

**Barn og ungdom med astma – erfaringer med og  
tanker om fysisk aktivitet**  
*En kvalitativ intervjustudie*



Live Berg

Masteroppgave i helsefag  
Studieretning fysioterapivitenenskap  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Høst 2012

## FORORD

Proessen som har ført fram til denne masteroppgaven har vært svært lærerik, innholdsrik og til tider krevd mye engasjement og prioriteringer. Jeg har opplevd både faglig og personlig utvikling, og dette vil jeg ta med meg og ha god nytte av videre fremover.

Jeg vil rette en stor takk til alle deltagerne og deres familier for at dere var så positive og velvillige til å stille opp i denne studien. Uten dere hadde det ikke blitt noe av denne oppgaven.

Takk også til Geilomo og alle ansatte der for den positive imøtekommelsen og samarbeidet for å kunne innhente data hos dere. Takk for deres kompetanse og engasjement. Tusen takk også for alt jeg har lært på Geilomo.

Jeg vil takke arbeidsplassen min, og spesielt avdelingsleder Birgit Ulshagen, for at det har blitt så godt tilrettelagt og gjort det mulig for meg å komme i mål med denne oppgaven. Jeg setter svært stor pris på velviljen og troen jeg har møtt fra arbeidsplassen på at dette skulle la seg gjennomføre. En takk også til dyktige, inspirerende og forståelsesfulle kollegaer.

Jeg vil takke veilederen min, professor dr. philos Målfrid Råheim for dine konkrete, konstruktive og svært gode råd og innspill under hele prosessen. Jeg takker deg for din store fleksibilitet og raske tilbakemeldinger når det har vært påkrevd. Din veiledning har vært til særdeles god hjelp, du har holdt meg på sporet og lost oppgaven og meg i mål.

Takk til NFFs Fond til etter – og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke Mari, Tore, Inger og Christen for deres store forståelse, støtte og tålmodighet. Takk for at dere er de dere er.

Oktober 2012

Live Berg

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1. INTRODUKSJON</b> .....	1
1.1 Bakgrunn for studien og valg av tema.....	1
1.2 Relevant teori .....	3
1.3 Tidligere forskning på området.....	6
<b>2. HENSIKT OG PROBLEMSTILLING</b> .....	11
2.1 Hensikt.....	11
2.2 Problemstillinger.....	12
<b>3. METODE</b> .....	13
3.1 Forskningsdesign.....	13
3.2 Utvalg.....	14
3.3 Dataproduksjon.....	16
3.4 Analyse.....	19
3.5 Etske betraktninger .....	23
<b>4. BARNAS OG UNDOMMENES ERFARINGER MED OG SYNSPUNKTER PÅ FYSISK AKTIVITET</b> .....	25
4.1 Erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet.....	26
4.1.1 Dagens aktivitetsnivå og tidligere erfaringer med fysisk aktivitet – fra lystbetonte daglige økter til forventningspress.....	26
4.1.2 Fysisk aktivitet på Geilomo – fra opplevelse av større tro på egne muligheter og økt mestring til unnasluntring og opplevelse av for stor kontroll.....	33
4.2 Begrensninger og muligheter – egen innstilling og forståelse.....	40
4.2.1 Holdning til og forståelse av betydninger av fysisk aktivitet vevd sammen med glede og misnøye – fra opplevelsen av bortkastet tid til herlig mestringsfølelse.....	40
4.2.2 Astmasykdommen - fra følelsen av at andre løper i fra og sterke ønsker om å slippe å ha astma til opplevelse	

av at astma er ingen hindring.....	45
4.2.3 Fremtiden – fra å være tilfreds med aktivitetsnivået slik det er til at oppholdet på Geilomo har gitt motivasjon til å bevege seg mer hjemme.....	49
<b>5. DISKUSJON.....</b>	<b>52</b>
5.1 Astma i lys av tro på egne evner til å håndtere sykdommen og være fysisk aktiv i hverdagen.....	56
5.2 Betydninger av motivasjon, holdninger og interesse for deltagelse i og erfaringer med fysisk aktivitet.....	61
5.3 Mer om opplevelse av mestring, prestasjonskrav og synlighet....	67
5.4 Opphold på Geilomo – mer om mulighetens mekka for de fleste, men ikke for alle.....	72
5.5 Metodediskusjon.....	83
5.5.1 Validitet og relevans.....	83
<b>6. OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE.....</b>	<b>92</b>
<b>KILDER.....</b>	<b>95</b>

## VEDLEGG

1. Intervjuguide
2. Informasjon om studien til deltagerne og skjema om informert samtykke
3. Eksempel fra rekontekstualisering i analyseprosessen
4. Svar fra Regional Etisk Komité (REK)
5. Svar fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)
6. Svar fra Oslo Universitetssykehus (OUS)
7. Informasjon om Geilomo
8. Eksempel på ukeplan på Geilomo

## **TITTEL:**

**Barn og ungdom med astma- erfaringer med og tanker om fysisk aktivitet.  
En kvalitativ intervjustudie.**

**FORFATTER: Live Berg**

**Masterprogram i helsefag, Studieretning fysioterapivitenenskap**

**ÅR: 2012**

## **SAMMENDRAG:**

*Bakgrunn:* Mange barn og unge har astma. Fysisk aktivitet er anbefalt som en del av behandlingen av astma. Det er få norske studier som har gått i dybden på barn og unge med astma sine erfaringer med fysisk aktivitet.

*Studiens hensikt* er å finne mer ut av hvordan barn/ungdom med astma erfarer fysisk aktivitet, hvilke holdninger de har til fysisk aktivitet slik de opplever det og gir det mening, og deres opplevelse av mestring av fysisk aktivitet.

*Materiale og metode:* 10 barn/ungdommer med astma i alder 13 – 16 år ble intervjuet én gang når de var på habiliteringsopphold på Geilomo. Intervjuformen var semistrukturert. Analysemetoden som ble brukt er Malteruds systematiske tekstkondensering.

*Kunnskapsbidrag:* Barna/ungdommene med astma formidlet et stort spenn i sine erfaringer med og tanker om fysisk aktivitet, både hjemme og på Geilomo. Opplevelse av glede, spenning og iver, vekslet med opplevelse av slitsomhet, utilstrekkelighet og at astma var en begrensning. Glede av fysisk aktivitet hang i stor grad sammen med tro på egne ferdigheter i fysisk aktivitet. Unnvikelse av fysisk aktivitet både hjemme og på Geilomo var et fenomen ved erfaringene deres. Opplevelsen av og ikke skille seg negativt ut i forhold til jevnaldrende fremstod sentralt for barna/ungdommene med astma. Opplevelsen av å mestre mer og hevde seg blant jevnaldrende var positive aspekter ved fysisk aktivitet på Geilomo. Negative erfaringer knyttet til Geilomo innebar for stor grad av ytre kontroll. Erfaringer med å bli mer fysisk aktiv etter et opphold på Geilomo blir også belyst i studien.

**Nøkkelord:** barn/ungdommer med astma, opplevelser med fysisk aktivitet, mestring, Geilomo

**TITLE:**

**Children and adolescents with asthma - experiences and thoughts about physical activity. A qualitative interview study.**

**WRITER: Live Berg**

**SECTION of Physiotherapy Science**

**YEAR: 2012**

**ABSTRACT:**

*Background:* Many children have asthma. Physical activity is recommended as part of the treatment of asthma. There are few norwegian studies that have examined in depth how children and adolescents with asthma experience physical activity.

*The purpose whit the study* is to find out more about how children / adolescents with asthma experience physical activity; their attitudes to physical activity as they experience it, to what extent they feel it gives meaning, and their experience of coping with physical activity.

*Materials and methods:* 10 children / adolescents with asthma aged 13 to 16 years old were interviewed once when they were on rehabilitation at Geilomo. The interviews were semi-structured. The analysis method used is Malteruds systematic text condensation.

*Contribution to knowledge:* The children / adolescents with asthma expressed a wide range of experiences with physical activity at home and at Geilomo. The experience of joy, excitement and zeal, alternated with experience of tiring, inadequacy and of asthma as a limitation. Enjoyment depends on their skills in physical activity. Avoidance of physical activity both at home, and at Geilomo, was one feature of their experience. The experience of not distinguishing themselves negatively in compared to peers appeared central to children / adolescents with asthma. The experience of coping more, and compete among peers, were positive aspects of physical activity at Geilomo. Negative experiences related to stays at Geilomo were associated with a high degree of external control. Experiences of being more physically active after a stay at Geilomo are also examined in the study.

**Keywords:** children / adolescents with asthma, experiences with physical activity, coping, Geilomo

# 1. INTRODUKSJON

## 1.1 Bakgrunn for studien og valg av tema

Denne studien skal handle om erfaringer og tanker om fysisk aktivitet slik noen barn og ungdommer med astma forteller om det. Gjennom å intervju barn og ungdom i alderen 13-16 år gir studien mer kunnskap om dette temaet.

Jeg har jobbet som fysioterapeut på Geilomo Barnesykehus i mange år og har erfaring fra arbeidet med fysisk aktivitet for barn og ungdommer med astma og andre kroniske sykdommer. Barn og ungdom med astma som kommer til Geilomo Barnesykehus er henvist av ulike årsaker og har ulike utgangspunkt og forventninger til fysisk aktivitet. Jeg jobbet tett med barna og ungdommene, både i praktiske fysiske aktiviteter og gjennom samtaler. Aktivitetsnivået til barna og ungdommene var svært forskjellig. Gjennom erfaringene mine på Geilomo ble jeg nysgjerrig, og ønsket å gå mer i dybden, på hvordan barna og ungdommene med astma opplever fysisk aktivitet, hvilke holdninger de har til fysisk aktivitet slik de opplever det og gir det mening. Jeg ønsket å snakke med barna og ungdommene. Jeg ønsker med denne studien også å belyse hvordan barn og unge med astma opplever fysisk aktivitet på Geilomo.

Astma er en sykdom som rammer mange barn og unge. Astma varierer i alvorlighetsgrad hos de ulike barna, og også i hvor mye barna kjenner astmaen i hverdagen. Hvordan barnet takler og mestrer sykdommen er også variabelt. Fysisk aktivitet er veldokumentert tiltak for å mestre sykdommen bedre (Chandratilleke, Carson, Picot, Brinn, Estermann, Smith, 2012). Men, hvordan opplever barn med astma selv fysisk aktivitet?

Mange barn har eller har hatt astma. I en studie fra 2005 ble det rapportert om en livstidsprevalens på 20,2 % i Oslo (Lødrup Carlsen et al, 2006), og tallet er stigende (Pearce et al, 2007). Astma kan defineres som en kronisk obstruktiv tilstand med tidvis forsnævring av bronkiene på grunn av krampe i muskulaturen som omkranser bronkiene, betennelsesreaksjoner som gir tykkere slimhinner i bronkiene og økt slimproduksjon (Veilederhefte, 2000, s.21). Astma er en multifaktoriell sykdom, og risikofaktorer er blant annet genetisk disposisjon, atopi og hyperreaktivitet. Faktorer i omgivelsene som tobakksrøyk og fuktskader kan bidra til at sykdommen utvikles hos barn (Emtner og

Carlsen, 2008). Mange barn som utvikler astma, blir ofte forbigående bedre av sykdommen i puberteten, men kan ofte få tilbakefall i voksen alder (Roorda et al, 1994).

Fysisk aktivitet er sentralt for barns vekst og utvikling, og fysisk aktivitet er en viktig del av barns hverdag. Barn uttrykker seg gjennom lek, og fysisk aktivitet er integrert i leken. Fysisk aktivitet blant barn og unge er fordelaktig med tanke på utviklingen av motoriske ferdigheter, beintetthet, forbedre det kardiovaskulære systemet og selvbildet (Trudeau og Shephard, 2005). Fysisk aktivitet er viktig også for barn og unge med astma. Fysisk aktivitet kan imidlertid fremkalle anstrengelsesutløst astma, samtidig som fysisk aktivitet er et viktig virkemiddel for å kunne mestre sykdommen bedre (Carlsen, 2000). Mange barn og unge med astma kan være hindret i deltagelse i fysisk aktivitet. I følge en nasjonal amerikansk undersøkelse var omtrent 30 % av barn med astma som deltok i fysisk aktivitet hemmet i sin fysiske utfoldelse, mens tilsvarende tall for friske barn var 5 % (Taylor og Newacheck, 1992).

På grunn av de fysiske, psykiske og sosiale fordelene med fysisk aktivitet, oppfordres barn og unge med astma å være regelmessig fysisk aktive. Det kan forbedre den generelle helsen og forbedre evnen til å takle astma (Welsh, Kemp og Roberts, 2005). I følge Lucas og Platts-Mills (2005) viste et flertall av studier at personer med astma trygt kan være fysisk aktive når de medisineres etter behov, og at de gjennom fysisk aktivitet kan forbedre kardiovaskulære kapasitet og livskvalitet. Sheth (2003) sier at mange forskere var enige om at redusert aktivitet/inaktivitet som følge av en astmadiagnose ikke skulle aksepteres. I stedet skulle fysisk aktivitet være en del av behandlingsprogrammer for alle med astma (Lucas og Platts-Mills, 2005). Mestring av fysisk aktivitet er satt opp som et av hovedmålene for behandling av astma hos barn og unge i alle internasjonale retningslinjer (Gina, 2007).

Geilomo Barnesykehus er en egen seksjon under barneklubben, Universitetssykehuset i Oslo, avdeling Rikshospitalet. Geilomo gir et landsdekkende tilbud og tilbyr habiliteringsopphold for barn og unge 6-16 år med astma, allergi, eksem og medfødte hjertesykdommer. Et opphold varer i 5 uker, der fokus er på mestring av sykdommen gjennom en tverrfaglig tilnærming. En viktig del av habiliteringstilbudet er fysisk aktivitet (se vedlegg 7). I tillegg til opplæring av barna og ungdommene, er det vesentlig at også



foreldre gjennomfører et opplæringsprogram. Barna og ungdommene går på egen skole på Geilomo, har mer kroppsøving (6 timer ukentlig) enn på skolen hjemme, samt daglig fysisk aktivitet etter skoletid samt hver lørdag og søndag (se vedlegg 8). I løpet av et år er omtrent 250 barn på Geilomo, og det er omtrent 25 barn og ungdommer på hvert opphold. Noen er der for første gang, andre har vært der flere ganger tidligere. Bakgrunnen for at barn og ungdommer henvises til Geilomo er også forskjellig. Noen trenger å bli mer fysisk aktive og har behov for hjelp til det, andre trenger å lære mer om sykdommen og den daglige håndteringen av den. Noen trenger et avbrekk fra hverdagen hjemme, få nytt påfyll og inspirasjon. Kanskje kan hverdagen hjemme være ganske slitsom eller at de blir «stemplet» for at de har astma. For noen kan det være kjekt å komme til Geilomo og oppleve at de kan hevde seg på nivå med jevnaldrende og ikke bare henge etter de «funksjonsfriske» hjemme.

