

«Jeg er den samme, men på en litt annen måte»

Erfaringer med fysisk aktivitet, ett til to år etter hjerneslag hos personer med selvstendig gangfunksjon



Anda Kupca

Masterprogram i helsefag, fysioterapivitenskap

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Høst 2015

FORORD

I over fem år har jeg som fysioterapeut jobbet med rehabilitering etter hjerneslag og har vært aktivt engasjert i utvikling av bedre oppfølgingstilbud for denne pasientgruppen i Bergen Kommune. Gjennom denne jobben har jeg truffet mange spennende mennesker som var blitt rammet av hjerneslag og lært masse om hvordan denne sykdommen kan føre til betydelige endringer i livet. Jeg som fysioterapeut har alltid villet vite om hvordan disse personene klarer seg etter endt oppfølging og spesielt med tanke på ivaretagelse av fysiske aktiviteter som de hadde intensjon om å få til. Derfor, på grunnlag av kunnskap som jeg tilegnet meg gjennom masterstudiet, bestemte jeg meg for å fordype meg i kvalitativ forskningsdesign for å kunne vite noe mer om dette.

Jeg vil takke mine dyktige og engasjerte veiledere Mona Aaslund (postdoktor og spesialist i nevrologisk fysioterapi) og Eli Natvik (forsker og fysioterapeut, Ph.D) som ledet meg gjennom denne krevende, kronglete og ikke minst spennende veien som har resultert i ferdigstilt masteroppgave. Takk for deres konstruktive tilbakemeldinger, kritiske spørsmål og spennende faglige diskusjoner!

Jeg vil selvfølgelig uttrykke stor takk til hver og en av de elleve fantastiske informanter som stilte opp og åpenhjertig delte sine erfaringer om livet etter gjennomgått hjerneslag. Uten dem ville ikke denne studien vært mulig. Takk til Bergen Kommune for tillatelse til å rekruttere informantene. En stor takk til kollegaene mine fra Innsatsteam-Rehabilitering for deres vilje til å hjelpe meg i rekrutteringsprosess. Tusen takk også til Siri og Lene: mine nærmeste kollegaer og kontorvenninner, som har holdt ut med en til tider distraheret og ukonsentrert fysioterapeut, med hodet litt på jobb men stort sett på masteroppgaven.

Til slutt og ikke minst vil jeg takke min samboer og mine to barn som har vært tålmodig og hensynsfull mot en studerende og lite i familieliv deltagende mor og samboer over fire år. Spesiell takk til Øyvind (min samboer) som har hjulpet meg med korrekturlesing og formulering av de gode tanker og setninger. Under studietiden har jeg kjent på ubehaget ved å ikke ha tid til å være nok fysisk aktiv. Det har nesten vært paradoksalt å sitte og skrive om redusert fysisk aktivitet etter hjerneslag, samtidig som å kjenne på sin egen inaktivitet. Nå gleder jeg meg til mange gode turer og andre fysiske aktiviteter sammen med familie og venner.

November, 2015

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG

ABSTRACT

1. INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemområdet	1
1.2 Sentrale begrep og anbefalinger knyttet til fysisk aktivitet	2
1.3 Forskning på hjerneslag og fysisk aktivitet	4
1.4 Studiens teoretiske rammeverk.....	7
1.4.1 Helsefremmende arbeid i et «empowerment» eller mobiliserings perspektiv	8
1.4.2 Helseatferds modeller i et behavioristisk perspektiv.....	10
1.4.3 Helserelatert livsstil, vaner, holdninger fra et sosiokulturelt perspektiv	14
1.5 Hensikt og problemstilling(er).....	17
2. METODE.....	18
2.1 Valg av forskningsdesign	18
2.1.1 Hermeneutikk	18
2.1.2 Kvalitativ forskningsintervju som metodisk tilnærming.....	20
2.2 Utvalg	20
2.2.1 Rekruttering.....	20
2.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier i studien.....	21
2.2.3 Beskrivelsen av utvalget.....	22
2.2.4 Utvalgsstørrelse	23
2.3 Datainnsamling	24
2.3.1 Forberedelse til datainnsamling/ intervjuguide	24
2.3.2 Gjennomføring av intervjuene	25
2.3.3 Transskripsjon	27
2.3.4 Lagring av data.....	28
2.4 Analyse av kvalitative forskningsintervju	28
2.4.1 Redegjøring for valg av analysemetode	28
2.4.2 Gjennomføring av tekstanalyse med systematisk tekstkondensering etter Malterud.....	29
2.5 Etiske vurderinger.....	32
2.5.1 Informert samtykke	33
2.5.2 Andre etiske betraktninger	33

3.	RESULTAT – PRESENTASJON AV FORSKNINGSMATERIALET	34
3.1	«Jeg er den samme, men på en litt annen måte»	35
3.2	Svekkende eller forsterkende aspekter for mestring av fysisk aktivitet og praktisk gjennomføring av målrettet trening	35
3.2.1	Redusert mestringsevne av fysisk aktivitet som følge av hjerneslag	36
3.2.2	Faglig hjelp til mestring: mye bra, men en del fanges ikke opp	38
3.2.3	Fysisk aktivitet har fått større betydning og virker på nesten alt	42
3.2.4	Nåværende fysiske aktiviteter/trening og fremtidige intensjoner.	45
3.2.5	Tidligere vaner og holdninger preger fysisk aktivitetsatferd etter hjerneslag....	48
3.2.6	Søk om felleskap	50
4.	RESULTATDISKUSJON	52
4.1	“Jeg er den samme, men på en litt annen måte”	52
4.1.1	Redusert mestringsevne av fysisk aktivitet som følge av hjerneslag	53
4.1.2	Faglig hjelp til mestring: mye bra men en del fanges ikke opp	55
4.1.3	Fysisk aktivitet har fått større betydning og virker på nesten alt	58
4.1.4	Nåværende fysiske aktiviteter/trening og fremtidige intensjoner	60
4.1.5	Tidligere vaner og holdninger preger fysisk aktivitetsatferd etter hjerneslag....	62
4.1.6	Søk om felleskap	64
4.2	Metodediskusjon.....	66
4.2.1	Validitet	66
4.2.2	Intern validitet - troverdighet	66
4.2.3	Ekstern validitet – overførbarhet	70
4.2.4	Refleksivitet-forskerrolle	71
4.3	Mulige implikasjoner for klinisk praksis og forskning	73
5.	KONKLUSJON	75

REFERANSER

VEDLEGG

- 1 Intervjuguide
- 2 Utdrag fra transkripsjon
- 3 Eksempel fra analysetrinn 3
- 4 Godkjenning av prosjektet: REK
- 5 Tillatelse fra Bergen Kommune om rekruttering av informanter
- 6 Samtykkeerklæring

SAMMENDRAG

Formål: Formålet med studien er å få økt forståelse for hva som ligger til grunn for fysiske aktivitetsvaner ett til to år etter hjerneslag hos yrkesaktive og unge pensjonister med selvstendig gangfunksjon.

Metode: Forskningsdesignet er kvalitativt, og forankret i hermeneutikk. Elleve individuelle intervjuer ble gjennomført med åtte menn og tre kvinner, ett til to år etter hjerneslag. Forskningsmaterialet ble analysert ved bruk av Malteruds Systematiske tekstkondensering.

Resultat: Informantenes erfaringer ble sammenfattet under en overbyggende overskrift: *«Jeg er den samme, men på en annen måte»* og et hovedtema: *Svekkende eller forsterkende aspekter for mestring av fysisk aktivitet og praktisk gjennomføring av målrettet trening* med påfølgende seks undertema som gjenspeiler variasjoner og fellestrekk i hovedtemaet. Erfaringene informantene har delt tyder på lavere mestring og deltagelse i fysiske aktiviteter etter hjerneslaget. Dette til tross for lette motoriske utfall og selvstendig gangfunksjon. Økt trøtthet, kognitive vansker og nedsatt fysisk form ble identifisert som hemmende. De fleste gav uttrykk for at fysisk aktivitet hadde fått økt betydning for dem etter gjennomgått hjerneslag og de ønsket å øke deres deltagelse i fremtidige fysiske aktiviteter. Men noen beskrev at de ikke var tilstrekkelig trygge til å gjennomføre dette, til tross for oppfølgingen de hadde hatt. De som hadde mest erfaring med fysisk aktivitet før hjerneslag, virket å være mer aktive også i ettertid. Det var imidlertid variasjon i informantenes motivasjon og muligheter for å komme tilbake til tidligere aktivitetsnivå eller eventuelt å bli mer fysisk aktive enn før. Utilstrekkelig oppfølging, savn etter sosialt støtte og de tidligere fysiske aktivitetsvaner virket til å ha en rolle i dette. Treningstilbud i grupper med likesinnede som er individuelt tilpasset personer etter hjerneslag utpekes som et manglende supplement til dagens oppfølgingstilbud.

Konklusjon: Informantene beskrev redusert mestring og lavere deltagelse i fysiske aktiviteter ett til to år etter hjerneslaget. Deres beskrivelser gav innsikt i hvordan ulike kognitive og emosjonelle vansker, samt generelt nedsatt fysisk form preger deres deltagelse i fysiske aktiviteter. Å ha fokus på de «usynlige» vansker og på utholdenhetstrening i rehabilitering kan være med å hindre utvikling av en sedat livstil.

Søkeord: fysisk aktivitet, hjerneslag, mestring, helseatferd, livsstil, tekstkondensering.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to gain a greater understanding of what underlies physical activity habits one to two years after a stroke in workers and young pensioners, who are able to walk independently.

Method: The research design is qualitative, and rooted in theory hermeneutics. Eleven individual interviews were conducted with eight men and three women, one to two years after their stroke. The research material was analysed using Malteruds Systematic text condensation.

Result: The interviewees' experiences were summarized under one overarching theme: “*I am the same but in a different way*” and a main topic: *Debilitating or increased difficulty in mastering physical activity and practical implementation of targeted training* with subsequent six subheadings that reflects variations and commonalities in the main findings. The experience participants shared suggests lower participation and reduced coping in physical activity after their stroke, despite limited motoric functional deficits and walking independently. The factors that were identified as inhibiting physical activity were tiredness, cognitive difficulties and reduced physical condition. Most interviewees stated that physical activity had increased in importance for them after undergoing their stroke and they wished to increase their participation in future physical activities. Some of them explained that they were not sufficiently confident to implement increased physical activity alone, despite the follow-up they had received. The interviewees' who were most physically active before their stroke appeared to remain more active retrospectively. However, there was variation in the informants' motivation and opportunities to return to their previous level or potentially to become more physically active than before their stroke. Inadequate follow-up, longing for social support and previous physical activity habits were found to influence this. Exercise groups composed of similar stroke survivors that are individually tailored to the participants needs, were identified as missing from the current follow-up.

Conclusion: Interviewees' described reduced coping and lower participation in physical activities one to two years after their stroke. The interviewees' provided insight into how different cognitive and emotional difficulties, as well as generally decreased physical fitness, characterize their participation in physical activity. A focus on the "invisible" disabilities and endurance training during rehabilitation can help to prevent the development of a sedentary lifestyle.

Keywords: physical activity, stroke, coping, health behaviour, lifestyle, text condensation.

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemområdet

Hjerneslag er en av våre største folkesykdommer. I Norge kan man forvente forekomst av rundt 11 000 førstegangshjerneslag og 3 500 residivslag årlig (Ellekjaer & Selmer, 2007). En av fire personer som får hjerneslag er under 70 år (Truelsen et al., 2006). Om lag to prosent av alle hjerneslag rammer personer under 45 år (Naess, 2007). Forskning viser en overbevisende sammenheng mellom fysisk inaktivitet og økt risiko for førstegangshjerneslag (Billinger et al., 2014). Denne sammenhengen ses i stor grad i forbindelse med andre risikofaktorer som høyt blodtrykk, økt kolesterol og høy kroppsmasseindeks (Mathiesen, Njolstad, & Joakimsen, 2007).

Systematisk behandling i slagenhet har gitt økt overlevelse og bedre funksjonsnivå (Ronning, Thommassen, & Russell, 2007), men selv de med bare mild motorisk funksjonsnedsettelse har ofte redusert fysisk form og et lavt nivå av fysisk aktivitet, som kan bidra til ytterligere nedsatt funksjonsevne og inaktivitet (Billinger et al., 2014; Gordon et al., 2004; Saunders, Greig, & Mead, 2014). Til tross for sterke indikasjoner om at fysisk aktivitet er gunstig etter hjerneslag, fortsetter mange hjerneslagsrammede å være inaktiv (Brazzelli, Saunders, Greig, & Mead, 2011; Morris, Macgillivray, & McFarlane, 2014). Samtidig er det fremdeles manglende forståelse for hva som er den beste måten å få personer som har opplevd hjerneslag til å bli mer fysisk aktive (Nicholson et al., 2013). Økt kunnskap om hva som hindrer hjerneslagsrammede i å være fysisk aktive er derfor viktig for å kunne hjelpe dem til å oppnå bedre helse og livskvalitet (Morris et al., 2014).

I lengre tid har jeg arbeidet som fysioterapeut innenfor et tverrfaglig kommunalt rehabiliteringsteam (Innsatsteam-Rehabilitering), som følger opp hjerneslagsrammede etter at de er blitt utskrevet til hjemmet. Gjennom mitt faglige virke har jeg erfart at enkelte personer etter hjerneslag er i yrkesaktiv alder og mange er unge pensjonister som er aktive samfunnsmedlemmer. Ikke alle disse opplever store motoriske utfall som følge av hjerneslaget. Jeg har også fått økt forståelse for at følgetilstander etter hjerneslag kan være komplekse og at ikke bare motoriske, men også de kognitive og emosjonelle vansker i ulik grad kan påvirke den daglige funksjon og livskvalitet i denne populasjonen. I vår tjeneste legger vi mye vekt på å bistå personer etter hjerneslag i å gjenvinne sine fysiske

mestringsevner og til å delta i fysiske aktiviteter. Samtidig erfares det at personer etter hjerneslag fremdeles har få muligheter til å fortsette med tilrettelagt trening etter at formell rehabilitering er avsluttet. Mangelfullt treningstilbud og behov for utvikling av langvarige kommunale treningsmuligheter for de som lever med funksjonshemming etter hjerneslag understrekes også i faglitteraturen (Rose, Schafer, & Conroy, 2013). Min faglige nysgjerrighet om hvordan hjerneslagsrammede mestrer ivaretagelse av fysisk aktivitet etter endt oppfølging, samt ønske om å bidra til utvikling av god kommunal tjeneste for denne gruppen, har motivert meg til å gjøre denne studien.

1.2 Sentrale begrep og anbefalinger knyttet til fysisk aktivitet

I denne oppgaven ønsker jeg å utforske og belyse erfaringer med fysisk aktivitet. I dette kapittelet skal jeg gi definisjoner på fysisk aktivitet, trening og andre relevante begrep som brukes i oppgaven. I tillegg skal jeg belyse gjeldende fysisk aktivitets-anbefalinger av helsefremmende betydning. På folkemunne og gjennom denne oppgaven brukes ofte fysisk aktivitet og trening som synonymer. Selv om trening kan være en del av fysisk aktivitet, er det i forhold til intervensjon forskjell på belastning mellom det som defineres som fysisk aktivitet og det som beskrives som trening. Derfor er det viktig å gjøre rede for dette.

Betegnelsen fysisk aktivitet er et overordnet begrep (Anderssen & Stromme, 2001). I internasjonal faglitteratur benyttes ofte definisjonen «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hviletilstand» (Anderssen & Stromme, 2001; Garber et al., 2011). I dette inngår alle aktiviteter og andre termer knyttet til fysisk utfoldelse og bevegelse, som arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim og fysisk fostring og som danner grunnlaget for menneskets hverdag og funksjon. (Anderssen & Stromme, 2001). Disse er viljestyrte fysiske aktiviteter og er et resultat av en interaksjon mellom perseptuelle, kognitive og motoriske prosesser der vanligvis handlingsmålet er det sentrale (Kissow & Pallesen, 2004). Fysisk trening beskrives som regelmessig gjentagelse av fysisk aktivitet over tid med den målsetting å forbedre eller vedlikeholde fysisk form, prestasjon eller helse (Anderssen & Stromme, 2001; Shephard & Bouchard, 1994). En eventuell bedring i fysisk prestasjonsevne gjennom praktiske aktiviteter kan betraktes som et nyttig biprodukt (Moe, 2009).

Fysisk aktivitet har flere dimensjoner: intensitet, varighet og hyppighet. Mengde av fysisk aktivitet er således en funksjon av disse dimensjonene, og økt energiforbruk kan oppnås ved å

øke en eller flere av dem. Jo høyere intensitet, jo mer energi forbrukes (Anderssen & Stromme, 2001). Lett intensitet tilsvarer aktiviteter som medfører omtrent normal pusting, for eksempel rolig gange. Moderat intensitet tilsvarer aktiviteter som medfører raskere pust enn vanlig, for eksempel hurtig gange. Høy intensitet tilsvarer aktiviteter som medfører mye raskere pust enn vanlig, for eksempel løping (Helsedirektoratet, 2014). Helsereelatert fysisk form er en tilstand som karakteriseres ved evnen til å utføre daglige aktiviteter med overskudd, og som har fysiologiske trekk og kvaliteter som er forbundet med lav risiko for utvikling av kroniske sykdommer og tilstander (Helsedirektoratet, 2014).

Oppmerksomheten rundt viktigheten av fysisk aktivitet har økt betydelig de siste tiårene, og i dag er den helsemessige betydningen av tilstrekkelig fysisk aktivitet både velkjent og veldokumentert. Daglig fysisk aktivitet anbefales derfor av norske helsemyndigheter som en viktig del av et helsefremmende levesett. Mer konkret går Helsedirektoratets anbefalinger ut på at alle voksne bør være fysisk aktive med moderat og/eller høy intensitet i minimum 30 minutter hver dag (Sosial- og helsedirektoratet 2005, s.12). Nylig har Helsedirektoratet lansert nye anbefalinger der det antas at optimale helseeffekter sannsynligvis oppnås ved 150 minutter med aktivitet av moderat intensitet eller 75 minutter med aktivitet av høy intensitet i løpet av en uke, eller en kombinasjon av moderat og hard fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2014). I tillegg kan reduksjon av sittende eller liggende i våken tilstand uten vesentlig energibruk (sedat atferd), i seg selv ha betydning for bedre helse. Personer som ikke tilfredsstillt anbefalingene for fysisk aktivitet defineres som inaktive (Hansen et al., 2015).

Til tross for en markant økning i den delen av befolkningen som sier at de trener eller mosjonerer, er fysisk inaktivitet et stort og økende problem for mange nordmenn (Ommundsen & Aadland 2009). En statistisk analyse av flere store norske helseundersøkelser og offisiell statistikk for kroppsarbeid viser at i perioden 1974-94 skjedde det en markert økning i andel sittestillende lønnsarbeid. Endringer i yrkesstruktur har resultert i lavt fysisk aktivitetsnivå i lønnsarbeid samt i fritid (Graff-Iversen, Skurtveit, Nybo, & Ross, 2001). Nylig har det vært utført en omfattende kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Blant 5471 tilfeldig utvalgte deltagere var det bare 32 prosent som tilfredsstilte gjeldende anbefalinger for fysisk aktivitet (Hansen et al., 2015).

Helsedirektoratets rapport om «Fysisk inaktive voksne i Norge» fra 2009, viser til studier der det hevdes at selv om vi bruker mer tid til målrettet trening på fritiden, kan ikke det kompensere for den samlede effekt av velferdssamfunnets livsstil knyttet til arbeid og bruk av

biler som transportmiddel. Denne rapporten viser også til at flere som har vært regelmessig fysisk aktive tidligere, ønsker å bli det (Ommundsen & Aadland 2009). Et slikt funn underbygger betydningen tidligere etablert atferd har for framtidig atferd, eller i det minste for lysten til å gjenoppta tidligere atferd (Gardner, de Bruijn, & Lally, 2011).

1.3 **Forskning på hjerneslag og fysisk aktivitet**

I forskningslitteratur beskrives det at hjerneslag kan føre til kompleks fysisk og kognitiv funksjonshemming, som vanskeliggjør deltagelse i fysiske aktiviteter og kan føre til økt inaktivitet (Gordon et al., 2004; Saunders et al., 2014). Personer etter hjerneslag har ofte nedsatt fysisk form og prestasjonsevne (Morris et al., 2014; Saunders et al., 2014). Nedsatt fysisk form innebærer redusert hjerte-lunge kapasitet, muskelstyrke og volum. Selv motorisk høyt fungerende personer etter hjerneslag kan ha 50 prosent lavere hjerte-lunge kapasitet sammenlignet med frisk populasjon av samme alder og kjønn (Saunders et al., 2014).

Hyppigste funksjonsnedsettelse etter hjerneslag er lammelser eller svakhet på en side av kroppen (Helsedirektoratet, 2010). Motoriske utfall som følge av hjerneslag er mest synlige, og får i mange tilfeller størst oppmerksomhet. Men vel så viktig i rehabiliteringen er å rette oppmerksomhet til blant annet kognitive og emosjonelle problemer (Thommessen & Wyller, 2007) da de kan ha stor innvirkning på vellykket rehabilitering og restitusjon etter hjerneslag (Quaney et al., 2009; Taule & Raheim, 2014). En norsk kvalitativ studie synliggjør at til og med et mildt hjerneslag kan endre ens liv på en eksistensiell måte. Endret selvpålevd helse, selvpåfattelse, og syn på egen kropp kan komplisere daglig funksjon og fremkalle tristhet om at livet ikke lenger samsvarer med forestillinger om «et godt liv» (Taule & Raheim, 2014).

Svekket kognitiv funksjon etter førstegangs hjerneslag er ofte forekommende og vedvarende (Hoffmann, Bennett, Koh, & McKenna, 2010; Saunders et al., 2014). De vanligste kognitive funksjoner som kan være nedsatt er eksekutiv funksjon, oppmerksomhet, psykomotorisk tempo, abstrakt tenkning og mental fleksibilitet (Engstad, Viitanen, & Almkvist, 2007). Eksekutiv funksjon handler om evnen til å planlegge, igangsette, gjennomføre og avslutte en handling på en tidsmessig adekvat måte (Fure, 2008). En rekke publikasjoner påpeker at pasienter med mindre, subkortikale skader ofte utvikler nedsatt eksekutiv evne etter hjerneslaget (Fure, 2008). Disse evner er funnet å være nødvendig for sensomotorisk læring og vellykket gjenvinning av den fysiske funksjonen (Quaney et al., 2009).

I tillegg til ovennevnte følgetilstander etter hjerneslaget, rapporteres det også subjektive symptomer som trøtthet (fatigue) (Naess, Lunde, Brogger, & Waje-Andreassen, 2012; Saunders et al., 2014). Årsaken til trøtthet er usikker, men det omfatter trolig både psykologiske og fysiologiske mekanismer (Saunders et al., 2014). En norsk oversiktsartikkel utført av Eilertsen, Ormstad, & Kirkevold (2013) viser at de som plages med trøtthet etter hjerneslag opplever å ha mindre kapasitet og energi enn før og må derfor gjøre nye prioriteringer i livet og gi avkall på enkelte aktiviteter. Redusert fysisk form etter hjerneslag gjør at man må gjøre større innsats for å utføre fysisk aktivitet og det er derfor mer utmattende (Saunders et al., 2014). Dette kan føre til at personer etter hjerneslag unngår eller reduserer deltagelse i fysiske aktiviteter, som igjen kan føre til dårligere allmenntilstand og økt mottakelighet for trøtthet (Saunders et al., 2014). Derfor kan det utvikles en slags «ond sirkel»: trøtthet-mindre deltagelse i fysiske aktiviteter-dårligere fysisk form-mer trøtthet (Glader, Stegmayr, & Asplund, 2002). Slike symptomer kan være plagsomme og føre til betydelig handikap både i familielivet og ikke minst i jobbsituasjoner når pasienter er i yrkesaktiv alder (Hildebrand, Brewer, & Wolf, 2012; Naess et al., 2012).

Regelmessig fysisk aktivitet reduserer nevrologiske utfall etter hjerneslag og bidrar til gjenoppretting av funksjon og økning av livskvalitet (Billinger et al., 2014). I tillegg anses fysisk aktivitet med moderat til høy intensitet for å være viktig i forebygging av residiverende hjerneslag (Morris et al., 2014; Saunders et al., 2014). En mulig forklaring på dette er at regelmessig fysisk aktivitet virker blant annet blodtrykkssenkende, vektreduserende og øker utvidelse av blodårene. Det er funnet at fysisk aktivitet og trening kan redusere behovet for farmakologiske intervensjoner etter hjerneslag (Billinger et al., 2014; Sacco et al., 2006). Fysiske aktivitetsvaner har også vist seg å ha stor betydning når det gjelder alvorlighetsgrad på hjerneslaget og funksjonell bedring etter det inntrufne. Personer som har vært mer fysisk aktive før hjerneslaget hadde mindre alvorlige hjerneslag og bedre funksjonelle resultater enn de som hadde vært mindre aktiv (Hildebrand et al., 2012). Det foreligger dokumentasjon på at fysisk aktivitet forbedrer kognitiv funksjon hos hjerneslagsrammede med kognitiv svekkelse og reduserer risikoen for ytterligere kognitiv svikt og demens (Kramer & Erickson, 2007; Saunders et al., 2014). Når det gjelder trøtthet etter hjerneslag, viser en nylig utført systematisk oversiktsartikkel at det foreløpig ikke finnes overbevisende forskning om gode intervensjoner for behandling eller forebygging av trøtthet. Videre fastslås det at gode randomiserte studier på dette området bør prioriteres i fremtiden (Wu et al., 2015).

Når det gjelder personer som har hatt hjerneslag, er det ikke forskjell på anbefalinger for fysisk aktivitet i forhold til andre personer (Lee, Folsom, & Blair, 2003). For dem som lenge har vært fysisk inaktive eller i utgangspunktet er lite fysisk aktive gir aktivitet på omtrent 30 minutter daglig av moderat til høy intensitet betydelig helsegevinst. Dette kan eksempelvis være rask gange (Jansson & Anderssen, 2009; Helsedirektoratet, 2014). I de siste retningslinjer fra «American Stroke Association» anbefales det at alle som har hatt hjerneslag og som er i stand til å gjennomføre fysisk aktivitet, bør ha fysisk trening tre til fem dager i uken med mellom 20 og 60 minutters varighet. Det fokuseres både på styrke- og utholdenhetstrening med moderat til høy intensitet ettersom den fysiske aktivitets-intensitet er avgjørende for forbedring av hjerte- og lunge kapasitet etter hjerneslag (Billinger et al., 2014). I den forbindelse er det blitt undersøkt at trening av utholdenhet fortsatt er en forsømt del av behandlingen og rehabiliteringen for denne pasientgruppen. Fysioterapeuter bør derfor implementere utholdenhetstrening i behandlingen i tillegg til å fokusere på funksjonsbedring etter hjerneslag (Langhorne, Bernhardt, & Kwakkel, 2011). Samtidig er det viktig å huske på at i tillegg til planlagt fysisk aktivitet/ trening er den hverdagslige fysiske aktiviteten svært verdifull (Helsedirektoratet, 2010).

Det understrekes at personer med nevrologiske sykdommer ikke er en ensartet gruppe og treningsopplegget bør derfor tilpasses individuelt for å fremme langtidseffekt for opprettholdelse av fysisk aktivitet (Billinger et al., 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Tilpasset trening bør rette seg mot individets interesser og ta utgangspunkt i de ressurser og begrensninger som er tilstede hos den enkelte (Kissow & Therkildsen, 2008). Det er et problem at mange personer etter hjerneslag fremdeles har få muligheter til strukturert og tilpasset trening i lokalmiljøet etter utskrivning fra spesialisthelsetjeneste eller etter endt hjemmebasert rehabilitering (Stucki, Stier-Jarmer, Grill, & Melvin, 2005). En studie viser at ikke alle ønsker eller klarer å delta i fysiske aktiviteter på egen hånd (Nicholson et al., 2013). Noen studier som har undersøkt effekten av treningstilbud i kommunal regi, har vist at slagrammede økte sin sosiale og fysiske mestringsevne som følge av deltakelse i treningsgrupper (Saunders et al., 2014).

Som beskrevet over er det vel dokumentert at ulike følgetilstander etter hjerneslag kan føre til nedsatt deltagelse i fysiske aktiviteter. Likeens er viktigheten av fysisk aktivitet etter hjerneslag også dokumentert. Hemmende og fremmende faktorer knyttet til deltagelse i fysiske aktiviteter fra perspektivet til hjerneslagsrammede er det forsket mindre på. Det er imidlertid gjort noen kvalitative studier som har undersøkt faktorer som kan hemme

tilstrekkelig deltagelse i fysiske aktiviteter i denne pasientgruppen. En dansk studie har vist at gjentatt oppmuntring og verbale instruksjoner ikke bidrar til at personer etter hjerneslagslag øker sitt fysiske aktivitetsnivå. Dette kan tyde på at barrierer og motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet hos disse kan være ulike sammenlignet med den generelle befolkningen (Boysen et al., 2009). I motsetning til denne studien, rapporterer en amerikansk studie at manglende kunnskap om hvordan og hvor man kan trene, viser seg å være en viktig barriere for å være fysisk aktiv (Rimmer, Wang, & Smith, 2008). I en kvalitativ studie gjennomført i Canada ble det funnet at mennesker med hjerneslag kanskje ikke er klar over sammenhengen mellom fysisk aktivitet og sekundær risiko for hjerneslag (Simpson, Eng, & Tawashy, 2011).

Samtidig er det fremdeles lite kunnskap om hvordan mestring og utfordringer knyttet til fysisk aktivitet erfares etter hjerneslag. Man vet også lite om hvor tilstrekkelig fysisk aktivitetsfremmende tiltak i oppfølgingen er for å forebygge inaktivitet i denne pasientgruppen. En studie som utforsker personers erfaringer med fysisk aktivitet etter hjerneslag og deres meninger og holdninger om dette, kan gi ny innsikt. En kvalitativ studie med rike beskrivelser av personer som har hatt hjerneslag, kan gi økt forståelse for hvordan hjerneslaget har påvirket deres deltagelse i fysiske aktiviteter. Gjennom deres tanker og meninger kan man i tillegg få økt forståelse for om det er noen andre aspekter som ligger til grunn for deres fysiske aktivitetsvaner, som ikke nødvendigvis er i tilknytning til gjennomgått hjerneslag. Å få belyst mestring av fysisk aktivitet fra perspektivet til hjerneslagsrammede, kan bidra til at helsepersonell får bedre forståelse for om det er noen karakteristiske aspekter de må ta hensyn til når det gjelder videre utvikling og utbedring av helsefremmende tiltak rettet mot økt fysisk aktivitet for denne pasientgruppen.

