litt enig eller verken enig/ uenig i påstandene om livskvalitet.

Tabell 6.1 Forskjeller mellom deprimerte/ikke deprimerte og livskvalitetsmål.

dep		På de fleste måter er livet mitt nær det ideelle.	Mine livsforhold er utmerkede.	Så langt har jeg fått det viktigste jeg ønsket meg i livet.	Jeg er tilfreds med livet mitt nå.	Hvis jeg kunne leve livet om igjen, ville jeg ikke forandre på nesten noen ting.	Hvor mye av tiden har den fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang	Hvor fornøyd er du alt i alt med livet ditt nå?	Har du endret holdning til fysisk aktivitet etter at du startet ved ApD?	Hvis det ikke lenger er aktuelt for deg å bruke ApD, vil du da fortsette med fysisk aktivitet på egen hånd?
Ikke deprimert	Mean	3,73	3,64	3,98	3,95	3,16	3,70	2,10	1,45	1,28
	N	80	81	81	80	79	81	82	82	82
	Std. Deviation	2,541	1,228	1,060	1,042	1,295	1,145	,780	,501	,672
Deprimert	Mean	2,58	2,77	3,10	2,85	2,29	2,69	2,85	1,38	1,67
	N	52	52	51	52	52	52	52	52	52
	Std. Deviation	1,226	1,113	1,269	1,304	1,143	1,181	,916	,530	,923
Total	Mean	3,27	3,30	3,64	3,52	2,82	3,31	2,39	1,43	1,43
	N	132	133	132	132	131	133	134	134	134
	Std. Deviation	2,190	1,255	1,219	1,269	1,306	1,256	,909	,511	,799

Tabellen viser forskjeller mellom gruppen deprimerte/ikke deprimerte, og det er signifikante forskjeller på alle livskvalitetsmålene.

Tabell 7.1 Forskjeller mellom angst/ikke angst og livskvalitetsmål.

angstgr		På de fleste måter er livet mitt nær det ideelle.	Mine livsforhold er utmerkede.	Så langt har jeg fått det viktigste jeg ønsket meg i livet.	Jeg er tilfreds med livet mitt nå.	Hvis jeg kunne leve livet om igjen, ville jeg ikke forandre på nesten noen ting.	Hvor mye av tiden har den fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang	Hvor fornøyd er du alt i alt med livet ditt nå?	Har du endret holdning til fysisk aktivitet etter at du startet ved ApD?	Hvis det ikke lenger er aktuelt for deg å bruke ApD, vil du da fortsette med fysisk aktivitet på egen hånd?
Ikke angst	Mean	3,67	3,58	3,99	3,92	3,02	3,69	2,12	1,43	1,37
	N	86	86	86	85	85	86	86	86	86
	Std. Deviation	2,490	1,153	1,046	1,060	1,300	1,171	,773	,498	,768
Angst	Mean	2,56	2,77	3,00	2,81	2,45	2,65	2,88	1,43	1,53
	N	48	48	47	48	49	49	49	49	49
	Std. Deviation	1,165	1,242	1,251	1,315	1,226	1,110	,927	,540	,844
Total	Mean	3,28	3,29	3,64	3,52	2,81	3,31	2,39	1,43	1,43
	N	134	134	133	133	134	135	135	135	135
	Std. Deviation	2,174	1,243	1,214	1,271	1,299	1,249	,907	,512	,797

Tabellen viser også her at det er forskjeller mellom gruppene angst/ikke angst, og det er signifikante forskjeller på alle kvalitetsmålene også her.

Oppsummering:

Generelt viser gruppen pensjonister at de er mest tilfreds med livet nå (mean 4,13). Lavest skår har de som er under attføring/rehabilitering (mean 2,74). Anova viser signifikante forskjeller mellom gruppene

Det er også forskjeller mellom deprimerte/ikke deprimerte og angst/ikke angst og Anova tester viser også her signifikante forskjeller på livskvalitetsmålene.

7.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven vil funnene i resultatdelen bli drøftet i forhold til problemstillingen og de tre kategoriene av underspørsmål som ble stilt innledningsvis i kap.6.0 Resultater og i kap.2.0 Teoretisk perspektiv.

7.1 Brukerstatus ved Aktiv på Dagtid(ApD) i Møre og Romsdal

I spørreskjemaundersøkelsen ønsket jeg å kartlegge hvem som bruker tilbudet Aktiv på Dagtid i Møre og Romsdal.

