



Oppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Har fysisk aktivitet og friluftsliv nokon effekt på livskvaliteten til eit utval av menneske som i lengre tid har vore plaga med psykose?

Vegard Skrede

Totalt antall sider inkludert forsiden: 43

Molde, 05.05.2011



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Har fysisk aktivitet og friluftsliv nokon effekt på livskvaliteten til eit utval av menneske som i lengre tid har vore plaga med psykose?

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Vegard Skrede

Fagkode: MHS704 Helse- og sosialfag

Studiepoeng: 30

Årstall: 2011

Veileder: Stål Bjørkly

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: 05.05.2011

Forord

”Slow train coming”. Dette har vore ein tidkrevjande prosess der eg til tider har tvilt på om eg kom meg i mål. Fyrste delen gjekk for så vidt på skinner, men i 12. time viste det seg at REK-midt ville ha full innsøknad på prosjektet, noko som førte til at eg ikkje fekk tid til å fullføre på normert tid. Med full jobb og + + +, vart eg ståande i ventemodus så lenge at det vart eit krafttak å komme inn og fullføre prosjektet. Eg er svært takksam for informantane som tok seg tid til å gi meg data eg trengte til studien. Deira deltaking og openheit forplikta meg til å fullføre prosjektet. Eg vil også takke min vegleiar Stål Bjørkly som har vore rask, direkte og ryddig når eg har trengt vegleing. Arbeidsgjevaren min i Molde kommune har gjeve meg eit viktig bidrag i 12. time med permisjon til å fullføre skrivearbeidet.

Dette arbeidet har åpna nye perspektiv og vegar vidare for min del. Kanskje litt frustrerande for ein som ynskja å finne klare svar – og sit igjen med fleire spørsmål enn tidlegare. Men så er det vel spørsmåla som drive meg fram mot meiningsfull erfaring?

Sammendrag

Forskning viser at menneske som er plaget med psykose er spesielt utsett for å utvikle livsstilssjukdomar som hjarte- og kar sjukdom, diabetes type 2, cols, overvekt og liknande som reduserer levealderen vesentleg. Fysisk aktivitet vil bøte på desse helsekadane, men forskinga viser at mennesker med psykose er langt mindre aktive enn normalbefolkinga.

Denne studien viser at opplevingar knytt til fysisk aktivitet og friluftsliv vil vere viktige berebjelkar seinare i livet. Trygge og gode barndomsopplevingar knytt til fysisk aktivitet og friluftsliv vil gi næring til å halde fram med dette i vaksen alder sjølv om ein blir plaget med psykose. Dette vil stimulere menneskets ibuande tendens til å oppretthalde og betre si vekst og utvikling.

Det er ei stor utfordring for helsearbeidarar å tilrettelegge slik aktivitet på ein måte som deltakarane opplever som trygge, ivaretakande og forutsigbare slik at dei opplever meistring og meining i aktiviteten. Medisinbruk som skal dempe psykotiske tankar viser seg også å dempe positive opplevingar knytt til fysisk aktivitet og friluftsliv. For at mennesker med psykoser skal søke fysisk aktivitet og friluftsliv, er det viktig at desse plagene blir tatt på alvor når ein planlegg slike aktivitetar.

Innhold

1.0 Innleiing

1.1 Introduksjon.....	s 1
1.2 Avgrensing, problemstilling og formål med undersøkinga	s 1
1.3. Fagleg begrunnelse.....	s 1
1.4.0. Begrepsavklaring.....	s 2
1.4.1. Fysisk aktivitet.....	s 2
1.4.2. Friluftsliv.....	s 2
1.4.3. Psykose.....	s 2
1.4.4. Livskvalitet.....	s 3

2.0 Litteratursøk.....s 3

2.1. Resultat av litteratursøk.....	s 4
-------------------------------------	-----

3.0 Vitskapsteoretisk og fagspesifikk forankring

3.1.0 Vitskapsteori.....	s 4
3.2.0 Fagspesifikk forankring.....	s 6
3.2.1 Sentrale begrep i hjelperelasjonen.....	s 7
3.2.1.1. Sjølvaktualisering.....	s 7
3.2.1.2. Kongruens.....	s 7
3.2.1.3. Ubetinga åpen holdning.....	s 7
3.2.1.4. Empati.....	s 7
3.3 Den kliniske hjelperelasjonens relevans for problemstillinga.....	s 8
3.4 Oppsummering	

4.0 Metode.

4.1.0 Forskningsdesign.....	s 9
4.1.1 Verving av informantar.....	s 9
4.1.2 Kommentar til verving av informantar.....	s 10
4.1.3 Umiddelbare inntrykk etter intervju.....	s 10
4.2 Metode for analyse av transkriberte data.....	s 11
4.3 Analyse av data.....	s 13
4.3.1 Heilskapsinntrykk.....	s 13
4.3.2 Meiningsberande einingar.....	s 14
4.3.3.0. Abstrahere innhald i meiningsberande einingar.....	s 21
4.3.3.1. Opplevingar som styrkar livskvaliteten.....	s 22
4.3.3.2. Opplevingar som svekkar livskvaliteten.....	s 22
4.3.3.3. Stivhet.....	s 22
4.3.3.4. Redusert motivasjon.....	s 23
4.3.3.5. Balanseproblem.....	s 23
4.3.3.6. Auka motivasjon.....	s 24
4.3.3.8. Kribling.....	s 24
4.3.3.9. Røter.....	s 25
4.3.4. Kva ny mening gjev desse kodane?.....	s 25
4.4. Kva innverknad vil dette ha på problemstillinga?.....	s 26
4.5. Samanfating.....	s 29

5.0. Drøfting av funn.....	s 30
6.0. Metodekritikk og validitet.	
6.1. Metodens relevans for problemstillinga.....	s 32
6.2. Utval og holdbarhet.....	s 32
6.3. Gjennomføring.....	s 33
6.4. Problemstillingas relevans for praksis.....	s 33
Litteraturliste.....	s 34
Vedlegg:	
1. Temaguide.....	s 35
2. Tilråding NSD.....	s 36
3. Godkjenning REK-midt.....	s 37

1.1 Introduksjon.

Mange års erfaring innan psykisk helsevern i kommunen har gitt meg muligheit til å følgje menneske med alvorlege sinnslidingar over tid.

Det har slått meg at mange av desse menneska har pådratt seg somatiske sjukdomar som har korta inn livslengda med mange år.

Dei siste åra har eg hatt regelmessig kontakt med ein pasient som dagleg går mykje inn og ut av ein psykotisk tilstand. Denne pasienten tek på seg ytterklede og seier at han går seg ein tur når han kjenner at han blir psykisk dårleg. Etter 20 – 30 min kjem han letta tilbake og kan då fortelje at han kjenner seg mykje betre og er i stand til å snakke med personale.

1.2. Avgrensing, problemstilling og formål med undersøkinga.

I undersøkinga har eg valt å konsentrere meg om menneske som har vore plaga med alvorleg psykisk lidning over lengre tid. Vidare vil eg finne ut om fysisk aktivitet og friluftsliv har nokon innverknad på deira livssituasjon.

På bakgrunn av dette har eg stilt meg fylgjande spørsmål:

Har fysisk aktivitet og friluftsliv nokon effekt på livskvaliteten til eit utval av menneske som i lengre tid har vore plaga med psykose?

Formålet med undersøkinga er å skape auka forståing om kva faktorar som verkar inn i høve til utøving av fysisk aktivitet og friluftsliv hos menneske med psykose. For å finne ut meir om dette temaet, må eg hente inn grundigare studiar enn mine kliniske erfaringar.

1.3. Fagleg begrunnelse

Mitt faglege grunnlag for å vere opptatt av dette temaet er mangfaldig, men hovudtankegodset hentar eg nok frå sjukepleievitskapen.

Her har ein i lang tid løfta fram sjukepleieprosessen som vesentleg. Hovudelementa i denne prosessen er at den er ein problemløysande og mellommenneskeleg prosess. (Karoliussen and Smebye 1981) Resultatet av mitt litteratursøk viser at menneske som over lengre tid har vore plaga med psykose har ein del helsehinder som ein i

sjukepleiefagleg samanheng vil definere som eit problemområde. Desse menneska blir ofte medisinerde med medisinar som endrar metabolismen og aukar risikoen for overvekt. Inaktivitet vil forsterke ei slik utvikling. Sjukepleieprosessen er også ein mellommenneskeleg prosess – dette dannar eit anna fokus eg vil belyse vidare i oppgåva. For å belyse den mellommenneskelege prosessen tenker eg det er viktig å sjå på den kliniske hjelperelasjonen. Skal vi som helsepersonell klare å motivere menneske som er plaga med psykose til auka fysisk aktivitet, må vi sette oss inn i korleis det opplevast å vere plaga med psykose. Ikkje berre det, men også korleis dei opplever å ta imot medikamentell behandling for denne tilstanden, og ikkje minst korleis relasjonen mellom helsepersonell og klient/pasient spelar inn.

1.4.0. Begrepsavklaring

1.4.1. Fysisk aktivitet : ”En hver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur, som medfører energiforbruk.”(Martinsen 2004 s. 26)

1.4.2. Friluftsliv: Opphald og fysisk aktivitet i friluft med sikte på miljøforandring og naturoppleving.(St.meld. 39 2000 – 2001 s26)

1.4.3.Psykose

. I denne oppgåva held eg meg til ICD-10 sin definisjon av **psykose:**

”Lidelse kjennetegnet av utvikling av enten en enkeltstående vrangforestilling eller et sett beslektede vrangforestillinger som vanligvis er vedvarende og noen ganger også livsvarige. Vrangforestillingenes innhold varierer sterkt, men typisk innhold kan være: forfølgelse, grandiositet, erotomani, sjalusi, kverulans, forgiftning, smitte eller sykdom”.(1996)

1.4.4. Livskvalitet

Livskvalitet ”... a subjective matter reflected in a sense of global well-being. A cognitive experience manifested by satisfaction with life domains of importance to the individual and an affective experience manifested by happiness with important life domains.”.(Vatne and Bjørkly 2008)

Med dette forstår eg at livskvalitet er ei subjektiv kjensle der mennesket kjenner seg vel med den situasjonen ein står i. Fysisk og psykisk smerte vi vere truslar som kan dempe livskvaliteten. Som eg kjem inn på seinare, så vil psykisk smerte påverke mennesket når

det lever eit liv der indre livsverdiar kjem i konflikt med den ytre verda. Dette kan gje seg utslag i angst og tilbaketrekking frå viktige livsdomene

.

2.0. Litteratursøk.

Litteratursøk blei gjort i Ovid som dekker databasene Medline og Psychinfo. For å få ei innleiande oversikt, konsentrerte eg søket om review-artiklar frå fram til veke 3 i 2009.

Med søkeordet **physical activity** fekk eg 6240 treff, **schizophrenia** 15054 treff, **mental disorders** 2251 treff, **psychosis** 5848 treff, **leisure** 2922 treff, outdoor activity 1246 treff, exercise 7224 treff og quality of life 7243 treff. Ved å kombinere schizofrenia og physical activity, fann eg 22 artiklar som alle var relevante for min studie. Ved å knytte søkeordet schizophrenia eller mental disorder eller psychosis opp mot søkeordet physical activity fekk eg 28 treff, medan eg fekk 33 treff ved å kombinere same søkeorda opp mot outdoor activity. Ved å kombinere exercise opp mot schizophrenia fekk eg 11 treff. Ved å kombinere søkeorda schizophrenia eller mental disorders eller psychosis opp mot outdoor activity eller quality of life fekk eg ingen treff.