1.4 Studiens teoretiske rammeverk

I denne studien søker jeg økt forståelse for aspekter som påvirker mestring og vaner når det gjelder fysisk aktivitet hos hjerneslagsrammede. Denne kunnskapen kan være nyttig i samfunnsmessig helsefremmende virksomhet. For å kaste lys over problemstillinger og gjenspeile kompleksiteten av fenomenet «*fysisk aktivitet*», har jeg valgt å anvende et helsefremmende perspektiv med fokus på «empowerment». I tillegg vil jeg anvende teoretiske modeller for helseatferd og sosiokulturelle perspektiver som legger vekt på levevaner. Modellene for helseatferd som jeg har valgt er «KAP-modellen» (Knowledge, Attitude and Practice model), «modellen om helseoppfatning» og Banduras sin sosial-kognitive teori. Disse modellene er basert på behavioristisk tenkning. Videre har jeg valgt Cockerhams sin

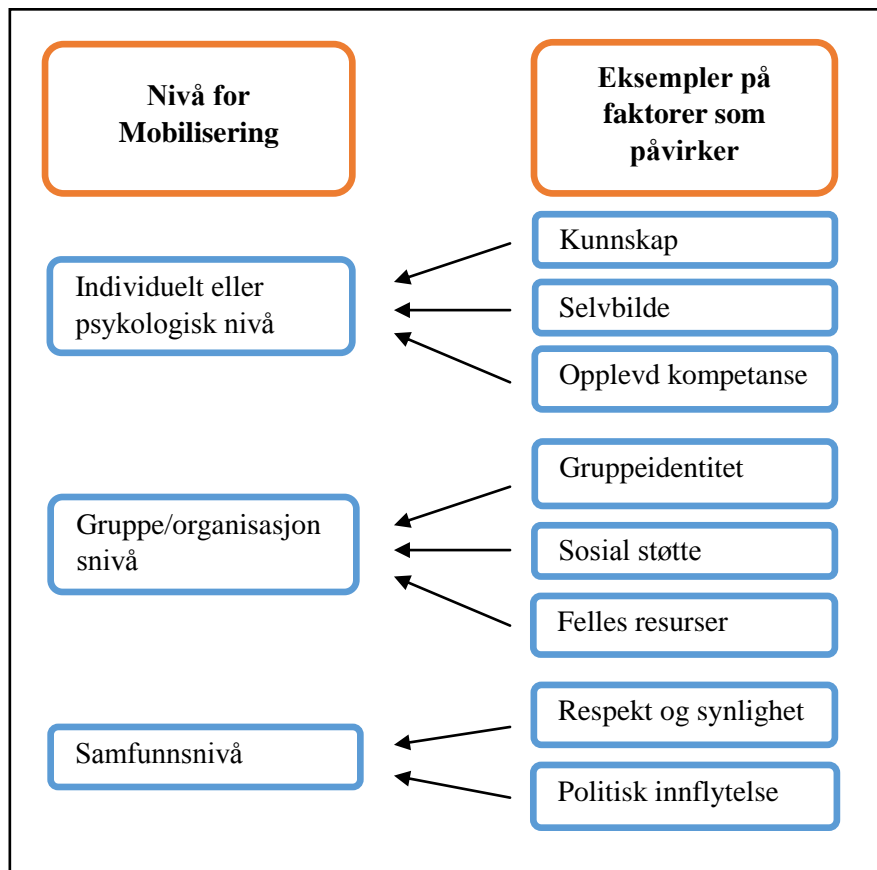
modell om livsstil og Bourdieu sin *habitus* begrep, som er forankret i et sosiokulturelt perspektiv og i større grad legger vekt på miljøet når det gjelder helserelaterte livsstils-valg.

1.4.1 Helsefremmende arbeid i et «empowerment» eller mobiliserings perspektiv

Verdens helseorganisasjons (WHO) Ottawa- erklæring definerer helsefremmende arbeid som arbeid for å øke befolkningens, den enkeltes så vel som fellesskapets kontroll over forhold som virker inn på deres helse (WHO, 2009). Helse er dermed sett på som en ressurs som gjør folk i stand til å mestre livet og fungere i hverdagen, en ressurs som gir opplevelse av å kunne være med og påvirke egen livskvalitet (WHO, 2009). På bakgrunn av WHO's Ottawa-erklæring (1986) er satsningen på helsefremmende og forebyggende arbeid her hjemme i Norge også stor.

I den Nasjonale helse- og omsorgsplanen for (2011-2015) står det at «Regjeringen vil forsterke innsatsen for folkehelsen» (Helse- og omsorgsdepartement, 2011). Regjeringen har understreket viktigheten av å prioritere tiltak rettet mot blant annet livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og der forebygging av fysisk inaktivitet er et av de viktigste innsatsområdene. Det framholdes som et ideal at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikk og praksis i folkehelsearbeidet. I Stortingsmelding nr. 16 framheves det at enkeltmennesker har ansvaret for sin egen helse, samtidig som alle samfunnssektorer har ansvar for å legge til rette for utvikling av god helse (Helse- og omsorgsdepartement, 2003). Denne tankegangen bringer «empowerment» og mestringsbegrepene i fokus (Therkildsen & Kissow, 2006).

Begrepet «empowerment» eller «myndiggjøring» innebærer en grunnleggende antakelse om at mennesker under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for både individet og felleskapet (Sosial- og helsedepartement, 1998). I norsk faglitteratur er det blitt foreslått at «mobilisering» er et bedre og nærmere ord enn «myndiggjøring» fordi det dreier seg om å mobilisere ressurser, myndighet, kontroll og makt til å råde sitt eget liv (Sorensen & Graff-Iversen, 2001). Mobilisering er både en prosess og endemål og brukes i forhold til ulike nivåer; individuell, gruppe eller organisasjon og samfunn (Adams, 1990). At flere nivåer trekkes inn, hindrer at mobilisering gjøres til individuelt ansvar. *Figur 1* viser hvordan ulike nivåer av mobilisering («empowerment») har sammenheng med hverandre og faktorene som påvirker dette (Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994).



Figur 1: Ulike nivåer av mobilisering (empowerment). *Hentet fra Sorensen & Graff-Iversen (2001, s.722)*

Individuell eller psykologisk mobilisering referer til individets opplevelse av å ha kontroll over forhold i sitt eget liv, og er beslektet med begreper som mestringsforventning og opplevd kompetanse (Sorensen & Graff-Iversen, 2001). Et individ som har mobilisert sin styrke og makt, innehar ferdigheter, kunnskap, handlingskompetanse og ressurser til å gjøre helsefremmende livsstils-valg (Mæland, 2005). Dersom individet ikke klarer å gjøre sine egne gode valg for liv og helse, så er det i et slikt perspektiv forårsaket av manglende muligheter til å gjøre det. Resultatet blir følelse av maktesløshet. Vi må kjenne til hvordan maktesløshet utvikles og hvilke faktorer som bidrar til denne utviklingen. Helsepersonellens ansvar blir følgelig å assistere individer og grupper til å være mer aktive og få bedre kontroll over sin egen situasjon (WHO, 1986).

Et sentralt spørsmål innen helsefremmende virksomhet er på hvilket grunnlag vi tar beslutninger om å leve et sunt liv (Sorensen & Graff-Iversen, 2001). I faglitteratur understrekes det at deltagelse i fysisk aktivitet er sterkt knyttet til motivasjon og læring. En persons motivasjon for å skape atferdsendringer gjennom fysisk aktivitet er grunnlaget for å

gjøre noe (Therkildsen & Kissow, 2006). Mange oppgir at de har behov for ytre påvirkning for å øke motivasjonen og for å etablere mestringsorienterte fysiske aktivitetsvaner (Martinsen, Moe, Borge, Moser, Johannessen & Kaggestad, 2004). Det fremstår som at motivasjon primært kan fremmes gjennom å gi den enkelte kontroll over egen aktivitetsprosess og ofte forutsetter dette at personen må gjøre egeninnsats for å endre tidligere rutiner og vaner (Therkildsen & Kissow, 2006). Helsepersonell kan gjøre pasienten delaktig og medansvarlig når det gjelder økt fysisk aktivitet ved å vise respekt, være lydhør overfor hans/ hennes forventninger og trekke vedkommende inn i en beslutningsprosess samt anerkjenne personens rett til selv å velge kurs (Mæland, 2005).

Mobilisering på gruppenivå dreier seg om identifisering, sosial støtte, deling av kunnskap og informasjon og kollektive ressurser for innflytelse. På samfunnsnivå dreier dette seg om å ha innflytelse i politiske prosesser som berører individets eller gruppens interesser (Sorensen & Graff-Iversen, 2001). Å stimulere individer til å arbeide sammen i små grupper er kanskje det viktigste nivå for helsefremmende arbeid. Dannelse av grupper er sentralt for å løfte enkeltindividet ut av passivitet og maktesløshet. I grupper finner man frem til felles interesser og gjennomfører målrettede fysiske aktiviteter, som styrker individets selvfølelse og handlingskompetanse (Mæland, 2005).

Helse- og helseatferds styrende faktorer forstås ulikt i ulike perspektiv og fagfelt. I denne studien har jeg valgt å drøfte dette fra behavioristisk og sosiokulturelt perspektiv.

1.4.2 Helseatferds modeller i et behavioristisk perspektiv

Innen atferds- og motivasjonsforskningen er det blitt utviklet flere modeller og teorier for å få svar på hvorfor mennesker handler som de gjør i forhold til egen helse (Sorensen & Graff-Iversen, 2001). Selv om disse modellene og teorier har ulike fokusområder, bygger de i stor grad på hverandre. De reflekterer en kontinuerlig utvikling av begreper og sammenhenger som hjelper oss til bedre å forklare og forutsi handlingsmønstre og levevaner. Sorensen & Graff-Iversen (2001) har understreket at kjennskap til denne forskningstradisjonen vil kunne styrke det videre helsefremmende og sykdomsforebyggende helsearbeid. Videre skal jeg gjøre rede for modeller jeg har valgt.

1.4.2.1 KAP-modellen og «Modellen om helseoppfatning»

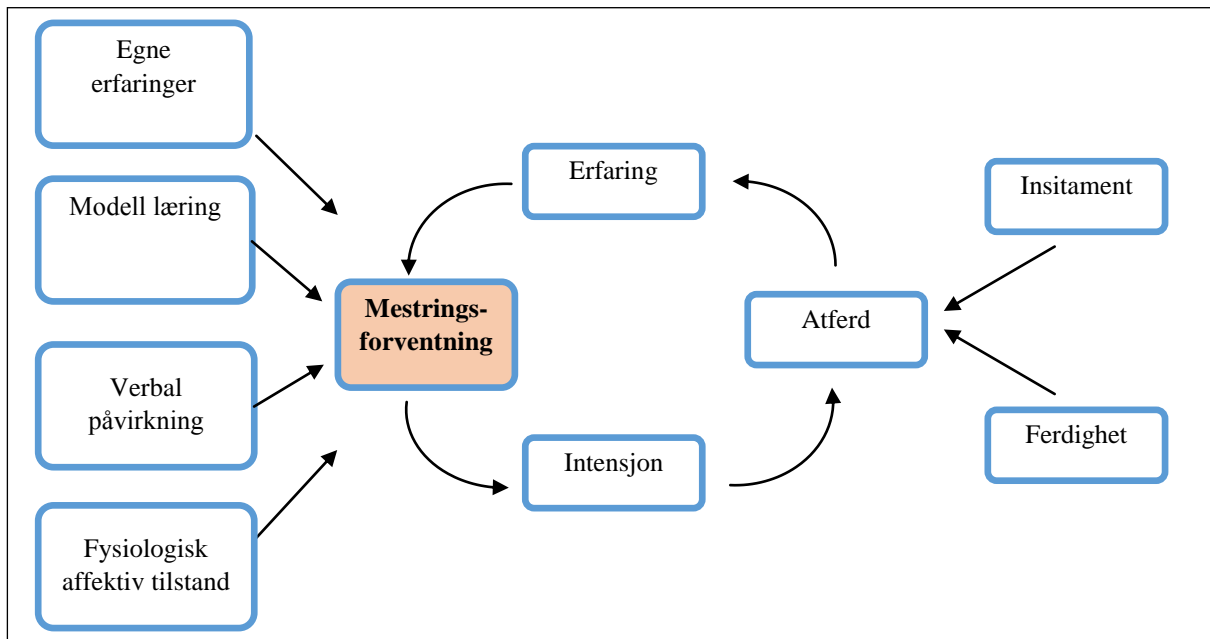
Helseopplysning har alltid vært en viktig del av det forebyggende helsearbeidet. Helsepersonell informerer ofte om viktigheten av å være fysisk aktiv for å øke pasientenes mulighet til å utøve innflytelse over sin egen helse (Granum, 2000). KAP-modellen, som står for kunnskap (Knowledge), holdning (Attitude) og atferdsendring (Practice), er den enkleste og kanskje mest utbredte helsepsykologiske modell for adferds påvirkning. Dette er en modell som innebærer at "kunnskap påvirker holdning, som igjen påvirker adferd" (Mæland, 2005, s.101).

Det viser seg imidlertid at personlig relevant informasjon har størst atferds-endrende effekt i sammenligning med generell informasjon som ofte ikke omhandler hva personen selv har opplevd (Miller & Rollnick, 2002). I en annen modell «Modellen om helseoppfatning» som ble utviklet av de amerikanske sosialpsykologene Hochbaum, Rosenstock, Leventhal og Kegels på 1950-tallet påpekes det at det gjerne vil finnes et utløsende moment for handling. Denne modellen viser til at beslutninger om forebyggende atferdsendringer ofte kan påskyndes av en ytre hendelse som for eksempel egen sykdom, påvist medisinsk risikofaktor hos legen eller sykdom/ ulykke i nære omgivelser (National Cancer Institute, 2005). Psykologer hevder at en person som føler seg personlig truet av sykdom og død, er gjennomgående mer motivert til å endre levevaner og at for helsepersonell er disse situasjoner som «gylne anledninger» til helseopplysninger og rådgivning (National Cancer Institute, 2005).

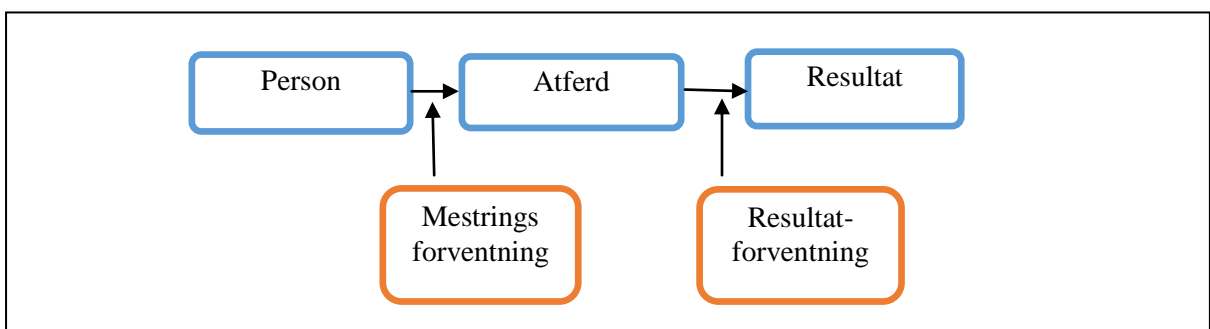
1.4.2.2 Banduras Sosial-kognitiv teori

Den kanadiske psykologen Albert Bandura (født i 1925) er mest kjent for sin sosiale læringsteori (Bandura, 1977) og som en av de sentrale grunnleggere av sosial kognitiv teori (Bandura, 1986). Kunnskaper og fakta er hos Bandura basale komponenter i helsefremmende arbeid. Han har understreket at det er nødvendig med et godt informasjonsgrunnlag for å kunne ta beslutninger og at kunnskap om helserisiko og fordeler skaper forutsetning for endring, men er ikke tilstrekkelig for å gjennomføre konkrete handlinger. Praksisundersøkelser viser at folk ofte ikke oppfører seg optimalt selv om de vet godt hva de skal gjøre (Bandura, 2004). Bandura (2004) var opptatt av hvilke mekanismer som gjør det mulig at kunnskap kan omdannes til handling. Han la vekt på psykologiske faktorer som selvregulering og motivasjon for å forklare dette fenomenet. Bandura hevdet at helseatferd

påvirkes av kompleks, interaktiv gjensidig forhold mellom atferd, kognitive og andre indre determinanter samt påvirkning av omgivelsene (Bandura, 1995). I den sosial-kognitive teorien har Bandura trukket frem begrepet mestringsforventning (self-efficacy) som den viktigste komponenten som influerer en persons tankeprosesser og adferdsmønstre (se Figur 2). Mestringsforventning defineres som folks vurdering av evner de har til å organisere og utføre de handlinger som kreves for å gjennomføre spesielle typer oppgaver (Bandura, 2004, s. 144; Mæland & Aarø, 1993, s. 53).



Figur 2: Banduras Sosial-kognitive teori. Hentet fra Mæland & Aarø (1993, s.53).



Figur 3: Banduras modell for forventninger. Hentet fra Mæland & Aarø (1993, s.53)

For å kunne lykkes med handlingen kreves det også en tro på at ens atferd vil føre til et ønsket utfall. Dette kalles for resultatforventning (outcome efficacy) (Se Figur 3). Men Bandura (1986) har understreket at mestringsforventningen er av større betydning for en vellykket utført handling enn resultatforventninger. Det hjelper ikke å tro at trening fører til bedre

kondisjon og helse (resultatforventning) dersom man ikke tror at man klarer å begynne å trene i den gitte livssituasjonen. Mestringsforventning kan påvirkes på flere måter (se Figur 2).

I følge Bandura (2004) er egne erfaringer av fordeler, barrierer og måloppnåelse de viktigste kilder til mestringsforventning og de er sentrale for å endre helseatferd. I erfaringsbegrepet ligger utvikling av kognitive og handlingsrettede ferdigheter som kan benyttes i livssituasjoner under stadig endring. Det er mange ulike typer forhold som regulerer i hvilken grad erfaring skal påvirke og endre en persons forventning om mestring. Det gjelder forhold både ved den enkelte person, ved situasjonen eller i omgivelsene. Bandura (1997) mente at personlig mestring er en del av vårt selvsystem. Dette selvsystemet har innvirkning på hva folk blir oppmerksom på ved omgivelsene, hvordan de tolker og organiserer informasjon og hva de henter fram igjen i hukommelsen. Slik blir mestringsforventning både et produkt av og en oppbygging av erfaring. Den mest effektive måten å styrke forventninger om å mestre en gitt atferd er gjennom opplevelser av å få det til. Negative erfaringer, spesielt tidlig i et forsøk, vil straks redusere mestringsforventningene.

I tillegg til egne erfaringer bruker vi også, ifølge Bandura (2004) modellering; det vil si vi imiterer atferd vi observerer hos andre. Dersom vi ser at andre kan utføre bestemte handlinger, styrker dette vår egen mestringsforventning ved at vi får tro på at også vi kan utføre den samme handlingen. Et eksempel er når pasienter benytter andre pasienter som sine modeller på godt og vondt.

Med verbal påvirkning kan individets motivasjon forsterkes gjennom kunnskapsformidling og informasjon om hvordan den kan oppnå en ønsket atferd og nå sine mål (Bandura, 2004). Bandura (1986) mente at denne påvirkningen er mindre effektiv og dreier seg i hovedsak om å endre resultatforventning. Er mestringsforventningen lav gjennom tidligere negative erfaringer, vil selv betydelig verbal påvirkning lett motarbeides av nye negative erfaringer. Er forventningene urealistisk høye, disponerer også dette for å oppleve og ikke å lykkes.

Bandura (1997, 2004) poengterte at den fysiologiske eller følelsesmessige tilstand kan ha ulik påvirkning av mestringsforventning og atferd. Ikke sjeldent avstår folk fra å gjennomføre handlinger, som for eksempel fysisk trening, fordi de tolker signaler fra kroppen som er forbundet med fare eller manglende evne til å gjennomføre handlingen. Høy grad av engstelse og bekymring kan virke hemmende på handling. Derfor kan den fjerde måte å påvirke folks mestringsforventning være å legge opp en strategi for atferdsendring slik at man minsker

ubehagelige fysiologiske reaksjoner, som å gi forberedende informasjon om konsekvenser av fysisk trening etter langvarig sykdom.

Den sosial kognitive og andre teorier nevnt over antar at folks handlinger er rasjonelle og baseres på at folk blir motivert til å utføre atferden hvis de tror at atferden fører til et utfall de verdsetter (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). Selv om disse teoriene er nyttige, kan ikke de forklare helseatferd fullt og helt. Andre perspektiver som kan bidra til å gi større forståelse for folks helsevaner, dreier seg om sosiokulturelle og fysiske årsaker. Disse vil jeg belyse i neste kapittel.

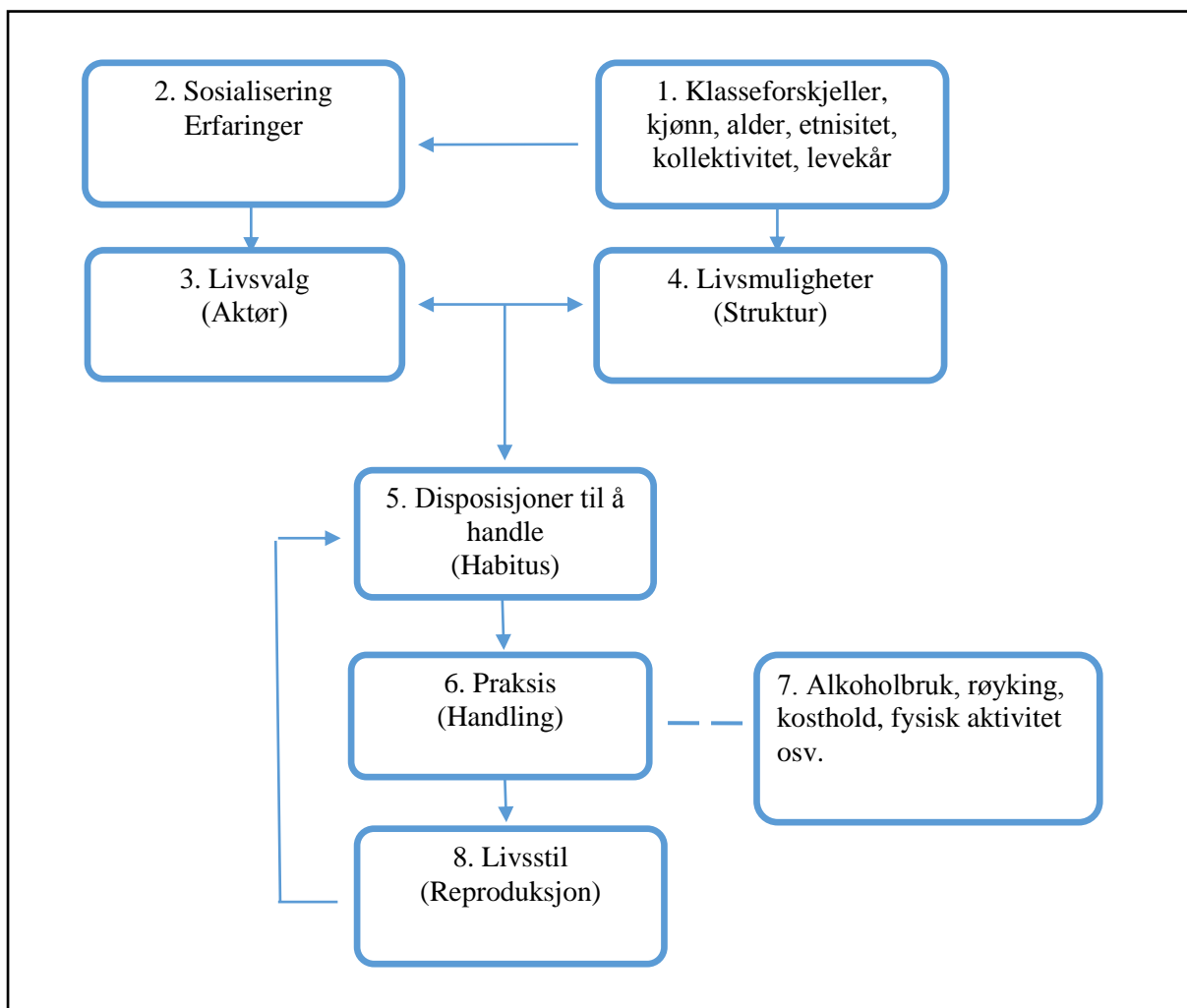
1.4.3 Helsereelatert livsstil, vaner, holdninger fra et sosiokulturelt perspektiv

Senere års forskning har vist at sosiale miljøpåvirkninger og sosiale normer har sterk effekt på helsereelatert atferd og livsstil (Mæland, 2005). Forskningsfelt i helsesosiologi eller også kalt medisinsk sosiologi, beskriver helse som et grunnleggende viktig aspekt ved livet og analyserer det i samspillet med samfunnsmessige prosesser. I den forbindelsen har jeg valgt å trekke frem tanker fra den amerikanske sosiologen William. C. Cockerham (2005) og det omfattende teoretiske arbeidet av den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1931-2002) som begge har forsket på dette feltet, hvor den førstnevnte støtter seg på Bourdieu sin forskning.

1.4.3.1 Cockerham og Bourdieu om helsereelaterte livsstils-valg

Både Cockerham og Bourdieu var opptatt av hvordan samfunnsstrukturer gjenspeiles i menneskelige handlingsmønstre, og av gjensidighet mellom handlingsmønstre og de objektive strukturer som handlinger skjer innenfor og ut fra (Cockerham, 2005; Thornquist, 2009;). Utgangspunktet for denne forståelsen er at valg av livsstil foretas både på individuelt plan, så vel som i en sosial og kulturell kontekst som for eksempel i tilknytning til arbeidsplass og familie. (Cockerham, 2007; Lund, Christensen, Iversen, & Nybo Andersen, 2011). Livsstil er altså adferdsmønstre, og er typiske for individer eller grupper av individer. For eksempel er en person født inn i en kultur med bestemte levemåter og livsstil. Dermed gjenspeiler livsstil individers holdninger, verdier og livssyn (Cockerham, 2000; 2007). Cockerham (2005) beskrev at i eldre tider tok folk helsen sin for gitt, mye mer enn hva som er tilfelle i dag. Folk var opptatt av å overleve, og fikk derfor ikke tid til å tenke for mye over sin egen helse. I den senere tid derimot har helse blitt sett på som noe som folk er ment å jobbe med for å forbedre sin livskvalitet og minske risikoen for kronisk sykdom og tidlig død.

Cockerham (2005) tok opp to sentrale begrep «aktør» (livsvalg) og «struktur» (livsmuligheter) som han hevder påvirker livsstilen vår (se Figur 4). Med «aktør» forstås individet og dets evner til å utføre handlinger og ta valg, mens «struktur» er de påvirkningsfaktorer som er med på å forme individet og dets verdivalg. Slike faktorer kan være sosial klasse, religion, kjønn, etnisitet, samfunnsforhold og levekår (se boks 1 i Figur 4). I følge Cockerham (2005) formes evnen til å handle - «aktør» - gjennom egne erfaringer og oppfatninger av samfunnet, strukturer og forhold i omgivelsene/miljøet, samt av den posisjonen man er født inn i. Gjennom sosialt samvær, slekt, jobb, religion og politikk deler man ulike regler og verdier som påvirker ens livsstils valg «aktør» (se boks 1,2 og 3 i Figur 4). Figur 4 viser at samspillet mellom livsvalg «aktør» og livsmuligheter («struktur») fører til individuelle disposisjoner til å handle eller *habitus*. Det refererer til de bestemte tilbøyeligheter ethvert menneske har til å tenke, kategorisere og handle, og til hvordan kunnskap «sitter i» kroppen og er «utenfor bevisstheten» (Thornquist, 2009).



Figur 4: Figur over påvirkningsfaktorer for helse-relatert livsstils begrep. *Hentet fra Cockerham; 2005, s. 57)*

Begrepet *habitus* er et nøkkelbegrep i Bourdieus utviklede praksisteori (fra år 1990 til 1999). I følge Bourdieus kan fysisk aktivitet ses på som en form for praksis og hans teori bidrar til å knytte forbindelseslinjer mellom handlinger og sosiale strukturer som kan ligge til grunn for denne spesifikke praksisen (Bourdieu, 1995; 1996). Bourdieus så på *habitus* fenomenet som disposisjoner og ikke som forutsigbare handlingsmønstre. Bourdieus mente at *habitus* er et produkt av sosialiseringen og særlig i den tidlige fasen primært gjennom familien og utdanning. Da tilegner vi oss hva som er rett og galt, godt og dårlig uten at vi bevisst oppfatter å ta del i en læringsprosess. Atferden gjentas og blir til slutt internalisert som en del av vår oppfattelse av hvem og hva vi dypest sett er. Nettopp fordi ethvert menneskes kropp er gjennomsyret av, og bærer med seg, sin historie, er vi alle preget av vår sosiale og kulturelle bakgrunn uten at vi kan redegjøre for det selv. Det vil si at den enkelte er bærer av mer enn seg selv (Bourdieu, 1995; 1996). Bourdieus hevdet at folks levevaner, for eksempel hvilken idrett de driver med, brukes aktivt for å signalisere sosial tilhørighet og posisjon - derfor består den enkeltes praksis av noe fundamentalt og gjenkjennelig (Crossley, 2001; Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). I følge Bourdieus referer den sosiale tilhørighet til ulike former for kapital, både den tradisjonelle økonomiske kapitalen i form av materiell velstand og kulturell kapital i form av egen families intellektuelle og kulturelle interesser og aktiviteter. For eksempel vil oppvekst i en familie i høyere sosial posisjon føre til andre disposisjoner i forhold til helsevaner, som fysisk aktivitet, enn i en familie med lavere sosial posisjon. Den sosiale arven fra foreldre i form av blant annet tilbøyelighet til å leve sunt gjennom fysisk aktivitet blir forsterket i møte med andre oppvekstarenaer (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). Det vil si at videre blir helsevaner vedlikeholdt av miljømessige faktorer som assosieres med helseatferden. (Lund, Christensen, Iversen, & Nybo Andersen, 2011). I norsk sammenheng er det fortsatt forskjell mellom ulike sosiale klassers fysiske aktivitetsnivå, selv om studier viser en tendens til at forskjeller i fysisk aktivitet ut fra utdanningsnivå til en viss grad har utjevnet seg (Helsedirektoratet, 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Bourdieu's praksisteori kritiseres for å være for statisk og at teorien har lite åpning for endring. Imidlertid poengterte han at hans begrep skal forstås som et sett tankeredsaker, som tar form i forbindelse med empirisk forskning (Wilken & Andreassen, 2008; Moe, 2009). Videre sa han at *habitus* ofte blir beskrevet som varige disposisjoner fordi endringer skjer svært tregt, men han poengterte at kroppen er i utgangspunktet «uferdig» og at den kan kultiveres samtidig som den «frie» vilje ikke er upåvirket av sosial bakgrunn. Også Cockerham (2005) understreket at livsstils valg grovt sett kan variere i tid gjennom et livsløp og indikerte

bevegelse mellom livsstils valg og disposisjoner til å handle; *habitus*. Cockerham (2005) trakk frem at mennesker har ulike mengder av evner og ressurser som er kreativt formet ut i fra tanker og handlinger. Dette betyr at vi har evne til selektiv reaktivering av tidligere tanke- og handlingsmønstre som gjør at mennesket handler med intensjon og er målrettet. Til slutt mente han at mennesker bruker evnene sine til å styre sine handlinger og forutse konsekvensene av sine handlinger. Med andre ord, en gjør en praktisk evaluering som gjør at en kan vurdere alternative muligheter. I denne sammenheng er det altså viktig ikke å holde fast på at vanene er automatisert atferd, men at de også er fylt med meninger. Derfor er det viktig å ta et steg til siden og reflektere over innholdet i vanene. (Lund, Christensen, Iversen, & Nybo Andersen, 2011).