I ApD sine opptaksregler over hvem som kan delta, så er intensjonen brukere som enten er trygdet, sykemeldt, eller arbeidsledig mellom 18 og 65 år(<http://www.apd.oslo.no>) Pensjonister/hjemmeværende eller studenter faller i utgangspunktet utenfor intensjonen til ApD sine opptaksregler.

Men ett av funnene i spørreskjemaundersøkelsen viser at faktisk 23.2% av brukerne er pensjonister. Grunnene til hvorfor kommunene velger å la denne gruppen delta kan være flere. En av grunnene kan være at det finnes ikke andre treningstilbud for denne gruppen i den aktuelle kommune. I små kommuner er det ikke så mange tilbud for pensjonister/hjemmeværende så velger en å inkludere istedfor å ekskludere. Kommunene står for driften av tilbudene, og de er avhengig av å få inntekt på tilbudene. Som et eksempel har en av by kommunene ikke tatt inn nye medlemmer dette året fordi de greier ikke å drifte dette økonomisk.

ApD sine intensjoner er at det skal være mulighet for alle brukerne å delta og derfor er treningsavgiften ganske rimelig sammenlignet med vanlige teningsstudioer. Og nettopp dette argumentet er viktig for de fleste brukergruppene som deltar. Det er et økonomisk rimelig tilbud og treningstidspunktene passer bra. Det er mange frisk pensjonister som ønsker å være fysisk aktive, og opplever at fysisk aktivitet gir de en meningsfull hverdag. Samtidig er også det sosiale fellesskapet en viktig variabel.

I forhold til kjønn er det overvekt av kvinner som deltar ved ApD. Det er 82.2% av brukerne som er kvinner og 17.9% menn. Hvorfor denne skjevfordelingen er såpass stor kan det være flere grunner til. En av grunnene kan være type aktivitet, der undersøkelsen viser at styrke/kondisjonstrening er den aktiviteten som flest velger. En annen grunn kan være at menn primært deltar på treningene for å bli i bedre form, og ikke så mye for det sosiale. Tradisjonelt er fokuset på å trene i gruppe og individuelt forskjellig fra mann og

kvinne. Kvinner deltar i større grad fordi det sosiale er viktig og for fellesskapet. Men det å komme i bedre form er ikke det aller viktigste ser det ut som.

Når en ser på fordeling by-og landkommuner, så er det flest pensjonister i landkommunene(18,7%). I bykommunene viser det seg at det er flest uføretrygdede(34,5%). Totalt sett er gruppen uføretrygdet størst med 51,4%. Dette er en stor del av utvalget.

Deltakelse i ApD viser seg å ha liten betydning for yrkesdeltakelse hos gruppen pensjonister og uføretrygdede. Men dette er grupper i utvalget som dette spørsmålet egentlig ikke er aktuelt for. Det har derimot i noen, middels- eller stor grad, henholdsvis 73,9% og 77,7% betydning for sosiale relasjoner å delta ved ApD for gruppen pensjonister og uføretrygdede.

Når det gjelder alder, så er gjennomsnittet for hele utvalget 55,7 år. Den yngste er 23 år og den eldste er 76 år viser datamaterialet. I forhold til trygdesituasjonen så er gjennomsnittsalderen for de under attføring/rehabilitering 44,7 år, uføretrygdet 56,3 år, sykemeldte 48,9 år og pensjonister/alderstrygdede 64,7 år.

ApD er et lavterskeltilbud der målsettingen er å motivere mennesker til å delta, skape positive holdninger til aktivitet, og oppmuntre til en sosial livsstil. Samtidig er det viktig at flest mulig opplever hverdagen sin mest mulig meningsfull. Det vil være individuelle forskjeller for grunnene til at en deltar ved ApD, men det generelle er at den enkelte skal kunne delta på egne premisser og i et idrettsmiljø og bli inkludert i fellesskapet.

Brukerperspektivet har blitt mer vektlagt gjennom brukervedvirkning, og det viser seg at ApD gir brukeren en mulighet til medvirkning på egne premisser, der en setter egne grenser for hvor mye en greier i de forskjellige aktivitetene en deltar i.

I følge Martinsen(2005) så har ”*fysisk aktivitet en rekke virkninger både fysisk og psykisk. Mange som begynner å trene får en bedre selvfølelse, øket velvære, bedre søvn og reduksjoner av muskelspenninger*”

Videre vektlegges også at treningen gir gode muligheter for å evaluere/observere egen atferd som igjen kan gi en øket mestringstro også på andre områder f.eks sosialt.