Etter å ha lese abstracts og ein del heile artiklar, viser det seg at ein del samanfallande opplysningar utkrystalliserar seg.

For det første viser fleire artiklar at menneske som over lengre tid har vore plaga med psykose er meir inaktive enn gjennomsnittsbefolkninga. Ei undersøking viser at middelaldrande menneske med **schizofrenidiagnose er fysisk aktive 11 timar i veka** (Yale physical Activity scale) medan **gjennomsnittsbefolkninga er fysisk aktive 32 timar i veka**, målt etter same skale (YPAS).

I same undersøkinga viser det seg at **30%** av menneske med schizofrenidiagnose er regelmessig fysisk aktive, medan samme målinga i gjennomsnittsbefolkninga **er 62%**. (Lindamer, McKibbin et al. 2008)

Undersøkingar viser også at menneske som i lengre tid har vore plaga med psykose er disponert for å utvikle hjarte-kar sjukdomar, diabetes, kols, astma og andre livsstilssjukdomar. (McKibbin, Patterson et al. 2006) (McCreadie 2003)

Denne pasientgruppa er i risikosona for å utvikle overvekt/fedme som kan vere helseskadeleg.

Lang tids bruk av 2. generasjons neuroleptica, usunt kosthald og redusert fysisk aktivitet er viktige fakorar når så mange slit med fedme/overvekt. (McCreadie 2003; Weiser, Knobler et al. 2004; Barnett, Mackin et al. 2007)

Sidan 2002 har ein retta meir fokus på antipsykotisk-indusert vekttauke hos mennesker som blir behandla med neuroleptica.(Wu, Wang et al. 2007) (Rege 2008) Systematiske treningsprogram for denne gruppa har vist god effekt for reduksjon av overvekt, styrking av muskulatur og senking av høyt blodtrykk.(Fogarty, Happell et al. 2004; Rege 2008)

2.1 Resultat av litteratursøk.

Med bakgrunn i desse søka, synest det godt dokumentert at menneske som i lengre tid har vore plaga med psykose er disponert for å utvikle fedme og overvekt, lang tids bruk av 2. generasjons neuroleptica ser ut til å forsterke denne tendensen. I forhold til normalbefolkninga er dei i risikogruppa for å utvikla hjarte-karsjukdom, diabetes 2, kols, astma og andre livsstilssjukdomar. Auka dødleghet er eit resultat av den sårbarheita denne målgruppa er i. (Martinsen, Moser et al. 2004) Fysisk aktivitet, kosthaldsrettlegg og hjelp til reduksjon av tobakk vil vere viktige bidrag for å minske helseplagene for desse menneska.(Roick, Fritz-Wieacker et al. 2007)

Søkehistoria mi viser at det er få systematiske undersøkingar på kva innverknad friluftsliv vil ha i denne samanhengen. Det er heller ikkje noko å finne på kva innverknad fysisk aktivitet har på **livskvaliteten** til menneske som over lengre tid har vore plaga med psykose.

På bakgrunn av dette er det interessant å tileigne seg meir kunnskap kring kva faktorar som kan stimulere denne gruppa til auka fysisk aktivitet.

3.0. Vitskapsteoretisk og fagspesifikk forankring

3.1. Vitskapsteori

I denne oppgåva forstår eg mennesket som ei skapande kraft som ein ikkje kan beskrive eller definere utan at ein også skildrar samanhengen mennesket står i . Mennesket blir til i interaksjon med sine omgivnader. Gjennom mesteparten av menneskets historie har mennesket vore heilt avhengig av å bruke kroppen sin for å overleve. Frå å vere jakt og fangstfolk, har mennesket etter kvart lært seg å dyrke jorda – og etter industrialismens inntog har kravet til menneskeleg fysisk kraft blitt mindre viktig for å klare seg.

Livsstilssjukdomar veks i takt med auka levestandar og at mennesket har mindre kontakt med sitt historiske oppvekstmiljø – naturen.

Menneskekroppen er slik laga at dei cellene som ikkje blir aktivert, heller ikkje vil utvikle seg og vekse. Dette gjeld ikkje berre muskelceller, men også hjerneceller. På bakgrunn av

dette tenker eg at mennesket frå det byrjar å sanse i mors mage og heile livet vil vere i relasjonell vekst og utvikling i forhold til sine omgivnader.

I lys av dette er det umulig å redusere mennesket til eit isolert og totalt autonomt objekt, då det alltid vil endre seg i interaksjon med sine omgivnader.

Mennesket er unikt i form av si livshistorie, som alltid vil vere ulik andre menneskers historie. Ut frå eit slikt syn kan ein ikkje snakke om at mennesket har ein kropp, men det gir meir meining å snakke om at mennesket er kropp. I så måte vil eg i denne oppgåva ha eit fenomenologisk syn på mennesket, der eg er ute etter opplevingar og erfaringar deltakarane har til fysisk aktivitet og friluftsliv(Martinsen, Moser et al. 2004)

Det vitskapsteoretiske synet er fundamentert på eit humanistisk perspektiv, som igjen har sine røtter frå hermeneutisk filosofi saman med fenomenologisk og eksistensiell filosofi.(Vetlesen og Stanieck 1999)

Eg bygger oppgåva i dette perspektivet, då det best ivaretek informantanes opplevingar av korleis fysisk aktivitet og friluftsliv påverkar livskvaliteten deira. Den ser på mennesket som søkande og meiningsskapande. Måten mennesket tolkar og opplever sine omgivnader på, vil slik vere avgjerande for kva handlingar det utfører.

Skal vi som helsearbeidarar vere i stand til å motivere til auka bruk av fysisk aktivitet og friluftsliv, må vi kjenne til korleis menneske som over lengre tid har vore plaga med psykose opplever dette.

Martin Heidegger (1889-1976) er ein fenomenologisk filosof som har hatt stor innflytelse på humanistisk psykologi. Hans forståing av væren og vitskap dannar eit meningsfullt grunnlag for denne type studie. Heidegger seier at all forståing er begrensa og uavslutta, men gir samstundes grunnlaget for ei ny forståing. I dette lyset er all vitskapeleg arbeid uavslutta i den forstand at vi aldri vil avdekke sanninga i total forstand, men ein kan generere kunnskap om ei ny forståing. (Hermeneutisk spiral)(Thornquist 2003)

Hermeneutikken legg vekt på mennesket som språkeleg vesen. All menneskeleg handling har ei hensikt(Intensjonal), og i sin søken etter å forstå mennesket må ein granske menneskeleg åtferd i sin kontekst.

Humanistisk psykologi framhevar mennesket som fritt – fri til å danne sin eigen personlegdom. Heidegger karakteriserar menneskeleg eksistens ved å vere forståande og engasjert til stades i verda.(Thornquist 2003)

Mennesket er verken godt eller vondt i seg sjølv, men det skaper sine verdiar gjennom egne erfaringar. I lys av dette kan ein tenke at all menneskeleg åtferd er meiningsskapande, og i vårt søk etter å forstå menneskeleg åtferd må vi spørje etter kva

meningsinnhald dette har for det mennesket som utføre handlinga. Det er ingen felles menneskeleg natur. Mennesket er individ – udeleg og særegent(Haugsgjerd, Karlsson et al. 2009)

Korleis ein kan komme nær ein menneskeleg organisme og dens meningsinnhald, vil eg komme nærare innpå ved eit innsyn i Rogers person-orienterte teori.

3.2.0 Fagspesifikk forankring

Med denne bakgrunn har eg valt å bruke Carl Rogers som talsmann for den kliniske hjelperelasjonen.

Carl Rogers (1902 – 1987) voks opp på ein gard i Illinois der hardt arbeid, ansvar og kristne dyder stod i høgsetet. Etter agronom- og teologistudier sirkla han seg inn på psykologistudier som han via resten av livet sitt til. Medan Rogers jobba med barn og unge i Rochester NY, såg han seg lei på å bruke psykologiske metodar som viste seg å ikkje ha klinisk effekt. Han byrja derfor sjølv å systematisk granske sin eigen praksis i søk etter kva faktorar ein skulle vektlegge i møte mellom behandlar og pasient.

Med bakgrunn i psykoterapi og åtferdsterapi utvikla Rogers etter kvart ein behandlingsteori han kalla klient-sentrert teori som no blir omtala som person-sentrert teori.

Kjernerpunktet i denne teorien er tanken om at mennesket har ein ibuande sjølvrealiserande tendens/tilbøyelighet i seg sjølv. Denne ibuande tendensen vil alltid søke etter å oppretthalde og utvikle den menneskelege organismen. Dette inneber meir enn søking etter å dekke primære behov som luft, væske, mat osv. jfr. Maslovs behovspyramide, men det omfattar også ei utvikling mot sjølvaktualisering.(Corsini 1979) Denne teoretiske retninga viser seg å skille seg frå tradisjonell psykoanalyse og adferdsteori på eit vesentleg relasjonelt punkt. Frå å vere eksperten som skulle leie pasienten til eit gitt mål, vart behandlarrolla sett i eit heilt anna lys. Person-sentrert terapi handlar om eit møte mellom to menneske som verkar gjensidig på kvarandre. Faktorar som empati, ubetinga positiv holdning og kongruens(åpent samsvar mellom dei kjenslene terapeuten kjenner på i samtale med klienten og det han formidlar tilbake) er avgjerande faktorar som må vere til stades hos terapeuten dersom behandlinga skal ha effekt. Tillit mellom behandlar og klient er ein gjennomtrengande føresetnad for fruktbart samarbeid.

3.2.1.0. Sentrale begrep i hjelperelasjonen.

3.2.1.1. Sjølvaktualisering

Sjølvaktualisering er eit kjernepunkt i person-orientert teori. Den menneskelege organismen vil alltid strekke seg mot å realisere sine ibuande kvalitetar/eigenskapar. Rogers omtalar menneskets ibuande kraft til å søke mot sjølvaktualisering på fylgjande måte: ” *This is the inherent tendency of the organism to develop all it`s capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism*”. (Corsini 1979)s 126.

Omgivnadens svar vil vere avgjerande for i kva grad den menneskelege organismen vil oppretthalde sin vekst eller stagnere/lukke seg. Dette dannar grunnlaget for dei neste begrepa eg vil utdjupe. Den menneskelege organismens vekst er avhengig av møte med menneske som har ei open, varm og aksepterande haldning, som er i stand til å leve seg inn i den andres situasjon (empati) og evnar å vere open i høve til kva kjensler som blir aktivisert i samtalen.

3.2.1.2. Kongruens

Rogers ser på dette som ein sentral føresetnad for å skape grobotn i den terapeutiske relasjonen. Terapeuten må vere open på alle kjensler som gir seg til kjenne i møte med klienten og dette må vere samstemt med terapeutens åtferd. På den måten kan terapeuten vise veg fram til vekst og utvikling.