1.5 Hensikt og problemstilling(er)

Forskning tyder på at inaktivitet etter hjerneslag er et høyt forekommende og sammensatt problem, og at det kan være både fysiske og kognitive utfall som ligger til grunn for dette. Økt inaktivitet påvirker igjen livskvalitet og helse etter et hjerneslag i negativ retning. For å kunne utvikle effektive tiltak som kan bidra til at denne pasientgruppen blir mer fysisk aktive, bør deres fysiske aktivitetsvaner, holdninger og mestring utforskes. Hensikten med denne studien er å utforske erfaringer til personer etter hjerneslag for å få økt forståelse for hva som ligger til grunn for deres fysiske aktivitetsvaner.

Problemstillinger:

- ❖ Hvordan beskriver personer som har hatt hjerneslag sin nåværende fysiske aktivitet?
- ❖ Hva forteller personer som har hatt hjerneslag om fysiske aktivitetsvaner, erfaringer og holdninger før og etter slaget?
- ❖ Hvilke faktorer er fremmende / hemmende for fysisk aktivitet for personer etter hjerneslag?
- ❖ Hvilke framtidstanker har personer etter hjerneslag når det gjelder deltagelse i fysiske aktiviteter?

2. METODE

2.1 Valg av forskningsdesign

For å belyse problemstillinger i denne oppgaven valgte jeg et kvalitativt forskningsdesign som bygger på hermeneutisk (fortolkende) analysetradisjon. Strategien som jeg brukte for å samle inn data var enkeltintervjuer av personer etter hjerneslag. I valg av metode støttet jeg meg til Malterud (2013, s. 27) om at vi kan bruke kvalitative metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Vi kan også utforske meninger, betydninger og nyanser av hendelser og atferd, samt forsøke å øke forståelsen for hvorfor mennesker gjør som de gjør. Mening er et nøkkelord i kvalitative studier fordi forsker bestreber seg på å forstå meningen med et fenomen (handling eller ytring) sett gjennom en gruppe menneskers øyne (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 82). En kvalitativ metode vil gjøre forskeren i stand til å komme nær data. Grenness (2001) hevdet at jo tettere man kommer den virkelige verden, desto større er muligheten for forståelse.

Videre støttet jeg meg til Malterud (2013, s.44) i at en kvalitativ studie gjør forsker bruk for både beskrivelser og tolkninger. Malterud (2013) mente at det ikke går an å bruke den ene metoden uten å bruke den andre, det vil si at enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser. Derfor hører de kvalitative metoder hjemme i en hermeneutisk tradisjon, som handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk. Jeg har vurdert at slik metode egner seg godt til studiens problemstillinger ved å betrakte hjerneslag og fysisk aktivitet som dynamiske prosesser som oppleves subjektivt og individuelt forskjellig i en sosiokulturell sammenheng. Kvale (2004) understreket at i den kvalitative forskningstradisjonen anses forsker som en aktiv deltager i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig, men som handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter. Forsker må bruke seg selv som instrument i prosessen, samt erkjenne eventuelle fordommer og følelser forsker har med intervju og analyse (Fog, 2004).

2.1.1 Hermeneutikk

Vitenskapen om tolkninger kalles *hermeneutikk* som hjelper oss å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening gjennom tolkninger (Fjelland, 2009, s. 43; Thornquist, 2010, s.

139). Betegnelsen kom i bruk på 1600-tallet, men allerede grekerne var opptatt av å tolke tekster. I forrige århundre utviklet den tyske filosofen Wilhelm Dilthey (1833-1911) en teori om hermeneutikken som en metode innen de humanistiske vitenskapene. Teorien er i dette århundret blitt videreført av blant andre Martin Heidegger (1889-1976) og Hans-Georg Gadamer (1900-2002) (Fjelland, 2009, s.43).

Hensikten med et hermeneutisk forskningsperspektiv er å fange opp erfaringer, opplevelser og uttrykk for å kunne fortolke og forstå sammenhenger mennesket anvender seg av gjennom språk og handlinger (Olsson & Sörensen, 2003, s. 105). Det ligger i sakens natur at hermeneutikk ikke kan være en eksakt vitenskap på samme måte som fysikk. Altså handler det ikke om målbare størrelser (Fjelland, 2009). Kvale & Brinkmann (2015) har poengtert at hermeneutikk ikke omfatter noen trinn-for-trinn-metode, men er en utlegning av noen generelle prinsipper som har vist seg å være brukbare i en lang tradisjon for tolkning av tekster. Et av grunnprinsippene innen hermeneutikken er at vi alltid allerede har en før-forståelse (Thornquist, 2010, s. 142). Vi kommer til sakene, teksten, handlingene med en tankemessig og erfaringsmessig «bagasje» som er med og bestemmer det vi forstår og fortolker. Det dreier seg på et vis om en betingelse for forståelse overhodet. Poenget er å erkjenne at vi aldri er forutsetningsløse (Thornquist, 2010, s.142). Alle fordommer, både de sanne og usanne skaper en forventnings- og forståelseshorisont. (Føllesdal & Walløe, 2000, s. 95). Gadamer har sagt at før-forståelse kan beskrives som en prosess hvor man gjennom fortolkning prøver å se noe ut fra informantens egen horisont, og det forutsetter en dialog. Når dialogen fører til at informantens og forskerens horisonter faller sammen, oppstår horisontsammensmelting (Olsson & Sörensen, 2003, s. 107). All tolkning består av stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det man skal tolke og den konteksten det tolkes i, og mellom det man skal tolke og vår egen forståelse. Dette kalles for den *hermeneutiske sirkel* (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 364). Dette betyr at vår forståelse av sammensatte situasjoner og menneskelige relasjoner avhenger av våre egne forutsetninger, perspektiver, valg og vurderinger (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 39; Thornquist, 2010, s. 197). Kvale & Brinkmann (2015) har beskrevet at i vurdering av tekstens betydning går forsker gjennom tre ulike fortolkningskontekster: selvforståelse, en kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

2.1.2 Kvalitativ forskningsintervju som metodisk tilnærming

Studiens empiriske materiale består av kvalitative forskningsintervju. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet var å innhente beskrivelser av informanternes opplevelser og erfaringer med fysisk aktivitet etter hjerneslaget og hvilke meninger/ tanker de knytter til disse. Kvalitative forskningsintervju bygger på samtaler og er en utveksling av synspunkter omkring tema som opptar intervjuer og den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2015) med det formål å søke prosess og mening i stedet for utbredelse og antall (Malterud, 2013). Valg av å intervjuer individuelt (enkeltintervju) som datainnsamlingsstrategi vurderte jeg som den mest passende til denne studien da jeg ønsket å fordype meg i hver enkelt sine personlige erfaringer og tanker omkring fysisk aktivitet etter hjerneslaget for å få frem rike og varierte beskrivelser om fenomenet.

I følge Kvale (2004) skal det gode intervjuet gi rom for den flertydighet som kjennetegner de fleste menneskelige fenomener. For at forsker skal få utdypet forståelse av et fenomen gjennom forskningsintervju, er sensitiviteten for informanter og intervjuet som en bestemt type mellommenneskelig situasjon vesentlig. Forsker må la den andre sin vilje, meninger og intensjoner komme fram slik at det samsvarer med hver og en sine kvaliteter og kjennetegn. For å få til dette må forsker forholde seg til den andre med åpenhet, innlevelse og empati (Aadland, 2004). Et godt intervju kan slik bli en konstruktiv erfaring for både forskeren og informanten (Malterud, 2013, s. 131).

Jeg utviklet intervjuguide som støttende verktøy under intervjuene. Videre transkriberte jeg innholdet i intervjuene som ble tolket og analysert. Redegjøring for disse metodeprosedyrer følger senere.

2.2 Utvalg

2.2.1 Rekruttering

I valg av informanter til denne studien hadde jeg som intensjon å komme i kontakt med personer jeg antok hadde egenskaper og kvalifikasjoner til å belyse problemstillinger i lys av de valgte teoretiske perspektiver. Dette kalles for strategisk utvalg (Thagaard, 2015, s.60). I denne studien tok jeg sikte på å utforske hvilke erfaringer og opplevelse med fysisk aktivitet personer med høy fysisk funksjon har etter førstegangs hjerneslag, samt deres holdninger og

tanker rundt dette fenomenet. Jeg ønsket å få variasjon blant informanter både når det gjelder kjønn, alder og type utfall etter hjerneslag, det vil si ikke bare motoriske men også kognitive og emosjonelle utfall. Jeg støttet meg til Malterud (2013) som har påpekt at variasjon vil gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen.

Utvalget ble rekruttert av mine kolleger i Innsatsteam-Rehabilitering, blant de pasienter som har hatt oppfølging av dette kommunale rehabiliterings team. Å rekruttere pasienter som er blitt fulgt opp av mine kolleger og ikke av meg selv, valgte jeg for å unngå direkte faglig kjennskap til deltagerne. Etter å ha fått skriftlig tillatelse fra Regional Etisk komité i region vest (REK Sør-Øst, 2015, 17.august; saksnummer: 2013/1911) og fra Bergen Kommune om å kunne rekruttere pasienter etter endt kommunal oppfølging, ble den planlagte rekrutteringen gjennomført. Først informerte jeg mine kolleger om studiens formål og inklusjonskriterier. Deretter så de gjennom journalarkiv og valgte ut de aktuelle pasienter som de tidligere har fulgt opp. De utvalgte ble oppringt av dem og ble spurt om de var interessert i å delta i min studie og om jeg kunne få lov til å sende dem skriftlig forespørsel som etter forskrifter var utformet som samtykkeerklæring.

Jeg var selv aktiv pådriver i å påminne og oppfordre mine kollegaer til å ta kontakt med de aktuelle informanter. Etter telefonkontakt kunne mine kolleger fortelle om mange hyggelige samtaler med de tidligere pasienter og deres positive respons til å være deltagere i studien. Det var bare en av de oppringte som takket nei til å delta, mens en informant ikke var mulig å nå per telefon etter at han skriftlig hadde takket ja til studien. Innen en kort tid etter telefonsamtale gjort av mine kollegaer sendte jeg ut samtykkeerklæring til de interesserte. Etter hvert returnerte informanter underskrevet samtykkeerklæring som fungerte som bekreftelse på at jeg kunne ta kontakt med dem. Etter det kunne jeg sette i gang oppringing av de interesserte informanter og gjøre avtaler om intervjuets sted og tidspunkt.

2.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier i studien

Til studien ble det rekruttert personer opptil 75 år som for ett til to år siden hadde hatt førstegangs hjerneslag og hadde avsluttet kommunalt rehabilitering i Bergen for minst 6 måneder siden. De måtte kunne forflytte seg selvstendig inne og ute. Det vil si uten personstøtte eller tilsyn. Å rekruttere fysisk godt fungerende informanter under 75 år, har vært et bevisst valg fra min side. Min kliniske erfaring har vist at hjerneslagsrammede i denne aldersgruppen, spesielt de som raskt gjenvinner sin fysiske funksjon eller ikke har hatt

betydelige motoriske utfall, får kortere rehabiliterings-tilbud. I tillegg har jeg kjennskap til at det er få tilrettelagte treningsfasiliteter i kommunen for denne gruppen sammenlignet med de aller eldste. Derfor har man lite kunnskap om hvordan hjerneslagsrammede under 75 år med høy selvstendighet og gangfunksjon mestrer fysisk aktivitet etter endt oppfølging. I tillegg er det lite kunnskap om hvordan ikke bare fysiske men også de kognitive og emosjonelle vansker som følge av hjerneslaget har virket inn på fysiske aktivitetsevner i denne aldersgruppen.

Følgende inklusjons- og eksklusjons kriterier la jeg til grunn (*Tabell 1*):

Tabell 1

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Personer etter første gangs hjerneslag boende i Bergen kommune	Uttalt afasi
Alder 18-75 år	Kognitiv svikt som gjør det vanskelig å føre en normal samtale
Menn og kvinner	Omfattende motoriske vansker (avhengighet av personhjelp i forflytning inne og ute)
Har avsluttet kommunal rehabilitering for mer enn 6 måneder siden	
Kan forflytte seg selvstendig uten tilsyn både inne og ute	
God kommunikasjonsevne for å kunne føre en samtale	

2.2.3 Beskrivelsen av utvalget

Elleve informanter deltok, åtte menn og tre kvinner i alderen 32 og 75 år. Den yngste kvinnelige informant (nr. 9) hadde fått hjerneslag ti måneder tidligere. Til sammenligning hadde de andre informantene fått hjerneslag mellom ett og to år tidligere. Jeg valgte å inkludere henne i studien på grunn av hennes alder og korte oppfølgingstid; jeg syntes dette kunne bringe en interessant variasjon i studien. Jeg fant at åtte informanter har høyskole- eller universitetsutdanning, mens fire informanters utdanningsbakgrunn var ukjent. Informantene hadde fra ingen til noen sensomotoriske forstyrrelser. Alle hadde selvstendig gangfunksjon og

høy grad av selvhjelpenhet. Informantene hadde mottatt rehabiliteringstilbud med ulik varighet. Ni av elleve informanter hadde etter hjerneslaget mottatt lengre rehabilitering ved institusjon i spesialisthelsetjenesten, mens to informanter ble raskt utskrevet fra sykehus til hjemmet. Samtlige hadde derimot etter hjemkomst mottatt rehabiliterings-tilbud fra Bergen kommune – «rehabilitering utenfor institusjon» - av Innsatsteam – Rehabilitering. For mer detaljer om informantene se *Tabell 2* nederst viser informantenes alder, kjønn, sivil og jobb status, utdanning, samt tiden siden hjerneslag.

Tabell 2

Inform . nr	Kjønn	Alder	Sivilstatus/barn	Yrkesaktivitet/ annet	Utdanning	Tid siden hjerneslag
1	M	75	Gift/barn/barnebarn	Pensjonist	Høyere	1 år 2 mnd
2	M	75	Gift/barn/barnebarn	Arbeid	Ukjent	1 år
3	M	63	Gift/barn	Sykemeldt	Høyere	2 år
4	M	69	Gift/barn/barnebarn	Pensjonist	Høyere	2 år
5	M	40	Gift/barn	Sykemeldt	Høyere	2 år
6	M	49	Bor alene/uten barn	Arbeid 20 %	Ukjent	1 år 10 mnd
7	M	64	Gift/barn	Arbeid 50 %	Høyere	1 år
8	M	48	Bor alene/uten barn	Arbeid 40 %	Ukjent	1 år 4 mnd
9	K	32	Bor alene/uten barn	Sykemeldt	Høyere	10 mnd
10	K	55	Bor alene/barn	Arbeid 50 %	Høyere	1 år 2 mnd
11	K	45	Samboer/barn	Arbeid 50 %	Høyere	1 år

2.2.4 Utvalgsstørrelse

I praksis har det utviklet seg noen uskrevne regler om at i mindre studier som denne er det vanlig med et utvalg på ti til femten deltagere (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Det er vanskelig å avgjøre på forhånd hva som vil være nok intervjuer. Flere forskere hevder at det bør gjennomføres intervjuer helt til forskeren ikke lenger får noen ny informasjon (Kvale & Brinkman, 2015). Vi kan snakke om en ”grenseverdi” eller et metningspunkt der det ikke lenger har noe hensikt å intervju flere (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Jeg hadde planlagt å gjennomføre ti enkeltintervjuer av personer som har hatt hjerneslag, med forbehold om å inkludere flere deltagere om nødvendig. Etter å ha rekruttert 10 planlagte informanter, ble jeg oppringt av en kvinne som uttrykte ønske om å delta studien. Hun hadde fått forespørsel om det for litt siden, men hadde glemt å returnere skriftlig samtykkeerklæring. Siden mannlige informanter var overrepresentert, så jeg det som hensiktsmessig å inkludere henne for å øke andel kvinner i studien.

Etter hvert som jeg hadde intervjuet over halvparten av informantene, begynte jeg å se mange likhetstegn i deres beskrivelser og etter ellefte intervju opplevde jeg at jeg hadde fått god informasjonsmetning i mitt materiale.

2.3 Datainnsamling

2.3.1 Forberedelse til datainnsamling/ intervjuguide

Forberedelse til intervjuene startet jeg med utarbeidelse av en intervjuguide som var ment som hjelp til å strukturere intervjuet. Intervjuguiden ble utformet som en grov skisse over emner som skulle dekke og kaste lys over problemstillinger i oppgaven. Intervju der temaer er bestemt, men ikke rekkefølgen, kalles for semistrukturert intervju. Det er den mest brukte framgangsmåten i kvalitative intervjuer. (Fog, 2004). Denne tilnærmingen gir forsker frihet til å bevege seg fram og tilbake i intervjuguiden under gjennomføring av intervjuer (Thagaard, 2015). Malterud (2013) har understreket at det gjelder å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk når formålet er å få vite noe man ikke vet fra før, eller å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen.

Intervjuguiden utarbeidet jeg med tanke på å skape en uformell og avslappende stemning under intervjuet. Jeg hadde lagt opp til at samtalen skulle begynne med et enkelt åpningsspørsmål der informantene først og fremst skulle beskrive innholdet i en helt vanlig hverdag. Da temaene for resten av guiden skulle bestemmes, tok jeg utgangspunkt i mine faglige erfaringer om tema og noe av teorigrunnet samt tidligere forskning (*for fullstendig intervjuguide se vedlegg 1*). Jeg var bevisst på å formulere åpne spørsmål med tanke på å kunne innhente rike beskrivelser fra informanter. Kvale & Brinkmann (2015, s.147) har understreket at åpne spørsmål skaper rom for informantenes tanker og synspunkt og stimulerer til en dynamikk mellom informant og intervjuer. De påpekte også at det er nyttig å utarbeide spørsmål som tar utgangspunkt i forskningsspørsmål, uttrykt i dagligspråk, som kan fremkalle tematisk kunnskap. Jeg støttet meg til Kvale (2004) om at intervjuguiden skal hjelpe å holde fokus og unngå å gå inn i behandlerrollen under samtalen. Samtidig er det viktig for forsker å være bevisst på å lytte aktivt og oppfordre informanter til å uttale seg om egne opplevelser og erfaringer (Kvale, 2004).

Videre gjennomførte jeg et pilot-intervju med en fysioterapeut kollega ved å tilpasse intervju spørsmål til hennes fysiske aktivitetsvaner som småbarnsmor. Dette var en god

mulighet for å teste ut kvaliteten på intervjuguiden, og ikke minst mine ferdigheter som intervjuer. Etter at intervjuet ble gjennomført, diskuterte vi kvaliteten på spørsmålene som ble stilt og jeg hadde mulighet til å rette på spørsmål som virket litt uklare. Jeg fikk erfart at jeg som intervjuer må jobbe med meg selv før, under og etter intervjuene for best mulig å være i stand til å lytte og være åpen for informantenes erfaringer. I tillegg innså jeg at jeg må bli mer skjerpet på å unngå ledende spørsmål og forholde meg til utforskende og mer nyanserte spørsmål i stedet.

2.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Det vil være viktig og avgjørende at forsker klarer å skape et tillitsforhold mellom seg og intervjuperson. Etersom informanten skal legge ut om sine opplevelser og følelser er det viktig at han er trygg på intervjueren. Forsker må forsøke å være åpen på sitt eget ståsted og egen forforståelse (Kvale, 2004). Kvale & Brinkmann, (2015) har påpekt at de første minuttene av et intervju er svært avgjørende.

Jeg har gjennomført alle intervjuene alene. Det var viktig for meg at det ikke skulle føles som vanskelig for informant å delta, derfor ble stedet for gjennomføring av intervjuene valgt på grunnlag av hva som var mest praktisk for hver enkel. Etter informantenes ønske ble syv intervjuer gjennomført i deres hjem og tre informanter stilte på kontorlokaler på min arbeidsplass. Å intervju hjemme hos informanter opplevde jeg som mer avslappende for begge parter, sammenlignet med intervjuer som ble gjennomført på min arbeidsplass. Ulempen med å intervju hjemme var at det ofte forekom forstyrrelser fra for eksempel familiemedlemmer. I noen tilfeller minsket dette oppmerksomhet og konsentrasjon om samtaletema hos oss.

Intervjuene startet med at jeg fortalte informantene om mine intensjoner med studien og rask gjennomgang av samtykkeerklæring. Jeg prøvde å finne balanse mellom å styre samtale i ønsket retning, samtidig som jeg lot informantene fortelle fritt om sine erfaringer og opplevelser. Intervjuguiden var til god hjelp. Selv om samtalen ble styrt av de sentrale temaer, «vandret» informantene fritt i sine fortellinger fra det ene temaet til det andre. Derfor var det lurt å ha et fleksibelt forhold til intervjuguiden og stille spørsmål som var passende til konteksten. Jeg merket også at spørsmålene måtte stilles enda mer i form av dagligspråk enn de ble nedskrevet i intervjuguiden for at de skal bli godt forståelig for informanter. Etter hvert

fant jeg flere måter å spørre på som passet bedre inn med de ulike informanter og hvordan samtalen forløp.

Intervjuer med individuelle deltagere krever ro og kan ta fra en til flere timer (Malterud, 2013). Hvert intervju varte i gjennomsnitt en time, bortsett fra ett intervju som varte i over 2 timer. Denne informanten hadde stort uttrykksbehov samtidig som den kom med spennende og høyst aktuelle beskrivelser som jeg søkte å belyse i denne studien. I en kvalitativ undersøkelse er det vanlig at ikke alle informanter får samme status (Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2010). Alle informantene sine bidrag var nyttige, men det var variasjon i hvor rike og detaljerte bidragene var. Flere informanter gav konkrete og levende beskrivelser om livet etter hjerneslaget og sine opplevelser av å gjenoppta fysisk aktivitet, mens noen var mer ordknapp og jeg måtte være mer aktiv ved utspørring.

Til innsamling av intervju data brukte jeg «Samsung» smarttelefons lydopptaker funksjon med god kvalitet for ikke å miste for mye av samtalens innhold og inntrykk (Kruger & Casey, 2000). Å ta opptak av intervjuene opplevde jeg som stor hjelp da jeg lettere kunne konsentrere meg om å følge med og fordype meg i samtalen i stedet for å tenke på og huske alt som ble sagt. Informantene ble på forhånd informert om at samtalen blir tatt opp. Repstad (2007) har påpekt at en lydopptaker kan være en ulempe om noen respondenter reagerer på den. Da kan de bli hemmet i å formidle fritt sine tanker og situasjonen kan bli kunstig. Det virket som om informanter i min studie forholdt seg til lydopptaker uten stor sjenanse.

Mitt hovedinntrykk etter samtalene var at det var positiv og god tone under intervjuene, selv om informantene var veldig ulike. Under intervjuene fikk informantene tilbud om pauser samt rom for å stille oppklarende spørsmål, som flere benyttet seg av. Dette førte ikke til at prosessen stoppet opp og jeg opplevde at vi hadde berørt de viktigste tema i alle intervjuene. Jeg brukte tid i etterkant til å skrive et lite feltnotat fra hvert intervju for å merke meg spesielt interessante temaer og nyanser som var kommet opp og hvordan interaksjonen fungerte mellom meg og intervjupersonen. Dette var et godt hjelpemiddel å ta frem igjen når jeg kom til analyse av intervjuene.

Gjennomføring av intervjuene opplevde jeg som en spennende og engasjerende del av mitt forskningsarbeid. Det var gledelig å kunne få god tid til samtaler om tema som jeg som fagperson føler sterkt engasjement for. Takket være mitt daglige virke som fysioterapeut i hjerneslagsrehabilitering har jeg opparbeidet meg gode rutiner for å samtale med pasienter om både dagligdagse og faglige emner. Derfor følte jeg meg komfortabel og trygg i min rolle som

intervjuer. Samtidig kjente jeg også på spenningen om det store ansvaret jeg hadde overfor informantene og for innsamling av informativt forskningsmateriale. Intervjuing krevde at jeg var skjerpet og godt faglig forberedt til samtaler om de aktuelle tema. Jeg er enig med Kvale (2004) og Thagaard (2015) i at det er viktig at intervjuer har kunnskap om temaene, men også sosial kompetanse i interaksjon og evne til å finne en balanse mellom å lytte og snakke selv.

2.3.3 Transskripsjon

Kvale (2004) har beskrevet transkripsjon som omformulering fra tale til tekst i strukturert form for å klargjøre intervjumaterialet for analyse. Struktureringen er i seg selv en begynnelse på analyse.

Alle intervjuer ble transkribert av meg selv. Studiets materiale utgjorde totalt 200 transskriberte sider. I følge Malterud (2013, s.78) er det en styrke at forsker selv utarbeider sine transkripsjoner, da den kjenner best til ulike nyanser ved intervjuene og kan derved mest presist gjengi opptak fra samtaler i transkribert form. I transkriberingen valgte jeg å bruke bokmål som skriftspråk uavhengig av informantens dialekt og ettersom oppgaven forøvrig skrives på bokmål. Transkriberingen tilstrebet jeg å gjøre like etter at intervjuene ble tatt, mens inntrykkene jeg hadde fått satt friskt i minne. Stemningen og den mellommenneskelige kommunikasjonen som jeg fikk med informantene under intervjuene ble gjenkalt ved å spille av lydopptakene. Men når tale ble gjort om til tekst fikk jeg erfart at mye av den mellommenneskelige kommunikasjonen i form av ansiktsuttrykk, kroppsspråk, gester og andre kroppslige dimensjoner ble borte. Det gjaldt også den indre opplevelsen, som tankene både jeg og intervjupersonen satt med, samt forventningene, inntrykkene og stemningen. Dette støttes av Malterud (2013) som legger vekt på at den skrevne teksten kun er et indirekte bilde på virkeligheten. For å gjenskape noe av den stemningen som oppstod under intervjuene, beskrev jeg tidvis informantens kroppsspråk, mimikk og gester. Dette ble notert med kursiv skrift i parentes.

I transkripsjonen la jeg vekt på å holde meg så tett som mulig til det som ble sagt; derved ble pauser og usammenhengende setninger tatt med (*utdrag fra transkripsjon se i vedlegg 2*). Intervjuene som ble tatt hjemme hos informanter var det mer utfordrende å transkribere på grunn av ulike forstyrrelser som oppstod underveis i intervjuene. Eksempelvis av husdyr eller familiemedlemmer. I tilfeller der mine spørsmål ble stilt noe upresist eller at informantens besvarelser var litt utydelig, tillot jeg meg å gjøre noen små justeringer på språket ved

transkribering. Dette ble gjort med hensikt for å få frem bedre forståelse av samtalen, uten at den innholdsmessige betydning ble endret. Kvale (2004) beskriver at den mengde som skal transkriberes vil avhenge av materialets natur. Noen informanter formidlet informasjon som ikke var relevant for oppgaven, derfor valgte jeg enten å beskrive det kort med mine egne ord eller at dette ikke ble notert.

Transkriberingsprosessen bidro til at jeg begynte å ane nye sammenhenger i det empiriske materialet som ble samlet inn. Dette utløste nye refleksjoner og ettertanke som jeg tok med i den videre analyseprosessen.

2.3.4 Lagring av data

Materialet behandlet og lagret jeg etter godkjenning fra Regional Etisk Komité i region vest (REK Sør-Øst, 2015, 17.august; saksnummer 2013/1911). Datamaterialet bestod av utskrifter og lydfiler fra intervjuene som fra smarttelefon lydopptakerfunksjon ble overført og lagret digitalt på min private datamaskin. Datamaskinen har en adgangskode som bare jeg kjenner. Lydopptakene overførte jeg til datamaskinen samme dag som intervjuene fant sted og jeg slettet de fra min telefon umiddelbart. Utskrifter fra intervjuene ble også lagret på samme datamaskin. Sikkerhetskopi av alle lydfilene samt all dokumentasjon der personopplysninger fremkommer ble i tillegg oppbevart på en datamaskin som er passord-beskyttet med mitt personlige passord i Bergen kommune. Personopplysninger om informanter slettet jeg rett etter intervjuer ble gjennomført. Videre i prosessen kalte jeg de for (Informant 1, informant 2, ... informant 11). Informantenes anonymiserings-prosedyre beskriver jeg i kapittel 3.5.2 (Andre etiske betraktninger).

2.4 Analyse av kvalitative forskningsintervju

2.4.1 Redegjøring for valg av analysemetode

Formålet med analyse av kvalitative data er å bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet (Malterud, 2002). Fortolkninger av teksters mening kan omfatte mange forskjellige tilnærminger. Som jeg tidligere beskrev, bygger denne studien på en hermeneutisk vitenskapstradisjon der tolkning og forståelse av informantenes erfaringer vektlegges. I analysen av intervjumaterialet har jeg valgt å følge en systematisk tilnærming til dataene som bygger på «systematisk tekstkondensering» (STC),

utviklet av Kristi Malterud (2012; 2013). STC er en modifisering av Giorgi's fenomenologiske analyse, og er utviklet mer som en prosedyre enn fenomenologisk metodologi.

Min erfaring med å håndtere store mengder data er minimal, derfor så jeg fordelen av å kunne følge en «veibeskrivelse» til analyse som STC gir anledning til. «Systematisk tekstkondensering» valgte jeg blant annet på grunn dens tilgjengelighet. I denne analyseprosedyren har jeg hatt som mål, gjennom systematisk bearbeidelse av dataene, å bringe fram sentrale fenomen som finnes i materialet. Malterud (2012; 2013) har beskrevet denne prosedyren godt, i et lett forståelig språk, til fordel for en uerfaren forsker som meg. I følge Malterud (2012; 2013) egner STC seg for tversgående analyser av materiale fra flere informanter.

Det å gjøre en analyse etter et oppsatt program kan kanskje virke begrensende når det gjelder bevegelighet og fleksibilitet til forståelsen av materialet, men det vil samtidig være med på å sikre en systematikk knyttet til arbeidet med grunnlagsdataene (Malterud, 2002). I tillegg til dette håper jeg at denne fremgangsmåten er med på å gi grunnlag for en god og tilgjengelig presentasjon av funnene i denne studien. Malterud (2002) understreker at analysen ikke bare skal gjennomføres, men også formidles slik at andre senere kan følge den veien forskeren har gått, anerkjenne systematikk underveis og forstå konklusjoner.

2.4.2 Gjennomføring av tekstanalyse med systematisk tekstkondensering etter Malterud

Jeg vil nå redegjøre for analyseprosessens fire hovedtrinn slik Malterud (2013) presenterer og samtidig gi forklaring på hvilke valg jeg har gjort i forhold til denne fremgangsprosedyren. Analyse-trinnene er: (1) helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold; (2) koder, kategorier og begrep; (3) kondensering og (4) sammenfatning.

Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold

Analysens første trinn startet jeg med å skape et helhetsinntrykk over materialet gjennom å lese alle transskriberte intervjuer flere ganger, samt at jeg hørte igjen på lydopptakene. I følge Malterud (2013) skal vi på dette trinnet arbeide aktivt for å sette vår forståelse og teoretiske referanserammer midlertidig i parentes. Jeg forsøkte å stille meg åpen for de inntrykk som

materialet formidlet uten å være for mye farget av bakgrunnskunnskap og intervjuguiden. Gjennom denne delen laget jeg forslag til sentrale tema som materialet syntes å inneholde.

Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I analysens andre trinn skal relevant tekstmateriale skilles fra irrelevant materiale (Malterud, 2013). Dette kalles for dekontekstualisering og innebærer å bryte opp strukturen i hvert enkelt intervju og organisere den delen av materialet som man vil studere nærmere. Jeg leste ett og ett intervju om gangen og organiserte teksten i meningsbærende enheter som kunne være relevante for studiens problemstillinger og gav denne tekstbiten en foreløpig overskrift. Det irrelevante materialet la jeg til side. Jeg så at en og samme meningsbærende enhet med ett og samme tema kunne dukke opp flere steder gjennom samme intervjuet. Ved hjelp av «klipp og lim» funksjon i Word samlet jeg derfor alle meningsbærende enheter som omhandlet samme hovedtema under ett. Siden tekstmaterialet hadde et stort omfang, valgte jeg å opprette eget dokument der jeg samlet tre og tre intervjuer med valgte tema om gangen for å lette videre arbeid. I denne prosessen fant jeg både fellestrekk og ulikheter i informantenes beskrivelser. Dette laget grunnlaget for utvikling av undertema/ kodegruppe i meningsbærende enheter. For å kunne få bedre oversikt over disse, utformet jeg et skjema/kodetre som inneholdt alt fra hovedtema til undertema/kodegruppe. Jeg la også merke til at noen informanternes beskrivelser var mer nyanserte og tydelige enn andres, som gjorde det lettere å organisere teksten. Mens ved noen beskrivelser var jeg mer i tvil om hva noe av innholdet egentlig handlet om. Dette gjorde organiseringen av teksten mer krevende.

På dette stadiet av analyse måtte jeg innse at mitt tekstmateriale fremdeles var nokså kaotisk og at jeg hadde gjort overlappende koding under flere meningsbærende enheter. I følge Malterud (2013) kan vi se dette som et tegn på at kodene ikke har vært presise nok. Derfor måtte jeg gjennom hele analyseprosessen stadig bevege meg mellom det transkriberte og dekontekstualiserte materialet for å kunne løfte frem det mest sentrale og spennende i mitt materiale.

Kondensering – fra kode til mening

I det tredje analysetrinnet var målet å abstrahere/kondensere meningsinnholdet i hver kodegruppe/kategori som kom fram i trinn to. I det forrige analysetrinnet hadde jeg kommet frem til et hovedtema og seks store kodegrupper (undertema) med variasjoner som jeg hadde funnet som spennende og relevante. I den videre prosessen konsentrerte jeg meg om et

undertema av gangen. Å få frem undergrupper som skulle fremstille variasjon og fellestrekk krevde omfattende vurderings og analyse arbeid. Jeg stod selv bak det meste av analysegjennomføringen og savnet innimellom en «opponent», en annen person som hadde forskjellig syn på materialet. Tilbakemeldinger fra mine veiledere i tillegg til at vi avholdt et par diskusjonsmøter var til god hjelp.

Avslutningsvis i dette analysetrinnet gjorde jeg kondensering av meningsinnholdet i hver av undergruppene. Kondenseringen foregikk ved at jeg leste alle elementene i en undergruppe og gjenfortalte hovedinntrykket i mer generell form i mitt språk. I kondensatet brukte jeg «jeg» - form for å understreke at jeg i denne gjenfortelling representerer informantenes stemme så tett som mulig deres egne uttrykk under intervjuet. Dette kalles for kunstig sitat. (Malterud 2013) (*eksempel fra analysetrinn 3 se i vedlegg 3*).

På denne måten gjennomgikk jeg hele det empiriske materialet på en systematisk måte, som førte meg til dypere ettertanke om hva disse tekstene kunne fortelle om studiens problemstillinger. Kondensatet fungerte som arbeidsnotat som jeg videre brukte som utgangspunkt for resultatrepresentasjon.

Sammenfatning – kondensering til beskrivelser og begreper

I analysens fjerde og siste trinn dreier deg seg om sammenfatning av det man har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. (Malterud, 2013) har understreket viktighet av at sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal mot informantenes stemmer og gir leseren innsikt og tillit.

Gjennom hele analyseprosessen hadde jeg beveget meg frem og tilbake i materialet. Jeg hadde arbeidet meg gjennom intervjuene og forsøkt å forstå hvilke faktorer som avgjør informantenes mestring av fysisk aktivitet etter hjerneslaget og hvorfor de gjør sine valg som de gjør. På dette stadiet i analysen innså jeg at overskrifter og struktur i mitt materiale fremdeles var ganske preget av hovedtema i intervjuguiden og jeg måtte jobbe aktivt for å løsrive meg fra disse for å kunne bringe frem nye begrep og beskrivelser. Gjennom veiledning og videre arbeid med noen av temaene bestemte jeg meg for å ta pause i analyseprosessen og jobbe videre med teoretiske perspektiver som på dette tidspunktet ikke var helt klargjort. Forståelsen og tolkninger av tekstmaterialet så langt fungerte som ledende utgangspunkt for valg av teoretiske perspektiver for denne studien. Etter grundig gjennomgang av faglitteratur valgte jeg å knytte denne studien til helsefremmende perspektiv med utgangspunkt i

helseatferdsteorier og sosiokulturelle perspektiver som styrende element for helserelatert livsstils valg. Det å bli inspirert av teoretiske perspektiver opplevde jeg som frigjørende for videre arbeid med analyse. Etter hvert som kunnskapen på feltet økte og forståelseshorizonten min ble større, ble jeg stadig bedre i stand til å innta nye perspektiver fra materialet. Min (forsker/ fysioterapeut) innsikt og forståelse av temaet og teorigrunnet ble nå med i den videre analysen av det empiriske materialet.

Hver kodegruppe med tilhørende undergrupper bearbeidet jeg nå med utgangspunkt i det kunstige sitatet og tekstelementene den baserte seg på. Den endelige analyseformidling gjorde jeg i tredjepersons-form, siden min forskerrolle var å gjenfortelle. I resultatformidlingen tilstrebet jeg å formidle det sentrale fra informantfortellinger som ble sammenfattet gjennom analyse. Jeg valgte ut et godt og dekkende sitat fra intervjuene til å illustrere de viktigste nyanser i sammenfatningen av hver undergruppe. Til slutt ble overskrifter til kodegrupper og undergrupper revurdert og omformulert med tanke på å gjenspeile essensen i den følgende sammenfatningen. Analysen har munnet ut i resultatpresentasjon som formidles i *kapittel 3*. Underveis i analyseprosessen ble min oppmerksomhet fanget av en informants opplevelse av fysisk aktivitets mestring etter hjerneslaget. Informanten sa: «Jeg er den samme, men på en litt annen måte». Etter min mening gav dette uttrykket et treffende fellestrekk av informantenes erfaringer og dermed fanget det opp essensen i studiens funn. Derfor valgte jeg dette uttrykket som en overbyggende overskrift. Videre ble mitt materiale organisert under et hovedtema: og påfølgende seks undertema som gjenspeiler variasjoner og fellestrekk i hovedresultatet. For å få bedre overblikk over disse har jeg utarbeidet en figur (*Se Figur 5 i kapittel 3*).

2.5 Etiske vurderinger

Denne studien ble søkt godkjent av Regional Etisk komité i region vest (REK Sør-Øst, 2015, 17.august). I tillegg til dette søkte jeg tillatelse til Bergen Kommune om å rekruttere informanter som ikke lenger mottok tjeneste fra Innsatsteam-Rehabilitering. Etter at jeg hadde fått positivt svar fra REK (saksnummer: 2013/1911) (*se vedlegg 4*) og Bergen Kommune (*se vedlegg 5*) satt jeg i gang mitt forskningsarbeid. Som forsker i denne studien har jeg forsøkt ivareta grunnleggende prinsipper i Helsinkideklarasjonen om at medisinsk forskning som omfatter mennesker må være basert på grundig kjennskap til vitenskapelig litteratur (www.legeforeningen.no).

2.5.1 Informert samtykke

Samtykkeerklæringen utarbeidet jeg på bakgrunn av anbefalinger fra REK sine nettsider (REK Sør-Øst, 2015, 17.august). Samtykkeerklæringen inneholdt informasjon om studiens overordnede mål, informasjon om forhold rundt gjennomføring av intervju, min egen bakgrunn som forsker, bruk av lydbåndopptak, sikker oppbevaring av materialet, konfidensialitet, frivillighet og opplysninger om at informanten kan trekke seg når som helst fra studien uten å oppgi gyldig grunn (Kvale, 2004). Det ble også oppgitt mitt telefonnummer, om de heller ønsket å ringe for å melde sin interesse om deltagelse. Informanter, som hadde gitt sitt samtykke om at de kan bli videre kontaktet angående min forskningsstudie, fikk brev i posten med en informert samtykkeerklæring til undertegning og returnering i en vedlagt frankert konvolutt til min adresse (*se vedlagt samtykkeerklæring, vedlegg 6*).

2.5.2 Andre etiske betraktninger

Temaet i mitt valgte studie rører ved utfordringer rundt inaktivitet og utviklingen av livsstilssykdommer som blant annet hjerneslag, som en mulig konsekvens av inaktivitet. Selv om inaktivitets-problematikken er økende og utbredt i den generelle befolkningen, kan det for personer etter hjerneslag likevel oppleves som følelsen av et personlig tap å ikke kunne delta i fysiske aktiviteter som de kanskje kunne gjøre før hjerneslaget. Derfor var jeg forberedt på at under intervjuene kunne samtalen røre ved sensitive tema. Jeg gjorde informantene oppmerksom på at de kunne la være å svare på spørsmål som opplevdes for personlige. De fikk også opplyst at kunnskap fra denne studien ville kunne bidra til et bedre tilbud for personer etter hjerneslag. Imidlertid opplevde jeg at informanter responderte positivt på mine spørsmål og gjerne ville dele sine erfaringer og opplevelser rundt fysisk aktivitet.

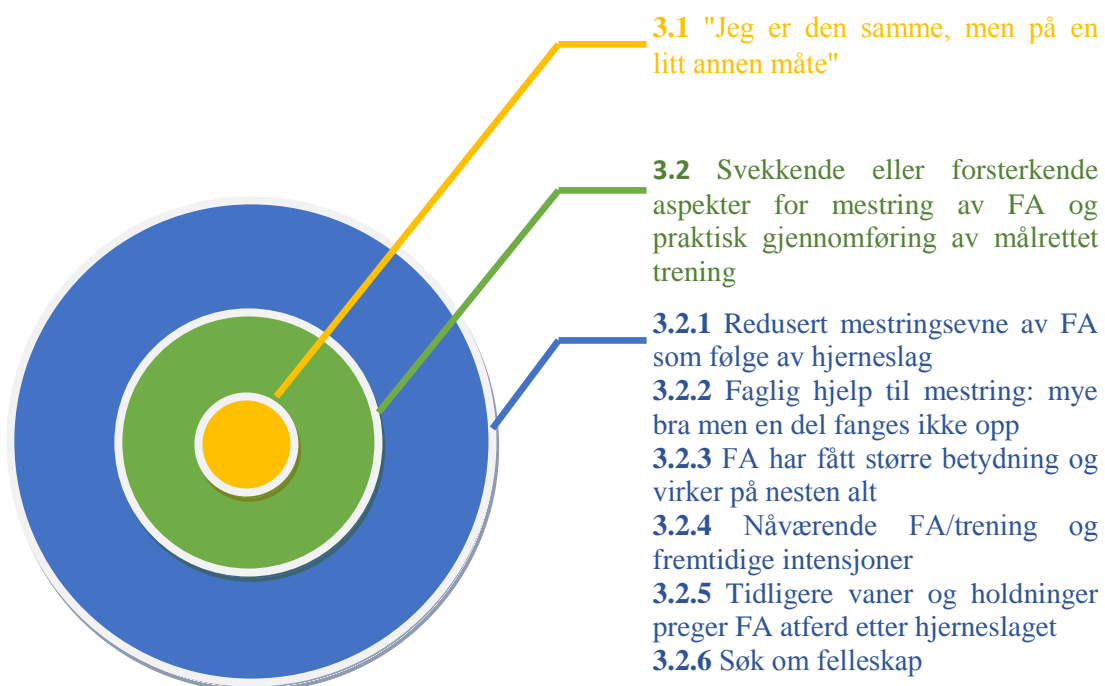
I datainnsamlingsprosessen hadde jeg fokus på anonymisering av studiens informanter, slik at de ikke kunne gjenkjennes ved resultatformidling. Ved sitering av deres uttalelser har jeg oppgitt deres kjønn og alder, som jeg vurderte som viktig opplysning i mitt materiale. Deres navn, yrke, geografiske steder som kunne identifisere de, fjernet jeg for innsyn.

Før intervjuene gjorde jeg det klart for meg, at jeg ville spørre informantene om tillatelse til å kontakte fastlege eller annen aktuelt helsepersonell, i tilfelle jeg under samtaler skulle oppdage at det var en helserisiko for informant, hvis ikke videre vurdering eller intervensjon fra helsevesenet ble satt i gang.

Studien er den avsluttende oppgave i en mastergrad i fysioterapivitenskap, og er ikke sponset av eksterne aktører som kan påvirke resultatet. På bakgrunn av at det er viktig å få økt forståelse om fysisk aktivitetsmestring hos personer etter hjerneslag for bedre å kunne utvikle helsetjenester for denne gruppen og at det er minimal risiko og ubehag knyttet til deltagelse, ser jeg på denne studien som verdt å gjennomføre.

3. RESULTAT – PRESENTASJON AV FORSKNINGSMATERIALET

Dette kapitlet innleder jeg med en fortettet beskrivelse av studiens hovedresultat under overbyggende overskrift: «Jeg er den samme men på en litt annen måte». Deretter vil jeg presentere hovedtema: «Svekkende eller forsterkende aspekter for mestring av fysisk aktivitet og praktisk gjennomføring av målrettet trening gjennom seks tilhørende undertema med sitat fra det empiriske materialet.



Figur 5: Oversikt over resultater av forskningsmaterialet.

3.1 «Jeg er den samme, men på en litt annen måte»

Ett til to års tid etter lett til moderat hjerneslag beskrev ingen av informantene i studien å være tilbake til samme fysiske aktivitetsnivå som før hjerneslag. Informantene har hatt en tøff rehabilitering bak seg der de gjennom slit og til tider fortvilelse gradvis har kjempet seg tilbake til et fysisk aktivt liv. Motstand og utfordringer hadde ikke hindret noen av informantene i å fortsette med å forbedre sin fysiske form og oppnå ytterligere deltagelse i fysiske aktiviteter. De visste mye om fysisk aktivitet og det har for de aller fleste vært viktig før og enda viktigere nå etter hjerneslaget. Fysisk aktivitet hadde gitt dem tilbake verdighet, energi og livsglede, selv om det nå kostet dem mye mer å være fysisk aktive. De uttrykte glede og takknemlighet for god faglig bistand som de hadde fått den første tiden, men ikke alle hadde klart å gjenvinne trygghet til å mestre fysiske aktiviteter og trening på egenhånd. Mestringsstrategiene for fysisk aktivitet etter endt rehabilitering var individuelt forskjellige. Flere informanter hadde blitt mer engstelige og forsiktige, mens noen hadde lært å gjøre nødvendige prioriteringer og var mer uredde. Flere savnet et tilrettelagt treningstilbud i lag med likesinnede. Selv om de fleste bevisst la opp til fysiske aktiviteter gjennom både hverdags-, friluftsliv og målrettet trening, beskrev de, som formidlet lavere aktivitetsnivå før hjerneslaget, også mindre fysisk aktivt livsstil etter det inntrufne.

3.2 **Svekkende eller forsterkende aspekter for mestring av fysisk aktivitet og praktisk gjennomføring av målrettet trening**

Informantene beskrev ulike aspekter som kunne svekke eller forsterke mestring av fysisk aktivitet. I beskrivelsene kom det frem ulike begrensninger og utfordringer hjerneslaget har ført til som påvirker mestringsopplevelse av fysisk aktivitet negativt. Mange har opplevd den faglige oppfølgingen som styrkende for deres mestringsevne, men deres beskrivelser tyder også på at ikke alle deres utfordringer er blitt fanget opp. Informantene beskrev mange positive opplevelser med fysisk aktivitet og omtaler det som betydningsfullt og motiverende. De nevnte også flere andre motivasjonsfaktorer som kunne gi økt mestring og deltagelse i fysiske aktiviteter. De formidlet også hvordan de gjennomførte målrettet trening. Disse variasjoner skal jeg videre gjøre rede for i følgende underkapitler.

3.2.1 Redusert mestringsevne av fysisk aktivitet som følge av hjerneslag

Ett til to år etter hjerneslaget opplevde fremdeles informanter ulike motoriske og kognitive følgetilstander som på en eller måte virket inn på deres fysiske aktivitetsevner. De fleste formidlet at de generelt er blitt mindre fysisk aktive og forsiktige enn før hjerneslaget. Deres fysiske aktivitetsmønstre var preget av mindre spontanitet og variasjon og at det krever mer planlegging enn før. De fortalte om både nedsatt balanse og kraft som legger begrensninger, men det virker som om noen følgetilstander var mer plagsomme og vanskeligere å takle enn andre. Jeg har valgt å belyse «usynlige» følgetilstander som trøtthet og planleggingsvansker, i tillegg til nedsatt utholdenhet, som ifølge informantene var de mest uttalte plagene.

3.2.1.1 Økt trøttbarhet virker mest hemmende

De fleste informanter opplevde fremdeles å være plaget av merkbar trøttbarhet som var hemmende for deres mentale og fysiske yteevne. Informantene beskrev at de fikk gjort og orket mye mindre enn før, og at det gjaldt både hverdagsliv, fritidsaktiviteter samt i jobbsammenheng. Selv om trøtthet hos mange hadde avtatt noe siden hjerneslaget, hadde de fremdeles økt behov for å planlegge hvilepauser i løpet av en dag for å tilføre ny energi og bygge opp sin fysiske prestasjonsevne for resten av dagen. Flere beskrev trøtthet om den følgetilstanden som var den mest plagsomme og vanskeligst å akseptere og leve med i tiden etter hjerneslaget. En yrkesaktiv kvinne (55 år) fortalte at hun fremdeles måtte jobbe redusert for å kunne orke også andre aktiviteter som trening:

Trøtthet er vel det jeg sliter mest med i ettertid. Ja, man kan jo si at når jeg har vært på jobb og har vært på trening, da er det vel liksom ikke mye energi igjen. Trøttheten er jo en av de grunner til at jeg er delvis sykemeldt enda. Jeg merker at arbeidsdagene krever en del av meg. Veldig ofte har jeg behov for å ta meg inn igjen på mine fridager.

En annen kvinnes (45 år) væremåte før hjerneslaget var at hun hadde mer energi enn det vanlige gjennomsnittet. Hun opplevde at både fysiske aktiviteter og sosial deltagelse krevde mer av henne nå, men at det å være på jobb opplevdes mest krevende:

Det gamle meg på 80 prosent ville vært som de verste på 100. Men det hadde vært riktig før. Sant! Men jeg har jo ikke den energien i dag. Jeg var på fjellet og stod på ski i tre timer kanskje. Og etter det var det ned på sofaen og jeg sov i flere timer. Jeg var så trøtt. Sånn at jeg henger ikke med i svingene så mye som jeg gjorde før. Men jeg merker mindre på

privaten enn på jobb. Altså koster det meg mer krefter å være på jobb enn det koster meg å gå en tur eller være med noen venner eller sånt.

3.2.1.2 Å bevege seg krever mer konsentrasjon: det går ikke på automatikk

Også informanter som ikke lenger hadde målbare og synlige fysiske utfall beskrev utfordringer med koordinering og kontroll av bevegelser i ulike aktiviteter. De erfarte at fysiske aktiviteter som de tidligere mestret ureflektert, nå krevde mer konsentrasjon og planlegging. Dette førte igjen til at de ble fortere sliten. En 75 år gammel mann beskrev følelsen av å ha mistet flyt og automatikk i bevegelser:

Jeg har jo blant annet drevet mye med hagearbeid og vært ute og hogget ved, kjørt trillebår rundt i terrenget og sånt. Og jeg var liksom spent på å fortsette å gjøre det, og jeg har jo sett at det går. Men det er tyngre, akkurat de tingene der som før gikk på autopilot. Før gjorde jo du sånt uten å ofre det en tanke. Det har liksom noe med koordineringen og det med kroppen og balanse å gjøre ... Så det å snu seg rundt er ikke bare å snu seg rundt lenger. Nå må jeg liksom legge litt mer merke til terrenget rundt meg, og konsentrere meg litt før jeg gjør sånne ting. Så det der blir jeg litt trøttere av rett og slett.

3.2.1.3 Nedsatt utholdenhet

I beskrivelsene kom det tydelig frem at flere informanter opplevde å være generelt mindre fysisk utholdende etter hjerneslaget. Ved fysisk krevende aktiviteter erfarte mange å bli fortere andpusten og sliten enn før og at de oftere trenger å stoppe opp for å hente seg inn igjen. I tillegg klarte de ikke å holde på med fysiske aktiviteter like lenge som de gjorde før hjerneslaget. En mann beskrev opplevelsen av at han følte seg «halvert» når det gjaldt sin fysiske utholdenhet:

Jeg er jo godt redusert både når det gjelder puls og i mange andre situasjoner ser jeg at jeg er halvert. Hvis du skal si det sånn, så er lungekapasiteten halvert. Sånn føles det. Det å gå sånn og luffe litt i full fart opp til naboen og tilbake igjen går fint. Men hvis du skal holde på med noe som krever av hele kroppen så blir du godt kjørt. Og da må jeg stå og puste en god stund [han trekker pusten dypt], for å komme til hektene igjen.

3.2.1.4 Utfordringer knyttet til fysisk aktivitet har gjort de fleste mer forsiktige

De fleste informantene gav uttrykk for at utfordringer knyttet til fysiske aktiviteter hadde gjort dem mer forsiktige og engstelige. Mange nevnte økt engstelse for fall, som gjorde at de ikke torde å utfordre seg i de fysiske aktiviteter som de ikke hadde forventning om å mestre. Noen hadde fått mer respekt for høyde og klatrer ikke opp i stiger, noen var mer forsiktige når de både gikk og syklet på glatt eller isete underlag. Det virket som trygghet var viktigere for informantene enn for enhver pris å gjenoppta alle tidligere fysiske aktiviteter. En mannlig informant (63) hadde i alle år vært glad i å sykle, men nå ville han ikke ta sjansen på å sykle ut i trafikken. Han sa:

Før jeg fikk hjerneslaget drev jo jeg og syklet ganske langt. Det var jo sykkelturer på fem, seks mil og sånt. Nå tør jeg ikke! Jeg er redd for å falle, fordi jeg har fått litt problem med balansen. Så jeg tar jeg ingen sjanser. Ut i trafikken ville det bare vært tull. Jeg vil ikke ha flere handicap enn jeg har. Men jeg tenker at jeg kan jo ... det er like god mosjon for meg å gå. Spesielt når jeg går i terreng her ute. Egentlig kan jeg gjøre veldig mye av det som jeg gjorde før. Og det har jeg forstått at det er jo mer enn snitt blant slagpasienter.

Bare få informanter prøvde etter det inntrufne å tilstrebe å komme tilbake til de samme fysiske aktiviteter som før hjerneslaget. En 75 år gammel mann fortalte at gleden om å komme til hytten og stå på ski har vært større enn bekymringer fra omverdenen om at han bør ta det roligere tatt i betraktning hans fysiske begrensninger som hjerneslaget har ført til. Han sa:

Jeg har jo ikke tenkt meg å gi meg verken med å gå på ski eller på tur egentlig. Selv om jeg hadde dårlig balanse gikk jeg jo på ski på hytten allikevel. Og jeg gikk på trynet også. Med det tålte jeg. Gikk jo litt forsiktig, men jeg datt jo for å si det sånn ... Jeg skal jo ikke sitte hjemme på en stol og vente på at jeg blir bedre, nei. Så jeg har ikke noen bekymringer ... Jeg reiser til hytten alene og behøver ikke ha noen med meg. Og hvorfor skal jeg ha det?! Jeg tenker at hvis jeg stopper, så stopper jeg antakeligvis samme hvor jeg stopper «*Ler*». Mange som sa at det var jo farlig. Men alt er jo farlig her på jorden.

3.2.2 Faglig hjelp til mestring: mye bra, men en del fanges ikke opp

De fleste informantene hadde en positiv opplevelse av oppfølgingen etter hjerneslaget. Det virker som om oppfølgingen hadde bidratt til lettere å takle situasjonen etter hjerneslaget, og gjort dem bedre rustet til å komme tilbake til et fysisk aktivt liv. Mange beskrev at de hadde

fått økt innsikt i de funksjonelle begrensninger hjerneslaget hadde ført til og fått økt kunnskap om treningsprinsipper når det gjelder intensitet og dosering. Faglig kunnskap i kombinasjon med erfaringer om hvordan kroppen reagerte på fysisk belastning under treningsveiledning, hadde gitt mange økt mestring. En mann (69 år) fortalte hvordan han ble utfordret av fagpersoner til å tøye sine fysiske grenser som han neppe ville våget å gjøre på egenhånd:

Jeg ser nok det at hvis jeg ikke hadde hatt oppfølging av fysioterapeut, så ville kroppen vært slappere nå. Jeg ville tatt det mer med ro. Jeg synes at jeg fikk vite hva jeg må trene på og hvor hardt ... At jeg skal også ha puls. Da jeg var på opptrening, gikk jeg opp og ned trappene og kunne bare si enstavelserord. Da ble pusten omtrent helt gåen. Jeg fikk testet det på meg selv, og andre sa at jeg har gjort dette før. Så begynte kroppen å livne til liksom, hvis man kan si det på den måten. Jeg synes det [oppfølging] er veldig bra, fordi du høster en god del goder av det. Jeg ser det! Og derfor er det veldig viktig med informasjon om disse tingene, at det ikke bare er sånne klisjeer med at du skal trene ... du skal komme deg ut og systematisk å holde på ... Det er greit nok det at du har lest i en bok, men når jeg skal gjennomføre det på meg selv kan det nok være vanskelig. Og det er da umåtelig viktig. For det er veldig lett overfor meg selv ... Åh nei, i dag trenger jeg pause.

3.2.2.1 Hjelp til å finne balanse mellom aktivitet og hvile

Informantene beskrev at oppfølgingen hadde gjort dem oppmerksomme på at det var viktig å finne balanse mellom aktivitet og hvile. Mange fortalte at de var veldig ivrig til å trene i starten for å gjenvinne sin tapte funksjon og ble frustrert over at de ikke hadde så mye krefter som før. Gjennom oppfølgingen hadde informantene fått økt forståelse for hvordan hjerneslaget påvirket deres fysiske yteevne og at det var normalt å oppleve økt trøttbarhet, og at kroppen trenger mer hvile. Flere hadde lært strategier for energiøkonomisering samt lært å sette realistiske mål og prioritere det som er mest nødvendig. En mann (64 år) fortalte hvordan han gjennom oppfølgingen lærte at treningen ikke nødvendigvis gav de ønskede resultater uten at han fikk hvilepauser. Han sa:

Jeg fikk beskjed av fysioterapeuten at jeg måtte ta det med ro. Jeg var jo litt sånn overtent en periode. Jeg spiste frokost og så gikk jeg og trente og så gikk jeg kun til måltidene og trente. Da ble jeg fryktelig sliten, spesielt i første delen av oppholdet. Da sa hun («fysioterapeut») at jeg må passe på å hvile litt. Og da begynte jeg å ta en halv time midt på dagen, da jeg la meg i sengen. Bare hvilte. Det var lurt! Da føler jeg at muskulaturen

blir piggere. Det er en slags modus, hvis man kan kalle det sånn, å mikse mellom aktivitet og hvile.

3.2.2.2 Hjelp til å komme i gang med hverdagsaktiviteter

For noen informanter hadde det vært viktig å få hjelp til å komme i gang med hverdagsaktiviteter. Følgetilstand etter hjerneslaget hadde gjort dem mer usikker eller ført til redusert evne til å utføre tidligere vante praktiske hverdagsaktiviteter som gulvvask eller hagearbeid. Derfor syntes de at det var viktig at de fikk faglig bistand og oppfordring om å gjenoppta disse aktiviteter. En mann (63 år) gav uttrykk for at han satte pris på praktisk oppgavetrening i oppfølgingen og opplevde det som mer meningsfullt enn spesifikke øvelser. Han sa:

Det var en del øvelser, sånt. Med strikk og litt forskjellig. Jeg har jo prøvd det, men jeg er ikke sikker på om det har hjulpet. Akkurat det altså! Men jeg tror det som har hjulpet meg mest, det er sånn alminnelig aktivitet hver dag. Gjør litt der, og litt der. Henge opp tøy og sånt. Brette sammen tøy igjen. Så det er min jobb. Og ut i hagen om sommeren og. Vi har den klassiske arbeidsfordeling med min kone ... Hun har gjort mye inne og jeg har gjort mye ute. Jeg har jo bygget mye her, jobbet mye med huset ... Jeg har mest tro på trening av sånn vanlig aktivitet i hverdagen. Jeg vil si at jeg fikk hjelp til det, ja!

3.2.2.3 Manglende trygghet og utilstrekkelig ivaretatt

Ikke alle informantene hadde gjennom oppfølgingen fått den nødvendige tryggheten for å mestre utfordringer knyttet til fysisk aktivitet på egen hånd. Flere hadde erfart engstelse for å anstrenge seg for mye i treningssammenheng og usikkerhet om det kan være skadelig. Det har også vært vanskelig å finne riktig treningsintensitet tilpasset til deres nåværende fysiske mestringssevner. En mann (48 år) fortalte om skremmende opplevelser da han gjenopptok turer i motbakker igjen og opplevde redsel for å få et nytt hjerneslag når han begynte å bli merkbart andpusten. Videre forteller han at det har tatt ham lang tid å gjenvinne trygghet ved fysisk anstrengelse. Selv om han i større grad torde å utfordre seg selv, helt trygg var han ikke blitt. Har sa:

Nå begynner jeg å bli fortrolig med å være svett og andpusten, men i begynnelsen, da var jeg veldig usikker. For da trodde jeg at jeg fikk et nytt et [hjerneslag]. Jeg var redd for at det kunne skje igjen. Da kjente jeg etter. Jeg kjenner jo symptomene når jeg blir helt ...

Akkurat som om jeg blir lam igjen. Og da skjedde jo ingenting og da slappet jeg av og så begynte det på igjen. Jeg erfarte at det ikke er noe farlig. Så jeg har jo mobiltelefon med meg og kan alltid ringe noen. Men jeg har ikke trengt å ringe noen enda. Tidligere når jeg gikk på tur der det er bare bakker presset jeg meg ganske mye. Og da var ikke det stopp eller pause før jeg hadde kommet helt til toppen. Jeg presset meg da mer. Nå er jeg mer forsiktig. Selv om jeg vet at det går bra. Jeg forsøker helt til jeg er nødt til å stoppe.