Når en ser på hvor ofte brukerne deltar ved ApD, så viser funnene i undersøkelsen at 69,4% bruker tilbudet flere ganger i uken. Dette kan bety at tilbudet passer de fleste og at de trives i situasjonen, samt har effekt av treningene fysisk og psykisk.

Når det gjelder hvilke aktiviteter brukerne deltar i, så er det først og fremst styrke/kondisjonstrening(76.9%) og svømming(57,8%) som det er flest deltakere på. Dette

kan bety at det er aktiviteter som passer de fleste uansett trygdesituasjon, og at vanskelighetsgraden er liten og som ikke krever et visst nivå for å delta.

7.2 Brukergruppenes vurderinger av ApD

7.2.1 Fornøydhet.

Funnene i undersøkelsen viser at omtrent 100% er generelt fornøyd med tilbudet ApD, og at tilbudet passer de fleste brukerne.

For gruppene deprimerte/ikke deprimerte og angst/ikke angst, viser det i undersøkelsen at det er signifikante forskjeller mellom gruppene. Men disse forskjellene er allikevel ikke så store at de viser misfornøydhet eller at en bør gjøre endringer.

Disse funnene kan tyde på at brukerne opplever tilbudet som meningsfullt.

Antonovsky(1987) beskriver i sin teori om begrepet "*sence of coherence*"(*opplevelse av sammenheng*) som deles inn i forståelighet, håndterbarhet og mening. Dette er et kjernebegrep som betyr at jo mer en person opplever en sammenheng i sin livssituasjon, jo større grad av helse kan en oppleve. Deltakelse ved ApD gir mening, det er håndterbart og forståelig.

7.2.2 Mestring.

Funnene i undersøkelsen viser at en stor del av brukergruppene opplever at ved å delta i ApD. Så har det betydning for mestring av hverdagen sin i forhold til familie, sosiale relasjoner og kulturopplevelser. Betydningen for yrkesdeltakelse er naturlig nok størst for de under attføring/rehabilitering og for sykemeldte. For pensjonistene/de uføretrygdete er yrkesdeltakelsen av mindre betydning eller ingen betydning.

I følge Ekeland(2007), så handler mestring "*om å ha tilgang til kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, og at en har en relasjon til sine omgivelser*". Hvis en opplever belastninger i forhold til sin situasjon, kan dette ha en sammenheng med omgivelsene sin reaksjon. Opplever man seg stigmatisert, kan dette bli en tilleggsbelastning for personen. Apd er et lavterskeltilbud, og funnene i undersøkelsen kan tyde på at de fleste opplever tilbudet som positivt og opplever seg ikke stigmatisert. Miljøet er inkluderende og skaper vekst for den enkelte.

I forhold til gruppene deprimert/ikke deprimert og angst/ikke angst, viser målingene også her forskjeller mellom gruppene. Det er signifikante forskjeller, men de er ikke så store at det har betydning den totale opplevelsen av ApD. Det at ApD er et lavterskeltilbud kan

være av betydning for gruppene deprimerte/engstelige, da de greier å håndtere sine begrensinger.

Bronfenbrenner(1979) understreker at der relasjonen er preget av nærhet, regelmessighet og gjensidighet, vil det være en viktig prosess i forhold til personens læring og utvikling. I følge Martinsen(2005) kan fysisk aktivitet være en effektiv metode for å øke egen mestringstro. Skal en situasjon gi økt mestring, må personen lære å observere egen atferd, sette kortsiktige/langsiktige mål og bruke sosial støtte for å vedlikeholde den ønskede atferd.

Funnene i undersøkelsen kan vise at brukerne generelt får den hjelp de trenger ved ApD, og at denne støtten gjør at de mestrer sin situasjon på en bedre måte. Det at ApD tilrettelegger individuelt for de forskjellige brukerne, gjør at også brukergruppene deprimerte/engstelige som vil trenge noe ekstra tilrettelegging (for eksempel samtale), vil oppleve tilbudet som meningsfullt.

7.2.3 Trivsel i forhold til aktiviteter.

Funnene i undersøkelsen viser at brukerne generelt opplever trivsel i forhold til aktiviteter som godt eller svært godt i de forskjellige aktivitetene.