## **1.2 Relevant teori**

Det er mange faktorer som kan påvirke en astmatikers evne til å være fysisk aktiv og følgelig opplevelsen av mestring. Obstruksjon av luftstrømmen kan gi ventilatoriske begrensninger, bronkial hyperreaktivitet kan begrense toleranseevnen, og sist, men ikke minst, erfaringer, vaner og interesser kan påvirke aktivitetsnivået. Det kan derfor hende at barn som opplever pustebesvær i fysisk aktivitet, velger en mer inaktiv livsstil, dette selv om pustebesværet ikke nødvendigvis kommer av astmaen, men i like stor grad fra redusert fysisk form (Pianosi og Davis, 2004). Dårlige erfaringer over tid kan resultere i en fysisk inaktiv livsstil, og gi barnet negative holdninger til fysisk aktivitet og lavere tiltro til egne ferdigheter (Milgrom og Taussig, 1999).

I forhold til om et barn velger å være fysisk aktiv og graden av det, synes mestring vesentlig. Dersom barnet opplever positive erfaringer med fysisk aktivitet og føler at det mestrer aktivitetene, er det rimelig å forvente at det vil kunne påvirke barnets aktivitetsnivå i positiv retning. Den amerikanske psykologen Albert Bandura er grunnlegger av den sosialkognitive mestringsteori, der fokus er på mestring og mestringsforventning (Bandura, 1997). Banduras mestringsteori vil kunne gi økt forståelse av forhold som bidrar til at barn med astma velger å være fysisk aktive eller ei. Denne teorien inneholder både beskrevne prediktorer og prinsipper for hvordan informere, guide og motivere mennesker til å tilpasse

sine vaner slik at det kan fremme helse og redusere vanemessige måter å handle på som kan svekke helsen (Bandura, 2004).

Mestringsforventning står altså sentralt, og defineres som ”en persons vurdering av de evner han/hun har til å organisere og utføre de handlinger som kreves for å gjennomføre spesielle typer oppgaver” (Hanssen og Natvig, 2007, s.52). Ut fra denne tenkningen er det vesentlig for barnet at det har god mestringsforventning til seg selv og sine ferdigheter i fysisk aktivitet for at han eller hun skal velge å være fysisk aktiv. Hvis barnet stadig opplever utilstrekkelighet i fysisk aktivitet, er det rimelig å tro at det er mindre sannsynlig at barnet er så fysisk aktiv som ønskelig. I følge Bandura er troen på at man greier å gjennomføre bestemte oppgaver viktigere enn de kunnskaper og ferdigheter som man i virkeligheten har (Bandura, 1997). Det betyr at barnets tiltro til egne ferdigheter og dermed egen mulighet til å mestre er viktigere enn de faktiske fysiske ferdighetene barnet har. Så om barnet velger en fysisk aktiv hverdag, beror i stor grad på troen på egne ferdigheter og tidligere erfaringer. Dog er det viktig å føye til at om barnet er regelmessig fysisk aktiv, så vil også de særlige ferdigheter som kreves i aktivitetene barnet velger utvikles, kondisjon bedres, balanse styrkes, koordinasjon bedres og så videre.

Et opphold på Geilomo fokuserer mye på å bygge opp hvert barns tiltro til egne ferdigheter slik at det får økt selvtillit, kan oppnå større trygghet og kan øke sin fysiske kapasitet som igjen kan bidra til større delaktighet i fysiske aktiviteter. Opplevelse av mestring øker mestringsforventningen, og dermed også mulighetene for at barnet vil prøve igjen og igjen, i troen på at det vil få det til. Dette er i tråd med den sosialkognitive teorien. Teorien inneholder dessuten kjerneelementer som kunnskap om helserisiko og nytten av ulike helserelaterte vaner og handlinger (Bandura, 2004). Dersom man har liten kunnskap om hvordan livsstilen påvirker helsen, er det liten grunn til å tro at det vil skje endring av vaner. Mestringsforventning er et kjerneelement og spiller altså en sentral rolle for å oppnå endring. Mestringsforventning er grunnlaget for motivasjon og handling, mener Bandura (1997). Dersom man har tro på at man kan greie å gjennomføre og å oppnå ønsket effekt av en bestemt handling, er det større mulighet for at handlingen gjennomføres. Dersom et barn under oppholdet på Geilomo kan oppleve økt tiltro til egne evner i for eksempel ballspill, øker både mestringsopplevelsen av aktiviteten og mestringsforventningen og

dermed også muligheten for at barnet vil delta i ballspill både under oppholdet, og forhåpentlig også når det kommer hjem, såfremt forholdene hjemme aktivt innbyr til det.

Mestringsforventning er alltid avhengig av konteksten, og mestringsforventningen er spesifikk, det vil si at den ikke nødvendigvis er overførbar fra en situasjon til en annen (Bandura, 1997). Det betyr at mestringsforventningen barnet har til for eksempel ballspill, kan være annerledes på Geilomo enn hjemme.

Et annet kjerneelement er resultatet man forventer av sine handlinger (Bandura, 2004). Om barnet forventer et resultat som er positivt, for eksempel at han eller hun greier å sykle like langt som jevnaldrende, er det større mulighet for å bli med på sykkelturen. I resultatforventningen inngår også mellommenneskelige forhold og selvevaluering. Om barnet forventer at resultatet vil ha positiv påvirkning på relasjonene til andre, for eksempel andre barn eller foreldre eller andre voksne, øker sjansene til handling. Anerkjennelse fra andre er med på å anerkjenne seg selv. Dermed kan handlingen føre til selvtilfredshet og mer positivt selvbilde (Bandura, 2004).

Hva som oppfattes som hinder og som tilretteleggende forhold er også elementer som påvirker handling og muligheten for endring. Barnets mestringstro for eksempel til å drive med regelmessig fysisk aktivitet er avhengig av hvordan han eller hun oppfatter ulike forhold som kulde (kan raskere få astmaanfall), frykt (for astmaanfall generelt og for andre ulike situasjoner som kan oppstå), andre deltagere (anerkjennelse/manglende anerkjennelse), og om de oppfatter slike forhold som hinder for deltagelse (Bandura, 2004).

Mestringstro påvirker også mål barnet setter seg (Bandura, 2004). Desto større mestringstro barnet har, desto høyere mål våger han eller hun å sette seg. Dersom et barn har tro på at det greier å drible på fotballbanen, vil han eller hun kunne sette seg mål om å møte på fotballtreningene, og kunne delta på fotballkamper. Men dersom barnet forventer at det ikke greier å skyte på mål eller ikke kjenner seg ferdighetsmessig god nok til å ha det moro med jevnaldrende på trening, vil han eller hun sette seg lavere mål. Barn med liten tiltro til egne ferdigheter, vil fort kunne gi opp å prøve, og kan se på vanskeligheter som

uoverkommelige hindre. Barn med høy grad av mestringstro vil kunne se på hindre som overkommelige ved at de øver og forbedrer sine ferdigheter (Bandura, 2004).

### **1.3 Tidligere forskning på området**

Van Veldhoven et al. (2001) viste i sin studie at barn med astma forbedret sin fysiske kapasitet gjennom fysisk trening og at de bedret sin evne til å mestre sykdommen. Welsh, Kemp og Roberts (2005) fant at fysisk aktive astmabarn reduserte sykehusinnleggelse, reduserte skolefravær, hadde færre konsultasjoner hos helsepersonell og fikk redusert medikamentbruk. I følge Kelsay, Hazel og Wamboldt (2005) syntes det også viktig for barn med astma og kunne delta i fysisk aktivitet, og særlig på skolen, for å bidra til et bedre psykisk velvære og derigjennom kunne redusere deres lave tilfredshet til egen kropp, noe som kan være assosiert med astma. Det er vist at 70-80 % av personer med ubehandlet astma (uten antiinflammatorisk behandling) har anstrengelsesutløst astma (Lacroix, 1999). Siden fysisk aktivitet kan føre til anstrengelsesutløst astma, synes det viktig med behandling som øker opplevelse av mestring av sykdommen, slik at frykten for anstrengelsesutløst astma ikke fører til en redusert fysisk aktiv hverdag. Det er ikke vist at fysisk trening forbedrer lungefunksjonen, men at fysisk trening kan heve terskelen for når anstrengelsesutløst astma utløses (Carroll og Sly, 1999).

Aktivitetsnivået blant astmatiske barn er blitt sammenlignet med friske barn i flere studier. Resultatene er forskjellige, og det er vist at barn med astma både er like aktive (van Gent et al., 2007), mer aktive (Ownby et al., 2007) og mindre aktive (Lang, Butz, Duggan og Serwint, 2004) enn friske barn. I en studie utført av Berntsen et al. (2009) blant barn med og uten astma i Oslo, fant forskerne at barn med astma var like fysisk aktive og i like god fysisk form som andre barn. Studien ble utført med aktivitetsregistrering ved hjelp av en aktivitetsmonitor som barnet hadde på seg i 4 dager, samt test av fysisk form ved måling av oksygenopptak på løping på tredemølle.

Ram, Robinson og Black (2000) har gjennomført en systematisk oversiktsstudie over effekten av fysisk trening hos astmatikere. De søkte etter randomiserte kontrollerte studier av astmatikere som hadde gjennomført fysisk trening. Resultatene viste at fysisk trening forbedret den kardiorespiratoriske kapasiteten, målt i VO<sub>2</sub>maks, og forbedret arbeidskapasiteten på lik linje som hos personer uten astma. Fysisk trening forbedret ikke

lungefunksjon i hvile. Oversiktsartikkelen konkluderte også med at det er dokumentasjon på at fysisk trening forbedret livskvaliteten, men ikke selve sykdomsaktiviteten ved astma. Videre har flere studier i følge Ram et al. (2000) vist at personer med astma har lavere kardiorespiratorisk kapasitet enn jevnaldrende. Dette kan komme av at astmatikerne hadde et lavere aktivitetsnivå, som igjen fører til dårligere fysisk kapasitet. Lavere aktivitetsnivå kunne henge sammen med frykt for tungpusthet.

Pianosi og Davis (2004) gjennomførte en studie for å se på forholdet mellom graden av astma, fysisk aktivitet, fysisk kapasitet og kroppsvekt hos barn med astma. 64 barn i alderen 8-12 år som var på sommerleir for astmatikere deltok i studien. Data om høyde, vekt, spirometri, test for bronkial sensitivitet, maksimal aerob kapasitet ( $VO_{2max}$ ) og spørreskjema om fysisk aktivitetsvaner, opplevde aktivitetsbegrensninger på grunn av astma, opplevde ferdigheter i fysisk aktivitet og holdninger til fysisk aktivitet ble samlet inn. Foreldre og barn besvarte spørreskjema sammen, og barna besvarte spørreskjema alene. Funn fra studien viste at lav aerob kapasitet hos astmatiske barn hang mer sammen med hvordan de oppfattet sine fysiske ferdigheter enn graden av astma. Hverken alvorlig astma, fysisk aktivitetsnivå eller holdninger til fysisk aktivitet hadde en signifikant korrelasjon til aerob kapasitet. Bare hvordan barna oppfattet sine fysiske ferdigheter hadde signifikant korrelasjon med aerob kapasitet.

I en prospektiv studie av danske skolebarn, var hensikten å finne ut av om fysisk form hos barn hadde noen innflytelse på utviklingen av astma. Barn som var diagnostisert med astmadiagnose ved start av studien, ble ekskludert. Barna gjennomførte lungefunksjonstester, test på ergometersykkel for fysisk form og svarte på spørreskjema. Studien viste at fysisk form hos barn korrelerte svakt med utviklingen av astma i løpet av barne- og ungdomsårene. God fysisk form syntes å redusere risikoen for å utvikle astma. Barn med høyt aktivitetsnivå så ut til å kunne påvirke lungene på en gunstig måte slik at de var bedre beskyttet mot astma senere i livet. Flere av barna som senere utviklet astma, hadde et lavt aktivitetsnivå. Det kan bety at både lavt aktivitetsnivå og dårlig fysisk form hos barn kan predisponere for astma senere i livet (Rasmussen, Lambrechtsen, Siersted, Hansen og Hansen, 2000). Det er altså mange holdepunkter for at fysisk aktivitet står sentralt i behandling og forebygging av astma. Opplevelse av mestring, av fysisk aktivitet i seg selv, og av sykdommen mer generelt, står fram som viktig.

Mange barn med astma trenger å øke sin mestring og kontroll av sykdommen, bedre forståelsen og øke selvtilliten. Flere studier har evaluert barnas kunnskap og håndtering av astma etter leiropphold (Iglesias, Jara, Remon og Molero, 2003). I Spania arrangeres sommerleirer for barn (8-14 år) med astma for å lære dem å mestre sykdommen og håndtere den bedre. Leiren består av undervisning og fysiske og sosiale aktiviteter. Iglesias et al. (2003) undersøkte i sin studie resultatene av opplæringsprogrammet på sommerleiren, ved bruk av spørreskjema før og etter leiren. Barn 8-10 år opplevde at de ikke kunne delta like mye i fysisk aktivitet som andre friske. De var likevel mer fysisk aktive etter leiren enn før, noe forfatterne relaterte til bedre selvtillit. De rapporterte at de hadde fått bedre kunnskap om sykdommen og bedre mulighet og selvstendighet til å delta i vanlige aktiviteter med andre barn. Barn 11-14 år rapporterte om økt forståelse for at de selv skulle være mer ansvarlige for den daglige behandlingen av sykdommen i stedet for å være avhengige av foreldrene. Men, etter leiren var det flere som følte seg annerledes enn andre barn, mindre gode i sport til tross for at de deltok i alle aktiviteter på leiren uten noen astmasymptomer. Forfatterne mente det kunne komme av at de på leiren ble konfrontert med at de hadde en kronisk sykdom.

Velsor-Friedrich, Vlasses, Moberley og Coover (2004) undersøkte 24 ungdommer i alderen 14-18 år i USA angående deres håndtering av astma. Dette var en studie der ungdommene ble delt inn i fire grupper, og det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer. Der kom det fram at tenåringene trodde at begrensninger i deres fysiske aktivitet var uunngåelig når man hadde astma. De oppfattet også at de ikke var i stand til å delta på det ønskede nivået, til tross for at de gjorde sitt beste. Flere av tenåringene ønsket ikke å bli identifisert med astma eller bli stigmatisert, de ønsket å være "normale", og av den grunn ønsket de å delta i fysisk aktivitet. Noen gutter brukte ikke kunnskapen de hadde om astmahåndtering, og presset seg for hardt. Noen av guttene som deltok i fysisk aktivitet på linje med friske jevnaldrende, ønsket ikke å bli sist i konkurranser da de oppfattet det som et nederlag.