Blant informanter var det noen som hadde opplevd at de ikke var blitt tilstrekkelig ivaretatt av hjelpeapparatet og påpekte ulike savn og mangel ved oppfølgingen. En kvinne (32 år) fortalte at hun var svært plaget med trøtthet etter hjerneslag. Hun hadde etterlyst mer informasjon og tydelige, konkrete forslag om håndtering av den økte trøttbarheten i oppfølgingen uten å få noen konkrete svar. Hun sa:

Jeg spurte hvor sliten det var greit at jeg var og kunne jeg pushe for hardt?! Var det skadelig? Men jeg fikk liksom ikke noe svar. Det var bare: «nei dette må du kjenne på deg selv». Jeg savner faktisk den informasjonen. Jeg har jo søkt på det selv og kan jo lese hva forskning har sagt om det men det er jo også ganske diffust.

Flere syntes at oppfølgingen hadde vært for kortvarig, og de opplevde at de ble overlatt for tidlig til seg selv uten at de hadde fått den nødvendige tryggheten og kunnskap for å kunne fortsette treningen på egenhånd. En 49 år gammel mann uttrykte sin frustrasjon om for kortvarig oppfølging og utilstrekkelig bistand fra fagpersoner:

Jeg føler at jeg er blitt overlatt til meg selv. Jeg fikk sånn veldig klar beskjed om at dette er tidsbegrenset, altså på Innsatsteamet. Så da var jeg der i tre uker, så var det streik. «Nå er du ferdig!» Det var lås med en sånn rød tråd over hele oppholdet. Og det synes jeg at det var for lite. Jeg gjorde alt jeg fikk beskjed om. Jeg sluttet å røyke. Jeg har vært motivert til å trene og jeg ville ha hjelp til det. Noe som er litt motiverende. Men jeg følte at det var bortfallende. Men jeg bruker lite energi for å tenke på det. Men jeg synes at det var dumt at det ikke var mer kontinuitet.

Det var også et par informanter som uttrykte at det var vanskelig å finne fysioterapeuter med god faglig kompetanse i nevrologi på fysikalske institutt og treningssentrene som kan dekke deres behov for oppfølging videre. En mann (64 år) hadde i mange år gått til en privatpraktiserende fysioterapeut på grunn av andre plager. Etter endt rehabilitering etter hjerneslag hadde han fortsatt å gå til samme fysioterapeuten men opplevde at han ikke fikk den nødvendige hjelpen. Han sa:

Hos han fysioterapeuten blir det en annen tilnærming. Det er akkurat det samme i flere år. Jeg gjør der akkurat det samme som jeg har gjort i alle år. Trene med bena. Sitter med forskjellige vekter og situps. Og derfor har jeg vært litt i tvil om jeg skal fortsette hos han fysioterapeuten. Det synes jeg er litt statisk. Der er ikke mye nytenkning.

3.2.3 Fysisk aktivitet har fått større betydning og virker på nesten alt

Informantene uttrykte variert kunnskap og forståelse om potensielle gevinster av fysisk aktivitet og trening, men deres forståelse av sammenheng mellom for lite fysisk aktivitet og hjerneslag kom ikke klart frem.

Videre formidlet informantene varierte og mange positive erfaringer knyttet til fysisk aktivitet både før og etter hjerneslag. Det virket som om at i tiden etter hjerneslaget har den subjektive betydningen av å være fysisk aktiv blitt forsterket hos de fleste. Informantene uttrykte at fysisk aktivitet opplevdes meningsfullt og hensiktsmessig. De fikk mye igjen av å være i bevegelse både når det gjaldt fysisk og psykisk velvære og økt livskvalitet. En kvinne sa: «Det virker på nesten alt». Men noen uttrykte også skuffelse, da de tross fysisk aktiv livsstil opplevde å få sykdom.

3.2.3.1 Livslang nødvendighet som øker velværet

Flere formidlet at det å være fysisk aktiv var en naturlig del av deres identitet og livsstil som de gjorde med glede. Det å være i bevegelse bidro til økt livskvalitet og vitalitet samt gav hverdagen meningsfullt innhold. En 75 år gammel mannlig informant sa:

Fysisk aktivitet er en del av behandlingen, livsstilen min! ... Det har vært en livslang nødvendighet, ja! Jeg vil jo ikke sitte hjemme på en stol. Jeg liker å gjøre noe. Jeg kan ikke gå hjemme og krangle med kjerringen hele dagen.

3.2.3.2 Gir opplevelsen av å mestre igjen

De fleste gav uttrykk for at i tiden etter hjerneslaget hadde fysisk aktivitet fått en større betydning for dem enn før, da det å bevege seg og være aktiv for de fleste var en selvfølge. Flere beskrev sjokket de fikk da de så hvor redusert de var og hvor lite de klarte i den første tiden etter det inntrufne. Derfor har det å gradvis igjen kunne mestre vante fysiske aktiviteter

vært en gledelig og betydningsfull opplevelse. En 45 år gamle kvinne beskriver denne mestringsopplevelsen som en personlig seier og som et tegn på helsemessig fremgang:

Jeg husker første gang når jeg var ute og gikk med fysioterapeuten opp en ikke veldig lang bakke, så hadde jeg store problemer med å gå opp den bakken. Og første gangen jeg løp på tredemøllen ... det er ikke mer enn en måned siden! Bare den lykkfølelsen av å kjenne at du klarte å løpe 45 minutter på tredemølle, det har jeg ikke fått til på lenge. Det å kunne mestre igjen har vært en stor seier, og ikke minst at det er ikke noe selvfølge lenger. Så da blir jo det ekstra gøy. Altså, det viktigste for meg er jo egentlig det å være frisk. Det at du faktisk klarer det. Det er kjempedeilig, sant. Bare det å klare den der tredemøllen er sinnssykt deilig! Fordi det viser jo liksom at det skjer noe. Sant, det er mestringsgreie som får meg frem.

3.2.3.3 Viktig energikilde som gir overskudd til å orke mer

Den samme kvinnen uttrykte også at fysisk aktivitet var et viktig virkemiddel for å kunne bli mer rustet til å mestre hverdagen etter hjerneslaget. Hun hadde før det inntruffe et veldig høyt aktivitetsnivå både i privatliv og på jobb og trening gav henne mer energi til å leve opp til tidligere yteevner. Hun sa:

Siden jeg har hatt veldig høyt tempo før hjerneslaget blir jo også treningen viktig. Fordi jeg ser jo at jeg trenger krefter til å gjøre jobben min. Den gir meg krefter og gjør meg litt sterkere også. Jeg kan ikke bruke alle kreftene mine på jobb og når jeg er ferdig på jobb så har jeg ingenting å gå på ... At jeg ikke har noe liv etterpå. Sånn at, jeg tenker jo at trening kan være med og hjelpe meg å ha begge deler. Jeg trenger å trene meg opp på krefter, sånn at jeg kan gjøre jobben min også og ha et sosialt liv etterpå.

Noen andre fortalte at for mye sitting førte til ubehag. Fysisk aktivitet gav dem ny energi som igjen økte både fysisk og mental kapasitet.

3.2.3.4 Stor betydning for opprettholdelse og forbedring av kroppsfunksjoner

De fleste informantene fremstilte fysisk aktivitet og trening som et betydningsfullt virkemiddel for å opprettholde nåværende fysiske funksjoner og gi ytterligere bedring. De beskrev at de har gjennom trening og generell hverdagsaktivitet opplevd bedring i sine fysiske evner i form av både økt styrke, bedre balanse, bevegelighet samt gangtempo og utholdenhet.

Noen poengterte viktigheten av regelmessighet og kontinuitet av fysisk aktivitet og trening etter å ha opplevd funksjonsfall ved lengre opphold i treningen. Fysisk aktivitet virket å ha en sterk symbolsk betydning for deres identitet og autonomi. En mannlig informant (49 år) opplevde at han gjennom å være fysisk aktiv avverger kroppslig forfall:

Nei, jeg kjenner det at kroppen må brukes. Jeg merker at jeg blir mindre stiv og kjenner det at kondis, pusten er blitt bedre. Men jeg kjenner også det at jeg har mistet den muskelmassen. Så da må jeg gjøre noe for å ikke miste den for mye. Ja, altså det opprettholder ... at det ikke bare blir forfall. Det er litt opprettholdelse av kondisjon og noe styrke. Det kjenner jeg absolutt! Jeg synes jeg merker lite endring på balansen ... i positiv forstand.

3.2.3.5 Viktig for å forebygge livsstilsrelaterte sykdommer, men ikke alltid det gir garantier

Flere informanter formidlet at fysisk aktivitet var viktig for dem for å forebygge forekomst av ulike sykdommer. De nevnte diabetes, høyt blodtrykk og overvekt, men veldig få omtalte hjerneslag som livsstilsrelatert sykdom. Selvopplevde helseplager eller erfaringer med familien som ble rammet av sykdom relatert til livsstil hadde gjort dem mer bevisst på at det er viktig å være i fysisk aktivitet. For noen hadde selvopplevd sykdom vært som pådriver til livsstilsrelatert atferdsendring. En mannlig informant på 40 år beskrev hvordan han fra «sofa-gris» ble til en aktiv mann etter at han fikk kjenne konsekvenser av dårlig livsstil på egen kropp. Det kunne nesten anes et snev av bitterhet hos ham at han tross dramatiske livsstilsendringer måtte oppleve å få et hjerneslag:

Jeg skulle ha vært på et motbakkeløp når jeg fikk slaget. Jeg løp mye før slaget. Jeg hadde som mål å i hvert fall løpe 1 mil om gangen på hver trening. Men det gikk ikke så bra. Jeg har ikke bestandig vært så aktiv. Jeg var en ... jeg var en tjukkas. Det var mye god drikke og mat ... Jeg gikk så opp i vekt. Jeg veide 112 kg og hadde høyt blodtrykk. Når jeg var 25 år så begynte jeg på medisiner. Jeg har alltid vært aktiv med kjøring av motorsykkel og seiling og snowboard. Så jeg var aktiv men ikke nok. Det var når jeg var 32, 33 år at jeg begynte å trene veldig mye. Nå er jeg 40 ...

Noen andre uttrykte også skuffelse over å ha opplevd å få livsstilsrelatert sykdom tross aktiv livsstil. En mann (75 år) fortalte at han har vært fysisk aktiv gjennom hele sitt liv og understrekte viktigheten av å opparbeide seg gode fysiske aktivitetsvaner fra barndommen av

som la grunnlaget for et fysisk aktivt levesett for resten av livet. Han hadde nylig fått vite at han har diabetes 2, og det var vanskelig å tro:

De oppdaget jo på sykehus at jeg har fått diabetes 2. Og da fortalte jeg at det alltid har vært sånt at hvis jeg sitter for mye i ro, så var det beste å komme meg ut og sykle og svette og stå på. Derfor hadde jeg vansker med å tro at det hadde noe med diabetes å gjøre.

Samtidig var samme mannen (75 år) overbevist om at hans fysisk aktive levesett hadde bidratt til at han hadde holdt seg frisk frem til nå og at han, takket være det, opplevde å være bedre rustet til å takle konsekvenser av hjerneslaget:

Det at jeg alltid har likt å være i fysisk aktivitet var sikkert bra når uhellet ellers skulle inntreffe meg. Da hadde jeg god trening fra før og liksom at jeg ikke måtte ta opp noe på nytt. Så det ville vært fryktelig tungt hvis jeg ikke hadde hatt denne innstillingen på forhånd ... behovet for aktivitet! Altså er dette viktigheten av å gjøre til en vane å være i fysisk aktivitet når man er frisk og oppegående.

3.2.4 Nåværende fysiske aktiviteter/trening og fremtidige intensjoner.

Flere informanter formidlet at veien tilbake til et fysisk aktivt liv har vist seg til å være tung og vanskelig. Det opplevdes som et sjokk å plutselig være i en situasjon der så mange funksjoner med ett var redusert. Tilpasning og aksept av en ny hverdag har for mange vært tungt å akseptere og psykisk belastende. Noen har også opplevd å bli deprimert. Samtidig gav de fleste uttrykk for at opplevelse av fremgang i kroppslig og psykisk funksjon gjennom fysisk aktivitet og trening, hadde gitt dem tilbake gnisten og motivasjon til å fortsette med trening. En kvinne (45 år) sa:

Det å se framgang er jo en motivator til å trene mer. Jeg vet jo hvordan jeg hadde det. Jeg vet hvordan kroppen min ikke har hatt noe å gå på. Det er jo en god motivator i forhold til det å trene. Det at du tar vare på kroppen din sånn at den er mye mer rustet til å tåle.

De fleste hadde god forståelse for hvordan generell fysisk aktivitet skiller seg innholdsmessig fra trening, bortsett fra noen få som ikke opplevde noe forskjell. Det var ganske stor variasjon i treningsaktiviteter som praktiseres blant informantene ut i fra hver enkeltes interesser, tilgang på utstyr eller trenings vaner. Noen fulgte treningsprogram som ble anbefalt under oppfølgingen. Trening oppfattet flertallet som en målrettet handling for å forbedre styrke og

utholdenhet. Mange tilstrebet å oppnå høyere intensitet under treningen enn det som er vanlig under hverdagsaktiviteter for øvrig, slik at de ble andpusten og svett. Mange hadde begynt å prioritere styrketrening og annen spesifikk trening fremfor praktiske hverdagsaktiviteter og opplevde det som mer meningsfullt.

3.2.4.1 Trening på egenhånd hjemme eller i friluft

Flere brukte i treningen treningsapparater som tredemølle, ergometersykkel eller styrkeapparater som de hadde tilgjengelig hjemme. Noen fulgte opp treningsprogram som ble anbefalt i oppfølgingen. Turgåing var en populær mosjoneringsform hos flertallet av informantene og mange brukte turgåing i bratt terreng som treningsform. Få informanter opplevde å være fysisk anstrengt av praktisk arbeid. En mann beskrev at han regelmessig gjorde tyngre praktisk arbeid hjemme og oppfattet det som en nyttig form for trening da han ble svett og andpusten av dette. Han bodde i landlige omgivelser ved sjøen og at det å være ute og holde på med fysisk tungt praktisk arbeid var en naturlig del av hans hverdagsaktivitet. Han sa:

Men da tenker jeg på sånne løft ute. Jeg får liksom ikke den holdningen med å sige sammen. Da får du vansker med å snakke og så får jeg bedre pust. Hvis du får en puls på hundre og tretti, hundre og førti så må du puste ellers siger du helt i sammen. Ja, og det får jeg når jeg er ute og jobber sånn rundt huset. Bare det å gå ned til sjøen med et garn liksom. Gå i motbakke. Og det er jo anstrengende. Og jeg ser den at til å begynne med var ikke det snakk om å gå i motbakke med en trillebår. Det var tungt. Men i dag har jeg både garn og fisk oppi, sånn sett.

3.2.4.2 Trening på treningssenter

Noen informanter som ikke hadde tilgang på treningsutstyr hjemme hadde valgt å trene på et treningssenter i nærmiljøet. Treningssenteret fungerte for dem også som en sosial arena med venner. En 49 år gammel mannlig informant fortalte:

Jeg har fast trening tirsdag og torsdag på treningssenteret med en kamerat. Der gjør jeg kanskje det samme hver gang. Jeg begynner med en 15 minutters hurtig gange på tredemølle. Og prøver å la være å holde meg ... så gå uten. Og så når jeg er blitt varm så er det over på sykkelen. Og får opp pulsen. Tre ganger ett minutt på bønn gass. Da trener jeg altså kondisjon og styrke på forskjellige apparater da. Og det funker.

3.2.4.3 Oppfølging av fysioterapeut

Flere informanter fikk oppfølging på fysikalsk institutt. Noen fikk individuell oppfølging, mens noen fikk generell treningsveiledning i gruppe med flere. En kvinne fortalte om oppfølging hos fysioterapeut der hun opplevde å få god hjelp:

Etter Innsatsteamet fortsetter jeg med fysioterapi to ganger i uken. Først så varmer jeg meg opp med sykkel og en sånn ellipse-maskin. Og så varierer det litt hva jeg gjør av øvelser jeg tar. Det går litt på balansen noen ganger. Armene tar jeg noen øvelser for og bena. Ja, jeg sitter på en sånn maskin og sparker fra. Så er det litt sånn rygg og. Øvelser. Det er et stort treningssenter der det er flere som trener samtidig. Men vi har dedikerte personer som, ja ... og jeg synes at det er greit å gå og trene der oppe og ha hun fysioterapeuten som en sånn ... ja, både som personlig trener og den sikkerheten i henne.

3.2.4.4 Intensjoner om å øke fysisk aktivitet i fremtiden

Flere informanter hadde intensjon om å øke treningsmengde og deltagelse i idretts- og friluftaktiviteter i nær fremtid. De uttrykte misnøye med sine nåværende fysiske prestasjonsevner og hadde forventninger om ytterligere å forbedre de. Informantene ønsket å forbedre både kondisjon og styrke og hadde konkrete planer om hvordan de vil realisere sine mål. Noen ville ta flittigere i bruk ergometersykkel og tredemølle hjemme, mens noen ville begynne å løpe i motbakker eller trene hyppigere på treningssenter. Noen håpet på å gjenoppta friluftaktiviteter som de ikke hadde fått til i første tiden etter hjerneslag. En mann (49 år) hadde i alle år vært lidenskapelig alpinski-entusiast og hadde forventning om å kunne få dette til igjen, men opplevde at han måtte være mer forsiktig:

Kjøre fort på ski, det liker jeg. Skigåing er det blitt mindre av enn før på grunn av balansen. Jeg er blitt vant til å bare sette utfor. Å ha full kontroll. Og nå var det plutselig noe som manglet [ler]. Så jeg følte meg som en liten jente [ler]. Men ski blir det igjen. Det kjenner jeg. Jeg har ikke solgt de enda [kaster blikket på slalåm støvler som står på gulvet i stuen]. Men jeg må gjøre det på en litt annen måte. Jeg er ikke så trygg lenger, men jeg er ikke redd. Bare at det ligger der i bakhodet. Jeg planlegger på en helt annen måte. Altså er jeg vel den samme, men en litt annen variant. Litt roligere kanskje.

3.2.5 Tidligere vaner og holdninger preger fysisk aktivitetsatferd etter hjerneslag

Informantenes beskrivelser tydet på at tidligere fysiske aktivitetsmønster og holdninger gjennom oppvekst og i tiden før hjerneslaget preget også deres fysiske aktivitetsvaner etter det inntrufne. De fleste informanter gav uttrykk for at de prøvde å finne en god fordeling mellom hverdagsaktiviteter og målrettet trening, men regelmessighet og valg av intensitet varierte fra lett til hard anstrengelse. Ikke alltid var det samsvar mellom informantenes opplevelser av hvor fysisk aktive de var og beskrivelser av hva de faktisk gjorde. Noen refererte til hvor aktive de hadde vært i yngre dager, når de beskrev sine fysiske aktivitetsvaner. En mann (64 år) formidlet oppfattelsen av at han alltid hadde vært en aktiv person og fortalte om sitt tidligere høye fysiske aktivitetsnivå:

Jeg må jo si sånn at jeg hadde veldig høyt aktivitetsnivå tidligere når jeg var litt yngre. Jeg gikk jo mye på jakt. Da gikk jo vi dagsturer med sekk og ... en pakning på 15 kg i alle fall. Og gikk gjerne 12-13 timers turer. Og jeg har gått skiturer på 8-10 timer for eksempel.

3.2.5.1 De som beskriver seg som regelmessig fysisk aktive og er fortrolig med å være andpusten

Flere informanter beskrev fysisk aktivt levesett som en selvfølgelig del av hverdagen deres både før og etter hjerneslaget. De la ikke skjul på at de innimellom også kunne ha noen roligere dager med mindre fysisk aktivitet på grunn av dagsformen, men at det ikke var langvarig. De fortalte om aktiv deltagelse i forpliktelser i hverdagen relatert til familielivet og praktisk arbeid samt jobb og ulike fritidsinteresser knyttet til fysisk aktivitet. I tillegg til at de drev med målrettet og regelmessig trening to til fire ganger i uken. En 69 år gammel mann sa:

Du må finne på noe. Du kan ikke sitte sånn [legger hendene i kryss på fanget]. Det mener jeg, at jeg ligger godt an selv på vinteren, at jeg har en god halvtime hver dag. Det kan være i sammenheng med noen tunge løft og forskjellig. Ja, jeg bruker også denne sykkelen [peker på ergometersykkel i stuen] tre til fire ganger i uken. Og så prøver jeg 2 ganger i uken på studio. Jeg er vel opp i 130 i puls og så sykler jeg sikkert 3 kilometer i ett. Hos fysioterapeut tok jeg 150 på benkepress på bena gjerne 12 ganger. Og neste gang så kan jeg ta 170 eller noe sånt.

Disse informanter formidlet at de var fortrolig med pulsøkning og svette under fysiske aktiviteter. Noen hadde vært engstelig for å anstrenge seg for mye etter hjerneslaget men

hadde etter hvert fått økt trygghet angående dette. Flere hadde gjennom barndommen og oppveksten opparbeidet seg forståelse for at det var nødvendig å utsette kroppen for fysisk anstrengelse og tilstrebet nå å oppnå merkbar pulsøkning i forbindelse med målrettet trening for å få den ønskelige treningseffekten. En 75 år gammel mann formidlet sine erfaringer og forståelse slik:

Jeg har jo alltid drevet med gymnastikk eller i hvert fall i oppveksten og for så vidt i voksen alder. Jeg har vært mye på sånne idrettslag som de arrangerte. Så jeg er vant med, for å si, gymnastikk og øvelser og sånt. Det å være andpusten går i grunnen greit. Ja, jeg må liksom pushe meg litt men i og med at jeg føler velvære med å ... etter å ha gjort øvelsene. Da føler jeg liksom at dette bare gjør godt egentlig. Det gjør ting bedre. Jeg er ikke engstelig for å svette og bli andpusten. Det skjønner jo jeg at det skal du liksom.

3.2.5.2 De som beskriver seg selv som mer bedagelig anlagt

Noen informanter beskrev seg selv som mer bedagelig anlagt både før og etter hjerneslag. De fortalte at de drev med målrettet trening ett til to ganger i uken, men resten av tiden var deres fysiske aktivitetsvaner uregelmessige og sporadiske. Flere unnskyldte seg med dårlig vær, mangel på tid, nedsatt motivasjon som hindret dem til å være mer fysisk aktive. Flere informanter bodde alene og ut i fra deres beskrivelser hadde de mindre forventningspress om hverdagsplikter fra omverdenen. I tillegg opplevde noen at de var mindre fysisk aktive på grunn av sykemelding. En mannlig informant på 49 år beskrev sine nåværende trenings vaner slik:

Det kunne nok vært bedre. Jeg prøver å være bevisst på å gjøre aktiviteter i hverdagen, men det kan også bli en dag på sofaen. Nei, det er vel en slags makelighet vil jeg tro. Men på grunn av OL så blir det mye TV-titting og nå om vinteren er det litt mindre aktivitet. Det kjenner jeg. Det kjenner jeg litt på magen og. Jeg merker at årstid har litt mer betydning enn før. Før så gikk jeg uansett. Men nå blir det litt mer ... Jeg er blitt litt mer værsyk ... Men det er dårlig unnskyldning. Jeg har alt av Gore-Tex klær. Så jeg bør ikke være redd for å bli våt.

Selv om disse informantene gav uttrykk for at de burde være mer aktive, opplevde noen at det generelle treningsfokus i samfunnet ofte kunne være for voldsomt. Stadig påminning og forventninger fra omverdenen om at de burde trene mer, samt for høye krav til seg kunne føre til uønsket stress og nedsatt selvfølelse. De mente at dette burde skjer innen rimelighetens

grenser med realistiske målsettinger slik at det ikke gikk utover deres motivasjon og livskvalitet. En mann sa:

Det å begynne å stresse meg selv sånn at jeg får dårlig samvittighet for at jeg ikke er sånn og sånn, det gidder jeg ikke! Jeg må heller gjøre det på en grei måte enn å begynne å stresse meg selv, føler jeg. Jeg kan leve med at jeg er ikke akkurat som før. Men samtidig så er jeg litt obs på å ikke lage noe sånt kav tempo for meg selv. At jeg skal ikke gå med kronisk dårlig samvittighet. Det har jeg ikke tro på. Jeg er litt bevisst på å ikke ligge og terrorisere meg selv med skulle, burde og alt dette her. For det tror jeg er bare bortkastet energi. Ja, og så ser jeg fremover. Det kan være fra uke til uke noen små mål som jeg sitter med. Det å gjøre de tingene som jeg har lyst til. Det er viktig. At jeg ikke bare får tapsopplevelser, men få litt personlige seire. Det er litt forskjellig.

Når det gjelder valg av treningsintensitet, beskrev noen informanter at de verken før eller etter hjerneslaget har vært komfortable med å anstrenge seg fysisk til de blir merkbart andpusten og svett. Disse opplevde at det enten var en ubehagelig påkjenning eller at det var lite lystbetont å være så anstrengt. De prøvde derfor å unngå å være i denne intensitetssonen. En kvinne sa:

Jeg har jo aldri likt å være sånn kjempe andpusten. Da begynner jeg å puste helt her oppe: [hun legger hånd på brystet]. Da føler jeg at jeg ikke får brukt lungekapasiteten. Men jeg har bestandig likt å gå turer. Det har jeg. Og så, for å si, nei det er stort sett det jeg har gjort. Ikke så mye på fjellet og sanne områder. Ja, ja, litt opp i skogen i nærområdet og sånt, men ikke opp på fjelltopper. Så da er det mest disse tilrettelagte stier i området.

3.2.6 Søk om felleskap

Flere formidlet at det til tider kunne være tungt å trene alene og holde motivasjonen oppe. Det virket som om det sosiale aspektet for mange var en betydningsfull faktor som kunne bidra til økt deltagelse i fysiske aktiviteter. Flere opplevde mangel på offentlig tilbud.

3.2.6.1 Familie og venner gir ekstra motivasjon

Noen omtalte familiemedlemmer som viktige motivatorer som både inspirer og støtter dem, mens noen fikk drahjelp hos venner. En kvinne (32 år) fortalte at hun slet med å finne motivasjon til trening på egenhånd. Hun trivdes i lag med venner og hadde funnet sin måte å

kombinere dekking av sosiale behov samtidig med å være fysisk aktiv. Det ble selvsagt mer forpliktende overfor den andre og økte sannsynligheten for at hun kom seg opp av sofaen. Hun sa:

Det er jo alltid lettere å møte opp hvis man har en avtale med andre. Da vil man ikke avlyse fordi det er dårlig gjort overfor den andre. Å bryte avtale med meg selv er jo ikke så vanskelig. Jeg har en venninne som jeg går på tur i lag med. Sånn kanskje en gang i uken prøver vi å få til noe. Så det hjelper jo på. Da *må* jeg.

3.2.6.2 Savner å trene i lag med likesinnede

Flere uttrykte savn etter en lavterskel treningstilbud i nærmiljøet der de kunne både treffe likesinnede og få litt veiledning. Disse hadde hatt positive erfaringer med å trene i gruppe med likesinnede under rehabilitering i både inn- og utland. Dette hadde vært motiverende og fellesskaps- skapende. Det å oppsøke de ordinære treningsentre var for mange i tilstanden etter hjerneslaget en barriere. De følte seg usikker på om de var i stand til å trene i lag med funksjonsfriske. En mann (40 år), som for tiden var 100 prosent sykemeldt fra jobben og prioriterte trening veldig høyt for å gjenvinne sine fysiske funksjoner, savnet sårt et motiverende og organisert treningstilbud sammen med andre i samme situasjon. Han sa:

Opphold på rehabiliteringssenter var så bra. Jeg hadde så god framgang på de fire ukene. Nå er det ingen som råder meg. Jeg må finne den selv. Ja, og de som jeg traff på rehabiliteringssenteret ... Det var så motiverende. Der var noen som rådet meg og trente med meg. Jeg er ikke ferdig å finne formen enda. Jeg skulle ønsket å ha et sånt tilbud i nærområdet og i litt lenger tid ... en gruppe som jeg hadde noe felles med og har litt de samme utfordringer. Og støtte fra dem ..._Ikke sikkert det måtte være hjerneslag.

3.2.6.3 Savner struktur og faglig «spark i baken»

Noen savnet ytterligere veiledning, støtte og bekreftelse fra fagpersoner på at de er på riktig vei når det gjaldt trening, «få spark i baken» som noen sa. De hadde under oppfølging opplevd at det var lettere å motivere seg til å gjennomføre målrettet trening når man hadde fastsatte avtaler og strukturert plan over treningen. Behov og ønske om ytre påvirkning til trening forklarte de med sin egen bedagelighet og vansker med å prioritere trening på egenhånd fremfor andre gjøremål i hverdagen. En mann (64 år) sa:

Det er noe med det at hverdagen har mange forpliktelser og det er nå sikkert at de fleste dager fylles opp med trivialiteter. Det er mye lettere, sånn som jeg er av natur, når du har en avtale kl.9 den morgningen. Så skal du hos fysioterapeut og skal gjennom sånn og sånn og sånn. Det synes jeg er mye bedre å forholde seg til, enn å si til seg selv at nå tar jeg frem et skjema. Det, det blir aldri det samme. Jeg trenger litt spark i baken av og til. Og jeg synes at det er greit å ha faste avtaler. Da skal jeg trene, da skal jeg holde på med det, og da skal jeg holde på med det.

4. RESULTATDISKUSJON

I dette kapittelet diskuterer jeg hvordan informantenes sentrale tanker og erfaringer med fysisk aktivitet etter hjerneslag som ble presentert i resultatdelen, belyser oppgavens problemstillinger. Etter en kort innledning har jeg valgt å drøfte kapittel for kapittel i samme rekkefølge som det fremstår i resultatdelen. Resultatene drøfter jeg i lys av valgte teoriperspektiv og tidligere forskning på feltet, samt min egen forståelse. I drøftingen setter jeg særlig fokus på å få økt forståelse for fysiske aktivitetsvaner og utfordringer etter hjerneslag som kan bidra til bedre oppfølging av denne pasientgruppen. Diskusjonsdelen avslutter jeg med drøfting av den valgte metoden, samt om mulige implikasjoner for klinisk praksis og forskning på bakgrunn av denne studien.

4.1 “Jeg er den samme, men på en litt annen måte”

I denne studien møtte jeg personer som hadde opplevd hjerneslag for ett til to år siden. Alle hadde vært gjennom en krevende rehabilitering og gjenfunnet høy grad av selvstendighet. Deres rike beskrivelser belyste ulike aspekter som både kunne svekke og forsterke mestring av fysisk aktivitet. De beskrev også hvordan deres fysiske aktivitetsvaner og holdninger var før hjerneslaget. De fleste hadde god kunnskap om at fysisk aktivitet er viktig for å fremme god helse, og de opplevde stor glede og verdi i å være fysisk aktive. Til tross for dette gav de fleste uttrykk for at de ikke var tilbake til opprinnelig nivå av fysisk aktivitet. Gjennom denne diskusjonen skal jeg forsøke å få økt forståelse for hva som hindrer dem i å oppnå minst samme nivå for fysisk aktivitet som før hjerneslaget, og hvordan et slikt nivå eventuelt kan fremmes.