Relasjonelle kjensler som ikkje blir opplyst vil vere med på å tildekke forholdet mellom terapeut og klient, og dermed hemme vekst og utvikling.

3.2.1.4. Ubetinga open haldning

Terapeuten må legge vinn på formidle ei varm og aksepterande haldning der klienten kjenner seg verdsett med ei ubetinga omsorg.

3.2.1.5. Empati

Dette er ei aktiv haldning frå terapeutens side, der han/ho forsøker å komme under huden på klienten for betre å forstå korleis han/ho opplever tilværet.

Terapeuten skal vere så intenst til stades i forsøk på å få tak i klientens budskap, at alle terapeutiske teknikkar vil vere eit hinder i møte med klienten. Rogers skil klart mellom identifikasjon og empati. Dersom terapeuten går heilt opp i og identifiserar seg emosjonelt

med klientens problem, vil han kome i ein ”symbiotisk” posisjon der han ikkje vil vere i stand til å hjelpe. Terapeuten må samstundes som han set seg inn i klientens problem, kunne emosjonelt trekke seg til sides for å reflektere over korleis klienten kan komme seg vidare. (Haugsgjerd, Karlsson et al. 2009)

3.3. Den kliniske hjelperelasjons relevans for problemstillinga.

Når eg vidare skal spørje informantane kva innverknad fysisk aktivitet og friluftsliv har på deira livskvalitet, blir det viktig å innhente informasjon kring faktorar som vekker lyst eller ulyst i forhold til denne aktiviteten. I den samanheng blir det viktig å bringe inn data som kan kaste lys over kontekst – finst det element ved konteksten som kan vere forlokkande? Eksempelvis personar eller stimulerande eigenskapar knytt til aktiviteten .

Det blir også viktig å kartlegge kva erfaring informantane har med fysisk aktivitet frå tidlegare. Temaguiden bør også innehalde spørsmål som kan belyse i kva grad denne aktiviteten har ein verdi og meiningsinnhald for deltakarane.

Kva kan tilskrivast psykisk sjukdom – negative symptom, og kva kan tilskrivast medikamentell påverknad?

3.4. Oppsummering.

Med utgangspunkt i praksis har eg undra meg over kva innverknad fysisk aktivitet og friluftsliv vil ha på livskvaliteten til eit utval av menneske som i lengre tid har vore plaga med psykose. Etter diverse litteratursøk fekk eg dokumentert at dette er ei gruppe menneske som er mindre fysisk aktive enn gjennomsnittet. Eg fann også at informantgruppa også har auka risiko for å utvikle hjarte-kar sjukdomar, diabetes, kols, astma og overvekt.

Eg finn at fysisk aktivitet til ein viss grad kan dempe risikoen for å utvikle desse sjukdomane, men der er lite dokumentasjon på korleis fysisk aktivitet verkar inn på livskvaliteten til desse informantane.

Med utgangspunkt i at livskvalitet er ei subjektiv oppleving har eg valt å nytte humanistisk psykologi som vitenskapleg fundament for studien, då den nettopp bygger på subjektive relasjonelle møte mellom menneske.

Mitt vidare arbeid med studiet blir å bringe til torgs dei opplevingar informantane knyter til fysisk aktivitet.

Mi metodiske utfordring framover er å etablere samtalar som legg til rette for at informantane kan legge dette fram på ein ærleg og open måte.

I denne settingen må eg vere klar over at eg er aktiv og deltakande og må så godt som mogleg klargjere kva eg sjølv bringer inn i studien. Eg må slik sett vere klar over kva eg opnar opp for og kva eg lukkar igjen for.

4 Metode.

4.1.0 Forskningsdesign.

Eg har valt å bruke kvalitativ metode der eg skal snakke med 4-6 deltakarar som har delteke i ei turgruppe i regi av eit psykiatrisk dagsenter. Denne metoden har eg valgt fordi det er ganske krevjande å finne tak i desse informantane (kan ofte vere prega av mistenksomhet, tankekaos, vrangførestillingar, imperrative stemmer, passivitet og liknande) – ei kvantitativ undersøking kan lett strande på mangelfullt materiale. Sjølv ved ei kvalitativ undersøking, kan eg risikere at informantane trekker seg på førehand eller under vegg. Styrken ved kvalitative intervju med temaguide, er at det kan opne opp for nye innspel frå deltakarane dersom eg klarar å gjennomføre den på ein god måte. Eg har lang erfaring i å samtale med menneske med schizofrenidiagnose og tenker at det kan vere ein styrke i så måte. Samstundes er det 1. gong eg skal gjennomføre ei slik undersøking, noko som kanskje vil påverke mengda av data eg får inn.

Dagleg leiar for senteret får i oppgåve å plukke ut deltakarar til undersøkinga. For å etablere tryggleik for deltakarane i samtalen kjem eg til å helse på deltakarane i samband med ei turgruppe.

Eg kjem til å ta opp intervju på mp3 opptakar. I etterkant av kvart intervju vil eg i tillegg gjere eit notat der eg noterer umiddelbart personleg oppleving av interjuvet. Dette for å gjere meg sjølv meir bevist på kva som skjedde i samtalen – som igjen kan samanstillast med transkriberte data.

4.1.1. Verving av informantar.

Gjennom leiar for dagsenteret inviterte eg til informasjonsmøte. Det møtte opp seks brukarar og to tilsette.

Eg informerte kort om mitt prosjekt, med hovudfokus på kva krav som blir stilt for å gjennomføre ei slik undersøking. Eg passa meg for ikkje å legge ut om helsemessige fordelar knytt til bruk av fysisk aktivitet og friluftsliv for ikkje å påverke deira utsegn dersom dei ville delta. Eg hengde opp lapp med mitt telefon nummer på ei oppslagstavle, på dagsenteret slik at aktuelle deltakarar kunne ta kontakt med meg. Dette førte til at ein tok kontakt innan fristens utløp. For å kunne gjennomføre undersøkinga tok eg kontakt med psykiatrisk sjukepleiar i kommunen med spørsmål om verving av deltakarar. Ho fekk tak i tre personar, der ein ikkje fylte psykosekriteria. Den fjerde deltakaren tok eg direkte kontakt med sjølv, då eg kjenner vedkommande frå tidlegare.

4.1.2. Kommentar til verving av informantar:

Eg ser at det kan vere forskningsetiske betenkeleg å verve informantar på denne måten, då ein ideelt sett skulle ha hatt eit ”uhilda” utval. Men undervegs i vervinga av informantar såg eg at det ikkje var mogeleg å verve dei etter ein idealmal. Eg måtte ta direkte kontakt, og kom då ikkje utanom å bruke personar som eg hadde kjennskap til som fylte inklusjonskriteria i undersøkinga. Psykiatrisk sjukepleiar og u.t. sikra at inklusjonskriteria vart fylgt, og personleg kjennskap trygga deltakarane til å delta. På den andre sida kan ein spørje seg om ein gjennom personleg kjennskap vil legge utilbørleg press på deltakaren til å delta.

Innhaldet i undersøkinga vurderte eg i samråd med personale som kjenner pasientane godt. Konklusjonen var at dette ikkje er så personleg og sårbart at det skulle vere grunn til å skrinlegge undersøkinga.

4.1.3. Umiddelbare inntrykk etter kvart intervju i kronologisk rekkefølge:

A: Intervjuet føregjekk på mitt kontor. Informanten deltok på informasjonsmøtet på dagsenteret ca. 14 dagar i førevegen. Eg synest informanten viste stort engasjement i samtalen. Svare gav inntrykka av at informanten hadde tenkt gjennom problemstillinga på førehand, og hadde i så måte noko på hjartet som det var viktig for henne å formidle. Dette gjorde at eg synest samtalen gjekk ganske godt.

B: Intervjuet føregjekk på mitt kontor – kanskje litt hektisk dag for meg. Muleg eg gjekk inn med litt høge skuldrar. Informanten var ikkje like godt førebudd som den førre, då vedkommande ikkje deltok på informasjonsmøtet. Hadde berre fått henvendelse gjennom psykiatrisk sjukepleiar, samt lest infoskriv på førehand. Det var vanskelegare å halde fokus

i samtalen og eg sat igjen med eit inntrykk av at eg ikkje klarte å legge godt nok til rette for å bringe fram informasjon i dette intervjuet. Spurte meg sjølv etter intervjuet korleis eg betre kunne førebudd meg for å gjere samtalen lettare.

C: Intervjuet føregjekk heime hos informanten i stova. God tid og fin atmosfære. Ein svært pratesalig informant som var verva direkte av u.t. då eg frå tidlegare kjennskap tenkte at han fall midt i målgruppa av informantar. Vedkommande slit mykje med assosiasjonsforstyrrelesar, noko som gjorde det svært utfordrande å halde fokus. Etter intervjuet sat eg igjen med ei kjensle av at eg med fordel kunne ha styrt meir av innhaldet i samtalen, men samstundes synest eg at det kom fram meiningsberande informasjon etter tolmodig venting.

D: Intervjuet føregjekk heime hos informanten i rolege omgivnader ved kjøkkenbordet. Informanten hadde deltatt på informasjonsmøtet på dagsenteret tre veker i førevegen. Denne informanten var også mykje prega av assosiasjonsforstyrningar og eg sleit også her med å halde fokus. I tillegg sat eg igjen med ei kjensle av at denne informanten gav lite substansiell informasjon. Ei kjensle av at ho snakka meg litt etter munnen, som gjorde meg usikker på kva vedkommande eigentleg stod for. Forsøkte å kryssjekke litt av informasjonen for å sjå om han avspeila hennar oppleving.

4.2. Design og transkribering.

I intervjuanalysen har eg valt å følge Malterud sin modell for kvalitativ tekstanalyse. (Malterud 2003) Som relativt uerfaren i faget, ser eg det mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i analysemetoden systematisk tekstkondensering som blir gjennomført i 4 trinn:

- 1 få heilskapsinntrykk,
- 2 identifisere meiningsberande einingar,
- 3 abstrahere innhaldet i dei enkelte meiningsberande einingane
- 4 samanfatte tydinga av dette. (Malterud 2003)

Samstundes har eg henta hjelp frå Det kvalitative forskingsintervju (Kvale, Brinkmann et al. 2009)

I utgangspunktet opplever eg at ein del av innsamla intervjudata er på kanten av temaet mitt, noko som ikkje kom heilt overraskande då eg har lagt opp til ein open intervjusituasjon. Informantane let assosiasjonane lett flyte, noko som var ei stor utfordring. Samstundes

opplever eg at eg på denne måten fekk fram verdifull informasjon, så får det vidare arbeidet vise i kva grad informasjonen er av verdi i høve til fenomenet eg ynskjer å utforske.

Teoretisk har eg forankra denne framgangsmåten i at det er på dette viset ein vil tileigne seg ny kunnskap om temaet, ved å la informanten sleppe fritt til med sine tankar kring fysisk aktivitet og friluftsliv. Det fyrste steget vidare i analysen av intervjumaterialet, er å prøver å få eit *overblikk* over kva tema som blir rørt i lys av problemstillinga. Etter transkriberingsarbeidet las eg på nytt gjennom intervjuet samstundes som eg lytta til intervjuet, for å få ei oversikt over kva *sentrale tema* som blir rørt ved i lys av problemstillinga. I denne gjennomgangen er det fleire ting som slår meg.