Lund skrev i 1996 hovedfagsoppgave om barn med astma og mestringsopplevelser i friluftsliv. Hun gjennomførte en feltstudie av 4 barn med astma, to på 10 år og to på 12 år, mens de var på et opphold på Geilomo barnesykehus. Hun brukte deltagende observasjon

og intervju, og hun fulgte barna gjennom hele oppholdet på 4 uker. Hun kom fram til at barna følte seg friskere og mindre plaget av astmaen etter et opphold på Geilomo, noe som blant annet ble relatert til frisk luft, fysisk aktivitet og tett medisinsk oppfølging. Hvor godt barna opplevde at de mestret sykdommen, var avgjørende for deres mestringsopplevelser i friluftsliv. Barna opplevde at de greide aktiviteter på Geilomo de ikke trodde de ville klare. Dermed antyder Lund at muligheten antatt ville være større for at de lettere ville gå i gang med oppgaver de før så som umulig også hjemme. I følge denne studien fikk de bedre selvtillit i enkeltaktiviteter. Det ble stilt høyere krav til barna på Geilomo enn hjemme, noe som de selv syntes var positivt. Et vesentlig element i dette var at de under dette oppholdet følte seg trygge, astmaen opplevdes ikke som noe problem, men heller en utfordring. I friluftsliv viste barna høye mestringsmuligheter (Lund, 1996).

Van den Bemt et al. (2010) undersøkte i sin studie hvordan astma påvirket dagliglivet til barn. De gjennomførte semistrukturerte fokusgruppeintervju (5 grupper av 4-6 barn) med barn med astma i alderen 6-12 år. Fysisk aktivitet inngikk i en del av spørsmålene om livskvalitet. Gruppesamtalene fikk fram at begrensninger i fysisk aktivitet utgjorde en viktig del av deres livskvalitet. Løping var aktiviteten som begrenset dem mest. Dessuten ble det fortalt om begrensninger i fysisk kapasitet som førte til lavere prestasjoner i idretter, som for eksempel svømming og sykling. Astmaen syntes å påvirke livet til barna både fysisk, emosjonelt og sosialt. De viktigste faktorene som ble negativt påvirket av astmaen var forholdet til venner, medisinhengighet, kortpusthet, hoste, aktivitetsbegrensninger og sosiale begrensninger som et resultat av å måtte unngå sigarettøyk. I en studie i Sør-Australia av kronisk syke barn og deres foreldre undersøkte Fereday, MacDougall, Spizzo, Darbyshire og Schiller (2009) hvordan barn og ungdom (4-16 år) levde med en kronisk sykdom (astma, cystisk fibrose eller diabetes 1) og deres erfaringer med fysisk aktivitet. Data ble samlet gjennom fokusgruppeintervju med barn og foreldre separat, samt med illustrasjoner med kart og foto. Studien viste at barn og unge ikke oppfattet sykdommen som et hinder til å delta i fysisk aktivitet. De sa at de kunne gjøre like mye som sine friske venner, og de var aktive i både organiserte og uorganiserte aktiviteter. Astmaen stoppet dem ikke, men kunne føre til at noen aktiviteter ble hardere. Foreldrene oppmuntret barna til å delta i fysisk aktivitet, både på grunn av helsegevinstene, men også på grunn av deres tro på viktigheten av en normal oppvekst ved å være fysisk aktiv sammen med andre barn. I gruppene kom det fram erfaringer knyttet til at barn som hadde foreldre med en positiv

holdning og som hjelp til med å planlegge og organisere i forhold til sykdommen, hadde et høyere aktivitetsnivå enn barn med foreldre uten den positive holdningen til fysisk aktivitet. Det er altså studier som har pekt på opplevde begrensninger hos denne gruppen barn og unge med tanke på fysisk aktivitet, og studier som peker i retning at barn og unge ikke opplever begrensninger.

Holdninger som foreldre og familie til astmatiske barn har til fysisk aktivitet synes altså også å påvirke aktivitetsnivået til barn og unge med astma (Fereday et al., 2009, Mansour, Lanphear og DeWitt, 2000). Mansour et al. (2000) gjennomførte fokusgruppeintervjuer med 47 foreldre til barn med astma. Det kom blant annet fram at foreldre modifiserte behandlingsplanen fra helsepersonell og begrenset unødvendig barnets fysiske aktivitet på grunn av mangel på informasjon eller feiltolking av råd som ble gitt. Flere trodde at fysisk aktivitet ville øke astmasymptomene. Det ble også fortalt om tilfeller der foreldre ikke begrenset barnet i fysisk aktivitet på grunn av de uheldige psykologiske konsekvensene man mente det ville medføre. I en studie med telefonintervju av 137 barn og foreldre i USA gjennomført av Lang et al. (2004), ble det vist at den største faktoren for høy fysisk aktivitet blant 6-12 åringer var foreldrenes tro på at fysisk aktivitet ville forbedre barnets astma. Foreldre som trodde barnet ville bli syk av aktivitet hadde mer inaktive barn, og barn med foreldre som trodde at barnet kunne gjøre like mye som deres venner, var mer aktive. I Walker et al. (2008) sin undersøkelse, der forskerne anvendte spørreskjema og telefonintervju av barn med astma og deres foreldre, uttalte imidlertid barna oftere større grad av astmasymptomer og begrensninger enn det foreldrene oppga. Skolebarna fortalte ikke nødvendigvis alle astmaepisoder til foreldrene, enten fordi de glemte det eller fordi de ikke ønsket å ekskluderes fra for eksempel kroppsøvingstimer. Derfor kunne man ikke bare ta foreldrenes rapportering i betraktning for å beskrive barnets opplevelse av fysisk aktivitet og livskvalitet (Walker et al., 2008). Williams, Powell, Hoskins og Neville (2008) viste i sin oversiktsstudie til at studier i mange land har vist at astmatikere i alle aldre underestimerte sine astmasymptomer og overestimerte egen sykdomskontroll. Det kunne bety at mange barn og unge var undermedisinert, mindre fysisk aktive og hadde dårligere livskvalitet enn de kunne hatt om de fulgte anbefalt behandling.

Å forstå og tolke symptom på astma kan være vanskelig, og det kunne i følge Williams et al. (2008) være sosiale årsaker som kunne bidra til feiltolking av symptomer. Siersted,



Boldsen, Hansen, Mostgaard og Hyldebrandt (1998) har lagt fram at tungpusthet relatert til anstrengelsesutløst astma har vært mer akseptert hos barn, foreldre og trenere enn at barnet var overvektig eller i dårlig fysisk form. I en studie av Orenstein (2002) kom det fram at tungpusthet i fysisk aktivitet kunne feiltolkes til symptomer på anstrengelsesutløst astma da det i stedet var tungpusthet på grunn av redusert kardiovaskulær kapasitet. Kunnskap om hva som er hva synes altså viktig.

Geilomo er enestående i Norge med sitt tverrfaglige habiliteringstilbud til barn og unge med astma. Det ble gjennomført et prosjekt på Geilomo i 2009-2010 for å undersøke effekten av et opphold. Dette ble gjort gjennom separate spørreskjema til barn og foreldre ved ankomst, ved avreise og et år etter oppholdet. I tillegg ble det gjennomført fysisk formtest for barna på samme tre tidspunkt. 48 barn/ungdommer deltok i prosjektet. Resultatene viste at barna/ungdommene i stor grad var fysisk aktive både før og etter innleggelsen på Geilomo. En stor andel av barna/ungdommene rapporterte om at de hadde glede av fysisk aktivitet og at de i forholdsvis liten grad var hemmet av astmasykdommen når de var fysisk aktive. Resultatene viste ingen signifikant endring av fysisk form eller mestring av fysisk aktivitet etter et opphold på Geilomo. Ut fra disse undersøkelsene tydet det på at barna som var innlagt for habilitering på Geilomo hadde liten effekt av oppholdet et år etter når det gjaldt fysisk form og mengde fysisk aktivitet de bedrev. Flere av barna/ungdommene rapporterte om en lav helserelatert livskvalitet sammenlignet med friske barn (Korsvold, 2011).

## **2. HENSIKT OG PROBLEMSTILLING**

### **2.1 Hensikt**

Vi vet altså en del om aktivitetsnivået til barn og unge med astma og om deres fysiske form. Gjennom flere utenlandske studier har man også belyst hvordan barn med astma opplever sykdommen sin og hvordan den påvirker fysisk aktivitet og livskvalitet mer generelt, først og fremst rapportert via spørreskjema og enkelte fokusgruppeintervjustudier. Flere studier har også sett på effekten av opplæringsprogram for å mestre astmasykdommen, inkludert fra sommerleirer for barn med astma. Tilsvarende studier for norske barn med astma er det sparsommelig med. Det er dessuten gjort relativt lite med

tanke på å gå mer i dybden på barn og unges eget perspektiv på fysisk aktivitet. Lund sin studie fra Geilomo i 1996 der barn med astma sitt mestringsforhold til friluftsliv stod sentralt, handlet imidlertid om barn med astma sine mestringsopplevelser i friluftsliv. Andre norske studier om barn med astma sine tanker om og opplevelser av fysisk aktivitet har jeg ikke funnet.

Jeg ønsket å finne ut mer om hvordan barn/ungdom med astma opplever å være i fysisk aktivitet, hvordan en fysisk aktiv/inaktiv hverdag påvirker dem, deres opplevelse av mestring av fysisk aktivitet og av sykdommen, deres holdninger til fysisk aktivitet slik de opplever det og gir det mening. Jeg ville også vite mer om hvordan de opplever å være fysisk aktive på et 5 ukers habiliteringsopphold ved Geilomo og hvordan de har opplevd fysisk aktivitet når de har kommet tilbake til hjemstedet sitt etter et slikt opphold. Jeg ønsket altså å belyse dette gjennom å høre hva barna/ungdommene sier selv. Slik Walker et al. (2008) understreket i sin studie er barn og unge med astma ekspertene på sine egne følelser, aktivitetsbegrensninger og astmasymptomer. Jeg så det som vesentlig å få barna/ungdommene selv i tale.

## **2.2 Problemstillinger**

*I. a) Hvilke erfaringer har barna/ungdommene med astma med fysisk aktivitet i sin hverdag?*

*b) Hvilke erfaringer har barna/ungdommene med astma med fysisk aktivitet under habiliteringsopphold på Geilomo?*

*c) Hvilke erfaringer med fysisk aktivitet forteller barna/ungdommene med astma om etter at de har kommet hjem fra oppholdet på Geilomo?*

*II. a) Hvilke holdninger og synspunkter uttrykker barna/ungdommene med hensyn til fysisk aktivitet?*

*b) Hva forbinder barna/ungdommene med astma fysisk aktivitet med?*

Med fysisk aktivitet menes all kroppsbevegelse utført av skjelettmuskulaturen som øker energiforbruket (Berg og Mjaavatn, 2008, s.45). For barna/ungdommene måtte jeg konkretisere dette begrepet slik at det ble mer forståelig for dem, ved å gi eksempler på fritidsaktiviteter som går på å bruke kroppen aktivt, for eksempel gå tur, spille ball, hoppe,

sykle, løpe, danse, sisten-varianter, svømme, stå på ski, gå på ski og å gå eller sykle til og fra skolen. Kroppsøving og friminuttsaktivitet der man bruker kroppen aktivt, for eksempel sistenvarianter, spille ball, hoppe, løpe, klatre er andre eksempler på fysisk aktivitet. Det var tenkt å få fram barns/ungdommers opplevelse av egen deltagelse i fysisk aktivitet, eventuelt fravær av egen deltagelse, og barns/ungdommers holdninger og synspunkter til fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet på Geilomo ville jeg konkretisere for barna/ungdommene til å være alle de forskjellige fysiske aktivitetene de var med på daglig, som kroppsøvingstimene i skoletiden, gruppeaktivitetene hver ettermiddag og helg med aktiviteter tilpasset årstiden, som for eksempel alpint, langrenn, skileik, orientering, kanopaddling, ballspill, friluftsliv, sykling, spinning, klatring, svømming, gymsalaktiviteter som blant annet ulike ballspill, sistenvarianter, hinderløype. I tillegg kom også to tester av fysisk form (hurtighet, spenst, styrke og kondisjon), en ved ankomst og en ved avreise, eventuelle ekstra fysisk aktivitetstimer på grunn av bedre individuelt tilpasset oppfølging som følge av enten for svake ferdigheter eller utmerker seg med svært gode ferdigheter og trenger ekstra utfordringer, samt test av anstrengelsesutløst astma som omtrent 1/2- 2/3 av alle barna/ungdommene med astma gjennomfører i løpet av oppholdet.

### **3. METODE**

#### **3.1 Forskningsdesign**

For å få fram barnas/ungdommenes stemmer ville jeg bruke kvalitativt intervju som metode for innsamling av forskningsmaterialet. Kvalitative forskningsintervjuer er forskningsmetodiske tilnærminger som kjennetegnes ved en åpen og utforskende holdning (Kvale og Brinkmann, 2009), med en målsetning om å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2006, s.31). Med et intervju kan man få fram mangfold og nyanser i informantens erfaringer. Intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden (Kvale og Brinkmann, 2009). Det var et mål at barna/ungdommene fortalte om hvordan de opplever fysisk aktivitet, hvilken betydning fysisk aktivitet har for dem, og at de kan berette om sine holdninger til og synspunkter på fysisk aktivitet. Kvalitative intervjuer vil ha en deskriptiv forankring, hvor

man forsøker å få fram rikest mulige beskrivelser (Kvale og Brinkmann, 2009), og beskrivelser som gjerne går i dybden av fenomenet (Polit og Beck, 2008), der de beskrivende eksempler er del av det.

Jeg valgte å benytte meg av en semistrukturert intervjuform. Det vil si at spørsmålene ikke er ferdig formulert på forhånd (Eide og Winger, 2004), men at jeg fulgte en intervjuguide med noen hovedtema som jeg ønsket å få belyst. Denne intervjuguiden betraktes som veiledende (Eide og Winger, 2004, Kvale og Brinkmann, 2009). I et semistrukturert intervju vil det være min oppgave som intervjuer å oppmuntre deltagerne til å fortelle med egne ord og så fritt om emnene som tas opp, som mulig. Dette vil kunne bidra til at jeg får samlet inn den informasjon jeg ønsker, samt at barna/ungdommene har frihet til å bruke sine egne ord, kunne gi så mange detaljer de ønsker og kunne gi utfyllende forklaringer (Polit og Beck, 2008). Semistrukturerte intervju er vanligste intervjuformen brukt på barn. En slik intervjuform gir både en rammestruktur og rom for undring og refleksjon sammen med barnet i og med åpne spørsmål (Eide og Winger, 2004). Jeg som intervjuer skulle legge til rette for at erfaringene og holdningene til hvert enkelt barn/ungdom kom fram, uten at innholdet i intervjuet kom utenfor intervjuets tema. Jeg måtte derfor styre samtalen til en viss grad, stille spørsmål, og være åpen for hva barnet/ungdommen ville svare, uten at min forforståelse skulle styre svarene på uheldig vis. På forhånd utarbeidet jeg en intervjuguide med planlagte tema og forslag til spørsmål (se vedlegg 1). Men, like viktig var det å fange opp meningene som dukket opp underveis og eventuelt spinne videre på det som kom fram, som ikke nødvendigvis fulgte intervjuguiden, men som holdt seg innenfor hovedtematikken i studien. Jeg valgte å intervjuer hvert barn/ungdom en gang, det vil si en tverrgående studie, der informasjon fra flere forskjellige deltagere på et gitt tidspunkt samles (Malterud, 2006).