4.1.1 Redusert mestringsevne av fysisk aktivitet som følge av hjerneslag

Ett til to år etter førstegangs hjerneslag og selvstendig gangfunksjon, beskrev studiens informanter fremdeles nedsatt fysisk form og prestasjonsevne. I følge dem hadde dette ført til et lavere fysisk aktivitetsnivå enn før hjerneslaget inntraff. Dette til tross for at de utad kunne fremstå som godt fysisk fungerende, med høyt funksjonsnivå og selvstendighet. Disse beskrivelser antyder samsvaret med funn i andre studier som har vist at selv de med bare mild motorisk funksjonsnedsettelse etter hjerneslag kan ha et lavere nivå av fysisk aktivitet enn det de hadde før (Gordon et al., 2004; Morris et al., 2014; Saunders et al., 2014). Det er funnet at hjerte- og lunge kapasitet hos personer med få motoriske utfall etter hjerneslag kunne være så mye som 50 prosent mindre sammenlignet med frisk populasjon av samme alder og kjønn (Saunders et al., 2014). De fleste gav uttrykk for at det å få et hjerneslag dreide seg om *mer enn nedsatt funksjon*. Mange opplevde at de bar med seg også emosjonelle og følelsesmessig påkjenninger, som påvirket deres syn på egne mestringsevner i tiden etter hjerneslaget. For mange hadde det vært vanskelig å venne seg til og akseptere at de ikke kunne klare å gjøre så mye som før det inntrufne og det virket som om de var blitt mindre selvsikre. Deres opplevelser av gjennomgått hjerneslag kan dermed trekke paralleller med en norsk studie gjort på en lignende populasjon, som viste at mildt hjerneslag syntes å endre deltakernes liv på en eksistensiell måte og at selvopplevd helse, selvoppfattelse, og syn på egen kropp kompliserte deres daglige funksjon (Taule & Raheim, 2014).

Informantenes erfaringer og opplevelser tydeliggjorde at deres fysiske yteevner i hovedsak ble hemmet av de usynlige vansker som trøtthet, samt kognitive utfordringer i form av nedsatt psykomotorisk tempo og fleksibilitet. I tidligere studier er det funnet at forekomst av «usynlige» vansker etter førstegangs hjerneslag er svært vanlige og kan vedvare. Dette kan føre til nedsatt fysisk form, hindre deltakelse i fysiske aktiviteter, og bestemmer i stor grad pasientenes livskvalitet (Hoffmann et al., 2010; Naess et al., 2012; Saunders et al., 2014). Informantene beskrev at gjennomføring av fysiske aktiviteter ikke flyter så lett som før, og at de brukte lenger tid på å planlegge og gjennomføre aktiviteten. Dette kan være indikasjon på redusert eksekutiv funksjon (Fure, 2008). En rekke publikasjoner har vist at nettopp pasientene med mindre motoriske utfall, som er representert i denne studien, utvikler nedsatt eksekutiv evne etter hjerneslaget (Fure, 2008).

Mange informanter i denne studien pekte på at det å bli fort trøttere som den mest utbredte og plagsomme følgetilstanden etter hjerneslag. I samsvar med funn i andre kvalitative studier

beskrev også denne studiens informanter at fysiske aktiviteter krevde mer av deres energi enn før og de hadde behov for mer hvile (Eilertsen et al., 2013). Mange hadde opplevd behov for å gjøre omprioritering av sitt vante aktivitetsnivå på grunn av dette. Flere oppga økt trøttbarhet som hovedgrunn til at de ikke for fullt kunne komme tilbake til arbeidslivet. I den forbindelsen kan det være hensiktsmessig å se på årsak/virkning- mekanismer til trøtthet. Tidligere forskning har vist at nettopp nedsatt fysisk yteevne etter hjerneslaget gjør at hjerneslagsrammede blir mer inaktive og dermed mer mottagelig for trøtthet (Saunders et al., 2014). Dette beskrives som utvikling av en «ond sirkel» (Glader et al., 2002) og gjenspeiler kompleksitet med økt trøttbarhet og andre «usynlige» vansker som følge av hjerneslag. For å unngå denne «onde sirkelen», er det viktig å fange opp andre utfordringer enn motoriske som kan begrense deltagelse i fysiske aktiviteter etter hjerneslag. Spesielt viktig er det å ikke overse de «usynlige» vansker, når motoriske utfall er lette eller få; dette gjelder flere av studiens informanter. Thommessen og Wyller (2007) har også rettet oppmerksomhet mot dette. Nyere forskningsdata viser at det fremdeles er for lite konkret kunnskap om de beste måter man kan håndtere trøtthet etter hjerneslag på og viktigheten av å prioritere studier på dette området i fremtiden understrekes (Wu et al., 2015). Når det gjelder kognitive vansker, foreligger det imidlertid dokumentasjon på at fysisk aktivitet påvirker kognitiv funksjon positivt (Kramer & Erickson, 2007; Saunders et al., 2014).

Informantenes ulike utfordringer etter hjerneslag hadde gjort dem mer engstelig og forsiktig når det gjelder fysisk aktivitet. Deres engstelse og usikkerhet kan knyttes til nedsatt mestringsforventning som Bandura (Bandura, 2004, s. 144; Mæland & Aarø, 1993, s. 53) har beskrevet som troen på evner man har til å utføre en spesiell type handling. I tråd med sosial kognitiv teori (Bandura, 1995; 1997) er mestringsforventning den viktigste komponenten som influerer på en persons tankeprosesser og atferdsmønstre. Flere av studiens informanter beskrev at de unngikk aktiviteter som de ikke hadde tro på å mestre og hvor de var engstelige for å falle eller skade seg. Bandura (1995; 1997) har understreket at negative erfaringer, spesielt i tidlig fase i et forsøk av å få noe til, straks vil redusere mestringsforventningene om å klare fysiske aktiviteter i fremtiden. Jeg vil påpeke at slik atferds-strategi kan for så vidt være fornuftig inn til den fysiske funksjon hos de hjerneslagrammede blir bedre, med tanke på deres egen sikkerhet.

Sett fra et sosiokulturelt perspektiv, er vi bærere av vår ubevisste helseatferd som formes gjennom egne erfaringer og oppfatninger av strukturelle forhold i omgivelsene og samfunnet rundt oss (Cockerham, 2005; Bourdieu, 1999). Men, som Cockerham (2005) har påpekt, kan

de tidligere etablerte livsstils-vaner endres i livets løp. I forbindelse med informantenes beskrivelser kan det være fare for at i den nye livssituasjonen etter hjerneslaget får man en oppfatning av at man bør opptre roligere når det gjelder fysiske aktiviteter. Dermed kan det dannes nye vaner og atferdsmønstre som kjennetegnes ved et generelt lavere aktivitetsnivå. Dette kan igjen bremse forbedring av fysiske ferdigheter og muligheter til å oppnå i det minste samme fysiske aktivitetsnivå som før hjerneslaget.

Dette kapittelet kan oppsummeres med at selv godt fysisk fungerende personer etter hjerneslag kan oppleve vedvarende usikkerhet og engstelse knyttet til mestring og mestringsforventning av fysisk aktivitet. Dette kan skape nye vaner og selvoppfattelse, som igjen kan føre til mindre deltagelse i fysiske aktiviteter enn før hjerneslaget og etablering av sedat livsstil. I tråd med Folkehelsepolitikken i Norge er det helsepersonellens ansvar å assistere mennesker med fysiske eller psykiske begrensninger i å mobilisere sine ressurser slik at de er i stand til å ta gode valg for sine liv og sin helse og være mer aktive (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011; Sosial- og helsedepartement, 1998; WHO, 1986). Informantenes erfaringer og utbytte av faglig oppfølging diskuterer jeg i neste kapittel.

4.1.2 Faglig hjelp til mestring: mye bra men en del fanges ikke opp

De fleste av studiens informanter gav uttrykk for at faglig bistand på en eller annen måte hadde styrket deres evne til å mestre fysisk aktivitet igjen etter hjerneslaget. Behov for og utbytte av faglig oppfølging har vært ulik. Noen var engstelige for å anstrenge og presse seg for mye etter hjerneslaget og måtte oppfordres til å eksponeres for økt treningsintensitet. Andre derimot var så ivrige på å trene at de trengte veiledning til å finne riktig dosering og tilpasning av treningen ut fra egne ressurser og begrensninger. Flere informanter trengte bistand fra fagpersoner for å komme i gang igjen med hverdagsaktiviteter. Disse ulikheter demonstrerer viktigheten av individuelt tilpasset oppfølging. Dette er i tråd med faglige anbefalinger om at hjerneslagsrammede ikke er en ensartet gruppe og mange vil ha nytte av tilpasset trening for å fremme langtidseffekt for opprettholdelse av fysisk aktivitet (Billinger et al., 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Videre er det viktig at fysisk aktivitets fremmende tiltak tar hensyn til forutsetninger den enkelte har i forhold til fysisk form og generelle bevegelses- og treningsferdigheter (Billinger et al., 2014; Kissow & Therkildsen, 2008). I tillegg til planlagt fysisk aktivitet/-trening, bør det også settes fokus på stimulering av folks deltagelse i hverdagslige fysiske aktiviteter (Helsedirektoratet, 2010).

Det viste seg imidlertid at ikke alle informanter gjennom oppfølgingen hadde opparbeidet seg nødvendig trygghet for å mestre fysisk aktivitet på egenhånd. Gjennom deres beskrivelser ble det påpekt ulike svakheter i helsevesenets tilbud. Flere uttrykte sin frustrasjon over at oppfølgingen hadde vært for kortvarig og at de opplevde å bli overlatt til seg selv for tidlig. I enkelte tilfeller hadde ferietid og uforutsette hendelser hos fagpersoner vært grunnen til at oppfølging ble avsluttet, uavhengig av oppfølgingsbehov hos vedkommende. Noen syntes at det var vanskelig å finne en godt kompetent fysioterapeut som de kunne fortsette å få treningsveiledning hos etter endt offentlig rehabilitering. Det ble også beskrevet utilstrekkelig bistand til å håndtere utfordringer knyttet til trøtthet etter hjerneslaget.

Som nevnt tidligere, opplevde mange av studiens informanter nedsatt fysisk form som vedvarende problem etter hjerneslaget. I denne sammenheng utrykte flere at de var mindre fortrolige med å anstrenge seg ved fysisk aktivitet etter endt oppfølging. Noen var av den oppfatning at høy puls under fysiske aktiviteter kunne føre til et nytt hjerneslag. De var derfor usikker på hva de kunne tåle av fysisk belastning og unngikk derfor fysiske aktiviteter med høy intensitet. Disse beskrivelser trekker paralleller med funn i en amerikansk studie om at manglende kunnskap om hvordan man kan trene, kan være en viktig barriere for å være fysisk aktiv (Rimmer et al., 2008). Bandura (1986) mente at ikke sjeldent avstod folk fra å gjennomføre handlinger, som fysisk trening, fordi de tolker signaler fra kroppen som er forbundet med fare eller manglende evne til å gjennomføre handlingen. I tråd med hans anbefalinger er det derfor viktig at fagpersoner informerer pasienter om hvordan og hvorfor kroppen reagerer på fysisk trening som den gjør etter hjerneslag, for å styrke deres mestringsforventning.

Med støtte på Cockerhams (2005) tanker, kan mestring av fysisk anstrengelse endres etter hjerneslag på grunn av menneskets ulike evner og ressurser til å endre forestillinger om mulige fremtidige handlingsmønstre. Derfor kan frykt for og unngåelse av fysisk anstrengelse med høy intensitet etableres som ny atferd uavhengig av tidligere vaner og erfaringer. Dette kan gjelde de informanter som beskrev seg selv som fysisk aktive og fortrolige med høy intensitet før hjerneslaget. Dårlig utholdenhet i kombinasjon med frykt for å utsette seg for merkbar fysisk anstrengelse, kan igjen føre til økt inaktivitet og økt trøttbarhet. I fagmiljøet er det nå bred enighet om at utholdenhetstrening i tillegg til styrketrening bør innlemmes i opptreningen etter hjerneslag og at den relative fysiske aktivitetsintensiteten er avgjørende for å bedre hjerte- og lungekapasiteten (kondisjonen) (Billinger et al., 2014). Undersøkelser viser

at utholdenhetstrening fortsatt er en forsømt del av behandlingen og rehabiliteringen av denne pasientgruppen (Langhorne et al., 2011).

Informantenes beskrivelser av fysisk aktivitets-mestring gir oss nyttig innsikt i hva som styrker deres mobiliseringsevne («empowerment») og hva som gjør dem maktesløs etter hjerneslag (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2003; Sorensen & Graff-Iversen, 2001). På bakgrunn av studiens funn ser det ut som at det kan være en lang vei å gå fra følelsen av maktesløshet til det stadiet de kan ta kontroll igjen, og at ikke alle etter et hjerneslag er i stand til å gjennomføre denne prosessen alene.

Hjerneslaget hadde gjort informantene ikke bare mindre i stand til å utføre fysiske aktiviteter, men det hadde også ført til økt sårbarhet og usikkerhet. I følge Bandura (1995; 1997) kan ikke bare den fysiologiske, men også den følelsesmessige tilstand påvirke mestringsforventning og atferd. Derfor er det viktig at fagpersoner får forståelse for individets tanker og følelser i tilknytning til dets mestringsmuligheter og mestringsforventning, for å kunne påvirke deres deltagelse i fysiske aktiviteter. Banduras (1995; 1997) tanker bekreftes av Taule og Råheims studie (2014) der det rettes oppmerksomhet mot at utfall etter hjerneslag kan skape en emosjonell krise og tapsopplevelse som tyder på en usikker situasjon og dette bør tas på alvor i oppfølgingen. Dette tyder på at mobilisering av individets ressurser også stiller krav til omgivelsene (helsevesenet) der endringer av rutiner ofte kan ta lang tid.

Dermed indikerer dette områder rehabiliteringen etter hjerneslag skal utvikles og utbedres på. Med tanke på helsefremmende tiltak der helsepersonell har intensjon om å bidra til økning av fysisk aktivitet hos hjerneslagsrammede, kan forventninger om at personer etter hjerneslag selv skal kunne ta ansvar for å leve et sunt og aktivt liv etter noen måneder med rehabilitering, være for høy og urealistisk for noen. Ut i fra tanker noen informanter har formidlet, kan det virke som at de opplever å bli overlatt til seg selv, med myndighetenes anbefalinger om fysisk aktivitet i hånden, mens de trenger et mer langvarig og kontinuerlig tilbud for å oppnå målet om et fysisk aktivt liv og unngåelse av sedat livsstil.

I neste kapittel går diskusjonen videre på oppsummering av informantenes erfaringer og kunnskap om fysisk aktivitet etter hjerneslag, som i faglitteratur beskrives som en betydningsfull mestringsfaktor.

4.1.3 Fysisk aktivitet har fått større betydning og virker på nesten alt

For mange har det vært tungt og psykisk belastende å akseptere en ny hverdag med redusert fysisk yteevne på grunn av følgetilstander etter hjerneslaget. Til tross for motgang den første tiden hadde ikke informantene mistet motivasjonen til å drive med fysiske aktiviteter. De fleste formidlet at de bestandig har visst at det er viktig å være fysisk aktiv, og de hadde variert bakgrunnskunnskap om potensielle fordeler fysisk aktivitet kan føre med seg. Blant annet visste de at fysisk aktivitet var et viktig virkemiddel for å forebygge ulike livsstilssykdommer og bremse forfall i kroppen.

På bakgrunn av informantenes beskrivelser er det imidlertid mer usikkert om informantene var klar over sammenhengen mellom inaktivitet og hjerneslag, og hvilken betydning fysisk aktivitet har i tiden etter hjerneslag. Dette stemmer overens med en studie, gjennomført i Canada, som viste at mennesker med hjerneslag ikke alltid var klar over sammenhengen mellom fysisk aktivitet og risiko for hjerneslag (Simpson et al., 2011). Dette funnet tydeliggjør helsepersonellens ansvar for å forbedre sine informasjonsrutiner om betydningen av fysisk aktivitet i tilknytning til hjerneslag. Gjennom helsefremmende arbeid er det viktig å kvalitetssikre at befolkningen har kunnskap om at for lite fysisk aktivitet øker risiko for hjerneslag (Billinger et al., 2014). Hjerneslagsrammede derimot bør være klar over at fysisk aktivitet spiller en stor rolle i gjenvinning av tapte funksjoner og kan virke forebyggende på residiverende hjerneslag (Morris et al., 2014; Saunders et al., 2014). I litteraturen understrekes det at det er nødvendig med et godt informasjonsgrunnlag for å kunne ta beslutninger og at kunnskap om helserisiko og fordeler skaper forutsetning for endring (Bandura, 2004). Samtidig er ikke godt kunnskapsgrunnlag alene tilstrekkelig for å gjennomføre konkrete handlinger. Praksisundersøkelser viser at mennesker ofte ikke oppfører seg optimalt selv om de vet godt hva de skal gjøre (Bandura, 2004; Mæland, 2005).

Videre delte informantene rike beskrivelser av mange positive erfaringer og meningsfulle gevinster som fysisk aktivitet har gitt dem gjennom hele deres livsløp, og spesielt i tiden etter hjerneslaget. Det kom tydelig frem at det å kunne bevege seg og være fysisk aktiv for de fleste var mer betydningsfullt etter hjerneslaget, da det for mange ikke var en selvfølge lenger å kunne delta i de samme fysiske aktiviteter som før. Informantene gav uttrykk for at de gjennom fysisk aktivitet hadde opplevd helsegevinst i form økt funksjon og mestring av hverdagen, i tillegg til at det hadde styrket deres verdighet, autonomi og livskvalitet. Dermed samsvarer informantenes opplevelser av fysisk aktivitets helsegevinst med det som er nedfelt i

Ottawa charteret der helse ikke forstås bare som fravær av sykdom men også som en ressurs som gir opplevelse av å kunne være med og påvirke egen livskvalitet (WHO, 2009). Videre kan informantenes opplevelser av fordeler med fysisk aktivitet sees i lys av Banduras sosial kognitive teori (1986; 2004). I en slik tankegang er egne erfaringer av fordeler, barrierer og måloppnåelse den viktigste kilden til mestringsforventning av fysisk aktivitet, og står dermed sentralt for å endre helseatferd. Slike erfaringer over tid kan utvikles som kognitive og handlingsrettede ferdigheter og kan benyttes i livssituasjoner under stadig endring. Bandura (1986; 2004) mente at den mest effektive måten å styrke forventninger om å mestre en gitt atferd på er gjennom opplevelser av å få det til. Det å få til igjen fysiske aktiviteter og gjenvinne tapte ferdigheter, er nettopp det som studiens informanter har formidlet å være en sterk motivasjonskilde.

Noen informanter formidlet litt skuffende opplevelser knyttet til gevinst av fysisk aktivitet. Tross en fysisk aktiv livsstil hadde noen i tillegg til hjerneslag opplevd å få sykdommer, for eksempel diabetes 2, som kan knyttes til dårlige livsstilsvaner. Disse informantene hadde ulik historikk i forhold til hvor fysisk aktive de hadde vært i ulike faser av livet. Noen hadde vært fysisk aktive gjennom hele sitt liv og understreket viktigheten av å opparbeide seg gode fysiske aktivitetsvaner fra barndommen av, mens andre hadde gjort drastiske livsstilsendringer etter selvopplevde helseplager eller helseplager i nær omgangskrets. På bakgrunn av slike skuffende opplevelser vil jeg påpeke at et fysisk aktivt levesett alene ikke gir noen absolutte garantier for ikke å oppleve livsstilsrelaterte sykdommer. Med dette demonstreres også en utfordring ved helsefremmende tenkning, der slagrammede blir overlatt ansvaret for å fortsette å leve et fysisk aktivt liv når man til tross for gode fysiske aktivitetsvaner før hjerneslaget, har opplevd å få sykdom.

Samtidig ga disse informantene uttrykk for at de opplevde så mange andre positive gevinster med å være fysisk aktive, at slike negative hendelser ikke ødela deres glede av å være aktiv. En informant var overbevist om at takket være hans fysisk aktive levesett gjennom hele sitt liv, opplevde han mindre alvorlige følgetilstander etter hjerneslaget og hadde raskere bedringskurve. Dette styrkes med forskningsfunn om at fysiske aktivitetsvaner viser seg å ha stor betydning når det gjelder alvorlighetsgrad på hjerneslaget og funksjonell bedring etter dette (Hildebrand et al., 2012).

Informantenes erfaringer med fysisk aktivitet etter hjerneslag viser et spennende spenn mellom frykt for negative hendelser (for eksempel fall eller nedsatt fortrolighet med fysisk anstrengelse) og økt motivasjon til å drive med fysiske aktiviteter på grunnlag av mange

positive erfaringer og kunnskapsgrunnlag. Det virker som at de positive opplevelser med fysisk aktivitet etter hjerneslaget er mer fremtredende når det gjelder deres oppfatninger og holdninger til fremtidige fysiske aktivitetsplaner enn engstelse og unngåelse av visse handlinger. Dette kan være et godt utgangspunkt for rehabilitering med tanke på at den økte interessen for fysisk aktivitet kan brukes som ekstra stimulus og motivasjonskilde i fysisk aktivitetsfremmende intervensjoner. Informantenes økte interesse og motivasjon for fysisk aktivitet samsvarer også med forskning som viser at personer som opplever sykdom er gjennomgående mer motivert til å endre levevaner, og for helsepersonell er disse situasjoner «gyldne anledninger» til å nå inn med sine intervensjoner (National Cancer Institute, 2005).

I neste kapittel diskuteres hvordan studiens informanter praktisk gjennomfører fysiske aktiviteter med det formål å ivareta sin helse.

4.1.4 Nåværende fysiske aktiviteter/trening og fremtidige intensjoner

Informantene formidlet at de drev med varierte fysiske aktiviteter med det formål å forbedre sin fysiske form og dermed fremme helse. De fleste, med unntak av noen, skildret en vesentlig innholdsmessig forskjell mellom en generell hverdagsaktivitet med lett fysisk anstrengelse og målrettet trening, både når det gjelder formål og intensitet. Mange formidlet at de under treningen tilstrebet å oppnå pulsøkning og å bli svett. Valg av treningsaktiviteter ble gjort ut fra hver enkelt sine interesser, faglige anbefalinger gjennom oppfølgingen, tilgang på utstyr og treningsvaner. I tråd med Cockerhams (2005) og Bourdieus (1995; 1996;1999) teoretiske perspektiver oppfattes fysisk aktivitet verdimesig forskjellig i ulike sosiokulturelle grupper, og alle har ikke samme forutsetninger for å drive med fysisk aktivitet. Derfor er det vesentlig at fagpersoner finner fram til fysiske aktiviteter med verdier som oppleves tiltrekkende og i samsvar med grunnleggende verdier hos hvert enkel individ. Eksempelvis fortalte en informant at hans store drøm var å kunne stå på slalåmski igjen. For å kunne nå dette målet, er det derfor hensiktsmessig at helsepersonell oppfordrer ham til å trene både balanse, styrke og utholdenhet. Med andre ord bør glede og lyst være drivkraften ved valg av fysiske aktiviteter og trening, samtidig som disse aktiviteter kan brukes for å oppnå nytteeffekt i form av bedre helse og handlingskompetanse.

Flere hadde gjort noen endringer i sine fysiske aktivitetsvaner etter hjerneslaget, og hadde begynt å prioritere styrketrening og annen spesifikk trening fremfor praktiske hverdagsaktiviteter. De gav uttrykk for at de ikke fikk tilstrekkelig gevinst av

hverdagsaktiviteter og valgte derfor spesifikk trening isteden. Informantenes beskrivelser av sitt fokus på målrettede fysiske aktiviteter med bedre helse og funksjon som formål, er et godt eksempel på hvordan den samfunnsøkonomiske utviklingen har påvirket våre fysiske aktivitetsvaner. Det hevdes at i eldre tider fikk folk tilstrekkelig fysisk aktivitet gjennom jobben og praktisk arbeid, mens den teknologiske utviklingen og økt økonomisk velstand i de siste tiårene har minimalisert dette kroppsarbeidet (Cockerham, 2005; Graff-Iversen et al., 2001). I praksis har dette betydd at i dagens samfunn har helse blitt noe som man er ment å jobbe med for å forbedre sin livskvalitet og minske risikoen for kronisk sykdom (Cockerham, 2005). Dette bekreftes av en norsk helseundersøkelse som viser til at det er en markant økning i den delen av befolkningen som sier at de driver med målrettet trening eller mosjonering (Ommundsen & Aadland 2009).

I lys av «empowerment» - tankegangen, som er styrende for folkehelsepolitikken, har utviklingen av det moderne samfunnet med økende problemer med inaktivitet lagt mye større ansvar over på den enkelte for ivaretagelse av sin helse. Informantenes beskrivelser av hvordan de gjennomfører målrettet trening eller fysisk aktivitet indikerer at de ikke bare er opptatt av å ivareta sin helse, men også er i stand til å gjøre noen konkrete tiltak. I tillegg formidlet flere at de har intensjoner om å øke sin fremtidige deltagelse i visse friluft- og andre fysiske aktiviteter som de hadde drevet med tidligere. De mente at det måtte mer trening til for å oppnå disse målene. Ut ifra dette kan man si at mange av informantene fremdeles var på vei mot sine mål, og hadde tro på at de på sikt kunne gjenvinne evner til å delta i fysiske aktiviteter som betyr mye for dem og forbindes med bedre livskvalitet. Et slikt funn underbygger det som Cockerham (2005) beskrev om at mennesker har evner til selektiv reaktivering av tidligere tanke- og handlingsmønstre som gjør at vi handler målrettet og med intensjon. Det er også indikasjon på at tidligere etablert atferd har betydning for framtidig atferd, eller i det minste for lysten til å gjenoppta tidligere atferd (Gardner et al., 2011).

Med utgangspunkt i sosial kognitiv teori som vektlegger motivasjon og mestring som helseatferds-styrende faktorer (Bandura, 1997), skulle man dermed tro at informantene hadde et nokså godt grunnlag for å oppnå samme fysiske aktivitetsnivå som før hjerneslaget. Allikevel er det noen underliggende faktorer som har hindret dem dette og gjort at flere har valgt å utsette økt deltagelse i fysiske aktiviteter til fremtiden. Det kan derfor tenkes at beslutninger om helseatferd tas på et bredere grunnlag enn det behavioristiske perspektiv kaster lys over (Bandura, 1997). Det virker som om våre handlinger ikke bare er innsiktsfulle

og rasjonelle og at sosial kognitive teori ikke gir bredt nok forklaringsgrunnlag for helseatferd.

I neste kapittel diskuteres det hvordan tidligere helserelaterte livsstilsvaner som er inkorporerte i kroppen, kan sette sine begrensninger og hindre oppnåelse av økt fysisk aktivitetsnivå.

4.1.5 Tidligere vaner og holdninger preger fysisk aktivitetsatferd etter hjerneslag

I informantenes beskrivelser av sine fysiske aktivitetsvaner og holdninger før og etter hjerneslaget utpekte det seg en klar tendens til at tidligere vaner også preget deres nåværende fysiske aktivitetsmønstre. Selv om alle drev med en eller annen form for målrettet trening i tillegg til hverdags- og fritidsaktiviteter knyttet til fysisk aktivitet, virket de som beskrev et høyere aktivitetsnivå før hjerneslag, mer aktive også etter dette. De som gav uttrykk for å være mest aktive både før og etter hjerneslaget fortalte at de drev med målrettet trening flere ganger i uken i motsetning til de som beskrev seg som mer bedagelig anlagt. De mest aktive beskrev også en mer aktiv hverdag med ulik intensitetsgrad av fysiske aktiviteter, enn de som var mindre aktive. En spennende observasjon var at mange formidlet om hvor fysisk aktive de hadde vært før og hvor aktive de skulle være i fremtiden, men mindre om hva de gjorde her og nå. Flere baserte sine beskrivelser på minnene fra fortiden da de var yngre og sprekere. Fra et sosiokulturelt perspektiv veier tidligere opplevelser gjennom oppvekst og oppdragelse tyngre enn opplevelser senere i livet (Bourdieu, 1995; 1996). I følge Bourdieu har handlinger en logikk som individet ikke alltid er bevisst på, da denne logikken er en del av ens tidligere etablerte *habitus* (disposisjon til å handle). Derfor kan man mulig forklare hvorfor ikke alltid egne oppfatninger om sin fysiske aktivitet samsvarer med det man faktisk gjør. Det vil si at høyt aktivitetsnivå tidligere i livet kan ha påvirket individet og formet deres oppfatning av egne fysiske aktivitetsvaner, selv om på et senere tidspunkt i livet har fysisk aktivitetsnivå blitt lavere.

Den totale fysiske aktivitetsmengden hos informanter per uke samt intensitet disse aktiviteter blir gjennomført med, er det utfordrende å gjøre rede for i en kvalitativ studie og må overlates til instrumentelle målinger. Dermed kan man ikke med sikkerhet si at informantene som beskrev seg som mest aktive, oppfyller fysiske aktivitets- anbefalinger etter hjerneslag (Billinger et al., 2014; Helsedirektoratet, 2014). Men en kan spekulere i at informanter som trente mindre regelmessig, ikke er tilstrekkelig aktive i tråd med anbefalingene. Dette på tross

av informantenes beskrivelser av at fysisk aktivitet hadde fått økt betydning for dem og at de fleste var blitt mer bevisste på at de må holde seg i aktivitet for bedre helse og velvære. I den forbindelsen vil jeg referere til tidligere studier som viser at til tross for sterke indikasjoner om at fysisk aktivitet er gunstig etter hjerneslag, fortsetter mange personer som har opplevd hjerneslag å leve et inaktivt liv (Brazzelli et al., 2011; Morris et al., 2014).

Siden flere hadde erstattet praktiske hverdagsaktiviteter med trening, kan det være fare for at med målrettet trening noen ganger i uken frikjøper flere seg fra å gjøre innsats resten av ukedagene. På den annen side kan det være at de etablerte fysiske aktivitetsvaner begrenser personer etter hjerneslaget i å foreta inngående atferdsendringer for å øke sitt fysiske aktivitetsnivå. Bourdieu (1995; 1996) har beskrevet at ens *habitus* eller måten man oppfatter, forstår og velger sine handlinger, er det vanskelig å endre på siden de etableres i tidlig alder. I lys av dette kan man trekke paralleller til informantenes beskrivelser av sine fysiske aktivitetsvaner før og etter hjerneslaget. Informantene som gjennom oppveksten ikke bare hadde lært at fysisk aktivitet er en viktig del av et levesett, men også hadde fått mulighet til å regelmessig delta i ulike fysiske aktiviteter, hadde det lettere for å velge og tilstrebe en aktivt livsstil også etter hjerneslag tross ulike utfordringer hjerneslaget hadde ført til. Disse informanter viste seg også å være mer fortrolige med fysisk anstrengelse og tilstrebet å utsette kroppen for moderat til høy intensitet regelmessig. Mens de som var mindre aktive fra før av hadde mindre regelmessige trenings- og fysiske aktivitetsvaner og var mindre fortrolige med å være andpusten under fysiske aktiviteter. Noen opplevde at treningsfokuset generelt i samfunnet og spesielt i tiden etter hjerneslaget ofte kunne være litt anmasende og overdrevet, og de kunne oppleve det som en stressfaktor.