Transkribering av data er eit avgrensa arbeid, (Kvale, Brinkmann et al. 2009) der ein prøver å ”digitalisere” ein menneskeleg relasjon. Sjølv om eg forsøker å notere ned emosjonelle uttrykk som gråt, latter, pausar og liknande, grip det meg at eg her etter beste evne har prøvd å dokumentere ein relasjon. I dette forsøket er det viktig å vere klar over at eg berre har gripe tak i små delar av kommunikasjonen (det verbale) medan inntrykk som blikk, kroppsrørsler, lukt, pust og liknande ikkje kjem med. Sjølv om eg samvitsfullt har notert ned alt som er sagt, ser eg at det også i prosessen frå digitalt opptak til nedskrive ord kan dette ut eit og anna ord utan at meiningsinnhaldet blir endra av den grunn. Men ein skal vere klar over at det her ligg feilkjelder sidan dette er fyrste gongen eg transkriberer eit intervju. Den transkriberte feilkjelda har eg redusert ved å korrigere ved gjennomlesing, men av og til er fokuset for gjennomlesinga så konsentrert om andre element at eg ikkje uroar meg med korrigeringar av tekst. Det er stadig nye tema og problemstillingar som dukkar opp etter fleire gongars gjennomlesing. Samsundes legg eg merke til at merksemda mi blir prega av informasjon eg får i kvart einskild intervju. Såleis er det ikkje uvesentleg kven eg intervjuar først og sist, då eg tydeleg ber med meg inntrykk og informasjon frå det eine intervjuet og inn i neste, sjølv om dette strir mot idealet om å drive fram ei open undersøking der fenomenet får tale for seg. Dette er slik eg ser det ikkje noka motseiing då fenomenet på denne måten også talar gjennom meg. Det viktige blir i så fall å vere så etterrettleg som mulig i rekkefølge av intervju, og etter beste evne ta med faktorar som kan verke inn på informasjonen eg nyttar i analysen. Eg har derfor kalla informantane 1,2,3 og 4 og følger den kronologiske rekkefølga av gjennomføring av intervju.

4.3. Analyse av data

4.3.1. Heilskapsinntrykk

I gjennomlesinga av intervju, opnar eg opp for om problemstillinga belyser godt det informasjonsgrunnlaget eg sit med, eller om ei endring av problemstillinga vil vere meir opplysende i forhold til datamaterialet.

I kva grad kastar datamengda lys over problemstillinga:

Har fysisk aktivitet og friluftsliv nokon effekt på livskvaliteten til eit utval av menneske som i lengre tid har vore plaga med psykose?

Kva tema kan eg umiddelbart trekke ut av datasamlinga i lys av denne problemstillinga?

Mitt umiddelbare inntrykk er at intervju er omfangsrike fordi eg muligens har lagt for stor vekt på at informantane skal snakke ope og fritt, sjølv om eg har følgd ein intervjuguide. Samstundes synest eg denne intervjuforma har gitt tilgang til indre opplevingar som eg ser som verdfulle. Det slår meg at medisinbruk er eit tema som fleire av informantane uoppfordra tok opp. Ut frå dette spurde eg også om dei andre informantanes syn på dette temaet. Likeeins snakka informant nr. 2 så inngåande om sin påverknad av friluftsliv og fysisk aktivitet gjennom sin oppvekst at dette også vart eit tema eg introduserte i dei seinare intervju.

Når eg no skal søke etter meiningsberande einingar vel eg å sjå det i lyset av mi teoretiske forankring. Det vil seie at eg søker etter utsegn som beskriv kva **subjektiv oppleving** informantane har i forhold til fysisk aktivitet og friluftsliv.

Ein informant la stor vekt på at fysisk rørsle varma opp muskulaturen slik at den ikkje vart så stiv og fysiske smerter vart dempa. Fleire informantar la vekt på at fysisk aktivitet kunne ta fokus bort frå brysame tankar, anten ved at dei møtte andre menneske eller fekk avbrot i tankekaoset ved å fokusere på rørsle eller omgivnader når ein var ute.

Eit anna tema eg ser gjentek seg hos alle informantane er den positive driven dei har til å bruke kroppen sin, trass i at dei til tider er plaga med bivirkningar av medisinar og nedstemthet pga. sin psykiske sjukdom. Når eg leitar etter denne driven, går alle informantar tilbake til sine **oppvekstvilkår**, som kan vere eit tema å bringe med vidare.

Eit siste tema som kom igjen hos alle informantar var **medisinering**. Eg må ta med dette vidare i oppgåva då det kan sjå ut til at dette kan ha innverknad på effekten av fysisk aktivitet og friluftsliv.

Det er fleire tema som alle informantane er innom, mellom anna økonomi. Sjølv om dette kan ha ein sentral plass i forhold til livskvalitet, har eg valt å ikkje ta dette med i den vidare undersøkinga. Dette til fordel for dei føregåande tema. Slik sett vil resultatet av undersøkinga vere prisgitt val eg gjer allereie på dette stadiet.

4.3.2. Meiningsberande einingar

Eg er då over i fase to i fylgje Malterud sin metode for kvalitativ forskning. I fase to vil eg på bakgrunn av sentrale tema prøve å trekke ut meiningsberande einingar frå interjuva. Eg gjer dette ved å kode dei inn i eit skjema for å få eit bilete av meiningstettleik. I kodinga vil eg vere på utkikk etter fellestrekk/merkelappar som kan beskrive kvalitetar ved fenomenet eg utforskar.

Tabell 1

		1	2	3	4
				Her og nå	Retrospektiv
				Her og nå	Retrospektiv
Oppleving av fysisk aktivitet og friluftsliv	Likar stiv myk kjempebra. Virkelig bra. Du kommer deg. -god og varm -lettere å komme i gang. -ikke at det var pusten som tok meg. -ganske lett. -ubehagelig. -mister en del ting underveis. (Koordinering) - greit -bra -sjokkerende -aha-opplevelse. Dette kan du ikke	-godt -sette pris på -oppmuntring - alle tiders - innstilt - det beste for en. satte pris på det - så er det stort -glede seg over - uten at vi følte at noen tyna oss. Det var kos -alle tiders -oppmuntra - lystbetont -dårlig - ikke i stand til å sette pris på det.	Kjekt Løye Rart lyst lei av savne låkt trøtt bedøvt Trøytt forkomne låkt forbanna sint påverkar aggressiviteten likar gale løye lika glede	Ekkelt Få skulda Kjøle dårleg hemme. jævla vanskeleg ikkje noko kjekt -fusk -fanteri	fole svært fine fine fint tungt likar likar godt trygt lika lika fint koslig tør ikkje

	<p>lenger -lei deg -lettere - litt skremt -bra -veldig stiv - klumsete. -smertefullt -vondt -utmattet -koblet eg bare ut -yter -sliten -ikke vondt -smerte. -dobbeltisolert -positivt -grine -sint -fortvilt -rasende</p>	<p>- stygg. -ikke artig. -føler deg satt ut. - trur du ikke er i stand til det. -tvang. -ikke nokka før. - ligner det ingen ting. - klarer en ikke. -dårlig. -fortrekker -liker -tungt -gi energi og få energi. -får tenning. -liker. -velvære. -normal måte å slite seg ut på, som eg bare har godt av. -ubehagelig -oppmuntra - kjekt.</p>	<p>aldri tek meg skikkeleg ut Roleg behageleg fusk fanteri ikkje har lyst verkar det best ikkje berre gjer det lystbetont tek deg saman. eg greier det stor interesse interessert. Artig løynare hardt dårleg ikkje så god bedre ikkje sjanse å følge. harde greier og fole jevligt. trøtt og forkomne. friskare bedre å komme seg på arbeid. Trøytt hardt det virka</p>	
Oppvekst	Skolen far	<p>barne- og ungdomsskolen -gymnaset -flink lærer i gym -skia til og fra skolen -det eg er vokse opp med -naturlig for meg å bare gå, eller...ta skien</p>	<p>-rusla ut i naturen og var gutunge. -samle på egga og skrive kva sort fuggel det var. -spelte fotball kvar steika dag - interesse for skøyter gymnastikklæraren -skuletida - fysioterapeut</p>	<p>Skøytan -gikk no et stykke -gikk no på ski -farmor -I og far min opp på fjelltoppane - han som sa det at eg var så flink å gå.</p>
Medisin	<p>-stiv i dei store muskelgruppene. -ryggen og bak på bekkenet(Refererer til stivhet). - parkinsonstiv av medisinene. -svikter med medisinering.</p>	<p>-neddopa på medisina. - over på nyere medisiner før eg begynte å fungere normalt. -negativ effekt av det.</p>	<p>-trøtt at eg greidde ingen ting. -temmeleg bedøvt me som var med. -kjemisk lobotomert. - Trøytt og forkomne. -Du tenker like</p>	<p>bivirkningar og eg måtte ut. - ei e ustø på fotan. -farlig å gå ute da, for ei kan no komme bort i</p>

-forandret de på medisin.	-eg bare røyka og bare drakk kaffe.	eins, men det gjeng mykje seinare.	bilane.
-bivirkninger.	- ikke noe effekt av det.	- gjeng ein time for å gjere noko.	-fotane mine som er ustø.
-klarte du ikke og så ta armen bak.	-bare elendighet av bivikninga.	- låk for hjertet.	-ei var ustø.
-fikk ikke slengt armen opp.	-kribling og eg blei jo sjuk av medisiane enn ka eg hadde vært uten,..	-Ein må sjå det om ein mann er hardt medisinerert.	-blir ei litt sjanglin.
- ser det ikke vanligvis på et menneske.	- ikke vits i å ta det for det hadde bare bivirkninger.	- Det må de ta hensyn te.	-det er ikkje så godt å stoppe opp å prate, for ei må
-som å leve i et panser.		-Eg datt i koll	konsentrere meg når eg går.
- vondt når muskulaturen går sammen igjen.		- Det må dei finne ut av, dei må finne ut kor det er å trene på mykje medisin....	-ustø på grunn av tablettane.
-utmatta,		- eg greidde ikkje å trene.	-det er no å prøve ting.
- å regne i hode samtidig med å vere i bevegelse, den gikk ikkje altså.		- så tok doktoren vekk denne medisinen - og då sprang eg 13 km i eit trekk.	-Så har dei sagt bak meg, ”Er ho NN full”?
- koordineringen.		- Ditta der såg ikkje eg – sola og det som skein.	-er ustø i beina av tablettane.
-gikk jo ikke i det hele tatt.		-Eg opplevde det heilt anleis av den medisinen.	
-forandret noe på mine medisiner.			
-medisinen kan gi parkinsonisme.			
-hemme en i fysisk aktivitet.			

Etter å ha systematisert meiningsberande einingar etter tema (Tabell 1), har eg reflektert over desse i eit humanistisk perspektiv. Der ser ein på mennesket som meiningssøkande. I gjennomgang av tabell 1 slår det meg at dei meiningsberande einingane under tema opplevingar, fell i to kategoriar:

1. Positive kategoriar som vil skape lyst til gjentakning og 2. negative kategoriar som vil skape ulyst til gjentakning. På bakgrunn av dette tenker eg det kan vere nyttig å kode opplevingane inn i A. Opplevingar som styrkar livskvaliteten og B Opplevingar som svekkar livskvaliteten.