### **3.2 Utvalg**

#### Utvalgskriterier

Deltagerne mine ble valgt ut blant barna/ungdommene som var på et vanlig standardisert opphold på Geilomo. Barna/ungdommene skulle være diagnostisert med astma. Siden jeg også ønsket å fokusere på hvordan det er å komme tilbake til hverdagen og praktisere ulike former for fysisk aktivitet etter et opphold på Geilomo, måtte jeg inkludere deltakere som har vært på Geilomo tidligere. Jeg valgte ut barn/ungdommer i alderen 13-16 år, dette for

at det ofte kan være vanskeligere for de yngste barna å uttrykke seg og ha et reflektert forhold til eksplisitte tema eller aspekter av dagliglivet. I følge Sallis og Owen (1999) kan barn ned til tiårsalderen gjengi grad av fysisk aktivitet. Jeg valgte å ha nedre aldersgrense på 13 år for å ha et mer homogent materiale i alder og modenhet. Begge kjønn ville jeg ha representert, og det mest mulig jevnt fordelt.

Jeg ville prøve å selektere deltagerne mine bevisst, det vil si å velge ut barn/ungdom som jeg tror kunne uttrykke seg tydelig og ha tanker rundt og refleksjoner på temaet. Samtidig tilstrebet jeg en bredde blant deltagerne slik at de kunne tilføre en god spennvidde med tanke på hovedtematikken i intervjuene. Jeg samarbeidet med de ansatte på Geilomo i denne prosessen, der de informerte meg om hvilke barn/ungdommer som var på Geilomo til en hver tid. Ut fra mine utvalgsriterier ble jeg så informert om hvem som kunne være aktuelle å spørre om deltagelse. I samråd med ansatte på Geilomo plukket vi ut aktuelle kandidater. Noen ble ekskludert fordi foreldrene ikke var til stede i ankomststuen på Geilomo. Det var viktig at foreldrene var til stede da for å bli informert om studien og kunne gi sitt skriftlige samtykke.

### Antall

Antall barn/ungdommer jeg ville intervju, var ikke helt klart på forhånd. Jeg tenkte jeg måtte ha med nok barn/ungdommer til at intervjumaterialet nærmet seg metning med tanke på hovedtemaene i intervjuene, det vil si at det ikke fremkommer mer nytt om disse (Kvale og Brinkmann, 2009). Dermed trengte jeg å kunne foreta en trinnvis rekruttering (Malterud, 2006). Kvalitative studier har gjerne 10-25 informanter, men dersom forskeren har grundig feltkunnskap, kjenner dataproduksjonsmetoden godt og har gjort godt teoretisk forarbeid, kan data fra 4-7 informanter gi tilstrekkelig materiale (Malterud, 2006). Ut fra dette anslo jeg at jeg ville intervju 7-10 barn. For å ha en tilstrekkelig bredde i materialet og begge kjønn så jevnt fordelt som mulig, skjedde det en gradvis rekruttering, og jeg intervjuet 10 barn, 6 jenter og 4 gutter. Årsaken til at det ikke ble like mange av hvert kjønn var at det var flere jenter i alderen 13-16 år på Geilomo denne høsten.

### Selektert utvalg

Under hele undersøkelsen måtte jeg være bevisst på at deltagerne jeg hadde var del av en gruppe som var søkt til Geilomo og fått plass. I denne forstand er utvalget selektivt, noe

som er viktig å ha med i betraktningen med tanke på hva som kommer fram av barn/ungdommer med astma sine erfaringer og synspunkter i studien. Men noe av hensikten med studien er nettopp å få fram erfaringene til barna/ungdommene om fysisk aktivitet på Geilomo også, og om overgangen til å komme tilbake til hjemmemiljøet. Erfaringene som kommer fram vil kunne diskuteres opp mot relevant teori der sosialkognitiv teori om mestring og mestringsforventning står sentralt. Tolkning i forhold til relevant teori bidrar til dypere forståelse og allmenngjøring.

### Rekruttering

Barna/ungdommene som var aktuelle deltagere ble kontaktet muntlig av sin kontaktsykepleier første uken de var på Geilomo med forespørsel om deltagelse til studien. Samtidig fikk de et informasjonsskriv og skjema for informert samtykke. Foreldrene ble også kontaktet om det samme, og både barnet/ungdommen og forelderen måtte samtykke skriftlig for å kunne bli med (se vedlegg 2). Alle barna/ungdommene og foreldrene som ble spurt om deltagelse, var positive og ga sitt samtykke. Barna/ungdommene ble gradvis rekruttert siden Geilomo heller ikke hadde fullstendig oversikt over hvem som kom til hvilket opphold før oppholdet startet. Mange takker ja til opphold, men melder avbud i siste liten. Derfor fikk de aktuelle kandidatene forespørselen den første uken de var på Geilomo. På det første oppholdet denne høsten intervjuet jeg tre jenter. På det andre oppholdet intervjuet jeg to jenter og to gutter. På det tredje oppholdet intervjuet jeg to gutter og en jente.

### **3.3 Dataproduksjon**

Intervjuene foregikk mens barna/ungdommene var på Geilomo. Jeg valgte ut tidspunkt utenfor skoletid og obligatorisk aktivitet slik at de ikke skulle gå glipp av dette. Jeg valgte også å komme og intervju dem i første halvdel av oppholdet. Jeg hadde kontakt med ansatte på Geilomo for å finne egnet tidspunkt, og de informerte barna i forkant om at jeg ville komme og hva vi skulle gjøre. På den måten var barna/ungdommene noe forberedt. Jeg spurte om et egnet rom til å foreta intervjuene, og fikk tilgang til rom som lå slik til at vi ikke ble forstyrret, men som likevel var kjente omgivelser for barna/ungdommene. Intervjuene fant sted på Geilomo høsten 2011.

Da jeg valgte å intervju et og et barn, var det viktig å skape et godt forhold til barnet både før og under intervjusituasjonen, slik at barnet ikke opplevde intervjusituasjonen som skremmende (Eide og Winger, 2004). Tillit måtte skapes mellom barnet og meg (Polit og Beck, 2008). Barnet måtte være godt forberedt på situasjonen, og forventninger måtte avklares. Før intervjuene startet, snakket jeg litt med barna/ungdommene på egenhånd, avklarte barnets/ungdommens og mine forventninger til situasjonen og fortalte konkret hva vi skulle gjøre og hadde en lett og ledig tone med deltagerne. Jeg prøvde å gjøre barnet/ungdommen godt forberedt på intervjusituasjonen og bli litt kjent med hverandre. Tre av deltagerne hadde jeg møtt før, for flere år siden da jeg jobbet på Geilomo. Det var gjensidig gjenkjenning. For dem brukte jeg noe mindre tid på å bli kjent. Jeg gjennomførte ingen prøveintervju. Jeg har jobbet flere år som fysioterapeut på Geilomo og har god erfaring med å snakke og lytte til denne målgruppen. Likevel er det noe annerledes å skulle intervju. Jeg følte likevel ikke at jeg burde ha foretatt prøveintervju. Det kan likevel hende at de første intervjuene ikke er fullt så rikholdige som de siste da jeg ble mer erfaren i intervjurollen.

Jeg hadde en semistrukturert form på intervjuene, fulgte intervjuguiden, men ikke til punkt og prikke. Jeg prøvde heller å lytte til barna/ungdommene og deres hovedfokus uten at vi kom utenfor det som var hovedtematikken. Jeg brukte lydbåndopptaker for å være sikret at alt verbalt uttrykk fra intervjuet ble fanget opp. Lydbåndopptakeren lå på bordet mellom oss, og det virket ikke som om noen av barna/ungdommene lot seg affisere av den. Alle intervjuene omhandlet de samme temaene, men med ulike nyanser, bredde og dybde i det deltagerne formidlet. Intervjuene varte 20-43 minutter. Det var svært ulik refleksjon og fortellerevne blant deltagerne. Det førte til at jeg i noen intervju måtte stille ganske mange spørsmål og fikk korte svar tilbake. Mens i andre intervju ble det fortalt i lange sekvenser og dertil færre spørsmål fra min side.

I tillegg til å stille de aktuelle spørsmålene, lytte på svarene og forsøke å forstå barnets/ungdommens perspektiv, måtte jeg også være observant på non-verbal kommunikasjon, som kroppsspråk og stemning, som var betydningsfullt med tanke på hva som kom fram i intervjuene. Umiddelbart etter hvert intervju satte jeg meg ned og noterte stikkord om hvordan deltageren framstod og hvordan intervjuet gikk. Jeg skrev ned

stemningen jeg opplevde, kroppsspråk og non-verbale uttrykk som gikk igjen gjennom intervjuet.

Når man intervjuer barn, er det dessuten viktig å være oppmerksom på at de ikke alltid deler de voksnes oppfatning på hva spørsmål (om sammenhenger, om behandling med videre) innebærer, og barn kan tolke spørsmål forskjellig fra voksne (Eiser og Morse, 2001). I relasjon barn – voksen, kan barn føle seg underlegne de voksne. Barn kan for eksempel være opptatt av å svare det de tror den voksne vil høre. Dette prøvde jeg å huske på i intervjusituasjonen. Blant annet poengterte jeg i forkant av intervjuet at det ikke fins noen ”riktige” eller ”gale” svar, og framhevet at det er barnet som kjenner seg selv, er ekspert. Jeg fortalte også til barna/ungdommene i forkant at det som ble sagt i intervjuet kun forble mellom barnet/ungdommen og meg. Jeg som intervjuer måtte ha en anerkjennende holdning til barnet, være klar over at jeg hadde makten og hadde ansvaret for å skape et godt forhold til barnet (Eide og Winger, 2004).

Under intervjuet var det viktig at jeg hadde en refleksiv holdning, det vil si å være spontan og nær egne og barnets opplevelser der og da, i tillegg til å vurdere eget samspill med barnet i ettertid (Eide og Winger, 2004). Jeg anstrengte meg for å se på barnet som et subjekt med egne opplevelser, erfaringer og tanker, atskilt fra mine. Det var viktig at intervjuer og barn hadde et godt forhold i intervjusituasjonen slik at barnet får gitt de erfaringer og tanker han eller hun sitter inne med. I tråd med hva som understrekes av Eide og Winger (2004) var det mitt mål at barnet skulle oppleve at det ble verdsatt og anerkjent, og slik oppleve den form for mestring i intervjusituasjonen som verdsettelse kan gi. Eide og Winger (2004) viser til følgende punkter å tilstrebe for å få til et godt forhold intervjuer-barn: intervjuer og barn har oppmerksomheten rettet mot det samme, intervjuer og barn har god øyekontakt med hverandre, samsvar mellom den verbale og den ikke-verbale kommunikasjon som sendes ut, intervjuer og barn oppmuntrer hverandre til å uttrykke tankene sine, og intervjuer og barn tar hverandres perspektiv. Jeg bestrebet meg på å følge disse punktene og opplevde at intervjuene ble naturlige, at barna kom med egne oppfatninger og turte å si hva de mente.



### 3.4 Analyse

Målet med analysen er å utvikle nye beskrivelser, begreper eller nye teoretiske modeller med basis i forskningsmaterialet (Malterud, 2006). I min analyse ønsket jeg å komme fram til nye beskrivelser av fenomenet, der målet er at de nye beskrivelsene skal være funn som gir farger og nyanser og innsikt man ikke hadde fra før, og ikke kun gjentakelser av andre funn eller bekreftelser av min forforståelse (Malterud, 2006). For å greie det, og for at resultatene fra datamaterialet skal kunne representere vitenskaplig kunnskap, måtte jeg gjennomføre systematisk sammenfatning av vesentlige betydninger i materialet fram mot de nye beskrivelsene, og hele tiden vise hvordan jeg kom fram til mine funn. Det handler blant annet om at andre skal kunne vurdere holdbarheten av det studien kommer fram til. Dessuten skal analysen også sette på prøve egen forforståelse, det vil si vise en kontinuerlig refleksjon over betydning av denne og relevansen av den teoretiske referanserammen i studien (Malterud, 2006). Teksten vil gjennom analyseprosessen tolkes fra mitt faglige ståsted og valgte perspektiv. Del av analyseprosessen er transkripsjon av intervjuene, fra bånd til tekst. Jeg foretok en systematisk transkripsjon av hele det innsamlede materialet fra lydbåndopptakene, med vekt på å få med alt som var sagt. Jeg måtte ta valg med tanke på i hvilken utstrekning og på hvilken måte pauser, stemmehøyde, non-verbale uttrykk som latter, gråt og så videre er del av uttrykksmåten, det muntlige språkets særtrekk skal med. Det vesentlige er å bygge opp om en helhetlig forståelse av intervjusituasjonen og det som formidles der (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg valgte å bruke systematisk tekstkondensering som analysemetode. Den er godt egnet som deskriptiv tverrgående analysemetode av fenomener som beskrives i intervjumaterialet, der flere ulike informanter er med, og der hensikten blant annet er å utvikle nye beskrivelser (Malterud, 2006). Denne metoden kan deles opp i fire trinn (Malterud, 2006, s 99-111):

#### 1. Få helhetsinntrykk

Her gjelder det å danne seg en oversikt over materialet, og så oppsummere inntrykket man sitter med gjennom å dele intuitivt innholdet opp i hovedtemaer. Disse temaene vil kunne vise foreløbige ideer og forskjellige sider av problemstillingene.

## 2. Identifisere meningsbærende enheter

Her skal man gå systematisk gjennom datamaterialet, og med utgangspunkt i de intuitive temaene intervjuets innhold ble delt inn i på første analysetrinn, skal det sorteres ut meningsbærende tekstenheter. Det vil si tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av disse temaene. De meningsbærende enhetene skal så sorteres systematisk, det vil si å kode dem. Kodene vil utvikles med utgangspunkt i temaene fra første analysetrinn. Kodingen vil kunne fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten. Gjennom dette trinnet foretas det en dekontekstualisering av datamaterialet, det vil si at det deles opp i "biter".