Trivsel som begrep kan settes i sammenheng med opplevelse av mestring og fornøydhets.

Disse begrepene henger sammen og vil gi utslag for den enkelte

Her bekrefter Antonovsky`s teori (Almvik 2006)om opplevelse av sammenheng at den er vesentlig for om en opplever trivsel i forhold til aktivitet.

Lav mestringstro hos spesielt personer med depresjoner, har ofte en negativ selvvurdering, grubler og har en uhensiktsmessig tankemåte, mener Bandura(1979)

Fysisk aktivitet viser seg å være en effektiv metode for å øke egen mestringstro, da den gir gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser(Martinsen2005)

Anovamålinger viser også her signifikante forskjeller mellom gruppene deprimerte/ikke deprimerte og angst/ikke angst i forhold til trivselsfaktoren ved aktiviteter. De viser små forskjeller som ikke har vesentlige betydninger for utøvelse av aktiviteter.

7.2.4 Livskvalitet

Funnene på livskvalitetsmålene i undersøkelsen viser generelt at gruppen pensjonister er mest tilfreds med livet nå.

Funnene viser også en noe større forskjell mellom gruppene og viser generelt at brukerne er mest litt uenig/verken enig eller uenig i påstandene om livskvalitet. Lavest skåre har de

som er under attføring/rehabilitering på påstandene om livskvalitet(spm.26 i spørreskjemaet). Gruppene deprimerte/ikke deprimerte og angst/ikke angst viser forskjeller ved alle påstandene, og det er signifikante forskjeller. Dette kan tyde på at belastningene ved å være under attføring/rehabilitering kan være større når en vurderer ens livskvalitet totalt. Situasjonene kan være uavklart, og dermed oppleves ikke den sammenheng som er nødvendig i følge Antonovsky(Almvik 2006) for å oppnå større grad av helse eller livskvalitet.

Det å være pensjonist kan oppleves som en mer avklart situasjon, en har kanskje ikke de belastningene som personer som enten er sykemeldt eller er under attføring/rehabilitering har. Men det er individuelle forskjeller her også.

Men samtidig viser ApD å være et sted hvor en opplever å bli anerkjent og muligheter for mestring er tilstede, da ApD viser seg å være et tilbud som tilrettelegger for den enkelte, og det sosiale fellesskapet er vesentlig.

7.4 Metodiske vurderinger

Ved evaluering av det metodiske i denne oppgaven vil jeg først og fremst trekke frem spørsmålet om utvalget er representativt.

Svarprosenten på undersøkelsen ble 46.5%, og kan betegnes som relativ god.

Datainnsamlingen ble foretatt i vintermånedene februar/mars 2010. I de forskjellige kommunene som var med i undersøkelsen, var det kun to som hadde turgruppe på vinteren. Dette er tradisjonelt et populært aktivitetstilbud ved ApD. Hvis jeg hadde foretatt datainnsamlingen i vår/høst semesteret, så hadde nok representasjonen vært noe høyere.

Jeg valgte å dra ut i de fleste kommunene og dele ut spørreskjemaene selv. Å informere på forhånd slik at hensikten med prosjektet kunne komme mer tydelig frem, og at evt svarprosenten kunne bli høyere, var viktig for dette valget. Det ble tre kommuner som fikk spørreskjemaene postalt pga geografi og tidsperspektivet. Fikk hjelp av helsekoordinatorer som delte ut på treningsgruppene. Det kan se ut som at å planlegge godt i forkant av undersøkelsen er viktig. At respondentene opplever prosjektet som seriøst, og at hensikten kommer tydelig frem, er også viktig for validitet/reliabilitetsspørsmålene.

Når det gjelder spørreskjemaet, så er det ganske omfattende(33 spm.) Spørsmålet jeg stiller meg her, er om respondentene opplevde spørsmålene som vanskelige, for omfattende eller lite interessante, og om dette påvirker svarprosenten i stor eller liten grad. Det kan se ut som at noen av respondentene har opplevd spørreskjemaet som vanskelig eller for

omfattende, da en del ikke svarte på alle spørsmål. Det kan også se ut som noen har opplevd spørsmålene som for nærgående, og dermed valgt å ikke svare.

Ivaretagelse av personens identitet/anonymitet har vært høyt prioritert og at undersøkelsen var frivillig. Det er vanskelig å lage et godt spørreskjema, og det kan se ut som deler av respondentene ikke har funnet det interessant nok å svare. Men samtidig var en del av hensikten i oppgaven, som er fysisk aktivitet/psykisk helse, å berøre sider av ens psykiske helse, for å få svar på forskningsspørsmålene.