Vidare kodar eg inn opplevingar som synest å gjenta seg i forhold til medisinerer i kodene C stivhet, D redusert motivasjon, E auka motivasjon, F balanseproblem og G kriblingar. (tabell2)

Vedrørende tema eg har kalla oppvekst, så har eg mindre datamateriale i mi første utveljing av meiningsseiningar. Litt usikker på om dette kan ha nytteverdi vidare i analysen. Grunnen til at eg ikkje klarar heilt å legge det frå meg, er at eg ser ein teoretisk link mellom dette materialet og problemstillinga. Eg tenker at opplevingar knytt til tidlegare erfaringar med fysisk aktivitet og friluftsliv, vil ha betydning for opplevingar seinare i livet. Mennesket er ein del av sine erfaringar og slik sett vil gode erfaringar stimulere til gjentaking, og dårlege erfaringar vil hemme gjentaking.

På dette stadiet av undersøkinga jobbar eg mykje fram og tilbake med materialet. Sjølv om eg no har redusert mykje av den opphavlege teksten, så går eg stadig tilbake til rådata for å sikre meg at eg ikkje har oversett noko/ at teksten eg jobbar med står i sin rette samanheng. Samstundes har eg fordjupa meg i det teoretiske grunnlaget for undersøkinga før eg går i gang med å trekke ut meiningssskapande tekst ut frå tabell 2.

Tabell 2

Kode	1	2	3	4
Opplevingar som styrkar livskvaliteten	-Likar -myk -kjempebra -Virkelig bra. -Du kommer deg. -god og varm -lettere å komme i gang. -ikke at det var pusten som tok meg. -ganske lett (Koordinering) - greit -bra -aha-opplevelse -lettere -bra -yter -ikke vondt -positivt	-godt -sette pris på -oppmuntring - alle tiders - innstilt - det beste for en. satte pris på det -så er det stort -glede seg over - uten at vi følte at noen tyna oss Det var kos -alle tiders -oppmuntra - lystbetont -fortrekker -liker -gi energi og få energi -får tenning	-Kjekt -Løye -Rart -lyst -påverkar aggressiviteten -likar -gale -løye -lika -glede -aldri tek meg skikkeleg ut -Roleg behageleg -ikkje har lyst -verkar det best -ikkje berre gjer det lystbetont -tek deg saman -eg greier det -stor interesse	fole svært fine fine fint likar likar godt trygt lika lika fint koslig

		<ul style="list-style-type: none"> -liker -velvære -normal måte å slite seg ut på, som eg bare har godt av. -oppmuntra - kjekt. 	<ul style="list-style-type: none"> -interessert -Artig -løynare - bedre -harde greier og -friskare -bedre å komme seg på arbeid. -Trøytt -det virka 	
<p>Opplevingar som svekkar livskvaliteten</p>	<ul style="list-style-type: none"> -stiv -mister en del ting underveis. -sjokkerende Dette kan du ikke lenger -lei deg - litt skremt -veldig stiv -smertefullt -vondt -utmattet -koblet eg bare ut - klumsete -sliten -smerte -dobbeltisolert -grine -sint -fortvilt -rasende -ubehagelig 	<ul style="list-style-type: none"> -dårlig - ikke i stand til å sette pris på det - stygg -ikke artig -føler deg satt ut - trur du ikke er i stand til det -tvang -ikke nokka før. - ligner det ingen ting. - klarer en ikke -dårlig -tungt -ubehagelig 	<ul style="list-style-type: none"> -lei av -savne -låkt -trøtt -bedøvt -Trøytt -forkomne -låkt -forbanna -sint -hardt dårleg ikkje så god -ikkje sjanse å følge -fole jevligt -trøtt og forkomne -hardt 	<ul style="list-style-type: none"> -tungt -tør ikkje

Stivhet	<ul style="list-style-type: none"> -stiv i dei store muskelgruppene. -ryggen og bak på bekkenet(Refererer til stivhet). -klarte du ikke og så ta armen bak. -fikk ikke slengt armen opp -som å leve i et panser - parkinsonstiv av medisinene. - vondt når muskulaturen går sammen igjen. -medisinen kan gi parkinsonisme 			
Redusert motivasjon	<ul style="list-style-type: none"> -svikter med medisiner -utmatta, -gikk jo ikke i det hele tatt -hemme en i fysisk aktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> -neddopa på medisina. -negativ effekt av det. -eg bare røyka og bare drakk kaffe. - ikke noe effekt av det. -bare elendighet av bivikninga- ikke vits i å ta det for det 	<ul style="list-style-type: none"> -trøtt at eg greidde ingen ting. -temmeleg bedøvt me som var med. - kjemisk lobotomert. - Trøytt og forkomne. -Du tenker like eins, men det gjeng mykje seinare. - gjeng ein time for å gjere noko. 	

		hadde bare bivirkninger.	<p>- eg greidde ikkje å trene</p> <p>- Ditta der såg ikkje eg – sola og det som skein.</p> <p>-Eg opplevde det heilt anleis av den medisinen.</p>	
Balanseproblem	-gikk jo ikke i det hele tatt		-Eg datt i koll	<p>- ei e ustø på fotan</p> <p>-farlig å gå ute da, for ei kan no komme bort i bilane.</p> <p>-fotane mine som er ustø.</p> <p>-ei var ustø.</p> <p>-blir ei litt sjanglin.</p> <p>-det er ikkje så godt å stoppe opp å prate, for ei må konsentrere meg når eg går.</p> <p>-ustø på grunn av tablettane. -</p> <p>Så har dei sagt bak meg,</p>

				”Er ho NN full”? -er ustø i beina av tablettane.
Auka motivasjon		- over på nyere medisiner før eg begynte å fungere normalt	- så tok doktoren vekk denne medisinen - og då sprang eg 13 km i eit trekk.	
Kribling		-kribling og eg blei jo sjuk av medisinane enn ka eg hadde vært uten,..		bivirkningar og eg måtte ut.
Røter for aktivitet og friluftsliv	Skolen Far	barne- og ungdomsskolen -gymnaset -flink lærer i gym -skia til og fra skolen -det eg er vokse opp med -naturlig for meg å bare gå, eller...ta skien	-rusla ut i naturen og var gutunge. -samle på egga og skrive kva sort fuggel det var. -spelte fotball kvar steika dag - interesse for skøyter gymnastikklæraren -skuletida - fysioterapeut	Skøytan -gikk no et stykke -gikk no på ski -farmor -I og far min opp på fjelltoppane - han som sa det at eg var så flink å gå.

4.3.3.0.

Eg vil vidare prøve å abstrahere innhaldet i kvar enkelt kodegruppe. I denne prosessen er eg ute etter å trekke ut element ved kodane som er interessante å belyse nærare.

4.3.3.1. **Opplevingar som styrkar livskvaliteten:**

Informantane brukar her mange oppmuntrande og tiltrekkande ord som: Likar, lyst, lystbetont, oppmuntrande, positivt, glede, artig, fint, trygt og godt. Dette er ord som tyder vil vere ein motivator og drivkraft til å gjenta aktiviteten. Nokre informantar går vidare i beskrivinga og seier noko om at dette også gir kraft og energi til utfalding på andre livsarenaer. Eksempelvis informant 2 som beskriv det å komme seg ut ein tur: ”..det er det å gi energi og få energi.” ”...får tenning på å vere i bevegelse, så liker eg å tyne meg litt”. Informant 3 beskriv ringverknader på fylgjande måte. ”Eg trenar og det er bedre å komme seg på arbeid.” Informant 1 beskriv også fysisk aktivitets innverknad på andre gjeremål på fylgjande måte ”...det var mye lettere å komme i gang ..- altså noe praktisk fysisk arbeid.”

I lys av teorigrunnlaget som omfattar humanistisk psykologi sitt syn på sjølvaktualisering, så er dette ord som viser til kva informantane rettar fokuset mot. Søken mot sjølvaktualisering kjem tydeleg til uttrykk i ”...det er det å gi energi og få energi”.

Gjennom dette utsegnet forstår eg det slik at informanten opplever å få tilført energi etter ei trening. Likeeins med informanten som nyttar treninga som eit middel til å komme seg på arbeid eller få utført praktisk fysisk arbeid.

4.3.3.2. **Opplevingar som svekkar livskvaliteten**

Når eg samanfattar informantane sine utsegn vedrørande opplevingar som svekkar livskvaliteten, kjem desse orda fram: Stiv, smertefullt, vondt, utmattet, ubehagelig, dårlig, tvang, låkt, trøtt, forkommen, sint og tungt. Det kjem også fram ein del ord som skildrar sjølvkjensla. ”Dette kan du ikke lenger”, ”klumsete”, ”..ikke i stand til å sette pris på det,” ”stygg”, ”føler deg satt ut”, ”...trur du ikke er i stand til det...”, ”..klarar en ikke...”, ”...ikkje sjanse til å følge....” Opplevingar som svekkar livskvaliteten er nært knytta til redusert motivasjon, men eg vel likevel å oppsummere dei kvar for seg.

Når eg ser på desse utsegna i lys av teorigrunnlaget, ser eg her faktorar som vil hindre vekst og utvikling. Dette er utsegn som skaper ulyst, noko som reduserar sansynligheten for at informantane vil gjenta aktiviteten.

4.3.3.3. **Stivhet**

Det viser seg at berre ein informant kan tilføre meiningsførande einingar til denne koden, men denne informanten har til gjengjeld ein del sentral informasjon som beskriv stivhet i

store muskelgrupper som faktisk hindrar ein i å utføre ein del rørsler ein elles kan utføre. Denne informanten knyter tydeleg stivheten til medisinerings og då spesielt i endringsfasen av medisin, der ein anten doserar opp eller ned.

Stivhet vil medføre eit ubehag slik at informanten i utgangspunktet skulle unngå slike aktivitetar. Med nærare undersøking av grunntekst, viser det seg at informanten opplever at stivheten avtek når muskulaturen er oppvarma. På dette grunnlaget brukar informanten fysisk aktivitet til å dempe eit ubehag. Dette viser at informanten har ein indre kontroll/sjølvinnsikt som forserar ubehag fordi ein veit at det har ein positiv verdi (behag) når muskulaturen blir oppvarma. Det er kjent kunnskap at kroppen blir smidigare og meir tøyeleg når den blir varm. Samstundes frigjev ein endorfinar og liknande (Nevrobiologiske hypoteser (Martinsen, Moser et al. 2004) som vil påverke menneskets evne til å kjenne smerte, men dette blir utløyst ved hardare form for fysisk trening enn det desse informantane skildrar.

Informant 1 og 3 nemner behaget i varmebasseng, noko som kan indikere kjensle av velvære ein kjenner ved rask temperaturendring jfr. pyrogenhypotesen (Martinsen, Moser et al. 2004)

4.3.3.4. **Redusert motivasjon**

Under denne koden kjem det fram skildringar som: "...svikter med medisinerings...", "...utmatta..", "...neddopa på medisin....", "...eg berre røyka og bare drakk kaffe...", "...trøtt at eg greidde ingen ting.", "...temmeleg bedøvt me som var med." "...kjemisk lobotomert". "...eg greidde ikkje å trene..."