## 3. Abstrahere innholdet i kodegruppene

På dette trinnet foretas det en kondensering, det vil si å abstrahere innholdet i hver av kodegruppene og trekke ut den sentrale meningen. Kanskje kan det være behov for å dele inn meningen fra de ulike kodegruppene i subgrupper. Det vil man eventuelt erfare underveis i analyseprosessen. Innholdet i hver kodegruppe fortettes gjennom konstruksjon av et kunstig sitat. Dette skal ha basis i innholdet i de konkrete beskrivelsene fra de enkelte meningsbærende enhetene, men omsettes til en mer generell form. Helst brukes informantenes ord i dette sitatet, altså et tekstnært nivå, sammen med en sammenfatning og slik sett en gjenfortelling av sentral mening i kodegruppene.

## 4. Sammenfatte betydningen av dette

På det fjerde trinnet skal teksten rekontekstualiseres. Her sammenfattes de ulike gjenfortellingene og legger grunnlaget for nye beskrivelser. Det innebærer at disse beskrivelsene er på et mer generalisert nivå. Her lager man en innholdsbeskrivelse fra de kondenserte tekstene og sitatene for hver av kodegruppene. Disse innholdsbeskrivelsene skal vise hva materialet sier om ulike sider av det fenomenet som er studert, relatert til problemstillingene. Illustrasjoner med sitater er gjerne med.

De sammenfattede betydningene skal rekontekstualiseres opp mot datamaterialet for å kunne validere funnene og sjekke at de stemmer overens med den sammenheng de er hentet ut fra. Det er viktig i hele analyseprosessen å ha en oversiktlig og tydelig framgangsmåte som er etterprøvbar og mulig å følge for andre. I analyseprosessen vil man også gå videre og tolke funn opp mot tidligere forskning og valgt teori. Da vil man blant

annet kunne få svar på om og på hvilke måter beskrivelser man har kommet fram til kan bidra med noe nytt (Malterud, 2006, s.111).

Analyse av materialet vil i hovedsak foregå etter at intervjuene er ferdig. Men analysen starter likevel underveis i intervjuene, der forsker og deltager sammen utforsker fenomenet under lupen, med mulighet for å oppdage nye forhold og betydninger gjennom det som bringes fram i samtalen.

### Min analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd av type Sony Walkman. Jeg transkriberte selv alle intervjuene for å få et tekstnært forhold til materialet og kunne starte analyseprosessen idet at jeg selv hadde hørt alt muntlig allerede. Jeg foretok en så nøyaktig transkripsjon som mulig, der jeg skrev ned ord for ord, og også halve ord da det forekom. Flere av barna/ungdommene snakket dialekt. Jeg valgte å transkribere til bokmål, slik at anonymiseringen ble sikret. Det vil alltid være informasjon som vil gå tapt i en transkripsjonsfase, da det er vanskelig å få med alt av kroppsspråk, gestikulering og mimikk i skriftlig form. Jeg har forsøkt å få med og notert i transkripsjonen slik som latter, smil, nikk.

Etter at transkripsjonen var gjort, lyttet jeg noen ekstra ganger på båndet, og leste gjennom transkripsjonen flere ganger for hver deltager. Av dette noterte jeg stikkord om stemning og hovedfokus i hvert intervju, og laget så en liten oppsummering for hver deltager om helhetsinntrykk, stemning og tema. Dette trinnet avviker noe fra Malteruds fire trinns analyse, men det var viktig for meg å danne meg et bilde av intervjuet med hver deltager og om hovedfokus, før jeg begynte å gå på tvers i materialet. Dette var nyttig for ha den nødvendige oversikten, kunne erindre deltagerne fra hverandre og bedre kunne huske særegenheter og det spesielle med hver enkel deltager, samt hva hver og enkelt meddelte av informasjon, opplevelser og erfaringer.

Jeg fulgte videre Malteruds fire trinns analyse. Jeg dannet meg et helhetsinntrykk av hele materialet og delte dette inn i 5 hovedtema, på tvers av intervjumaterialet. Disse var erfaring, prestasjoner, kunnskap/forståelse, begrensninger/muligheter og innstilling/holdning. Fra materialet plukket jeg ut meningsbærende enheter, som ofte

inneholdt flere replikker hver. Disse ble systematisert under hovedtemaene. Hvert hovedtema ble videre systematisert i flere kodegrupper. De meningsbærende enhetene ble systematisert eller kodet i kodegrupper. Jeg laget meg en oversikt for hver kodegruppe som inneholdt subgrupper av meningsbærende enheter. Jeg leste nøye gjennom og systematiserte i subgrupper. Alt dette gjorde jeg i flere omganger, jobbet delvis på pc og delvis med håndskrevne notat på ark printet ut fra hovedtemaene. Noen kodegrupper inneholdt de samme meningsbærende enhetene. Jeg gjorde en revurdering av kodegruppene og dannet færre, men større kodegrupper. Dette med utgangspunkt i at jeg flere ganger gikk tilbake til inndelingen i hovedtema og systematiseringen i meningsbærende enheter derfra slik at jeg fikk med meg det som var av betydning og var lojal mot materialet fra transkripsjonen.

Jeg så også at det ville være mer systematisk og oversiktlig å ha færre tema, med bakgrunn i at flere meningsbærende enheter dukket opp flere steder. Jeg endret derfor til to hovedtema, der temaet «erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet» inneholdt 5 kodegrupper. Temaet «begrensninger og muligheter – egen innstilling og forståelse» hadde 6 kodegrupper. Underveis i analyseprosessen gikk jeg flere ganger i meg selv og prøvde å sette forforståelsen min på prøve i den forstand at jeg bevisst prøvde å unngå at den skulle styre eller påvirke analyseprosessen for mye. For eksempel har jeg med meg en erfaring fra tiden jeg jobbet på Geilomo at mange av barna og ungdommene med astma var mindre fysisk aktive hjemme enn det jevnaldrende friske barn og ungdommer var. For at denne forforståelsen ikke skulle farge analyseprosessen for mye, prøvde jeg konkret å forholde meg til det alle deltagerne sa om aktivitetsnivået sitt og unnlot at min forforståelse skulle dominere. Selv om forforståelsen også innebar at en del av barn og unge med astma er mye i fysisk aktivitet hjemme, ble den utfordret ved at flere av deltagerne mine var mer fysisk aktiv hjemme enn jeg trodde på forhånd. Dette tok jeg til etterretning i analyseprosessen og fremhevet deltagerens erfaringer og opplevelser.

Jeg foretok deretter en abstrahering av innholdet i kodegruppene og trakk ut den sentrale meningen. Ut fra dette laget jeg kunstige sitat for hver kodegruppe. Her er et eksempel på et kunstig sitat fra kodegruppen «astma»:

*Jeg tar daglig medisin, men ikke før aktivitet. Jeg er lei for at jeg er den eneste i klassen som har astma. Det er noe drit med astma, jeg har ikke lyst til å ha det. Jeg kjenner astmaen i kroppsøvingstimene og i fotball, jeg blir fortere andpusten, og det tetter seg i brystet. Jeg tror jeg skal løpe fortere, men så greier jeg det ikke på grunn av at jeg ikke får puste. Astmaen begrenser meg i aktivitet, men jeg deltar. Jeg er ikke redd for astmaen, men må ta det mer med ro. I kroppsøvingstimen har vi avtale om at jeg kan ta pauser. Når astmaen kommer, så holder jeg samme tempo eller slapper litt av. Jeg kjenner forskjell på å bli tett og bli andpusten, og jeg har dårlig kondisjon. Det er bedre å være i aktivitet på Geilomo, for da kan jeg trene meg opp og blir ikke så fort tett. Hjemme så har du sjansen til å droppe aktivitetene og ta det med ro, det går ikke på Geilomo.*

Dette arbeidet ble gjort på pc. Deretter laget jeg sammenfatninger og gjenfortalte fra de kunstige sitatene og validerte dette opp mot råmaterialet direkte fra transkripsjonen (se eksempel i vedlegg 3). Dette for å være sikker på at materialet ikke hadde gått tapt eller blitt endret fra det opprinnelige, og dermed at jeg har vært så lojal mot deltagerne som mulig. Sammenfatningene blir presentert i resultatdelen i oppgaven, der det også er tatt med flere direkte sitat fra barna/ungdommene fra transkripsjonene for å være så nær deres stemmer som mulig og for å verifisere sammenfatningene opp mot råmaterialet.

### **3.5 Etiske betraktninger**

Dette var en ny studie, der barn og ungdom med astma (pasienter) deltok. Jeg søkte Regional Etisk Komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om godkjenning til å innhente den kunnskap studien etterspurte. Svaret fra REK var at prosjektet ikke var fremleggingspliktig og kunne gjennomføres uten godkjenning fra REK. Begrunnelsen fra REK om denne avgjørelsen var at studien ikke primært søkte ny kunnskap om sykdom og helse, men så på de unges perspektiv på fysisk aktivitet (se vedlegg 4).

Jeg søkte Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om godkjenning for forsvarlig oppbevaring av forskningsmaterialet og fikk søknaden innvilget (se vedlegg 5).

Jeg søkte også Oslo Universitetssykehus (OUS) om tillatelse til å foreta intervju av barn/ungdom som var innlagt på Geilomo og gjennomføre intervjuene på Geilomo.

Søknaden med formell intern forankring av forskningsansvar og en databehandleravtale mellom OUS og Universitet i Bergen, der dataene jeg samlet inn, kunne overføres til mitt studiested, ble innvilget (se vedlegg 6).

I søknadene til REK, NSD og OUS gikk det tydelig fram hva som var hensikten med undersøkelsen og konsekvenser av å delta, slik også forespørselen til aktuelle deltagere måtte inneholde. Der gikk det også fram vesentlige forhold knyttet til konfidensialitet og anonymisering, frivillig deltagelse og at deltagelse i aktuelle studie ikke hadde konsekvenser for behandlingsopplegget de ble tilbudt. Informert samtykke måtte innhentes fra deltagerne selv og deres foreldre.

Den opprinnelige planen var å sende ut informasjon om studien og skjema med informert samtykke sammen med innkallingsbrevet som ble sendt fra Geilomo, til aktuelle deltagere. Og legge ved frankert svarkonvolutt som de kunne sende til Geilomo, stilet til meg, dersom de ønsket å delta. Dette ble endret siden ansatte på Geilomo erfarte at en del av barna/ungdommene takket nei til tilbudet om plass på Geilomo. De rådet meg heller til å ta kontakt med aktuelle barn/ungdommer og deres foreldre under ankomststuen på Geilomo. Dette gjorde jeg, og aktuelle kandidater som ble plukket ut til forespørsel om å delta i studien fikk sammen med foreldrene sine informasjon om studien og skjema med informert samtykke den første uken de var på Geilomo. Deretter kunne de i ro og fred bestemme om de ønsket å delta. Jeg ser i ettertid at dette var en meget god løsning.

Når det gjelder intervju med barn, var det viktig at jeg som intervjuer var bevisst på et skjevt maktforhold mellom barnet og meg/den voksne personen. Jeg burde ikke assosieres med en lærer, ei heller få barnet til å tro at det kun fantes et riktig svar på et spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg tilpasset spørsmålene til alderen, tydeliggjorde bedre da deltagerne ga uttrykk for at de ikke forstod spørsmålet. Dessuten burde barnet/ungdommen føle seg komfortabel slik at det ville kunne ytre sin mening og fortelle om sine erfaringer. Intervjuet burde videre finne sted i barnets/ungdommens naturlige omgivelser, det vil si i omgivelser barna/ungdommene kjente seg trygge i. Intervjuet foregikk på Geilomo og ikke på hjemstedet til noen av barna/ungdommene. Siden jeg valgte å ha med barn/ungdom som har vært på Geilomo også på tidligere opphold, antok jeg at Geilomo kunne være trygge omgivelser for barnet/ungdommen.

Det var viktig for meg å poengtere at det barnet/ungdommen sa, forble mellom ham eller henne og meg, og at det hadde ingen betydning for deres videre behandling og opphold på Geilomo. Det var kanskje lettere for barnet/ungdommen å forstå det siden jeg ikke jobbet på Geilomo selv på den tiden intervjuene foregikk og dermed ikke ble forbundet med ansatte som pedagoger, fysioterapeuter, sykepleiere eller annet helsepersonell på Geilomo.

Jeg måtte også ta med i betraktning at noen barn/ungdommer kunne synes det var vanskelig å prate om egne erfaringer og opplevelser. Noen av deltagerne var litt ordknappe og det krevde flere og mer utdypende spørsmål. Det var en balansegang å vite hvor pågående jeg skulle være med spørsmålene. Det kunne være at de ikke likte å uttrykke egne meninger eller at de generelt var noe fåmælte. I etterkant av intervjuet spurte jeg hver deltager hvordan det syntes det var, og ingen fortalte at det hadde vært ubehagelig, men at det hadde vært greit eller at det faktisk også var moro. Likevel kan det hende at deltagerne da ikke sa sin oppriktige mening. Gjennom å bli intervjuet og få spørsmål om fysisk aktivitet, kan imidlertid barnet/ungdommen også ha en nytteverdi av å delta. Gjennom intervjuet kan de kanskje oppleve nye muligheter og få nye ideer. Barnet/ungdommen kan også bli mer bevisst egen deltagelse i og holdninger til fysisk aktivitet på godt og vondt. En større bevissthet og refleksjon kan bidra til å øke nytteverdien av undersøkelsen for barna/ungdommene selv, samtidig som det kan sette i gang tankeprosesser som også kan være litt krevende. Siden barna/ungdommene var på Geilomo under intervjuet, informerte jeg både barnet/ungdommen og personalet om at personalet kunne være støttende og hjelpelig dersom barnet/ungdommen fikk reaksjoner fra intervjuet i ettertid. Det ble viktig å ha et øye for hvert enkelt barn/ungdom. Jeg fikk høre i ettertid fra de ansatte på Geilomo at det ikke hadde vært behov for ekstra oppfølging som følge av intervjuene av barna/ungdommene.

#### **4. BARNAS OG UNDOMMENES ERFARINGER MED OG SYNSPUNKTER PÅ FYSISK AKTIVITET**

Her vil jeg presentere resultatene fra analysen tematisk, det vil si at hovedtemaene som kom fram med de ulike undertemaene er strukturen i presentasjonen. Underveis vil jeg

legge vekt på å gi oversikt over sentrale betydninger som kom fram i intervjuene med deltakerne, og forsøke å peke på særlig interessant kunnskap med tanke på forskningsspørsmålene jeg har stilt. På slutten av hvert undertema er det derfor en kort oppsummering av kjerneinnhold i hvert av undertemaene.