Bourdieu har hevdet at folks levevaner består av noe fundamentalt og gjenkjennelig, som signaliserer deres sosiale tilhørighet og posisjon i samfunnet (Crossley, 2001; Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). Tilbøyelighet til å leve sunt gjennom fysisk aktivitet kan være uttrykk for den sosiale arven fra foreldre (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). Videre mente Bourdieu at individets helsevaner kunne påvirkes av både den økonomiske kapitalen (blant annet materielle muligheter og utdanning) samt den kulturelle kapitalen i familien. Sagt på en annen måte kunne individ fra høyere sosiale posisjoner ha ulike forutsetninger for å utvikle sunne livsstilsvaner enn de fra lavere posisjoner (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). Studier i norsk sammenheng viser at det fortsatt er forskjell mellom fysisk aktivitetsnivå i ulike sosiale klasser, selv om denne forskjellen til viss grad har utjevnet seg (Helsedirektoratet, 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Når det gjelder studiens

informanter, hadde de fleste høyere utdanning og gav uttrykk for gode oppvekstvilkår, men jeg har ikke utforsket dette dypere. Manglende kunnskap og liten variasjon i informantenes utdanningsbakgrunn gir dermed ikke godt nok grunnlag for å diskutere hvordan de sosiokulturelle forskjeller virker inn på deres fysiske aktivitetsvaner.

Selv om *habitus* ofte blir beskrevet som varige disposisjoner, fordi endringer skjer svært tregt, har Bourdieu (1995; 1996;1999) poengtert at kroppen i utgangspunktet er «uferdig» og at den kan kultiveres. Cockerham (2005) skrev at det kan skje bevegelse mellom livsstils-valg og disposisjoner til å handle (*habitus*). I helsefremmende arbeid og hjerneslagsrehabilitering blir det derfor viktig å ikke holde fast på at de fysiske aktivitetsvaner er en automatisert atferd, som ikke kan gjøres noe med. Man bør undersøke personers holdninger til fysisk aktivitet som de har hatt før hjerneslaget, med tanke på deres verdigrunnlag og sosiale bakgrunn, og hvordan de faktisk erfarer det å være fysisk aktiv.

Tidligere har det i lys av Cockerhams (2005) perspektiver vært diskutert hvordan de etablerte fysiske aktivitetsvaner etter hjerneslag kan endres i negativ retning og føre til økt inaktivitet, på grunn av engstelse, nedsatt mestringstro og fysisk yteevne. Gjennom oppfølgingen er det derfor viktig å forebygge denne negative utviklingen og bruke tilpasningsevnen, som Bourdieu (1995; 1996;1999) og Cockerhams (2005) beskriver, til noe positivt. Man bør ta et steg til siden og reflektere over innholdet i disse vanene og eventuelt legge muligheter til rette for å øke fysisk aktivitetsnivå hos de som har vært mest inaktive før hjerneslaget og opprettholde et aktivitetsnivå hos de som var mest aktive før hjerneslaget. I og med at flere hadde fått økt motivasjon for fysisk aktivitet i tiden etter hjerneslag, hadde det gjennom oppfølgingen vært det rette tidspunktet å fremme deres generelt økte deltagelse i fysiske aktiviteter. Eksempelvis ved å skape muligheter for dem til å trene i et stimulerende miljø. Informantene selv har uttrykt behov for felleskap og savn etter tilrettelagte treningsfasiliteter. Dette diskuteres i neste kapittel.

4.1.6 Søk om felleskap

Flere informanter uttrykte et klart behov for ytre påvirkning i form av sosial og faglig støtte for å øke sin motivasjon til å etablere mestringsorienterte fysiske aktivitetsvaner. Informantene beskrev at over tid kunne det være tungt å holde motivasjonen oppe og trene alene. Uten sosial og faglig støtte kunne flere til tider oppleve nedsatt pågangsmot og dermed nedadgående fysisk aktivitetsnivå. Disse beskrivelsene samsvarer med forskning som viser at

ikke alle ønsker eller klarer å delta i fysisk aktivitet på egen hånd (Nicholson et al., 2013). Bourdieu (1999) har beskrevet at mennesker er grunnleggende sosiale vesener som er avhengig av anerkjennelse fra andre og andres meninger av deg kan skape både sikkerhet og trygghet så vel som utrygghet. Det kan virke som at etter hjerneslag har betydningen av sosial støtte og veiledning blitt viktigere enn før. Grunnen til det kan muligens være at flere formidlet økte vansker med å komme i gang med fysiske aktiviteter etter hjerneslaget, økt forsiktighet, sårbarhet og nedsatt tilro til egen mestring. Noen har uttrykt frykt for å få et nytt hjerneslag.

Noen informanter hadde klart å finne god drahjelp og oppmuntring hos familiemedlemmer eller venner og hadde lyktes med å øke sin deltagelse i fysiske aktiviteter i sosialt samvær med den nærmeste omgangskrets. Andre savnet mulighet til å komme sammen med likesinnede der de i tillegg kunne få faglig veiledning og oppmuntring. Flere opplevde sine fysiske ferdigheter som utilstrekkelige for å kunne oppsøke ordinære treningssentrene, eller at det ikke samsvarte med deres forventninger eller behov. De hadde gjennom rehabiliteringsperioden skaffet seg positive erfaringer med å trene i grupper med likesinnede og hadde opplevd det som både trygt, inspirerende og gitt en følelse av fellesskap.

I følge Banduras (1986) sosial kognitive teori har erfaringer, skaffet gjennom sosiale sammenhenger, en viktig styrkende rolle for egen mestringsforventning. Han mente at mennesker imiterer atferd som observeres hos andre og dette kaller han for modellering. Med utgangspunkt i Banduras teori kan man relatere modellerings-perspektivet til personer som har opplevd hjerneslag. Ved å omgås andre i samme situasjon ser de gjerne fysiske aktiviteter andre kan utføre, dermed styrker dette deres egen mestringsforventning og tro på at også de kan utføre tilsvarende handlinger. Gode erfaringer med fysisk aktivitet skapt i fellesskap med andre, kan dermed både positivt påvirke og inspirere personer etter hjerneslaget til å bli mer fysisk aktive. I følge Mæland (2005) er det å stimulere individer til å arbeide sammen i små grupper kanskje det viktigste nivå for helsefremmende arbeid. Dannelse av grupper etter Mælands mening er sentralt for å løfte enkeltindividet ut av passivitet og maktesløshet.

Som en oppsummering ser man at de fleste informanter i denne studien har både lyst og har intensjon om å bli mer fysisk aktive enn de er per i dag. Det å trene i grupper med likesinnede utpeker seg som viktig motivasjonskilde og savn for flere. Mangel på langvarige kommunale treningstilbud for personer som lever med funksjonshemming etter hjerneslag, problematiseres også i faglitteraturen (Rose et al., 2013; Stucki et al., 2005).

4.2 Metodediskusjon

4.2.1 Validitet

I all forskning bør vi spørre oss selv om metoden vi har brukt, representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingene. Dette handler om validitet (Malterud, 2013, s.181). I følge Malterud (2013) er betydningen av forskerens egen rolle en viktig del av validitet i kvalitativ forskning. Validitet har sin opprinnelse fra kvantitativ forskning, hvor fenomeners utbredelse og omfang står i fokus. I kvalitativ forskning er det derimot tings innhold og betydning som er av interesse, og da må også andre kriterier benyttes for å vurdere forskningens kvalitet (Fangen, 2010, s. 236). En rekke forskere har derfor foreslått å bytte ut de kvantitative vurderingstermene om validitet og generalisering med kriterier som er tilpasset den kvalitative metodens egenart. Begrepene som blir foreslått og mye brukt er troverdighet i stedet for intern validitet og overførbarhet i stedet for ekstern validitet (Fangen, 2010, s. 237). Videre skal jeg reflektere over troverdighet, overførbarhet og min egen forskerrolle i denne studien.

4.2.2 Intern validitet - troverdighet

Troverdighet (intern validitet) handler om hvorvidt studien fanger opp dybde og bredde i erfaringene av deltakere, og hvorvidt forskningsmaterialet og utvalget er dekkende for fenomenet vi undersøker (Malterud, 2013). Forskerens viktigste virkemiddel for å skape troverdighet om sin studie er å gjøre leseren til en informert ledsager som gis innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under. Dette kalles for intersubjektivitet (Malterud, 2013, s. 17). For å vise leseren at funnene i min studie er troverdige, skal den lett kunne følge studiens rammer og formål, teoretisk perspektiv, metodebruk, datainnsamling og analyse. Denne informasjonen vil gjøre at leseren skal kunne vurdere selv om min presentasjon og diskusjon av resultater gir svar på problemstillingen.

En hovedregel for vitenskapelig virksomhet er å velge en metode som er adekvat i forhold til problemstilling (Malterud, 2002, s. 2469). Formålet med denne studien var å få økt forståelse for hva som ligger til grunn for fysisk aktivitetsmestring ett til to år etter hjerneslag hos personer med selvstendig gangfunksjon. Jeg søkte å få økt kunnskap om hvordan deres fysiske aktivitetsvaner har endret seg etter hjerneslaget, samt deres holdninger og kunnskap rundt det å være fysisk aktiv. Jeg ønsket også å vite om hvilke faktorer som bidro til økt deltagelse i fysisk aktivitet. For å utforske de karakteristiske og spesifikke erfaringer og

meninger hos informanter, valgte jeg et kvalitativt forskningsintervju som metode. Å få frem betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelser av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål i kvalitativt forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Mitt valg av intervju som datainnsamlings metode vurderte jeg derfor som egnet for å belyse problemstillingene. Både jeg og informantene var delaktige i intervjuprosessen gjennom å skape mening og forståelse om hva det innebærer å mestre fysisk aktivitet etter hjerneslag og hvilke aspekter som spiller inn for dette.

I følge Malterud (2013, s. 63) er godt teoretisk forarbeid et viktig virkemiddel for å styrke troverdighet av en kvalitativ studie. Min faglige bakgrunn med lang erfaring som fysioterapeut innen rehabilitering etter hjerneslag har hatt betydning for forskningsprosess både når det gjelder valg av tema og problemstillinger, teoretiske rammeverk og inklusjonskriterier. Min kjennskap til fagfeltet ser jeg på som en tillitssøkende faktor for meg som forsker og bidrar til styrking av troverdighet. Samtidig er jeg også klar over at nærhet til fagfeltet kan by på noen utfordringer, som diskuteres i *kapittel 4.2.4 (Refleksivitet-forskerrolle)*. Med utgangspunkt i min erfaring fra klinisk praksis er denne studien basert på grundige litteratursøk knyttet til fysisk aktivitet etter hjerneslaget. Jeg har presentert valg av teoretiske rammeverk for å gi leseren anledning til å følge mitt utgangspunkt for tolkning av studiens resultater. I valg av det teoretiske rammeverk har jeg vært opptatt av å fremheve grunnleggende tankegang for helsefremmende arbeid og rehabiliteringsprinsipper. I tillegg ville jeg vise til komplekse aspekter styrende for helseatferd. Derfor valgte jeg å belyse dette fra ulike teoretiske perspektiver. Thagaard (2015, s.208) har påpekt at validitet styrkes når tolkninger fra ulike studier bekrefter hverandre. Jeg fant ut at resultatene fra min studie kunne underbygges av funn i tidligere forskning på dette feltet.

Inklusjonskriterier i denne studien ble bestemt ut ifra min intensjon om å få datamaterialet som kan gi økt kunnskap om hvordan personer med selvstendig gangfunksjon ett til to år etter hjerneslag mestrer deltagelse i fysiske aktiviteter. I tillegg til at jeg ønsket å sette mer fokus på utfordringer knyttet til de «usynlige vansker» ved å rekruttere fysisk godt fungerende informanter, hadde jeg også ønske om å intervju personer i yrkesaktiv alder og unge pensjonister opp til 75 år. Disse kriteriene valgte jeg på grunn av min kliniske erfaring om at det er lite kunnskap om hvordan denne pasientgruppen klarer å ivareta deltagelse i fysiske aktiviteter etter endt oppfølging.

Utvalget består av tre kvinnelige og åtte mannlige informanter med variasjon innen betydningsfulle bakgrunnsforhold som alder, utdanning, sivil- og yrkesstatus. De rekrutterte

hadde god spredning i alder: mellom 32 og 75 år. Jeg hadde håpet på å rekruttere en lik andel kvinner og menn for å vise variasjon. Men på rekrutteringstidspunktet var det mest menn som passet til inklusjonskriterier. Av tidsmessige årsaker måtte jeg derfor nøye meg med dette. Jeg er åpen for at kjønnsperspektivet kunne ha påvirket studiens resultater, men dette har ikke jeg lykkes i å få frem. Likeledes ønsket jeg å få mer variasjon når det gjelder utdanning og den sosiale bakgrunn hos informantene. Dette grunnet min teoretiske kunnskap om at slike faktorer kan virke inn på deltagelse i fysiske aktiviteter. Mange informanter i min studie hadde høyere utdanning og gav uttrykk for at de kom fra ressurssterke familier. For å finne mer ut om informantenes sosiokulturelle forhold, burde jeg stille konkrete spørsmål rundt dette, som jeg ikke gjorde. Derfor fikk jeg ikke godt nok grunnlag for å komme dypere inn på hvordan eventuelt lavere utdanning og sosial bakgrunn kan virke inn på fysiske aktivitetsvaner. For å gjøre rekrutteringsprosessen enklere, hadde jeg ikke satt variasjon i utdanning og sosial bakgrunn som betingelse for deltagelse i studien.

Rekrutteringsprosessen ble utført av mine kolleger. Denne fremgangsmåten valgte jeg for å unngå at jeg hadde kjennskap til informantenes rehabiliteringsprosess fra egen praksis. Dette vurderte jeg som en viktig etisk forutsetning for å styrke min troverdighet som forsker.

I min studie planla jeg å intervju ti til tolv informanter og var åpen for å rekruttere flere ved behov. Jeg søkte et såpass stort utvalg for å få varierte beskrivelser av informantenes tidligere fysiske aktivitetsvaner og holdninger for å kunne gjøre mitt datamateriale mer dynamisk og interessant å diskutere opp mot de utvalgte teoretiske perspektiver. I følge Kvale & Brinkmann (2013, s. 148) avhenger antall intervjupersoner av formålet med undersøkelsen og man må intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det man trenger å vite. Når studien ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomener vi studerer, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort (Thagaard, 2015, s. 65). Etter elleve gjennomførte intervjuer syntes jeg å ha fått rike beskrivelser av karakteristiske utfordringer som var felles hos informanter når det gjaldt å leve et fysisk aktivt liv etter hjerneslag, så vel som god variasjon i ulike individuelle faktorer som kunne påvirke deres fysiske aktivitetsatferd. For eksempel beskrivelser av tidligere fysisk aktivitetsvaner og holdninger. Datamaterialets rike og varierte kvaliteter var avgjørende for at jeg valgte å stoppe inkluderingen. Et annet argument for hvorfor jeg stoppet inkludering var for å unngå å få altfor stort materiale, som trolig ville gjort det vanskelig å gjennomføre god og dyp analyse.

Intervjuguiden utformet jeg som en grov skisse over hovedtema som skulle kaste lys over studiens problemstillinger. Bruk av semistrukturert intervjuguide som hjelpemiddel ved

gjennomføring av intervjuene hjalp meg å holde struktur og oversikt, samtidig som det gav mulighet til individuelt å tilpasse samtalen til hver enkel informant og situasjon. Under samtalen passet jeg på å sjekke om informant hadde oppfattet mitt spørsmål riktig og tilpasset måten å spørre på til hver enkel. I følge Malterud (2013, s. 182) kan slike spørremåter bidra til at råmaterialet på lydbåndet i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom forsker og informant om det tema som ønskes belyst. Det kalles for dialogisk validering og kan brukes til å styrke intersubjektiviteten mellom informant og forsker og dermed i neste omgang mellom forsker og leseren (Malterud, 2013, s. 182). Selv om alle de elleve intervjuene var bygget på de sentrale temaer, tok jeg frihet til å stille utdypende spørsmål der det ved enkelte intervjuer dukket opp noen spennende og relevante variasjoner. Justering underveis av intervjuguide kan også bidra til å styrke validitet av materialet (Malterud, 2002).

Transkribering av intervjumaterialet fra lydbåndopptaker ble gjort av meg selv, som ifølge Malterud (2013, s. 77) styrker validiteten av analysedataet. Jeg tilstrebet å transkribere intervjuene like etter at intervjuet fant sted. Dermed hadde jeg intervjuet friskt i minne og jeg kunne legge til kroppsspråk og andre ting som var viktige. Jeg var opptatt av at den transskriberte teksten på en best mulig måte skulle ivareta det opprinnelige materialet og at informantenes meninger og erfaringer lojalt skulle formidles.

I analysen av datamaterialet har jeg brukt Malteruds (2013) «systematisk tekstkondensering» som bygger på modifisering av Giorgi's fenomenologiske analyse. Jeg fikk erfart at systematisk tekstkondensering er en detaljert og tidskrevende prosedyre. Som forsker med begrenset erfaring fra kvalitativ analyse fulgte jeg prosedyren så tett som det lot seg gjøre. Å bruke Malteruds systematiske tekstkondensering bidro til en strukturert og gjennomtenkt prosessering av datamaterialet og hjalp meg å bringe frem de sentrale tema som fantes i mitt datamateriale. Samtidig opplevde jeg at det å følge så detaljert prosedyre var krevende og jeg mistet til tider oversikt over materialet mitt. Ulempen var også at prosedyrens faste rammer begrenset min egen kreativitet i analyseprosessen.

Intersubjektivitet i analysen innebærer at denne prosessen ikke bare skal gjennomføres men også formidles (Malterud, 2013, s. 91; Thagaard 2015). For å styrke troverdighet av mine funn har jeg grundig beskrevet analyseprosessen trinn for trinn. Ved å tydeliggjøre forskjell mellom direkte sitat fra transkripsjon og tekstnær fortolkning i resultatpresentasjon, samt ved å vise til referanser når teorien ble anvendt i diskusjonsdelen, har jeg gitt leseren mulighet til å følge mitt grunnlag for egen forståelse, fortolkningene og vurdere troverdighet av mine funn.

4.2.3 Ekstern validitet – overførbarhet

Ekstern validitet beskrives i metodelitteratur som overførbarhet og søker å få svar om resultatene av en intervjuundersøkelse vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, og om forskningsresultater er primært av lokal interesse eller kan bli tatt i bruk i klinisk praksis i tilsvarende sammenheng (Kvale, 2004; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2013). Forskeren skal arbeide aktivt for å gi kunnskapen overførbarhet og vurdere rekkevidden av overførbarhet (Malterud, 2013, s. 63). Et viktig forhold som bestemmer overførbarhet er om forskningsresultater kan diskuteres og belyses ut i fra den valgte teoretiske referanserammen som viser seg i dataanalyse (Lindahl & Bogh, 2002).

I denne studien har elleve informanter delt sine rike og varierte erfaringer om hvordan de ett til to års tid etter hjerneslag mestrer å delta i fysiske aktiviteter. Deres beskrivelser har gitt økt innsikt i hva de opplever som hemmende og fremmende for at de skal kunne leve et fysisk aktivt liv. Erfaringer som informantene har delt i denne studien åpner opp for økt forståelse for hvordan ikke bare de fysiske, men også kognitive og emosjonelle følgetilstander etter hjerneslag kan bidra til utvikling av økt inaktivitet. I tillegg bidrar denne studien til utvidet forståelse for hvordan fysisk aktivitets vaner kan styres av ulike faktorer for helseatferd, sett i lys av teoretiske perspektiver. Informantene delte også sine erfaringer om rehabiliteringstilbud de hadde mottatt og påpekte nyttige perspektiver for utbedring av fremtidige tilbud som kunne bidra til deres økte deltagelse i fysiske aktiviteter.

En vanlig innvending i kvalitative studier er at dette er for få personer til at resultatene kunne anses som overførbare. Denne studien er basert på intervjuer av et begrenset antall informanter som var strategisk valgt slik at resultatet av arbeidet med det empiriske materialet skal kunne si noe om problemstillinger jeg ønsket å belyse. Siden utvalget er relativt lite, er det vanskelig å si i hvor stor grad funnene i min studie kan være gjenkjennbare og nyttige også i en større sammenheng. På en annen side har jeg gjennom hele forskningsprosessen foretatt grundige analyser og tolkninger av de data som var innhentet.

Selv om hver enkel informant i studien bidro med sine unike erfaringer, avdekket inngående og systematisk analyse også vesentlige og karakteristiske fellestrekk ved mestring av fysisk aktivitet hos personer etter hjerneslag. Analyseresultater fra intervjuene fremstilte jeg som sammenfatning av flere av informantenes erfaringer og ikke bare som en rekke av enkeltstående historier. En slik abstrahert fremstilling av de endelige resultater kan derfor styrke overføringsverdi. Tolkning som jeg gjorde av det sentrale meningsinnholdet for

mestring av fysisk aktivitet etter hjerneslag i lys av den teoretiske referanserammen og relevant forskning, kan også styrke overføringsverdien av studiens resultater. Jeg vil derfor anta at resultatene fra denne studien kan overføres til et mer allment nivå i norsk sammenheng og kan være relevante for helsepersonell som følger opp denne pasientgruppen. Kunnskap fra studien kan være et bidrag til å tilpasse oppfølgingstilbudet og diskutere bruk av helsefremmende tiltak (mer presist: fysisk aktivitet) i rehabiliteringen. Denne kunnskapen kan muligens være nyttig også for personer som selv har hatt hjerneslag og deres pårørende. Målet er ikke at resultatene skal kunne generaliseres globalt, men at funnene i studien skal kunne brukes som en rettleiding for hva som er viktig å ha fokus på i en annen tilsvarende kontekst. Denne typen overførbarhet kaller Kvale & Brinkmann (2015) for analytisk generalisering.

Selv om jeg synes at studien har en viss overføringsverdi, har den også sine begrensninger. I studien har jeg fått frem erfaringer til personer etter hjerneslag om deres mestring av fysisk aktivitet etter endt oppfølging, men for å få mer helhetlig innblikk i rehabilitering etter hjerneslag, bør det belyses også fra helsepersonellens perspektiv, eventuelt pårørendes perspektiv. Jeg vil også trekke frem at denne studien som har kvalitativ forskningsdesign ikke er egnet til å anslå de faktiske endringer i fysiske aktivitetsnivå hos personer etter hjerneslag.

Thagaard (2015, s. 213) hevder at overførbarhet kan knyttes til gjenkjennelse, som innebærer at for en leser med kjennskap til de fenomener som studeres, kan tolkningene i studien gi en dypere mening til tidligere kunnskaper og erfaringer, og samtidig overskride leserens forståelse. Derfor er det opp til andre helsearbeidere å vurdere om kunnskapen fra min studie tilfører noe nytt eller relevant for dem, og om dette kan tas i bruk i deres praksis.

4.2.4 Refleksivitet-forskerrolle

Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og fortolkningsramme (Malterud, 2013, s. 17). Det vil si at forskeren selv har en sentral rolle i forhold til hvordan datamaterialet kan forstås og gi mening ut over enkeltfenomenet, ved å bruke seg selv som analytisk verktøy (Polit & Beck, 2008, s. 507, 530). I kvalitative studier med helsefaglig tema er det ganske vanlig at forskeren har kunnskap om forskningstemaet gjennom en annen rolle (Fangen, 2010). I denne sammenhengen var det viktig for meg at jeg som forsker synliggjør min forståelse for min forskerrolle, og drøfter fordeler og ulemper som min bakgrunn gir innenfor denne studien. Dette er viktig for å styrke validitet (Malterud, 2002).

Ettersom jeg i en lengre tid har arbeidet som fysioterapeut med rehabilitering etter hjerneslag i et kommunalt team, har jeg opparbeidet meg nærhet til fagfeltet. Jeg har gjennom prosessen

tilstrebet å være åpen om min egen rolle og har prøvd å synliggjøre det gjennom alle ledd i studien. Det er nettopp kjennskap til fagfeltet og mitt faglige engasjement for å utvikle et godt tilbud for slagrammede som har motivert meg til å gjennomføre denne studien. Motivasjonsbakgrunn for gjennomførelse av denne studien beskrives mer inngående innledningsvis (se kapittel 1.1). Å ha god kjennskap til forskningsfeltet har vært en fordel i planlegging av denne studien - også utarbeidelse av intervju spørsmål, samt valg av teoretiske referanserammer. Samtidig har jeg også vært klar over at nærhet til stoffet og min egen forforståelse av fenomenet *fysisk aktivitet* kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon og avstandsforhold til dette. Jeg var også bevisst på at selv om informantene i studien ikke har hatt oppfølging av meg personlig, har de mottatt rehabilitering på min arbeidsplass. Dette kan nok til en viss grad vanskeliggjort avstandsforhold til forskningsprosessen.

Malterud (2013, s. 18) har påpekt at for at forskningsprosessen skal bringe fram noe annet enn det man på forhånd har tatt for gitt, er det nødvendig med et åpent sinn, som gir plass for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner. Derfor har jeg vært bevisst på å reflektere over mine bevisste og ubevisste erfaringer, holdninger og forventninger, som jeg brakte med meg inn i forskningsprosessen og jeg har forsøkt å legge min forforståelse til side så godt som mulig. I denne studien gikk jeg inn ikke bare med faglig kunnskap om fysisk aktivitet men også med min egen forståelse og opplevelse av dette. Som fysioterapeut har jeg et bevisst forhold til at fysisk aktivitet med gitt intensitet og varighet er viktig for å fremme helse og på ulike måter gi bedre livskvalitet. Fra mitt eget ståsted opplever jeg at inspirasjonen og motivasjonen for regelmessig å drive med fysisk aktivitet varierer mye, og kan endre seg over tid. Dette til tross for mine bakgrunnskunnskaper om viktigheten av fysisk aktivitet. Slik tosidig forforståelse gjorde det krevende å holde avstand fra både ved intervjuing og i analyseprosessen. For eksempel beskrev flere informanter seg som tilstrekkelig fysisk aktive, selv om det de fortalte og det jeg fikk inntrykk av i møte med dem i deres eget miljø ikke samsvarte med min oppfatning. Det var derfor viktig å tilstrebe at jeg som forsker ikke ble farget av min egen forforståelse og det ble viktig å skjerpe fokuset på å fange opp de spesifikke og karakteristiske utfordringer med fysisk aktivitet etter hjerneslag fra informantenes perspektiv. Samtidig som jeg også prøvde å være åpen for å fange opp fysisk aktivitetsatferd hos informanter på et mer generelt grunnlag.

Jeg har også vært oppmerksom på at informantenes forventninger om at jeg som fysioterapeut og forsker møter dem med min helsefaglige holdning, kunne hindre informanter i å formidle andre erfaringer og forståelser enn dem hun eller han trodde jeg var åpen for. For å styrke validitet, har jeg bevisstgjort informantene om studiens kontekst og formål. Jeg tydeliggjorde

for dem at det er deres unike erfaringer og synspunkter om mestring av fysisk aktivitet etter endt oppfølging som er utgangspunkt i denne studien, for å kunne få økt forståelse for hvordan man eventuelt kan utvikle et bedre fremtidig rehabiliteringstilbud.

Kvale & Brinkmann (2015, s. 195) har påpekt at kvalitet på forskningsintervjuene avhenger av forskers bakgrunnskunnskap, samtaleferdigheter og evne til å oppfatte intervjupersonens språkstil. I min rolle som forsker hadde jeg lite erfaring innen kvalitativ forskning. Dette har gjort gjennomføringen av studien tidskrevende og til tider utfordrende. Til min fordel hadde jeg god kjennskap til fagfeltet, og var gjennom mitt arbeid vant til å ha faglige samtaler med personer etter hjerneslag. Jeg tilstrebet å være godt forberedt til intervjuer gjennom å fordype meg i faglitteratur på dette området og reflektere godt over tema som jeg ønsket å ta opp. Dette styrket min trygghet og kontroll i intervjusituasjonene. Samtidig innså jeg at det til tider kunne være utfordrende å stille tydelige, for informant lett forståelige spørsmål, uten å ha for styrende innvirkning på informantenes beskrivelser. Mine ferdigheter som intervjuer utviklet jeg derfor gjennom hele intervjuprosessen.

Til slutt vil jeg gjøre rede for asymmetrien i relasjonen mellom meg som forsker og fysioterapeut og informantene i denne studien. Fra mitt ståsted er jeg en frisk person som ikke har noen helsemessige begrensninger for å delta i fysiske aktiviteter og har i tillegg mye faglig kunnskap på dette området. Informantene derimot har gjennomgått et hjerneslag, som har etterlatt både psykiske og fysiske spor og redusert deres muligheter til å delta i fysiske aktiviteter like spontant som før. Ut ifra min forståelse for den asymmetriske relasjonen mellom meg og informantene, var jeg bevisst på å møte informantene med åpenhet og respekt. Jeg gav uttrykk for at jeg verdsatte deres deling av erfaringer, og at de var unike og verdifulle.

4.3 Mulige implikasjoner for klinisk praksis og forskning

Denne studien er ikke utfyllende for å belyse alle aspekter og problemstillinger ved mestring av fysisk aktivitet hos hjerneslagsrammede med god motorisk funksjon. Den gir heller ikke svar på hva som er den mest optimale måten å forebygge innaktivitet i denne pasientgruppen på. Samtidig kaster studien lys over flere interessante områder som kan være relevante og nyttige i utviklingsarbeid av fysisk aktivitets fremmende tiltak etter hjerneslag.

Resultater fra studien peker på at ikke alle hjerneslagsrammede med høy fysisk selvstendighet selv kunne ivareta en varig fysisk aktiv livsstil, etter noen uker med oppfølging og veiledning.

Dette til tross for at mange gav uttrykk for å ha fått økt motivasjon og interesse for fysiske aktiviteter. Ulike «usynlige» vansker, særlig økt trøtthet, kunne bidra til usikkerhet og engstelse når det gjelder mestring av fysiske aktiviteter. Mange opplevde tilstanden etter hjerneslag som en stor følelsesmessig påkjenning, da de ikke lenger hadde samme mestringsevner og kontroll over livene sine.

Flere informanter gav uttrykk for at de hadde behov for lenger oppfølgingstid enn det som tilbys per i dag for å oppnå varig mestring av fysisk aktivitet. Det kom også frem at det var behov for ytterligere oppfølging for mestring av økt trøtthet og trening med moderat til høy intensitet/ utholdenhetstrening. På bakgrunn av informantenes beskrivelser i lys av teoretiske perspektiver, er det derfor viktig gjennom oppfølgingen å fange opp disse usikkerhets- og engstelsesutløsende momenter, for å unngå etablering av nye fysiske aktivitetsvaner og for å forebygge utvikling av en sedat livsstil etter hjerneslag.