Meiningseiningane som er brukt i denne koden vitnar meir om forfall, enn vekst og utvikling. Dette er sterke utsegn som eg tenker er store hinder i forhold til oppleving av livskvalitet. Likkeins vil dette vere ein sterk bremskloss i høve til fysisk rørsle.

4.3.3.5. **Balanseproblem**

Tre av informantane gir eintydig uttrykk for at dei har opplevd balanseproblem som dei tilskriv medisinerings. Informant 1 skildrar ein skitur der vedkommande uventa mislukkast i ferdigheter som tidlegare har vore intakt. Informant 3 beskriv ein episode der han "...datt i koll i ein bakke", denne episoden kjem umiddelbart eit postulat: "Ein må sjå om ein mann er hardt medisinerert". Vidare seier denne informanten: "Det må de ta hensyn te. Hvis de er på tur så må han få gå ledig, kallen, -slik at det ikkje blir for hardt for nå. Eg datt i koll.."

Tredje informant gjentek hyppigast plager med ustøleik. ”..ei e ustø på fotan.”

Vedkommande gir uttrykk for utryggleik i forhold til bilar dersom det ikkje er gangveg.

Medisin og ustø gange fører også til problem med å stoppe opp for å snakke med kjente og kommentarar frå forbipasserande som ”Er NN full?”

Det er nærliggande å tru at balanseproblem vil medføre ei kjensle av **utryggleik**. Ifølge Maslows behovspyramide dannar tryggleik fundamentet for menneskeleg vekst og utvikling. Slik sett vil dette vere eit element som vil røre ved noko grunnleggande i den menneskelege eksistensen, og balanseproblem vil vere eit hinder for informanten til utøving av fysisk aktivitet og friluftsliv. Ubalanse vil også verke inn på informantane sin søken etter sjølvaktualisering ved gjentekne mislukka forsøk på å gjere ting ein tidlegare har meistra. Eksempelvis informanten som skal stå på ski ned ein bakke med stor tru på at ”..dette kan du” – etter tre fall gir vedkommande opp.

4.3.3.6. **Auka motivasjon.**

I mitt søk etter meiningsberande einingar kring redusert motivasjon, kom eg over eit par utsagn som eg klassifiserar som auka motivasjon i forhold til fysisk aktivitet. Det eine utsagnet er der informant 2 beskriv overgangen til ein nyare generasjons neuroleptica.

Dette opplevde vedkommande som ”..eg begynte å fungere normalt”. Eg ser det viktig å ta med dette vidare sidan der er så stort materiale som stadfestar ubehag knytta til medisin.

Dette er eit sterkt utsagn som viser kva medisinen betyr for ”..å fungere normalt”.

Likkeins beskriv informant 3 korleis han opplevde det då doktoren tok vekk ein medisin ”...då sprang eg 13 km i eit trekk”. Eit stikkord i forhold til auka motivasjon kan slik sett vere **medisinendring**.

4.3.3.8. **Kribling**

To av informantane omtalar kribling i beina. Den ein informanten opplever det på denne måten ”...eg blei jo sjuk av medisinane enn ka eg hadde vært uten,..” Den andre

informanten opplever kriblinga slik at vedkommande berre måtte ut. ”...eg måtte ut.”

Den første informanten viser her til medisinar som vedkommande ikkje brukar lenger, medan den andre informanten viser meir til ustøhet, så eg vel å ikkje legge så stor vekt på denne koden vidare i oppgåva.

4.3.3.9. **Røter**

Eg tek med ei kode eg kallar røter, fordi alle informantane er inne på positive opplevingar med fysisk aktivitet og friluftsliv som dei har med seg som viktige drivkrefter i dag. Gode og trygge opplevingar tidlegare i livet, knytt til fysisk aktivitet og friluftsliv, kan vere etablert som fundament for gode og stabile sjølvopplevingar seinare i livet.

For menneske som er plaga med psykose er ofte kontinuiteten i sjølvopplevingane skjøre og sårbare. I lys av dette kan ein gjenkalle kontinuitetsberande sjølvopplevingar ved å søke desse næringskjeldene. Dette vil skape tryggleik som igjen vil styrke menneskets sjølvrespekt og sjølvforståing. (Haugsgjerd, Karlsson et al. 2009)

Ut frå teorigrunnlaget mitt tenker eg at gode opplevingar kring fysisk aktivitet og friluftsliv skaper gode vekstvilkår for at desse aktivitetane kan gjentakast seinare i livet. Skole, lærar, familie og venner ser ut til å vere viktige bidragsytarar i denne rotdanninga. Fysisk aktivitet i tidlege barneår er med på å styrke menneskets begeistring over å meistre eigen kropp og soleis bane veg for å søke nye utfordringar mot sjølvaktualisering.

Informantane viser her til rollemodellar som far, farmor, lærar, venner og fysioterapeut som har hatt betydning for etablering av glede og begeistring for fysisk aktivitet. Eg ser også at aktivitetane ofte formar seg etter lokale forhold. Ski til og frå skolen for ein som budde landeleg til. Fotball på "løkka", skøyter og symjing. Desse data viser at gode opplevingar frå tidlegare er ein kapital som ein tek med seg vidare i livet sjølv om ein får alvorlege psykiske plager.

4.3.4. **Kva ny meining gir desse kodane?**

Fysisk aktivitet og friluftsliv gir mange positive opplevingar i form av lyst/glede/auka energi/velvære o.l som er med på å heve livskvaliteten hos informantane.

Samstundes er informantane plaga med fysisk ubehag i form av stivhet/balanseproblem/smerte og psykisk ubehag i form av trøtthet og redusert motivasjon. Mange av desse problema ser ut til å vere knytt til medisin og medisinending. Deltaking i naturlege aktivitetar i nærmiljøet kan vise seg å ha stor betydning for livskvaliteten seinare i livet. Informantane har blitt sett og oppmuntra til fysisk aktivitet av foreldre, lærar og venner. Det kan sjå ut til at slik oppmuntring vil gi varig næring til å halde fram med dette heile livet.

Ein kritisk lesar vil kanskje stille seg spørsmål om kvifor eg trekkjer inn bardomsopplevingar i ein studie som er tufta på humanistisk psykologi, der ein er oppteken av opplevingar her og no (eksistensialistisk forståing), der menneskets energi er

retta mot å realisere seg sjølv som person i interaksjon med sine omgivnader. Eg tek det med fordi eg tenker at gode opplevingar frå barndom vil sette fragment i menneskesinnet som vil ha verdi for korleis vi opnar oss for sanseintrykk seinare i livet. Filosofen Edmund Husserl poengterer det å sanse som ein aktiv prosess som skapar struktur i vår bevisstheit(Haugsgjerd, Karlsson et al. 2009). Det vi sansa med behag i barndom vil også skape strukturar for oss i vaksen alder.

Samstundes gir psykisk sjukdom kombinert med medisin sterke ubehag som kan bli store hinder for livsutfolding.

Ein informant kjem med ei tydeleg oppmoding: ”Ein må sjå det, om ein mann er hardt medisinerert”...Det må de ta hensyn te..” Ein anna informant brukar ordet ”båndtvang” i beskrivelse av helsepersonell sin iver etter å få pasienten i aktivitet. Dette er ikkje foreineleg med eit syn der mennesket skal få vekse og utvikle seg. Det kan i verste fall rykke opp etablerte gode relasjonar til fysisk aktivitet og friluftsliv med rota.

4.4. Kva innverknad vil dette ha på problemstillinga.

Har fysisk aktivitet og friluftsliv nokon effekt på livskvaliteten til eit utval av menneske som i lengre tid har vore plaga med psykose?

Informantane gjev eintydig uttrykk for at fysisk aktivitet har ein positiv effekt på livskvaliteten. Når eg ser på kva som triggjar desse positive opplevingane og forsøker å samanfatta desse triggerane, finn eg utsagn som ”..eg likar jo å vere i naturen”, ”kroppen gjør ikkje vondt lenger når den blir mjuk”,, ”Det er kjekt å gå i skog og mark og sjå på trea, skogen, maurtua, sitte på berga og sjå utover sjøen”. ” Det påverkar aggressiviteten, ”.det er lettare å komme i gang med fysisk arbeid etterpå”- dette er utsagn som tyder på at fysisk aktivitet kan brukast til auke sjølvkontroll og sjølvmeistring. Det viser at dei har danna seg indre meiningsberande strukturar der dei nyttar fysisk aktivitet og friluftsliv for å nå framtidige mål som for eksempel å komme seg på arbeid, dempe smerter eller avleie vanskelege tankar. Ein informant nemner fleire gongar at han brukar fysisk aktivitet som aggresjon- og angstdempar, han seier m.a. ”...då blir du mykje meir betre å handtere det at du ikkje sprekk”. Slike utsegn knyter eg til distraksjonshypotesen(Martinsen, Moser et al. 2004) Poenget med denne hypotesen er at ein gjennom fysisk aktivitet får avleia merksemda frå bekymringar/slitsame tankar fordi aktiviteten ein utfører krev alt fokus og merksemd.

Eg stiller meg også spørsmålet om informantane si begeistring for naturopplevingar også kan verke som ei avleiing på same vis. Slik informantane omtalar si glede over å observere plantar, tre, dyreliv, sjøen – kan det vere nærliggande å tenke at dette kan nyttast som ei avleiing frå slitsame vrangførestellingar, men eg må presisere at dette har eg ikkje god nok dokumentasjon til å kunne legge fram påstand om. I lys av ei fenomenologisk forståing av kva som påverkar "bevisthetens rettethet", viser til Husserl utlegging. (Kvale, Brinkmann et al. 2009). Ved å oppsøke sanseintrykk frå natur og omgivnader vil ein endre fokus frå eiga indre verd og ut mot den ytre verda. Kanskje dette er noko av forklaringa på at informantane etter ein tur kan seie at dei vanskelege tankane er borte.

Fysisk aktivitet tek også mange informantar ut av isolasjon og inn i samhandling med andre. To informantar beskriv meningsfull samhandling med born, der den eine er støtteperson på fotballbanen og skøyteisen. Han bidreg med sine ferdigheter og kunnskapar for at born og unge skal utvikle seg. Informanten brukar sine eigne kvalitetar og verdibidrag som menneske, og formidlar desse verdiane vidare til oppveksande generasjon som nettopp ser verdien av for eksempel å spele fotball. Eg tenker dette er viktige livskvalitetsbidrag. Den andre leika med born i bassenget og opplevde dette som meningsfullt og artig.