#### **4.1 Erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet**

##### ***4.1.1 Dagens aktivitetsnivå og tidligere erfaringer med fysisk aktivitet – fra lystbetonte daglige økter til forventningspress***

Blant de 10 deltagerne var det variabelt aktivitetsnivå hjemme. På fritiden var noen av deltagerne svært aktive og trente eller drev med aktiviteter nesten daglig, mens andre ikke var særlig fysisk aktiv nå. En liten oppsummering på hva de enkelte deltagerne fortalte at de gjorde på fritiden viste dette: en syklet to ganger i uken og gikk av og til på jakt, en spilte fotball 2-3 ganger i uken, en spilte håndball 5 ganger i uken, mens en gjorde ingenting fast. En sa at hun gikk tur omtrent en gang i uken, en gikk tur med hunden 5 ganger i uken, en annen spilte fotball to ganger i uken, svømte en gang og gikk mye, mens en spilte fotball 3-4 ganger i uken og trente på treningsstudio 3 ganger i uken. En drev med litt løkkefotball, og en gikk av og til på zumba.

En slik oppsummering sier altså noe om hvor fysisk aktive disse barna og ungdommene var, slik de fortalte om det, og indikerer noe om betydninger fysisk aktivitet hadde for dem. Det sier likevel lite om hvordan de opplevde fysisk aktivitet som betydelig eller liten del av hverdagen deres. Alle som drev jevnlig med fysiske aktiviteter fortalte imidlertid at de gjorde det fordi det var moro, de likte rett og slett aktiviteten det dreide seg om. Dette kan illustreres med følgende uttrykk fra en jente: «*Det er veldig gøy, det er noe jeg liker*», og fra en annen jente: «*Jeg elsker det*», mens en gutt sa: «*Jeg er glad i å bevege meg. (...) Alt er egentlig ganske gøy*». Ingen fortalte at de drev med fysisk aktivitet kun for å mestre astmasykdommen bedre eller holde den i sjakk. Noen var med på organiserte aktiviteter, i fotball var det flere som deltok på et lag med flere ukentlige treninger og kamper. En gutt hadde spilt fotball siden 1.klasse. For han betydde fotballen mye. Han la vekt på lagfølelsen og samarbeidet, han ga uttrykk for at han likte å presse kroppen, og han følte seg rimelig flink. En jente spilte aktivt håndball, hadde gjort det i 6-7 år, og likte godt denne aktiviteten året rundt. Hun sa at hun følte at hun trente masse med fem håndballøkter



i uken, i tillegg til kroppsøvingstimene. Hun fortalte at hun fort kunne få dårlig kondisjon og syntes det var bra med joggeøktene med håndballaget. Hun uttrykte direkte og indirekte at det å yte mye og drive seg hardt var noe positivt for henne. Og hun sa: *«Jeg gir alt, kjører meg helt ut. Det er herlig å slite seg ut. (...). Jo mer aktiviteter, desto bedre»*. Hun antydte med det at hun hadde et indre driv og en indre motivasjon til å pushe seg. Hun fortalte at hun likte å konkurrere og yte sitt beste, noe som kunne være med å bidra til å yte mer og teste egne grenser. Det var positive erfaringer for henne.

En hverdag preget av mye fysisk aktivitet var altså ikke realiteten for alle. En annen jente fortalte for eksempel at hun kun likte rolige aktiviteter, at hun egentlig var bedagelig, gikk mye rundt med venner, men kun i rolig tempo: *«Jeg går jo så tregt, det er litt irriterende, fordi, men. Jeg blir ikke akkurat sliten, men må spørre om de kan vente og sakke farten eller noe sånt så jeg kan løpe etter»*. Hun uttrykte liten selvtillit hva gjaldt å presse seg fysisk. Dermed forsøkte hun i størst mulig grad å unngå situasjoner der hun måtte presse seg. En gutt sa at han skulle sykle to ganger i uka, for det sa moren hans. Men det var ikke alltid han gjorde det på grunn av været eller at det ble for sent på dagen. Om han ikke syklet, skjedde det ingenting, annet enn at han heller tenkte at han skulle sykle neste uke. Dette er et eksempel på en aktivitet for denne gutten som først og fremst var styrt utenfra, uten indre driv. En annen gutt fortalte om at han hadde en mor som var svært interessert i at han var fysisk aktiv. Men hun presset ikke på han direkte, han følte at han selv hadde hovedinitiativet til fysisk aktivitet. Det er ikke godt å si på bakgrunn av det han sa her i hvilket monn han var aktiv av eget driv eller av forventning fra og ønske om anerkjennelse fra viktige andre.

Kroppsøvingstimene på hjemstedet var et tema deltakerne sa ganske mye om. Alle deltagerne deltok i kroppsøvingstimene, men det var ulike synspunkter på hvordan de syntes disse var. Begreper som favorittfag, morsomt og greit vekslet med begreper som kjedelig, strevsomt og å kjenne på kritiske blikk fra andre var betegnende for deres opplevelser av disse timene. En gutt mente for eksempel at kroppsøvingstimene for det meste var moro, men også litt kjedelige, spesielt aktiviteter som fotball, friidrett, løping og tester. For ham vekslet det mellom å bli inspirert og glad av å spille stikkball, eller bare å gjennomføre fordi det måtte til, som for eksempel med fysiske tester. For en annen gutt var kroppsøvingstimene favorittfaget på skolen. Han var generelt glad i å bevege seg og

opplevde at han mestret og hadde gode ferdigheter fysisk. Han ga uttrykk for dette: *«Kroppsøving er de gøyeste timene på skolen. (...). Jeg føler meg bedre enn en del av de andre, og jeg er best i noe»*. En jente ga uttrykk for at kroppsøvingstimene var helt greie timer, altså timer som hun verken gledet eller gruet seg til, men kjedelige aktiviteter prøvde hun å slippe unna, som for eksempel harde aktiviteter der elevene måtte presse seg og bli slitne. Hun viste videre til at hun hadde lavere selvtillit i disse aktivitetene og følte de andre presterte bedre enn henne. Uttrykk som greie timer antyder et visst forbehold, mens kjedelig i dette tilfellet syntes å bety noe ubehagelig eller mangel på mestringsfølelse. På spørsmål om hvordan en annen jente syntes kroppsøvingstimene var, svarte hun: *«Det er jo bra, selv om du ikke alltid er like glad for det. Det er jo ganske slitsomt, men jeg er den eneste som har astma i klassen da»*. Med dette utsagnet antydet hun at hun kjente seg annerledes enn de andre med hensyn til det å ha begrensninger når det gjaldt fysisk utfoldelse.

En jente fortalte at kroppsøvingstimene stort sett var morsomme timer, men kunne også være kjedelige, her forstått som noe ubehagelig, og innsatsen hennes var ikke alltid helt på topp:

*Jeg vil liksom ikke gi alt da, eller 100 %, fordi jeg blir så rød og svett i ansiktet veldig fort. Og så blir jeg veldig andpusten og jeg vil ikke at folk skal tro at jeg har skikkelig dårlig kondis og sånn, det er litt flaut egentlig. (...). Jeg blir så fort andpusten, jeg har faktisk ikke dårlig kondis egentlig.*

Igjen uttrykkes det forbehold når det gjaldt disse timene, og ambivalens knyttet til en problematisk synlighet i disse timene. For henne syntes det å bli et dilemma å vise maksimalt hva hun kunne og å vise tydelig slitenhet og anstrengelse foran de andre. En annen jente uttrykte sterkt at hun syntes kroppsøvingstimene var vanskelige. Hun opplevde å være i en sårbar situasjon, særlig når hun kjente seg klønete og utsatt for andres kritiske blikk. Når hun derimot opplevde at hun mestret, kjente hun seg mindre sårbar og kunne like timen. Dette viste sårbarheten hennes overfor andres tilstedeværelse, at andre skulle se hvordan hun mestret aktivitetene. Det igjen kunne påvirke innsatsen hennes i kroppsøvingstimene.

Hva angikk opplevelsen av egne prestasjoner i fysisk aktivitet kom det fram flere synspunkter. Noen mente at de hevdet seg på linje med, eller dog bedre enn friske jevnaldrende hjemme, mens de fleste opplevde at de hevdet seg dårligere sammenlignet med friske jevnaldrende hjemme. En gutt mente han var bedre enn de fleste på fotballaget sitt: «*Jeg er bedre enn nesten alle på laget*». En jente innrømmet hun var selvkritisk og mente hun var like god som resten på fotballaget, mens de andre mente hun var bedre enn mange der. En jente hadde gode erfaringer med eget prestasjonsnivå i kroppøvingstimene og på håndballaget: «*Jeg føler i hvert fall at jeg ligger på nivå med andre da. Jeg føler jeg ligger nesten i samme linje med de fleste*». Mens en annen jente sa at hun følte hun presterte dårligere enn de andre hjemme, hun ble fortere sliten, og relaterte det til astmaen, for hun lurte på hvordan det hadde vært dersom hun ikke hadde hatt astma: «*Jeg føler egentlig at jeg er dårligere enn dem, liksom, jeg blir fortere sliten og mye sånn. Men jeg vet jo ikke hvordan det hadde vært hvis jeg ikke hadde astma*». En annen jente sa hun var lat og dårlig i fysisk aktivitet. Hun hadde tanker om at hun ikke hevdet seg så godt som jevnaldrende. Nok en jente uttrykte med et lite smil at hun ikke var atletisk anlagt, og at andre var bedre i de fleste aktivitetene. Det påvirket henne slik at hun ofte trakk seg litt unna, hun var alltid med, men ikke den mest aktive. Deltagerne som mente de var i dårlig fysisk form eller ikke hevdet seg så godt som jevnaldrende, var oftest de som hadde lavest aktivitetsnivå hjemme. Dette viser at deltagerens tro på egne evner i fysisk aktivitet er høyst variabel og indikerer også en del om hvordan de opplevde å være i fysisk aktivitet.

Før og nå var også et tema vi samtalte om, med tanke på fysisk aktivitet. Alle deltagerne hadde drevet med ulike fysiske aktiviteter da de var yngre. Det favnet alt fra fotball, håndball, svømming, taekwon-do, treningssenter, turn, ridning, allidrett, basistrening, basketball, vannpolo og dans. Noen hadde nylig sluttet på en aktivitet, andre aktiviteter var det lenge siden de hadde holdt på med, og årsakene og opplevelsene til at de sluttet var mangfoldige.

For en jente ble håndballaget hennes lagt ned, hun måtte slutte, og det var noe hun ikke likte:

*Nei, jeg ble ganske irritert, for jeg hadde letet ganske lenge etter et håndballag som passet meg. (...). Det var vanskelig for meg å finne et, men så åpnet de et på (lokalstedet) som jeg fikk begynne på. Men altså, på de to årene vi spilte, så vant vi*

*bare to kamper, så det var egentlig ganske mye bare kos i det. Men det var ingen som brydde seg, vi trente og så hadde vi det gøy. Vi brydde oss ikke om å vinne, liksom.*

Før denne jenta, som for noen av de andre, var det tydelig at både det sosiale fellesskapet og treningen opplevdes kjekt og oppbyggende. Hun var skuffet fordi dette ikke fortsatte. Noen sluttet på aktiviteter fordi det ble kjedelig, de hadde holdt på med aktiviteten en stund. Kjedelig syntes her å bety at aktiviteten ikke lenger var til inspirasjon. Noen sluttet fordi de ble syke, ble borte fra treninger og kom ikke i gang igjen. Dette viste at astmasykdommen kan ha hatt en innvirkning på aktivitetsnivået, en negativ sådan, der fravær fra trening på grunn av sykdom hindret dem i å fortsette. En jente sluttet med aktiviteter fordi hun nettopp hadde flyttet, og hun mente at hun var mer aktiv da hun var yngre:

*Da jeg var yngre, da var jeg veldig aktiv, jeg satt ikke i ro et sekund, jeg ble egentlig mer sofaslave etter hvert. Men jeg føler gjerne på en måte at jeg klarer å fokusere på hvilken fysisk aktivitet jeg trenger, og sånne ting da, men jeg var mer aktiv når jeg var liten.*

Hun viste innsikt i hvordan dagens situasjon var for henne, og at det var lettere å være mer fysisk aktiv før. En kan kanskje også si at fra «naturen sin side» er vi mer aktive når vi er små. En gutt sa han ikke var så aktiv nå lenger fordi det var enklere med aktivitet før, da var han sprekere og hadde trent. Dette knyttet han til at han opplevde seg flinkere og hadde bedre selvtillit før. Selvtillit hadde også noe å si for en jente som hadde spilt håndball i flere år, men hadde sluttet. Hun oppga at årsaken var at de andre ble bedre enn henne:

*Jeg lå litt etter de andre, når for eksempel jeg ikke var på noen håndballtreninger så lærte de så mye annet som ikke jeg ble med på. (...). Og så hang jeg litt etter, du vet når vi går oppover nå, så løper de bare fortere og fortere og da henger jeg litt etter, at jeg ikke kommer opp raskt nok og sånn. (.....). I begynnelsen går det fint, men så blir jeg sliten og da henger jeg etter.*

Dette viser at selvtillit henger sammen med sammenligning med jevnaldrende. Opplevelsen av at de andre mestret bedre var altså en viktig faktor for om denne deltageren, men også andre, valgte å slutte med en aktivitet. Her er det også viktig å ha i mente at det å bli ungdom innebærer at det og ikke skille seg negativt ut blir enda viktigere enn før. Andre uttrykte med en viss lengsel, slik nevnt, at de var mindre aktive nå enn før. Flere fortalte at de følte at det var tyngre med aktivitet nå og at de ikke orket så mye som tidligere. Fysisk aktivitet kan være selvforsterkende og bidra til at man orker mer som følge at man er fysisk aktiv. Og det motsatte, at man ikke orker så mye som før, nettopp fordi man er mindre fysisk aktiv. Da blir det en negativ sirkel. Jenta som mente hun var blitt mer bedagelig i motsetning til at hun var aktiv før, tok imidlertid ikke dette perspektivet. Fysisk aktivitet for henne ga ikke mer overskudd og energi, slik hun så det. En gutt fortalte at det var enklere å være i aktivitet da han var yngre. Nå ble det regnet med at barna/ungdommene klarte mer enn før, og han følte det ble tyngre med større forventninger til seg.