I forhold til validitet(gyldighet), så ser det ut som om spørsmålene treffer i forhold til problemstillingen. Når det gjelder reliabilitet(pålitelighet) så handler det om en kan stole på dataene en har fått inn. Har respondentene skjønt spørsmålene i sin besvarelse er et viktig poeng. Eller har respondentene svart ut i fra slik de tror at det forventes at de skal svare. Dette kan være svakheter ved metoden som en må ta med i evalueringen.

8.0 KONKLUSJON

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i problemstillingen:

”I hvilken grad gir deltakelse i ”Aktiv på Dagtid”(ApD) en opplevelse av bedret mestring og sosial fungering?”

Oppgavens hensikt har vært å kartlegge om og i hvilken grad deltakelse ved ApD har gitt brukerne en opplevelse av bedret mestring og sosial fungering. I tillegg har jeg sett på hvem som bruker tilbudet, hvordan brukergruppene vurderer dette tilbudet, og om det er forskjeller mellom brukergruppene.

Gjennom en spørreundersøkelse ved Aktiv på Dagtid i 9 kommuner i Møre og Romsdal, har jeg forsøkt å få svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene i oppgaven.

Analysearbeidet av datamaterialet i spørreskjemaundersøkelsen viser at brukerne ved Aktiv på Dagtid er generelt veldig fornøyd med treningstilbudet. De forskjellige aktivitetene/treningene er godt tilpasset brukerne. ApD er et lavterskeltilbud som viser seg å være gunstig for å komme i gang med fysisk aktivitet, og at det er et rimelig treningsalternativ i forhold til andre treningstilbud. Treningstidene er tilpasset trygdebrukerne, og det viser seg at mange opplever å ha fått en bedret døgnrytme etter å ha begynt ved ApD. Mange svarer at de opplever en bedret mestring i hverdagen, og fått mange nye bekjentskaper som gjør at det sosiale fellesskapet er vesentlig. Det viser seg at det er flest kvinner som deltar. Størsteparten av brukerne er uføretrygdet (51,4%) og pensjonister(23,2%).

I spørreskjemaet var det spørsmål som skulle måle forekomst av angst, depresjon og livskvalitet. Dette var for kunne undersøke om det var forskjeller mellom trygdegruppene. Det viste seg å være signifikante forskjeller mellom gruppene deprimerte/ikke deprimerte og angst/ikke angst. (Statistisk signifikans defineres hvis det er mindre enn 5% sannsynlighet for at en forskjell mellom to grupper kunne oppstått tilfeldig) Disse forskjellene viste seg å være relativ små og hadde ikke så stor betydning for opplevelsen av fornøydhet, mestring og trivsel med aktiviteter. I forhold til livskvalitetsmålene så var det noe større forskjell mellom gruppene. Pensjonistgruppen viste seg å være mest fornøyd med livet nå, og kunne ikke tenke seg å forandre så mye på livet. Gruppen uføretrygdde/sykemeldte viste seg å være mindre fornøyd med livet nå totalt sett.

Teorien som er brukt i denne oppgaven omhandler brukermedvirkning, mestringsteorier, empowerment, recovery og salutogeneseprinsippet. Det er forsøkt å trekke inn den nye ”hjelperelasjonen til sårbare grupper” ved å bruke anerkjente teoretiske prinsipper der en ønsker at brukerne skal ta i bruk egne ressurser for å gjenvinne helse. Målet for helsetjenestene er å forebygge mer og reparere mindre. Å drive med fysisk aktivitet er en vei å gå for å kunne øke sin psykiske og fysiske helse. Aktiv på Dagtid er et tilbud som nettopp ønsker at flest mulige skal få en bedre hverdag og oppleve mestring i forhold til sin situasjon.

Men fysisk aktivitet har” ingen automatisk” effekt på psykisk helse. Det er flere faktorer som er nødvendig for ønsket effekt som bl.a er type aktivitet, hvordan aktivitetene tilrettelegges og brukernes bakgrunn, erfaringer og spesifikke forutsetninger. Det er viktig hvordan aktivitetene gjennomføres på, og ApD viser seg å treffe godt ved at det er et lavterskeltilbud og tilrettelagt på en god måte for de som bruker det.