To informantar viser til viktig kontakt med søsken og venninner når dei går tur. Dei gir uttrykk for at det kan bli einsamt å sitte for mykje i ro, og angsten kan ta overtaket. Her viser informantane evne til å ta ansvar og kontroll over sin eigen situasjon eller væren i verden, ved å ta oppsøke fellesskapet når dei kjenner vanskelege tankar og angsten kjem snikande. Men det å oppsøke fellesskap når ein har det vanskeleg er ikkje eintydig det beste. Når eg spør ein informant(3) om det kan hjelpe på vanskelege tankar å komme seg ut saman med andre, seier han: "Ja, det hjelp, men du veit det er låkt å gå i ei gruppe når ein gjeng og tenker slikt. Det er bedre nesten å gå aleine". Dette er eit sterkt utsagn som på den eine sida viser informantens umiddelbare stadfestande svar på at det hjelp å komme seg ut saman med andre. I neste setning trekker han inn den psykiske smerta informanten opplever ved å bere med seg eit stort innhald av indre opplevingar når han går saman med andre. Ved nærare ettertanke konkuderar han i etterfølgande setning at det nesten er betre å gå aleine. Eg tenker at dette er eit utsagn som uttrykker stor meningstettleik i det eg undersøker.

Informant 4 fortel fygjande om sine vanskelege tankar: "Ja, når i kjem hjem att, så e det, da e dei borte ja....- Så å gå seg en tur når det e slitsomt så e det godt ja." Vedkommande gjev tydeleg uttrykk for at ho på denne måten kan ta kontroll over sine vrangførestellingar

ved at ho av og til berre må ut. På denne måten får ho endra fokus for merksemd bort frå si indre verd og ut mot plantar, tre, hagar, o.l som ho set så stor pris på. Merleu-Ponty skildra menneskets uløyselege eining mellom sansing og rørsle. All erkjenning av å vere til i verda tileignar vi oss gjennom korleis vi sansar verden gjennom kroppen. Slik sett vil sanseerfaringar påverke vårt medvit om oss sjølve og kven vi er (Martinsen, Moser et al. 2004)

Informant(3) uttrykker også at trening har ein samlande effekt der han får kontroll over aggresjonen sin, og at han blir friskare av det. ("det påverkar aggresjonen..."; "...eg synest det at eg må trene. Eg blir friskare ta det..") Desse usegna viser at treninga har ei meiningsberande effekt i høve til informantens subjektive kjensle av velvære og dermed auka livskvalitet. Det hjelper også informanten til auka kjensle av fridom og sjølvkontroll sidan han har eit handlingsrepertoar for å for eksempel handtere aggressive kjensler.

Innsamla datamateriale viser også tydeleg at det er element ved fysisk aktivitet som svekkar livskvaliteten til informantane. Dette er situasjonar der ein stiller krav til informantane om å delta på fysiske aktivitetar som informantane av ulike årsaker ikkje kjenner seg i stand til å delta i. Signalord som skildrar dette er fysisk ubehag som stivhet, smertefullt, vondt, trøtt, sliten, forkommen og psykisk ubehag som klumsete, tvang, skremt, ikkje artig, savn, tør ikkje og liknande. I forhold til dette ubehaget nemner fleire informantar viktigheita av å legge til rette aktiviteten etter aktørane meistringsnivå. Ein informant(3) uttrykker dilemmaet mellom aktivitet og medisinerings treffande: "Ein må sjå om ein mann er hardt medisinerert. Det må de ta hensyn te. Hvis de er på tur så må han få gå ledig, kallen, - slik at det ikkje blir for hardt for nå.." Litt seinare seier same informanten "..., dei må finne ut kor det er å trene på mykje medisin". Vedkommande seier at medisinenens virkning ikkje tek vekk vanskelege tankar. "Du tenker like eins, men det gjeng mykje seinare. Tankane er der like eins." ...det gjeng ein time for å gjere noko."

Denne informanten skildrar også godt ein episode der han følte seg dårleg og oppsøkte lege der han bad om å få ta vekk noko medisin. Ein arbeidskollega sa i ettertid at han ikkje burde ta bort medisinen fordi han var så flink å trene og alt var berre ei fryd. "...na medisinen må du ha. Då er det kjekt å vere bonde, no skin sola og no blømer blomane". Om dette seier informanten "Ditta der såg ikkje eg – sola og det som skein." Dette tolkar eg som eit utagn frå informanten om at sanseintrykka var så redusert under medisineringsa, at han ikkje sansa det. Dette er subjektive opplevingar som tydeleg

reduserer livskvaliteten slik eg ser det, og som vi som helsearbeidarar må ta innover oss når vi skal vurdere kva som er til det beste for pasienten.

Samtlege informantar legg vekt på **lav intensitet** i fysisk aktivitet, slik at ein opplever det som lystbetont og artig. Fleire legg vekt på betydninga av berre dette å komme seg ut i **frisk luft**. Og ein informant nevner Leva Livet (Aktivitetsveke haust og vinter som er tilrettelagt for menneske med psykiske vanskar, -eit tilbud som diverre ikkje eksisterer lenger), der dei tilrettelegg på ein koseleg måte med aktivitetar med fokus på meistring og matstasjonar undervegs i trygge omgivnader.

4.5. Samanfatning.

Menneske som er plaga med psykose kan ha stor lindring i å gjenoppsøke arenaer som dei har trygge og gode opplevingar frå . Desse opplevingane vil vere kontinuitetsberarar i desse menneska si sjølvutvikling og bidra til tryggleik og danne grunnlag for vekst og utvikling i eit sinn som er sårbart og skjørt på grunn av vrangførestellingar og uforutsigbarhet. Slik eg ser det kan dette bli oasar der dei opplever livet sitt som samanhengande og meiningsfullt fordi det aktiverar ”selvets” kraft.(Sjølvaktualisering) Dette gjev mange av informantane uttrykk ved at dei kjenner velvære, glede, lyst, oppmuntrande og det er artig å drive med.

Av helsemessige årsaker vil desse menneska profitere ekstra mykje ved å oppsøke arenaer knytt til fysisk aktivitet og friluftsliv, då dette vil redusere faren ved å utvikle hjarte- og karsjukdom, diabetes 2, cols, astma og andre livsstilssjukdomar og liknande.

Analysen av intervjuar viser også at menneske som har vore plaga med psykose over lengre tid opplever medisinen som eit stort hinder for utøving av fysisk aktivitet og friluftsliv. Stiv muskulatur, smerter, at dei er ustøe og trøyte og liknande, gjer det vanskeleg å oppretthalde tidlegare aktivitetsnivå. Som helsearbeidarar er det svært viktig at vi har fokus på dette. Spesielt skal ein vere aktsame når ein endrar på medisinerings anten opp eller ned, og vurdere om denne målgruppa har rett medisinnivå. Det viktigaste er at vi er kjenslevare nok til å motivere og støtte dei som opplever det vanskelege med å ikkje mestre aktivitetar dei har meistra før. At vi kan vere fordomsfrie nok til å sette oss ope inn i korleis desse personane opplever det, og formidle håp om endring på sikt. Slik kan ein hjelpe dei til meiningskaping og sjølvrespekt. Helsepersonell må vere forsiktige pådrivarar ved å legge til rette til aktivitet på eit lavt nivå, der brukarane føler at aktiviteten treff meistringsevna. På den måten kan ein formidle lyst og mot til å strekke seg mot nye mål.

Analysen av intervjuer viser at fysisk aktivitet har ein mentalt samlande effekt i den grad ein får samla tankane sine om konkrete handlingar og rørsler slik at plagsame psykotiske tankar kjem meir på avstand og personane blir meir til stades her og no. Personane opplever med dette auka sjølvkontroll/struktur, som dei kan rette mot sjølvaktualisering gjennom andre aktivitetar som arbeid eller sosial kontakt. Fysisk aktivitet og friluftsliv kan ha ein positiv effekt på menneske med psykose ved at aktiviteten mjuknar opp muskulatur slik at ein er berte utrusta til å møte andre utfordringar same dag.

5.0 Drøfting av funn i lys av empirisk forskning og praktisk relevans.

Innleiingsvis gjekk eg gjennom eit utval forskingsartiklar for å få oversikt over kva kunnskap ein har om menneske som er plaga med psykose og fysisk aktivitet. Her er det god dokumentasjon på at menneske som er plaga med psykose er meir inaktive enn normalbefolkninga, og at dei er utsette for å utvikle livsstilssjukdomar som hjarte- og karsjukdom, diabetes type 2, kols og astma. Seinare tids bruk av 2. generasjons neuroleptica ser ut til å forsterke problem med overvekt, men vektlegging av fysisk aktivitet kombinert med kosthaldsrettledning og tobakksreduksjon ser på den andre sida ut til å redusere desse helseplagene.

Samtlege informantar oppgjev medisinbruk som eit hinder for utøving av fysisk aktivitet. Ein informant (3) oppgjev at han slutta å røyke for nokre år tilbak, og ein informant (4) oppgjev at ho er oppteken av kosthald for å halde vekta stabil.

Samsundes må det presiserast at eg ikkje har kartlagt informantane sin helsestatus då eg har vore fokusert på informantane sitt subjektive forhold til fysisk aktivitet og friluftsliv. I ettertid kan ein stille spørsmål ved kvifor eg ikkje har fylgt opp funn frå litteratursøket i spørjeundersøkinga, men dette er eit bevist val eg har gjort for å ikkje styre for mykje av meiningsinnhaldet til informantane i forhold til fokuset mitt i problemstillinga. I ettertid av spørjeundersøkinga kunne det vere interessant å stille nokre kontrollspørsmål til deltakarane i forhold til helse, kost og tobakk, men eg ser ikkje dette som direkte relevant for utfallet av undersøkinga.

Mine funn ser ut til at medisinbruk skaper stivhet og vanskar med koordinasjon slik at det kan gjere det vanskelegare å komme i gang med fysisk aktivitet. Samstundes rapporterar informantane om positive gevinstar ved fysisk aktivitet som hjelper dei til å komme seg forbi hinderet stivheten kan vere. Undersøkinga gjev også klare signal om feilmedisinering som set pasienten heilt eller delvis ut av spel. Dette uttrykker dei i utsegn som, lobotomert,

bedøvt, satt ut, forkomne og liknande. Dersom vi skal klare å møte framtidige utfordringar med å hjelpe desse menneska til å auke sin fysiske aktivitet, er det viktig å ta desse funna på alvor. Faren ligg i at vi kan legge stein til byrden for desse pasientane ved å einssidig fokusere på fysisk aktivitet før vi undersøker kva muligheter dei har til å ta del i dette. Ein pasient sa m.a. "...skal det vere med tvang med folk ut av senga når de er sterkt deprimerte ...da ligner det ingen ting." Ein anna informant minner oss også på følgjande "Ein må sjå om ein mann er hardt medisiner". Og eg synest denne informanten i neste setning kjem med ei enkel henstilling til korleis vi skal handtere dette: "Han må få gå ledig kallen." Dette viser til at det er viktig å fylgje sitt eige tempo, på ein måte sjølvst, men kanskje utfordrande for den som skal arrangere turaktivitetar. I praksis vil dette seie at ein ved planlegging av turaktivitetar kanskje må ha ulike målsettingar for kor langt turen skal gå. Kanskje etablere ein base midt i mellom, som kan vere eit samlingspunkt både for dei som vil gå langt og for dei som ikkje er i stand til å gå like langt.