Noen av barna/ungdommene følte det ble mer prestasjonskrav og større forventninger til dem da de begynte på ungdomsskolen. En jente som var med i en svømmegruppe sluttet å svømme fordi det ble så alvorlig, de begynte med konkurranser og da ble det ikke noe lystbetont lenger: «...*Det ble ikke noe moro lenger. Kanskje prestasjonsangst eller noe*». Dette stod litt i kontrast til en annen jente som likte høye krav og forventninger til seg. Hun hadde sluttet på dansing fordi det hadde blitt for mye for henne en periode med mye sykdom, og hun hadde ikke krefter til å fortsette selv om hun syntes aktivitet og dansing var moro:

*Det var fordi det passet ikke å danse, selv om jeg elsket det. Jeg har lyst til å begynne igjen, men det passet ikke i livet mitt da. (...), og da gir man veldig fort opp, og da var det en av tingene som jeg måtte ta bort. (...). Jeg syntes det var for lite konkurranser i freestyle, og da ville jeg slutte. (...). Jeg ville være med egentlig i konkurranser, for jeg har jo vunnet og masse sånn, det blir litt kjedelig når det ikke blir så mange konkurranser lenger.*

For henne var dansen en arena der hun hevdet seg og fikk styrket selvtillit. Det var med ambivalens at hun hadde sluttet å danse. Hun savnet dansen, der fikk hun aksept og høy mestringsfølelse gjennom å prestere bra og ofte vinne.

Men, ikke alle syntes det var lettere med aktivitet før, noen sa det ikke var noen forskjell fra de var yngre og noen syntes det var bedre nå enn da det var yngre. En jente syntes det var bedre å være fysisk aktiv nå fordi nå hadde hun bedre selvtillit enn da hun var yngre, hun var tykkere før og det hindret henne. Dette illustreres med følgende utsagn fra denne jenta:

*Jeg liker å være fysisk aktiv og løpe, ettersom jeg nå har fått mye bedre selvtillit og gått ned flere kilo. Det meste handler jo om selvtillit, nå tror jeg mer på meg selv, så da kan jeg klare å presse meg enda mer.*

Nå følte hun at det hadde blitt enklere å trene. Selv om hun alltid hadde likt fysisk aktivitet, var det en markant forskjell fra tidligere. Nå stolte hun mer på seg selv, og torde å yte. Nå torde hun å dumme seg ut, uten at hun tok seg nær av det. Dette kan relateres til den økte selvtilliten hennes.

#### Oppsummering:

Alle deltagerne hadde mye og ulike erfaringer med og tanker om fysisk aktivitet. Det var et kjent fenomen for dem og vekket ulike følelser. Variasjonsbredden i dagens aktivitetsnivå var stor blant deltagerne, og et sentralt punkt var at aktivitetsnivået gjenspeilet i det store og hele de erfaringene de bar med seg knyttet til å være fysisk aktive, som igjen hang sammen med innstillingen og holdningen deres til fysisk aktivitet. Vesentlig var at de som likte fysisk aktivitet godt eller elsket å være fysisk aktive, naturlig nok var mest aktive, og omvendt. De som var fysisk aktive, la vekt på at de var aktive på grunn av lyst, tilfredshet ved å prestere og/eller glede over god lagfølelse. Ingen hevdet at de var fysisk aktive kun på grunn av at det var en del av behandlingen av astma. Noen ga uttrykk for at de hevdet seg like godt som friske jevnaldrende i fysisk aktivitet, mens de fleste opplevde at friske jevnaldrende presterte bedre. Kroppsøvingstimene hjemme vekket sterke følelser hos flere, knyttet til ulike opplevelser og assosiasjoner. Alle deltagerne var med i kroppsøvingstimene, men innholdet i timene og egen deltagelse i dem var ikke alltid

lystbetont eller ga mersmak. For noen var kroppsøvningsfaget favorittfaget, mens for andre betydde det å kjenne seg utsatt, sårbar og mislykket. De fleste deltagerne hadde vært mer fysisk aktive da de var yngre enn det de var nå. Årsakene de pekte på var mangfoldige til at de hadde sluttet med fysisk aktivitet. Kjedsomhet gikk igjen hos flere, som syntes å bety både mangel på inspirasjon og mangel på mestringsfølelse. Økte prestasjonskrav gikk også igjen som begrunnelse for å slutte, og det å prestere dårligere enn jevnaldrende. Astma ble også trukket fram som direkte eller indirekte medvirkende årsak til at noen sluttet med fotball, dans eller andre aktiviteter, eller at omfanget av innsatsen ble mindre.

#### ***4.1.2 Fysisk aktivitet på Geilomo – fra opplevelse av større tro på egne muligheter og økt mestring til unnasluntring og opplevelse av for stor kontroll***

Alle deltagerne hadde vært på Geilomo tidligere, noen flere ganger. De hadde ulike inntrykk av og erfaringer med Geilomo, og flere gledet seg til å komme. Det var imidlertid ikke alle som var udelt begeistret for oppholdet.

Det som kom fram blant deltagerne da de skulle fortelle om Geilomo var at de tydelig så at det var lagt vekt på varierte aktiviteter, og særlig pekte ungdommene på at det var mye trening. For noen var det omtalt som positivt og inspirerende, som en jente uttrykte: «*Det er kjempemorsomt*». Andre ga derimot uttrykk for at det ble for mye. Det sosiale fellesskapet ble trukket fram som noe oppbyggende og kjekt. Flere uttrykte at det var kjekt å treffe andre barn og ungdommer med samme problem som seg selv. Noen av dem la også vekt på at det var mindre frihet til å velge hva de ville gjøre eller være med på enn ønskelig og for stor grad av kontroll. For de fleste var det mye mer fysisk aktivitet på Geilomo enn det var hjemme, noe denne jenta erfarte: «*Når du kom opp hit og begynte på aktiviteter, så var du helt utslitt*».

En gutt som var lite fysisk aktiv hjemme, var positiv til all aktiviteten på Geilomo og syntes det var «fett». En jente fortalte om en veldig stor overgang fra hjemmesituasjonen med mye mer aktivitet på Geilomo, at det var uvant og ga henne smerter og stølhet. Hun hadde en negativ holdning til Geilomo. Hun sa at hun egentlig ville hjem igjen, og at hun var her mot sin vilje denne gangen. Hun hadde en friere hverdag hjemme og kunne gjøre mer av det hun likte, og fysisk aktivitet var ikke noe hun prioriterte høyt. Hun fortalte at på

Geilomo var de strengere enn hjemme. Men likevel greide hun å komme seg litt unna aktiviteter:

*Bruker den klassiske «skal på do» og ofte går, eller setter meg ned på benken, så spør de hvorfor jeg ikke løper. «Nei, jeg tar en pause, er litt sliten». Ja, men jeg er nødt til å løpe ut på igjen, «nnei, gidder ikke». Tilslutt så lar de meg være.*

Hun likte generelt ikke å være i fysisk aktivitet og vegret seg for aktiviteter som var slitsomme fordi hun var i dårlig fysisk form og måtte vise det. Hun prøvde likevel ikke å gjøre noe med det og komme i bedre fysisk form. Hun prøvde heller letteste utvei, som for henne opplevdes å forsøke å skulke økten. En kan spørre seg hva som skulle til for å vekke appetitt hos henne til å bli mer fysisk aktiv. I alle fall fungerte ikke dette programmet på den ønskede måten for denne jenta. Dette stod i kontrast til en annen jente som hadde ønsket seg sterkt tilbake til Geilomo denne gangen, og også til nok en jente som syntes det var trist at dette var siste oppholdet hennes fordi hun gikk i 10.klasse. Flere av deltagerne fortalte at de kom i bedre fysisk form av oppholdet på Geilomo. En jente fortalte at hun fikk trent seg opp, og at hun dermed ikke ble så fort tett av astmaen. Hun kom i bedre form fordi det var så mange aktiviteter på Geilomo, de satt sjelden stille mer enn en time om gangen, noe hun syntes innebar litt for lite ro. Hun understreket likevel at aktivitetene stort sett var morsomme. Men, flere av deltagerne fortalte at denne forbedrede formen etter hvert dabbet av da de kom hjem fordi de ikke var like fysisk aktive hjemme. Rimelig nok gjaldt dette særlig de deltagerne som hadde et lavt aktivitetsnivå hjemme. Flere uttrykte at det var godt å komme hjem og kunne få slappe litt av etter et opphold på Geilomo. For mange opplevdes aktivitetsmengden; intensitet, hyppighet og varighet av fysiske aktiviteter på Geilomo, som en stor totalbelastning og overgang fra den vante situasjonen hjemme. De ble altså slitne av å være «på» så å si hele tiden på Geilomo, og det er rimelig at de trengte å roe ned litt når de kom hjem. Denne oppsummeringen sier noe om variasjonsbredden i erfaringer deltagerne hadde om Geilomo, og at det for de fleste av dem, om enn med blandende erfaringer til stede, var det de positive erfaringene de la mest vekt på.

Å være i fysisk aktivitet sammen med andre barn/ungdommer med astma på Geilomo ga ulike refleksjoner. Noen syntes det var som hjemme og ikke annerledes enn å være sammen med andre barn/ungdommer. Noe denne gutten fortalte: «Det føles likt ut som i



*aktiviteter hjemme». Andre syntes det var bedre å være i fysisk aktivitet med andre barn/ungdommer med astma fordi det var moro og inspirerende å klare like mye. Det opplevdes lettere når alle hadde samme problem eller utfordring. En jente illustrerte det å være i aktivitet sammen med andre med astma på denne måten: «Det er mye lettere, fordi at alle blir sliten nesten samtidig. Det er ikke noen som fortsetter å løpe som en idiot fordi at han ikke har noen problemer».*

Noen fortalte at det var morsommere på Geilomo fordi der ble alle med på aktivitetene. Det var positivt at alle ble like fort slitne, da følte man seg ikke annerledes. Noen av barna/ungdommene hadde med seg erfaringer hjemmefra der de opplevde seg svak eller i alle fall ikke like gode som medelever eller lagkompiser. Eller at de følte seg annerledes nettopp på grunn av astmaen. Et sentralt moment her er at barna/ungdommene ikke likte å skille seg ut. De ønsket å være mest mulig lik jevnaldrende. Det å kjenne på fellesskapet med andre barn/ungdommer som har astma, synes derfor å være viktig, og en viktig del av Geilomo-oppholdet. Men, følelsene relatert til oppholdet kunne også være delte. En gutt hadde både gruet og gledet seg til dette oppholdet. Han gledet seg til aktivitetene, men var spent på hvem de andre barna/ungdommene på oppholdet var. Det var altså med en viss spenning han kom til dette oppholdet. En jente sa at innsatsen hennes på Geilomo var høyere enn hjemme, fordi hun når hun var hjemme sammen med helt friske jevnaldrende syntes det var så flaut å bli andpusten. På Geilomo var det litt annerledes, for i følge henne var hun ikke alene om å bli sliten:

*Det er så mange som blir det, noen som er verre enn meg. Og noen som blir rødere enn meg, man blir liksom ikke helt alene og kanskje føle seg litt flau og kanskje bli rød i trynet og svett og andpusten, og sånne ting.*

Hun opplevde at nivået på prestasjoner blant barna/ungdommene i fysisk aktivitet var lavere på Geilomo enn hjemme. Det synes altså vesentlig at barna/ungdommene er i fysisk aktivitet sammen med andre barn/ungdommer med de samme utfordringene som seg selv, og kan oppleve at de hevder seg blant andre jevnaldrende.

Noen av deltagerne fortalte om prestasjonsangst. En jente relaterte det til aktiviteter hun ikke mestret. Det kunne hindre deltagelsen hennes i fysisk aktivitet, noe som hun nevnte:

*«Jeg har veldig prestasjonsangst. (...). Det er noen aktiviteter jeg ikke har lyst til å gjøre for jeg får veldig prestasjonsangst».* Hun opplevde prestasjonsangst på Geilomo også, men det artet seg annerledes for der følte hun at hun fikk mye oppbacking og motivasjon som hjalp på innsats og deltagelse. Andre deltagere mente prestasjonsangst blant annet hang sammen med om det var andre til stede. Da ble de engstelige for å vise seg fram og ikke greie aktiviteten, selv om aktiviteten var kjent, og de hadde drevet mye med den. En jente sa at hun prøvde, men om hun ikke greide det, så satte hun seg ned og ga opp forsøkene. Hun var redd for å dumme seg ut eller se dum ut. Fra å skulle konsentrere seg om aktiviteten, ble fokuset forskjøvet, og hun ble heller mer opptatt av hva de andre skulle se, tenke og mene. Dette syntes å kunne ha en negativ innflytelse på aktivitetsnivået, mestringsopplevelsen og også generelt for selvtilliten. Noen av deltagerne brydde seg lite eller ingenting om det var andre til stede dersom de skulle prøve en ny aktivitet. De tenkte at man kunne jo prøve, og gikk det ikke, så gikk det ikke. Som en jente sa: *«Jeg er ikke så veldig redd for å dumme meg ut».* Denne holdningen kunne hun sannsynligvis takke en solid trygghet og god selvtillit for. Hun var en jente som likte godt å være i fysisk aktivitet, og som fortalte at hun hevdet seg på linje med jevnaldrende.

Noen av deltagerne opplevde at de fikk mer og bedre motivasjon til å være fysisk aktive mens de var på Geilomo enn det de fikk hjemme. På Geilomo følte en jente at de ble møtt med større forståelse for å bli sliten. En annen jente hevdet det var lettere å delta på fysisk aktivitet på Geilomo enn hjemme fordi på Geilomo ble man oppmuntret til å være med, og astma var ingen legitim årsak til å slippe unna. Hun mente det var bra at det var slik:

*Hjemme der har du astma, hjemme der kan du sitte i ro, du kan drite i alt. (...). Her kan du faktisk ikke gjøre det. Du må være med, med mindre du har en skade eller faktisk ikke kan gjøre det».*

Dette viser til strukturen og rammene på Geilomo med stort fokus på deltagelse, og der det er vesentlig at alle barna/ungdommene deltar med utgangspunkt i mulighetene hvert enkelt av dem har. Færre barn/ungdommer per klasse/gruppe og per økt gir stor synlighet, på godt og vondt. Kompetente instruktører og pedagoger som har som mål å se og ha tid til alle, med hovedfokus på mestring, øker muligheten for at alle barn/ungdommer blir møtt ut fra sine forutsetninger. Dette kan skape trygghet, noe som er vesentlig for å utvikle bedre

selvtillit. Samtidig er man opptatt av at alle skal delta på alt på Geilomo, det gis sjelden fritak fra en økt. Dette mener man er viktig for at barna/ungdommene skal få prøve ut, få testet grensene sine, utvikle mestringsfølelse samt oppleve at andre barn/ungdommer også må delta og forsøke øvelsen. Her er fokus på innsats og ikke ferdigheter. Dog er det ikke sikkert at dette bidrar til økt mestring og økt appetitt på å være fysisk aktiv for absolutt alle, slik det altså er eksempel på i denne studien.