Studiens funn rettet også oppmerksomhet mot at personer etter hjerneslag kan ha ulike sosiokulturell bakgrunn med ulike tidligere fysiske aktivitetsvaner og holdninger rundt dette. Det kan antas at noen som får hjerneslag har levd et inaktivt liv før dette, mens det også er noen som blir rammet til tross for å ha vært regelmessig fysisk aktive. Ut fra disse ulike utgangspunkt kan motivasjon og drivkraft til fremtidig deltagelse i fysiske aktiviteter være varierende. For noen er kanskje tiden etter hjerneslag det rette tidspunktet for å få et ekstra løft gjennom oppfølgingen som stimulerer deres økte deltagelse i fysiske aktiviteter, spesielt med tanke på at mange informanter i studien hadde gitt uttrykk for å ha fått økt interesse for fysiske aktiviteter. Mens noen som har vært fysisk aktive før, muligens trenger oppmuntring og støtte til å ikke gi opp troen på at fysisk aktivitet nytter. Studiens funn tyder dermed på at hjerneslagsrammede ikke er en ensartet gruppe. Derfor virker det hensiktsmessig at i planlegging og gjennomføring av fysiske aktivitetsfremmende tiltak bør helsepersonell utvikle en sensitivitet for å fange opp og ivareta ulike individuelle behov og forskjeller, for å øke tiltakseffektivitet.

Ut i fra min egen praksis-erfaring og det som kommer frem i faglitteratur, har fokuset på og ivaretagelse av de kognitive og emosjonelle vansker etter hjerneslaget økt betydelig. Samtidig får de som har store motoriske utfall fremdeles lengst og mest oppfølging. Praksis i Bergen kommune, som jeg kjenner til, er at personer i yrkesaktiv alder og unge pensjonister ofte blir oppfordret til å fortsette trening på egenhånd eller på et lokalt treningssenter, samt på fysikalsk institutt. For pensjonister over 65 år finnes det også noen gruppetilbud med fokus på generell trening og fallforebygging. I følge studiens informanter er det et problem at de ikke

alltid finner seg til rette og føler seg ivaretatt av de eksisterende tilbud i nærmiljøet ut i fra de utfordringer de opplever etter hjerneslaget. Flere uttrykte savn etter gruppetilbud med likesinnede. Etablering av tilrettelagte og lavterskel gruppetilbud for personer etter hjerneslag, som strekker seg utover dagens rehabiliterings tilbud, vil derfor muligens styrke deres mestring av fysisk aktivitet og bidra til at personer etter hjerneslag oppnår i det minste samme fysisk aktivitets nivå som før hjerneslag.

Ved å rette fokuset mot problematikken knyttet til mestring av fysisk aktivitet hos personer etter hjerneslag med god fysisk funksjon, håper jeg at det kan være med for å vekke interesse hos helsepersonell og inspirere dem i utviklingsarbeid av fremtidige helsefremmende tiltak hos denne pasientgruppen. Jeg håper også at denne studien kan danne utgangspunkt for lignende studier som utforsker andre aspekter av betydning og studier av større omfang på dette feltet. For eksempel, kan det være hensiktsmessig å gjøre studier som løfter frem problematikken rundt fysisk aktivitets fremmende tiltak i denne pasientgruppen fra helsepersonellens perspektiv. For å kunne si noe mer om de faktiske endringer i fysisk aktivitets vaner etter hjerneslag, bør det gjennomføres instrumentelle målinger med kvantitativ forskningsdesign. I min studie har jeg valgt å se på mestring av fysisk aktivitet som et enkeltfenomen med tanke på livsstil, men det er selvfølgelig flere livsstilsfaktorer som påvirker helse og livskvalitet. En studie som undersøker livsstilsvaner i et bredere perspektiv (for eksempel fysisk aktivitet, kosthold, stress og røyking) ville vært nyttig. Det ville også vært nyttig med fremtidige studier som ser på effekten av langtidsoppfølging, som for eksempel gruppetilbud med fokus på helsefremmende tiltak, for å se om det gir utslag på økt mestring og deltagelse i fysiske aktiviteter etter hjerneslag.

5. KONKLUSJON

I denne studien ble det funnet at personer ett til to år etter hjerneslag med selvstendig gangfunksjon fortsatt opplever redusert mestring og lavere deltagelse i fysisk aktivitet sammenlignet med før hjerneslaget. Dette til tross for at de beskriver økt treningsmotivasjon, godt kunnskapsgrunnlag og ønske om økt deltagelse i fremtidige fysiske aktiviteter. De «usynlige» vansker som økt trøttbarhet og kognitiv svikt har vært identifisert som svært hemmende for mestringsevne av fysiske aktiviteter. Det ser ut for at de som har hatt et høyere fysisk aktivitetsnivå før hjerneslaget, er blant de mest aktive også etter hjerneslaget.

Studien viser til at mestring av fysiske aktiviteter er blitt styrket gjennom oppfølgingen. Allikevel opplever flere at oppfølgingen er for kortvarig og at de ikke får nødvendig trygghet for mestring av fysiske aktiviteter på egenhånd. Usikkerhet og engstelse knyttet til fysisk aktivitet kan bidra til utvikling av sedat livsstil. utfordringer knyttet til trøtthet og mestring av utholdenhetstrening utpeker seg som de minst dekkede områder i rehabilitering etter hjerneslag. Sosial støtte virker som viktig motivator. Flere uttrykker savn og ønske om å fortsette trening i grupper med faglig veiledning i lag med likesinnede.

For å imøtekomme problemet med økt inaktivitet hos personer med lettere fysiske utfall etter hjerneslag, er det behov for nyteknisk organisering av rehabilitering og helsefremmende arbeid. Det er behov for bedre undersøkelse og oppfølging av kognitive og emosjonelle vansker knyttet til mestring av fysisk aktivitet. Det virker hensiktsmessig at helsefremmende tiltak bygges på kunnskap om tidligere fysiske aktivitetsvaner, motivasjon og grunnleggende verdier hos hvert enkelt individ. Gruppetilbud som er tilpasset personer etter hjerneslag med tilstrekkelig mengde, intensitet og varighet kan med fordel utvikles som et supplement til dagens tilbud.

REFERANSER

- Adams, R. (1990). *Social work and empowerment. Practical Social Work Series*. London: British Association of Social Work.
- Anderssen, S. A., & Stromme, S. B. (2001). Fysisk aktivitet og helse - anbefalinger. [Physical activity and health--recommendations]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 121(17), 2037-2041.
- Bandura. A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura. A. (1986). *Social Foundations of thought and action. A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura. A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura. A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. W. H. Freeman and Comp.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Billinger, S. A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J. J., Franklin, B. A., Johnson, C. M., . . . Council on Clinical, C. (2014). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(8), 2532-2553. doi: 10.1161/STR.0000000000000022
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk makt*. Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner*. Oslo: Pax Forlag.
- Boysen, G., Krarup, L. H., Zeng, X., Oskedra, A., Korv, J., Andersen, G., . . . ExStroke Pilot Trial, G. (2009). ExStroke Pilot Trial of the effect of repeated instructions to improve physical activity after ischaemic stroke: a multinational randomised controlled clinical trial. *BMJ*, 339, b2810. doi: 10.1136/bmj.b2810
- Brazzelli, M., Saunders, D. H., Greig, C. A., & Mead, G. E. (2011). Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*(11), CD003316. doi: 10.1002/14651858.CD003316.pub4
- Cockerham, W. C. (2000). The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles. In C. E. Bird, P. Conrad & A. M. Fremont (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav*, 46(1), 51-67.

- Cockerham, W. C. (2007). New directions in health lifestyle research. *Int J Public Health*, 52(6), 327-328.
- Crossley, N. (2001). *The social Body. Habit, identity and desire*. London: Sage Publications.
- Eilertsen, G., Ormstad, H., & Kirkevold, M. (2013). Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis. *J Adv Nurs*, 69(3), 514-525. doi: 10.1111/jan.12002
- Ellekjaer, H., & Selmer, R. (2007). Hjerneslag - like mange rammes, men prognosen er bedre. [Stroke--similar incidence, better prognosis]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127(6), 740-743.
- Engstad, T., Viitanen, M., & Almkvist, O. (2007). Kognitiv svikt etter hjerneslag - diagnostikk og håndtering. [Cognitive impairment after stroke--diagnosis and management]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127(10), 1390-1393.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fjelland, R. (2009). *Innføring i vitenskapsteori*. (6 oppl.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsintervju*. (2 utg.). København: Akademisk forlag.
- Fure, B. (2008). Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag. *Demens & Alderspsykiatri*, vol.12 -nr.4.
- Føllesdal, D., & Walløe, L. (2000). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., . . . American College of Sports, M. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*, 43(7), 1334-1359. doi: 10.1249/MSS.0b013e318213fefb
- Gardner, B., de Bruijn, G. J., & Lally, P. (2011). A systematic review and meta-analysis of applications of the Self-Report Habit Index to nutrition and physical activity behaviours. *Ann Behav Med*, 42(2), 174-187. doi: 10.1007/s12160-011-9282-0
- Glader, E. L., Stegmayr, B., & Asplund, K. (2002). Poststroke fatigue: a 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 33(5), 1327-1333.
- Gordon, N. F., Gulanick, M., Costa, F., Fletcher, G., Franklin, B. A., Roth, E. J., . . . the Stroke, C. (2004). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and

- Prevention; the Council on Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council. *Stroke*, 35(5), 1230-1240. doi: 10.1161/01.STR.0000127303.19261.19
- Graff-Iversen, S., Skurtveit, S., Nybo, A., & Ross, G. B. (2001). Utvikling av kroppsarbeid hos norske 40-42 åringer i tiden 1974-1994. [Trends when it comes to occupational physical activity among Norwegians aged 40-42 years during the period 1974-94]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 121(22), 2584-2588.
- Granum, V. (2000). *Pasientundervisning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grenness, T. (2001). *Innføring i vitenskapsteori og metode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, B.H., Anderssen, S.A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A.K., Andersen, I.D., Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014 - 15*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2008). Spørreundersøkelse om fysisk aktivitet. Tilgjengelig på: ndla.no/nb/node/87831
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer: Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Helsedirektoratet, IS-1688.
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Helsedirektoratet, IS - 2170.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2011). *Delplan til Omsorgsplan 2015. Nevroplan 2015*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartement. (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld.nr.16 2002-2003). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Hildebrand, M., Brewer, M., & Wolf, T. (2012). The impact of mild stroke on participation in physical fitness activities. *Stroke Res Treat*, 2012, 548682. doi: 10.1155/2012/548682
- Hoffmann, T., Bennett, S., Koh, C. L., & McKenna, K. (2010). A systematic review of cognitive interventions to improve functional ability in people who have cognitive impairment following stroke. *Top Stroke Rehabil*, 17(2), 99-107. doi: 10.1310/tsr1702-99
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Educ Q*, 21(2), 149-170.
- Jansson, E. & Anderssen, S. (2009). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I: R. Bahr (Red), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kissow, A.M., & Pallesen, H. (2004). *Mennesket i bevegelse*. (3 udg.). København: Fadl.
- Kissow, A.M., & Therkildsen, B. (2008). *Tilpasset idræt og bevegelse: introduktion*. Handicapidrættens Videnscenter: Roskilde.
- Kramer, A. F., & Erickson, K. I. (2007). Effects of physical activity on cognition, well-being, and brain: human interventions. *Alzheimers Dement*, 3(2 Suppl), S45-51. doi: 10.1016/j.jalz.2007.01.008
- Kruger, R.A., & Casey, M.A. (2000). *Focos groups: a practical guide for applied research interviewing*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Kvale, S. (2004). *Det kvalitative forskningsintervju*. (6 oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693-1702. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5
- Lee, C. D., Folsom, A. R., & Blair, S. N. (2003). Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke*, 34(10), 2475-2481. doi: 10.1161/01.STR.0000091843.02517.9D
- Lindahl, M., & Bogh, C. (2002). Vurdering af kvalitative artikler. *Nytt om forskning nr.1., s.17- 21*.
- Lund, R., Christensen, U., Iversen, L., & Nybo Andersen, A. M. (2011). *Medicinsk sociologi: sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*. (2 udg.). København: Munksgaard.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i metoder i medisins forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. [Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E.W., Moe, T., Borge, L., Moser, T., Johannessen, B., & Kaggstad, J. (2004). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlag.
- Mathiesen, E. B., Njolstad, I., & Joakimsen, O. (2007). Risikofaktorer for hjerneslag. [Risk factors for cerebral stroke]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127(6), 748-750.

- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten nr. 4 april*.
- Moe, S. (2009). Fysisk aktivitet og sosial ulikhet: Hvordan forstå ulik involvering i fysisk aktivitet. *Fysioterapeuten nr. 7 juni*.
- Morris, J. H., Macgillivray, S., & McFarlane, S. (2014). Interventions to promote long-term participation in physical activity after stroke: a systematic review of the literature. *Arch Phys Med Rehabil, 95*(5), 956-967. doi: 10.1016/j.apmr.2013.12.016
- Mæland, J.G., & Aarø, L.E. (1993). Atferdsteori og forebyggende helsearbeid i praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen nr. 1; 113: 51-5*.
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø., & Westin, S. (2009). *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Naess, H. (2007). Hjerneslag hos unge voksne. [Cerebral infarction in young adults]. *Tidsskr Nor Lægeforen, 127*(6), 751-753.
- Naess, H., Lunde, L., Brogger, J., & Waje-Andreassen, U. (2012). Fatigue among stroke patients on long-term follow-up. The Bergen Stroke Study. *J Neurol Sci, 312*(1-2), 138-141. doi: 10.1016/j.jns.2011.08.002
- National Cancer Institute. (2005). *Theory at a glance: A guide for health promotion*. U.S. Dept. of Health and Human Services. Available at the web <http://www.cancer.gov/aboutnci/oc/theory-at-a-glance>
- Nicholson, S., Sniehotta, F. F., van Wijck, F., Greig, C. A., Johnston, M., McMurdo, M. E., . . . Mead, G. E. (2013). A systematic review of perceived barriers and motivators to physical activity after stroke. *Int J Stroke, 8*(5), 357-364. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00880.x
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ommundsen, Y., & Aaland, A. (2009). *Fysisk inaktive voksne I Norge. Hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet*. Helsedirektoratet: Oslo.

- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Quaney, B. M., Boyd, L. A., McDowd, J. M., Zahner, L. H., He, J., Mayo, M. S., & Macko, R. F. (2009). Aerobic exercise improves cognition and motor function poststroke. *Neurorehabil Neural Repair*, 23(9), 879-885. doi: 10.1177/1545968309338193
- REK Sør-Øst. (2015, 17.august) REK Sør-Øst. Hentet 01.10.2015 fra: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/komiteerogmoter/sorost/sekretariat?p_dim=34981&_ikbLanguageCode=n®ion=10795
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rimmer, J. H., Wang, E., & Smith, D. (2008). Barriers associated with exercise and community access for individuals with stroke. *J Rehabil Res Dev*, 45(2), 315-322.
- Ronning, O. M., Thommassen, L., & Russell, D. (2007). [Quality-indicators for management and treatment of acute stroke]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127(9), 1219-1223.
- Rose, D. K., Schafer, J., & Conroy, C. (2013). Extending the continuum of care poststroke: creating a partnership to provide a community-based wellness program. *J Neurol Phys Ther*, 37(2), 78-84. doi: 10.1097/NPT.0b013e3182941c37
- Sacco, R. L., Adams, R., Albers, G., Alberts, M. J., Benavente, O., Furie, K., . . . American Academy of, N. (2006). Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Circulation*, 113(10), e409-449.
- Saunders, D. H., Greig, C. A., & Mead, G. E. (2014). Physical activity and exercise after stroke: review of multiple meaningful benefits. *Stroke*, 45(12), 3742-3747. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.004311
- Shephard, R. J., & Bouchard, C. (1994). Population evaluations of health related fitness from perceptions of physical activity and fitness. *Can J Appl Physiol*, 19(2), 151-173.
- Simpson, L. A., Eng, J. J., & Tawashy, A. E. (2011). Exercise perceptions among people with stroke: Barriers and facilitators to participation. *Int J Ther Rehabil*, 18(9), 520-530.
- Sorensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? [How to stimulate health behavior?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 121(6), 720-724.

- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Det er behov for alle*. (NOU 1998: 18). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009*. Oslo: Departementene; IS – 0162.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse, teorier og forklaringer*. Oslo: Departementene; IS-1282.
- Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Grill, E., & Melvin, J. (2005). Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil*, 27(7-8), 353-359. doi: 10.1080/09638280400014105
- Taule, T., & Raheim, M. (2014). Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke. *Disabil Rehabil*, 36(25), 2107-2119. doi: 10.3109/09638288.2014.904448
- Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Therkildsen, B., & Kissow, A. (2006). *Kroppen som deltager: idræt og bevægelse i rehabiliteringen*. Handicapidrættens Videnscenter: Roskilde.
- Thommessen, B., & Wyller, T. B. (2007). Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. [Hospital-based rehabilitation after stroke]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127(9), 1224-1227.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsesektoren*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Thornquist, E. (2010). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2 oppl). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Truelsen, T., Piechowski-Jozwiak, B., Bonita, R., Mathers, C., Bogousslavsky, J., & Boysen, G. (2006). Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur J Neurol*, 13(6), 581-598. doi: 10.1111/j.1468-1331.2006.01138.x
- World Health Organization (WHO). (1986). *Ottava Charter for Health promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2009). *Milestones in Health Promotion: statements from global conferences*. Geneva: World Health Organization.
- Wilken, L., & Andreassen, V. F. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Wu, S., Kutlubaev, M. A., Chun, H. Y., Cowey, E., Pollock, A., Macleod, M. R., . . . Mead, G. E. (2015). Interventions for post-stroke fatigue. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, CD007030. doi: 10.1002/14651858.CD007030.pub3

Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg: Vitenskapsteori i helse og sosialfag* (2 utg). Oslo: Universitetsforlaget.

INTERVJUGUIDE

Innledning:

- Presentere meg selv som forsker og fortelle om min yrkes- bakgrunn, studiens formål
- Informere om at deltager har rett til å avbryte intervjuet når som helst uten at det medfører noen negative konsekvenser
- Informere om at deltager kan la være å svare på spørsmål som oppleves ubehagelig

Fakta spørsmål om deltager:

- Enkle spørsmål om familie, jobb, fritidsinteresser
- Spørsmål om sykehistorie: hvor tid deltager fikk hjerneslag, om utfall etter hjerneslag, hva type oppfølging de har trengt/fått, kort om hvordan situasjon er nå

Semistrukturert intervjuguide:

<i>1. Hvordan beskriver personer som har hatt hjerneslag sin fysiske aktivitet og trening?</i>	<i>2. Hva forteller personer med hjerneslag om fysisk aktivitetsvaner før og etter hjerneslag?</i>	<i>3. Hvilke tanker og kunnskap har personer som har hatt hjerneslag om fysisk aktivitet som forebygging mot nye slag?</i>
Kan du beskrive en vanlig dag fra du står opp til du legger deg?	Hva likte du å gjøre av fysisk aktivitet før du fikk hjerneslag?	Hva tenker du kan være grunnen til at du skal være fysisk aktiv eller trene?
Hva forstår du med å være fysisk aktiv?	Hvordan vil du beskrive din fysiske aktivitet i dag?	Hva vet du om fysisk aktivitet etter hjerneslag?
Hvilke aktiviteter vil du beskrive som fysiske aktivitet?	Hva tror du hindrer deg til å være mer fysisk aktiv eller trene?	Hva tenker du om anbefalingen om å være fysisk aktiv 30 minutter hver dag?
Hva legger du i ordet trening?	Hva motiverer deg til å være i fysisk aktivitet eller trene?	Hvordan opplever du det å være andpusten?
Hvilke aktiviteter vil du beskrive som trening?	Hva tror du som må til for at du skal være mer fysisk aktiv?	
Kan du beskrive så nyansert som mulig siste gang du var fysisk aktivitet, trente?	Har oppfølgingen etter hjerneslag hjulpet deg til å komme i gang med fysisk aktivitet og trening?	

VEGLEGG 2

Utdrag fra transkripsjon med informant 6 (I 6). Etter min mening var hans beskrivelse av sin egen livssituasjon etter hjerneslaget dekkende også for andre informanter i studien. Han omtalte seg selv som «Den samme men på en litt annen måte». Også mange andre informanter uttrykker at de også etter hjerneslaget har med seg de samme grunnverdiene i livet, de samme holdningene og det samme tankegodset som de hadde før slaget, men fra en annen side har det inntrufne gjort noe med de I 6 utsagn har jeg derfor valgt å bruke som overbyggende overskrift for denne studien.

I 6: Jeg føler at det ikke er noe som bremses meg nå. Jeg føler at jeg kan gjøre det jeg vil. Men ting tar mer tid.

F: Ja, men føler du at du er tilbake til der du har vært? Man kan jo ikke si det vel ...

I 6: Jeg er jo ikke det. Nei, nei! Nei, så jeg aksepterer mer det som har skjedd. Jeg føler at jeg aksepterer det og prøver å se fremover. Jeg har vært i kjelleren og har vært lei meg og alt dette her men det går greit nå egentlig. Jeg liker jo ski «viser med blikket til slalåm støvler som står i stuen». Jeg liker å kjøre ski og motorsykkel. Kjøre fort på ski, det liker jeg. Men det blir nok mindre av skigåing enn før. Det gjør det. Men det er på grunn av balansen.

F: Hmm! Ja, du sa du var på ski nå i fjord?

I 6: Ja, det var kjekt og slitsomt og ikke noe annet. Jeg er blitt vant til å bare sette utfor. Å ha full kontroll. Og nå var det plutselig noe som manglet «ler». Så jeg følte meg som en liten jente «ler».

F: Føler du at du er blitt mye mer tilbakeholden, litt mer engstelig for å ...

I 6: Nei, ja litte granne. Altså i forhold til ... Jeg merker når jeg går ... Så hvis det er glatt ute, snø og is, da blir jeg litt mer stresset. Det kjenner jeg. Så jeg har måttet kjøpe sånne brodder da. Jeg er ikke så trygg lenger. Det føler jeg. Men jeg er ikke redd. Men det ligger der i bakhodet. Men jeg tenke litt mer fremover. Planlegge på en helt annen måte. Det må jeg si. Altså jeg er vel den samme. Må si at jeg er, men på en litt ... En litt annen variant. Litt roligere kanskje.

Eksempel fra analysetrinn 3.

Undertema: Fysisk aktivitet har fått større betydning og virker på nesten alt.

Utdrag fra flere informanters beskrivelse av hvordan fysisk aktivitet gir økt mestringsopplevelse etter hjerneslag. Dette ble oppsummert under overskrift: Gir opplevelsen av å mestre igjen.

(Inf.1) Og kjenne det at du greier å gå opp bakker og sånt uten å bli for andpusten og sånne ting. Så det merker jeg at det hjelper jo på. (Inf.7) Det er følelsen av mestring. Mestringsfølelsen blir forsterket. Å kjenne det at du greier å gå opp bakker og sånt uten å bli for andpusten og sånne ting. Så det merker jeg at det hjelper jo på. Ja, den gir meg krefter. Og gjør meg litt sterkere og. (Inf.11) Trening gir meg krefter. Og gjør meg litt sterkere og. For jeg husker og at når jeg var første gang ute og gikk med fysioterapeuten oppe på det Innsatsteamet, så gikk vi opp en bakke, men ikke så veldig lang ... Jeg hadde store problemer å gå opp den bakken. Sånn at det liksom ... Første gangen jeg løp på tredemøllen, var vel i februar ... Sant, det er ikke mer enn en måned siden! Og bare den lykkefølelsen av å kjenne at du klarte 45 minutter å løpe på tredemølle, det har jeg ikke fått på lenge. Sånn at liksom (Inf.11) Og ikke minst at det er ikke noe selvfølge lenger. Så da blir jo det ekstra gøy. Så det å kunne mestre igjen, at det har vært stor seier. Altså det viktigste for meg er jo egentlig det å være frisk. At jeg kan klare å mestre det. Det at du faktisk klarer det. Det er kjempe deilig, sant. Og det er jo samtidig mestringsfølelse igjen. Og så vil jo du også ventilere ut, tenker jeg. Og bare det å klare den der tredemøllen er sinnssykt deilig! Fordi det viser jo liksom at det skjer noe. Sant det er mestrings greie som får meg frem.

Fortettet meningsinnhold:

Gjennom fysisk aktivitet opplever jeg mestringsfølelsen. Mestringsfølelsen blir forsterket i og med at det ikke er noe selvfølge lenger. Det gir et ekstra kick å kunne klare å gå opp i bakker, klare å løpe på tredemølle igjen. Det beviser at det skjer noen fremskritt og denne følelsen får meg frem. Det er sinnssykt deilig!



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Hege Holde Andersson	Telefon: 22845514	Vår dato: 20.11.2013	Vår referanse: 2013/1911/REK sør-øst B
			Deres dato: 01.10.2013	Deres referanse:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Til Mona Kristin Aashund

2013/1911 Fysisk aktivitet etter hjerneslag

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen
Prosjektleder: Mona Kristin Aashund

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet 23.10.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Formålet med studien er å få økt kunnskap om hva som ligger til grunn for fysisk aktivitet hos personer etter hjerneslag. Problemstillingene er knyttet til informantenes egne beskrivelser av sin nåværende fysiske aktivitet og sine aktivitetsvaner før og etter hjerneslaget samt tanker og kunnskap om fysisk aktivitet som forebygging av nye slag. Det planlegges å intervjuer til sammen 10 pasienter under 75 år av begge kjønn som har hatt lett til moderat hjerneslag med ulike utfall. Studien har et deskriptivt, eksplorativt design, og anvender semi-strukturerte intervju der lydopptak transkriberes. Studien er et mastergradsprosjekt.

Komiteens vurdering

Komiteen har ingen forskningsetiske innvendinger til at prosjektet gjennomføres.

Vedtak

Komiteen godkjenner prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 9 og § 33

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2014. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2019. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren"

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK sør-øst på eget skjema senest 30.06.2015, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK sør-øst dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst.

Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Geir Olav Hjortland
nestleder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
komitésekreter

Kopi til:

Rolv Tørje Lie, UiB: rolv.lie@smis.uib.no

Universitetet i Bergen ved øverste administrative ledelse: post@uib.no

VEGLEGG 5



BERGEN KOMMUNE

BYRÅDSAVDELING FOR HELSE OG OMSORG

Bergen Rådhus
Postboks 7700, 5020 Bergen
Sentralbord 05556
Telefaks 55 56 74 99
postmottak.helse.sosial@bergen.kommune.no
www.bergen.kommune.no

Anda Kupca
Holtaveien 3
5239 Rådal

Deres ref.	Deres brev av:	Vår ref.	Emnekode	Dato
		201208030-112 GHAL	ESARK-40	05. desember 2013

Søke om tillatelse til rekruttering

Det vises til forespørsel 22.10.13 om bistand til å rekruttere informanter til en masteroppgave om fysisk aktivitet etter hjerneslag. Det vises videre til utfyllende dokumentasjon mottatt 27.11.13.

Vi har mottatt dokumentasjon på at prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Vi har registrert at innsamlede data anonymiseres ved prosjektslutt, september 2014.

Byrådsavdeling for helse og omsorg godkjenner med dette at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som er beskrevet i søknaden og fremlagt dokumentasjon.

Kontaktpersoner i det videre arbeidet er sjef for Etat for helsetjenester, Brita Øygard.

Bergen kommune ser frem til å motta et eksemplar av masteroppgaven når denne foreligger.

Vi ønsker deg lykke til med arbeidet.

Med hilsen

BYRÅDSAVDELING FOR HELSE OG OMSORG

*Nina Solberg Nygaard - seksjonssjef
Nina Mevold - kommunaldirektør*

Dette dokumentet er godkjent elektronisk.



Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt: Fysisk aktivitet etter hjerneslag

BAKGRUNN OG HENSIKT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt ved Universitetet i Bergen, der man ønsker å få økt kunnskap om fysisk aktivitet etter hjerneslag.

Vi kontakter deg fordi du for noen måneder siden mottok rehabilitering etter hjerneslag av Innsatsteam-Rehabilitering i Bergen kommune og har deretter fått spørsmål om å få tilsendt informasjon om denne studien.

Hensikten med denne studien er å undersøke fysisk aktivitet noen måneder etter endt oppfølging for å utforske hvordan personer som har opplevd et hjerneslag erfarer det å være i fysisk aktivitet, og hvilken kunnskap de har om betydningen av dette.

HVA INNEBÆRER STUDIEN?

Sier du ja til å være med som deltaker i denne studien, vil du bli intervjuet av meg som er fysioterapeut og mastergradsstudent. Jeg vil samtale med deg om dine erfaringer og tanker rundt fysisk aktivitet etter hjerneslaget. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet kan gjennomføres hjemme hos deg om du synes at det passer best. Eventuelt vil jeg kunne skaffe et egnet møtested. Intervjuet vil ta omtrent 1 time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Dersom det er behov for flere intervjuer på et senere tidspunkt, vil disse være av kortere varighet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Når det gjelder fordeler, vil det å delta ikke gi direkte fordeler for deg, men det kan være en interessant erfaring å samtale om et tema som begge parter er interessert i. Det at vi kan få økt kunnskap om mestring og erfaring av fysisk aktivitet hos personer som tidligere har opplevd hjerneslag, vil hjelpe oss å bedre helsetilbudet til pasienter etter hjerneslag i fremtiden. Det å dele erfaringer om fysisk aktivitet etter hjerneslag vil kunne medføre at du tenker tilbake på både positive og negative opplevelser som du har hatt. Utover dette vil deltakelse i studien ikke medføre ulemper for deg.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du garanteres konfidensiell behandling. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når masterprosjektet ferdigstilles. Opplysningene anonymiseres og selve lydopptakene slettes når prosjektet slutføres. Det vil bli skrevet en masteroppgave på bakgrunn av dataene i dette prosjektet. På sikt vil det også være aktuelt å publisere en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

HVORDAN TA KONTAKT MED OSS?

Dersom du ønsker å delta i studien, ber jeg deg snarest returnere denne samtykkeerklæringen i en vedlagt frankert konvolutt. Jeg vil også be deg om å oppgi telefonnummer du ønsker å bli kontaktet på. Telefonnummeret kan du skrive her: _____.

Du kan også kontakte meg direkte, dersom du har lyst til å delta i studien. Mitt navn er Anda Kupca, telefon 930 29 125.

FRIVILLIG DELTAKELSE

Det er frivillig å delta i studien. Om du nå sier ja til å delta, kan du når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Anda Kupca på telefon 930 29 125.

Med vennlig hilsen

Anda Kupca

Masterstudent ved Universitetet i Bergen

Masterprogram i helsefag – Fysioterapivitenskap

Mona Kristin Aaslund (prosjektleder og veileder)

Postdoktor og spesialist i nevrologisk fysioterapi

Forskningsgruppe i fysioterapi, Universitetet i Bergen

Samtykke til deltakelse i studien om fysisk aktivitet etter hjerneslag

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av deltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)