Litteratursøket gjev nokre tydelege utfordringar i forhold til oppfølging av menneske som er plaga med psykose. Det kjem tydeleg fram at dei er i mindre stand til å ivareta si eiga helse enn normalbefolkninga. Når eg no har undersøkt eit utval av denne risikogruppa, viser det seg at dei har med seg gode opplevingar knytt til fysisk aktivitet frå nære omsorgspersonar. Desse opplevingane kan syne seg å gi kraft til å nyttiggjere seg av fysisk aktivitet i vaksen alder til tross for at medisinar er med på å dempe motivasjon og evner. Dette viser at tilrettelegging av fysisk fostring hos born og unge har stor verdi for å dempe skadeverknader dersom ein utviklar behandlingstrengande psykose seinare i livet.

Informantane gjev også uttrykk for at nærmiljøet har stor betydning for aktivitet utandørs. Ein informant(1) snakka om at den sparka fotball med gutar like ved der han bur, ei(3) går ofte tur i nærrområde med slekt og venninner, og ei(3) går til og frå aktivitetar langs gangvegen. Ein informant (4) gav uttrykk for ubehag når der ikkje var gangveg fordi vedkommande kunne vere ustø og engsteleg for å dulte bort i bilar.

Denne undersøkinga viser at informantane gjennom fysisk aktivitet og friluftsliv kjem seg ut av isolasjon ved å dele aktiviteten med nokon andre og ved å rette fokus mot ein aktivitet kan fokuset bli flytta ut frå indre grubleri/vrangførestellingar – ut mot konkret aktivitet/objektfokus. Dette hevar livskvaliteten på den måten at informantane då opplever at dei kan ta kontroll over eigen situasjon i staden for at angst og uro tek kontroll.

6.0 Metodekritikk og validitet.

6.1 Metodens relevans for problemstillinga.

Eg har valt ein fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming for å finne ut av kor vidt fysisk aktivitet og friluftsliv har nokon effekt på livskvaliteten til eit utval menneske. Når ein definerar livskvalitet som ei subjektiv oppleving knytt til si oppleving av viktige livsdomene, tenker eg at metoden eg har valt er ein nyttig og god metode til å utforske dette fenomenet. Styrken i denne metoden er nettopp at den gjev opning for at informantane kan bringe inn ny kunnskap til feltet. Samstundes er det ei fagleg utfordring for meg å bruke denne metoden på ein måte som sikrar at eg klarar å produsere ny viten og kunnskap, då hermeneutikk handlar om å sjå elementa i sin rette samanheng og skape ny forståing. Når ein slik opnar opp for å forstå eit fenomen på ein måte, lukker ein samstundes for andre forståingsmåtar. Å arbeide slik har vore krevjande på den måten at eg periodevis synest eg ser heilskap og meining i den eine augneblinken, for så å miste litt oversikt og gjerne må ta nokre steg attende for å få fotfeste igjen. Slik sett blir dette ei undersøking som munnar ut i eit resultat basert på dei tolkingane og forståelsemåtar eg har gjort undervegs. Når ein arbeider etter ein hermeneutisk metode brukar ein ordet hermeneutisk sirkel (Kvale, Brinkmann et al. 2009) for å forklare desse arbeidprosessane og skildrar. I ei slik skildring har eg forsøkt å halde fokuset på det teoretiske fundament humanistisk psykologi og Rogers for å halde meg inne i sirkelen. Dette inneber ei erkjenning av at mine konklusjonar på ingen måte er nokon fasit, men håpet mitt er at eg har gjort godt nok greie for mine synspunkt til at lesaren forstår korleis eg kjem til konklusjonen.

Denne metoden å produsere ny forståing og kunnskap på, ser eg som svært nyttig i forhold til den problemstillinga eg har valt.

6.2 Utval og holdbarhet.

Denne undersøkinga er basert på 4 informantar, som eg erkjenner er noko tynnt til å gi eit godt vitenskapelig grunnlag. Meininginnhaldet til dei ulike informantane spriker ein del. Informant 3 ser ut til å bidra med mykje i forhold til oppgåvas problemstilling, medan informant 4 bidreg minst. Men alle informantar bidreg likevel med viktig informasjon. Eit større utval av informantar ville styrka funna, men på grunn av vanskar med å rekrutere informantar samanstilt med omfanget av oppgåva, så har eg måtte nøye meg med desse fire. Det gjev likevel ein indikasjon på at dette er eit fenomen som kan vere gjenstand for

vidare utforsking. Informantane fall godt innanfor målgruppa for studien, då dei alle brukar medisin for å dempe psykose.

6.3 Gjennomføring.

For u.t. har det vore ein lang prosess med lang ventetid frå forarbeidet for undersøkinga var gjort til spørreundersøkinga vart gjennomført, grunna lang ventetid på godkjenning frå REK-midt. Dette har påverka spørreundersøkinga i den grad at dette ikkje var ferskvare den dagen eg starta intervju. Det har hatt både sine fordelar og ulemper. Fordelane er at eg har gjennomført intervju på ein meir fordomsfri og open måte, medan ulempen kan vere at eg ikkje klarar å fokusere godt nok i dybden av fenomenet eg ynskjer å utforske. Det er første gong eg gjennomfører eit intervju etter ein temaguide med påfylgjande transkribering, noko som også kan vere ein svakhet for utfallet av undersøkinga.

I mitt daglege arbeid er eg van med å snakke med menneske som har vore plaga med psykose, og undersøkinga er gjort i eit oversikteleg geografisk område der dei fleste som arbeider innan psykisk helsearbeid kjenner kvarandre. Dette inneber at informantane kjende til meg frå tidlegare, sjølv om eg ikkje har noko behandlingmessig forhold til dei i dag. Denne erfaringa har hjelpt meg til ein open og god dialog i samtalen, noko som sjølv sagt hadde stor innverknad på informasjonstilgangen. Samstundes vil det ha den innverknaden på informantane at dei på førehand var kjend med meg og mitt engasjement for fysisk aktivitet og friluftsliv.

6.4. Problemstillingas relevans for praksis

Ut frå resultatata av undersøkinga tenker eg at dette er kunnskap som er av stor verdi for praksisfeltet innan psykisk helsearbeid. Enkelte vil kanskje seie at medisinenes bivirkningar er då kjent via felleskatalogen og liknande. Verdien av dette prosjektet tenker eg ligg i fundamenteringa eg har gjort i forhold til sanseintrykka sin verdi for kroppsleg og mental utvikling, og desse er slik eg ser det uløyselig knytta til kvarandre i ei eining. Slik sett er det viktig at vi som fagfolk har fokus på verdien av fysisk aktivitet og friluftsliv for menneske som er plaga med psykose, sidan dei ofte er behandla med medisin som ikkje berre verkar inn på vrangførestellingar men også rørsler og sanseintrykk.

LITTERATURLISTE.

(1996). Den Internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer: systematisk del og alfabetisk indeks. Oslo, Statens helsetilsyn i samarbeid med Erlanders forlag.

Finnes også online

Barnett, A., P. Mackin, et al. (2007). "Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: Diabetes, obesity and dyslipidaemia." Journal of Psychopharmacology **21**(4): 357-373.

Corsini, R. J. (1979). Current psychotherapies. Itasca, Ill., Peacock Publishers.

Fogarty, M., B. Happell, et al. (2004). "The Benefits of an Exercise Program for People with Schizophrenia: A Pilot Study." Psychiatric Rehabilitation Journal **28**(2): 173-176.

Haugsgjerd, S., B. Karlsson, et al. (2009). Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle. Oslo, Gyldendal akademisk.

1. utg. Oslo : Ad notam Gyldendal, 1998 ved Svein Haugsgjerd, Per Jensen og Bengt Karlsson, med undertittel: En innføring for helse og sosialfagene

Karoliussen, M. and K. L. Smebye (1981). Sykepleie: fag og prosess. Oslo, Universitetsforl.

Kvale, S., S. Brinkmann, et al. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Gyldendal akademisk.

Lindamer, L. A., C. McKibbin, et al. (2008). "Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia." Schizophrenia Research **104**(1-3): 294-301.

Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo, Universitetsforl.

Fra 3. oppl. 2006 med både 10- og 13-sifret ISBN

Inneholder hovedavdelingene: Grunnlagsprinsipper ; Forskningsprosessen ; Mer om design og feltarbeid ; Mer om teoretiske spørsmål ; Til slutt

Martinsen, E. W., T. Moser, et al. (2004). Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse. Bergen, Fagbokforl.

McCreadie, R. G. (2003). "Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: Descriptive study." British Journal of Psychiatry **183**(6): 534-539.

- McKibbin, C. L., T. L. Patterson, et al. (2006). "A lifestyle intervention for older schizophrenia patients with diabetes mellitus: A randomized controlled trial." Schizophrenia Research **86**(1-3): 36-44.
- Rege, S. (2008). "Antipsychotic induced weight gain in schizophrenia: Mechanisms and management." Australian and New Zealand Journal of Psychiatry **42**(5): 369-381.
- Roick, C., A. Fritz-Wieacker, et al. (2007). "Health habits of patients with schizophrenia." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **42**(4): 268-276.
- Thornquist, E. (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag. [Bergen], Fagbokforl.
- Vatne, S. and S. Bjørkly (2008). Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies: a meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. Molde, Høgskolen i Molde.
- Weiser, M., H. Knobler, et al. (2004). "Body Mass Index and Future Schizophrenia in Israeli Male Adolescents." Journal of Clinical Psychiatry **65**(11): 1546-1549.
- Wu, M.-K., C.-K. Wang, et al. (2007). "Outcomes of obese, clozapine-treated inpatients with schizophrenia placed on a six-month diet and physical activity program." Psychiatric Services **58**(4): 544-550.

Vedlegg:

1. Temaguide.

I gjennomføring av intervju, vil eg konsentrere meg om fylgjande tema:

Motivasjon for deltakelse i gruppa.

Element ved aktiviteten som fremmar lyst til deltakelse.

Element ved aktiviteten som kan gi ulyst til deltakelse.

Fysisk utbytte av deltakelse

Psykisk utbytte av deltakelse

Sosialt utbytte av deltakelse

2. Tiltråding NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Stål Bjørkly
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Molde
Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 25.06.2009

Vår ref: 21883 / 2 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILTRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.04.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 24.06.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21883	<i>Har fysiske aktiviteter og friluftsliv noen effekt på eit utval menneske som i lengre tid har vore plagd med psykose?</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Molde, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Stål Bjørkly
Student	Vegard Skrede

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 meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/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, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. 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, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.04.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen
Bjørn Henriksen

Inga Brautaset
Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Vegard Skrede, Kringstadstien 21, 6411 MOLDE

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uo.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarve@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdtsaa@svt.uit.no

3. **Godkjenning REK-midt.**

Fra: post@helseforskning.etikkom.n post@helseforskning.etikkom.no

Sendt: 18.01.2011

Til: vegardskrede@hotmail.com; rek-4@medisin.ntnu.no

Emne: REK midt 2010/741 Godkjenning av forlenget prosjektperiode - 31.12.2011

Saksnummer: 2010/741.

Tittel: Har fysisk aktivitet og friluftsliv nokon effekt på eit utval menneske.
som i lengre tid har vore plaga med psykose?.

Vi viser til prosjektendring vedørende forlengelse av prosjektperiode til.
31.12.2011. Vi godkjenner endringen..

Med hilsen.

Sven Erik Gisvold.

Professor dr.med.

Leder REK Midt.

Anneli Pellerud.

Førstekonsulent REK Midt.