Flere av deltagerne ga uttrykk for at et opphold på Geilomo kunne være med å styrke selvtilliten til barna/ungdommene med astma. En jente fortalte at hun opplevde astma som en begrensning, og derfor var det en veldig god følelse å mestre noe hun trodde hun ikke skulle greie. Det hadde skjedd flere ganger på Geilomo at hun hadde fått den gode mestringsfølelsen og fått bedre selvtillit. Årsakene kan være at det var varierte aktiviteter, og at man dermed hadde større mulighet til å finne en eller flere aktiviteter som man mestret, eller godt tilrettelagte aktiviteter, som hun var inne på: *«Du finner flere ting som du klarer å mestre og de finner på ting som du klarer å mestre, og da får du bare litt bedre selvtillit»*. En annen jente opplevde også at det gjorde noe med selvtilliten hennes å komme til Geilomo. Hun kom unna hjemmemiljøet der hun følte seg sårbar og følte hun fikk kritiske blikk etter seg. På Geilomo hadde hun ikke følelsen av at de andre kastet stygge blikk etter henne. Dette kunne synes å henge sammen med rollen jenta hadde hjemme kontra på Geilomo. Hun følte seg mer stigmatisert hjemme mens hun på Geilomo kunne starte med blanke ark.

Geilomo hadde for flere av barna/ungdommene vært et sted der de for første gang prøvde nye aktiviteter. En jente hadde lært å svømme der, noe som førte til at hun begynte med svømming da hun kom hjem. Klatring har også vært nytt for mange. Flere fortalte at de opplevde god mestringsfølelse da de kom til topps i klatreveggen til tross for høydeskrekk. De fikk testet grensene sine på en positiv måte, slik formulert av en av guttene: *«... Jeg klatrer aldri hjemme, det liksom skjer ikke, men her oppe, det er skummelt for jeg har høydeskrekk (...), men det er liksom greit her oppe, det er skummelt, men, det er litt gøy også.»*

Flere av deltagerne var inne på at de hadde lært om at det var viktig for astmatikere å være i fysisk aktivitet. Det var blant annet for å håndtere sykdommen bedre, orke mer og få

bedre fysisk kapasitet. Likevel var det ingen som mente at de var fysisk aktive kun for å håndtere astmasykdommen bedre. En jente ga en noe mer nyansert beskrivelse av hva de lærte på Geilomo:

*Du lærer hva som skjer med kroppen din og når du har astma, hva som er forskjellen, hva som du kan gjøre for å bygge den opp, og hvordan medisinene fungerer, hvilke aktiviteter du kan være med i og sånne ting.*

Flere nevnte at de hadde lært om medisiner og hvorfor det var nødvendig å ta dem regelmessig. Noen ga uttrykk for at de hadde blitt mer bevisste på å ta medisiner daglig og opplevde mindre sykdom hjemme. En jente opplevde at hun ikke hadde vært syk det siste året etter at hun var på Geilomo forrige gang, og hun relaterte det til lærdom og erfaringer derfra. Dette kan gi et bilde på en tydeligere bevisstgjøring av flere av barna/ungdommene med hensyn til håndteringen av astma. En annen jente fortalte om økt kunnskap om medisiner, men også at hun hadde fått bedre innsikt i å kunne ha en annen holdning til fysisk aktivitet: «Jeg har jo lært å ta medisiner litt oftere og sånne ting, og, hva skal jeg si, være mer positiv og sånn». I dette lå at kunnskapen de hadde fått på Geilomo var mangfoldig, kunnskap via erfaringer «på kroppen» så å si, kunnskap av mer abstrakt eller teoretisk karakter (om astmasykdommen, om medisiner og så videre). Til sammen er dette med og bidrar til å utvikle innstilling, motivasjon og holdninger til det å leve med astma og det å være fysisk aktiv.

Organiseringen av dagen og aktivitetene på Geilomo var et eksplisitt tema i intervjuene. Igjen kom det fram et spenn mellom det positive ved at aktivitetene var mangfoldige og at dagen i stor grad var belagt med fysiske aktiviteter, til det negative det kunne innebære for enkelte knyttet til høye krav til innsats og stor grad av kontroll. De fleste uttrykte imidlertid at de var fornøyde med hvordan hele organiseringen var på Geilomo. Om det hadde blitt endring, så hadde det heller ikke vært Geilomo slik de kjente det, uttrykte noen av deltagerne. Variasjon og flere muligheter enn hjemme påpektes som vesentlig. En jente hadde erfaring med at det ikke var så mye annet å gjøre på Geilomo enn å gå på skolen og delta på de fysiske aktivitetsøktene:

*Det er egentlig ikke så mye annet å gjøre oppe her enn aktivitetene. Alle de som ikke finner på noe med oss, de bare sitter der med nebbet. Av og til, om kveldene hvis vi ikke har noe å gjøre på, så pleier vi å spørre enten om noen kan være med i gymsalen eller sånne ting.*

Av selve aktivitetene var særlig stikkball og kanonball mest populære blant flere av deltagerne. Gåture i omegnen eller fjelltur syntes enkelte var moro, mens andre ikke kunne fordra fjellturer. Klatring, svømming, spinning, alpint og uteaktiviteter ble også trukket fram som morsomme og inspirerende aktiviteter, mens alpint, langrenn, løping og fysiske tester ble nevnt av aktiviteter som ikke var lystbetonte.

De fleste aktivitetene på Geilomo er organiserte, og det var ikke nødvendigvis alltid positivt. En jente likte ikke at aktivitetene var så mye organisert og reflekterte slik over dette:

*Når noen kommanderer meg til å gå og trene, det er jo ikke like moro som å finne ut at nå vil jeg gå og trene. Men det er jo greit, det er bare sånn det er. Hvis det ikke hadde det, så hadde det sikkert ikke vært like mye trening eller sånn.*

Videre kommenterte hun med et smil at her måtte alle være med, man kunne ikke brånekte. Hun var godt innforstått med at slik måtte det være. Hadde det vært opp til barna/ungdommene selv, så hadde det blitt mindre aktivitet. Et vist monn av lojalitet til opplegget på Geilomo er nødvendig om intensjonen med det ikke skal bli forringet. Lojalitet til opplegget hørte også med for denne jenta. Hun hadde en kommentar på hvordan hun opplevde enkelte av øktene:

*Det er vel det at når du holder på med noe på egenhånd, og det er greit at de kommer bort og styrer det, og sier at sånn og sånn skal du gjøre, men ikke at de kommer bort hver gang og sier nå gjør du feil, nå gjør du feil, nå gjør du feil.*

Denne formen for ytre styring og tilbakemelding kunne oppleves for kontrollerende og for henne sannsynligvis også demotiverende.

### Oppsummering:

Geilomo ble betraktet som et sted med mye varierte og harde fysiske aktiviteter, mye moro, sosialt liv, men mindre frihet. Ikke alle deltagerne var like positive til all aktiviteten som var der, og at alle måtte delta på alt. Flere pekte på at det rett og slett var vanskeligere enn hjemme å slippe unna aktivitetene. For de aller fleste var de mer i fysisk aktivitet på Geilomo enn de var hjemme. Sentralt var at mestringsfølelse, selvtillit og den fysiske formen kunne bygges opp på Geilomo, og mange fortalte nettopp om det. Det var også eksempel på at strategier for å slippe unna aktiviteter dominerte oppholdet, der mestringsfølelse og bedret fysisk form uteble. De fleste pekte på at økt trygghet ble skapt med tanke på å «være i samme båt». Det var med andre ord vesentlig å kunne være i fysisk aktivitet sammen med andre barn/ungdommer med astma, kjenne fellesskapet med samme utfordring relatert til astmasykdommen og føle at de kunne hevde seg og være lik gode som de andre. En del av deltagerne var vant til å skille seg negativt ut med tanke på fysisk aktivitet i forhold til jevnaldrende hjemme. Det syntes altså svært viktig ikke å skille seg ut fra jevnaldrende, men kunne mestre som dem. Flere understreket at Geilomo var et viktig sted for å få økt kunnskap om fysisk aktivitet og trening, så vel som om astma og medisinerings.

## **4.2 Begrensninger og muligheter – egen innstilling og forståelse**

### ***4.2.1 Holdning til og forståelse av betydninger av fysisk aktivitet vevd sammen med glede og misnøye – fra opplevelsen av bortkastet tid til herlig mestringsfølelse***

Jeg spurte alle deltagerne om hvilke tanker de hadde da de hørte ordet fysisk aktivitet. Det kom da fram flere ulike nyanser og perspektiver. I dette begrepet la deltagerne fysisk trening som å løpe, padle, gå tur, svømme, fotball, gå på ski og så videre. Det betydde alt fra å være i bevegelse, bli andpusten, svette, ha det moro, men også at det var slitsomt, til at det for noen satte ulike følelser i sving. Enkelte fortalte at de ble glade da de hørte ordet, og at de likte fysisk aktivitet, som denne jenta: «*Jeg er veldig glad i fysisk aktivitet og sånn da. Så jeg gleder meg når jeg hører ordet*». Og en annen deltager ga uttrykk for denne meningen: «*For meg så høres det egentlig litt spennende ut*». Andre var mer nøytrale i sine utsagn og ga uttrykk for et både-og-forhold til fysisk aktivitet. En jente kommenterte at fysisk aktivitet kunne være både positivt og negativt, og sa: «*Det er ikke det morsomste, nei, ikke hvis det er sånn hard trening*». Altså ble både følelsesmessige forhold og konkrete

fysiske aktiviteter nevnt da de skulle beskrive og forklare hva de forbandt fysisk aktivitet med. Dette viste med andre ord de ulike dimensjonene i dette begrepet og samtidig hva fysisk aktivitet konkret innebar for barna/ungdommene.

Interesse og motivasjon spilte en rolle for om noen av deltagerne trente nå, og for om de trente for å beherske en spesiell øvelse eller aktivitet bedre. Interesse og motivasjon er knyttet til hvilken betydning aktiviteter har for dem det gjelder. Dersom de ikke var interesserte i aktiviteten eller at det ikke ga mening for dem å fortsette med den, ga de raskere opp å få det til også. En jente påpekte at hun måtte ha svært mye motivasjon for å bli mer fysisk aktiv. Hun uttrykte et negativt forhold til fysisk aktivitet, med bruk av ord som kjedsomhet, tungt, ikke noe utbytte, og hun så ingen hensikt med å bruke tid på dette. Hvorfor skulle hun bruke tid på noe hun ikke opplevde at hun fikk noe ut av, eller som rett og slett ga negative erfaringer? Hun fortalte: «*Nei, jeg kunne vært mer fysisk aktiv, eller altså, nei. (...). Jeg føler ingen forskjell på om jeg har trent eller ikke, eller deltatt i kroppsøvingstimen eller ikke*». Igjen står dette med meningen aktiviteten har for den enkelte fram som vesentlig, der mestring og motivasjon er sentralt for om denne jenta, og også for om flere av de andre deltagerne, var fysisk aktive eller ønsket å være mer fysisk aktive. Utbytte eller opplevelse av å få noe positivt igjen for å være fysisk aktiv var viktig for noen med tanke på om de var fysisk aktive eller ei, for eksempel å kjenne seg i bedre form og kunne orke mer. For andre var det den morsomme aktiviteten eller det at det var moro å slite litt, som gjorde fysisk aktivitet til et positivt valg for dem. Mange av deltagerne hadde dermed et eget driv til å være fysisk aktive.

Barnas/ungdommenes holdning og innstilling til fysisk aktivitet sier noe om hvordan de opplevde fysisk aktivitet. Holdninger og innstilling er imidlertid ikke løsrevet fra erfaringer barn/ungdommer har med seg, og de sammenhengene de hører hjemme i på skole, i familie og fritid. Barna/ungdommene uttrykte ulik innstilling til fysisk aktivitet. En gutt viste et ambivalent forhold til fysisk aktivitet. Han fortalte at han syntes det var kjekt med fysisk aktivitet av og til, men han likte bedre å være inaktiv enn aktiv. Flere sa de var positive til fysisk aktivitet, de prøvde i alle fall å være det og delta på det meste. De fortalte om glede, moro, spenning, iver, å glemme tiden, gleden av å slite litt og å presse seg. Men også at det kunne utvikle seg til noe negativt dersom aktiviteten var kjedelig, holdt på for lenge og at det etter hvert ble for slitsomt. Det å bli sliten trengte ikke bare å være negativt, som en

gutt sa: «*Nei, det er en sånn irriterende følelse, men også litt bra*». Det var negativt for han at han måtte stoppe opp, og det var bra fordi han følte han hadde gjort en innsats. Å bli sliten ble oppfattet som tilfredsstillende for en jente som likte å være fysisk aktiv. Men hun la til at det betinget at aktiviteten var morsom: «*Jeg liker jo egentlig å bli ganske sliten, jeg synes det er en veldig herlig følelse og liksom være sliten etter at jeg har gjort noe gøy da*». En jente ga uttrykk for selvhøytidelighet og fortalte at hun likte å være fysisk aktiv, selv om hun ikke var god i idrett. Hun var et eksempel på at prestasjoner i fysisk aktivitet og glede ved å være fysisk aktiv ikke nødvendigvis trengte å henge sammen.

Dersom deltagerne ikke greide noen øvelser som andre fikk til eller som de hadde greid selv tidligere, var reaksjonene forskjellige. En gutt sa han brydde seg ingenting om at han mestret en klatrevegg før, men ikke nå lenger. For en jente betydde det mye dersom hun ikke mestret det andre gjorde, hun opplevde det negativt og skulle gjerne fått det til. Men det kom an på interessen om hun prøvde å bli bedre på det. Om hun ikke interesserte seg for aktiviteten, orket hun ikke slite seg ut for å prøve å få det til. Noe annet var det dersom det var elementer på favorittaktiviteten håndball hun ikke mestret, da stod hun på til hun fikk det til. Dette sier noe om hvor vesentlig interesse og vilje til innsats var, og om at identitet og trygghet kan knyttes til mestring av spesielle fysiske aktiviteter. Det er ikke nødvendigvis slik at en må mestre alle aktiviteter for å kjenne seg god. Denne jenta syntes å ha tillit til seg selv fordi hun visste at hun var skikkelig god i noe. Det gjorde ingenting om hun ikke mestret helt det som for henne var uinteressante øvelser.

Et inntrykk fra alle deltagerne var at de hadde en tydelig oppfatning av prestasjonsnivået sitt i fysisk aktivitet. Noen ga uttrykk for strategier de hadde i forhold til aktiviteter de ikke mestret, her illustrert fra en jente:

*Og når jeg ikke klarer det, så pleier jeg egentlig bare å stå i ro, for eksempel hvis det er tikken eller noe sånt, eller stiv heks eller det innebærer for eksempel du må bære noen, så da pleier jeg bare å sette meg i et hjørne og bare si ta meg, ta meg, sånn at jeg kan sette meg ned et eller annet sted.*

Frykten for å dumme seg ut eller vise at hun ikke mestret syntes å kunne føre til en unnvikelsesstrategi, der det var bedre og ikke yte full innsats enn å vise de andre at hun



ikke greide bedre. Flere visste klart hvilke situasjoner i fysisk aktivitet som var sårbare og som de helst ville unngå. Dermed kunne det for noen av dem være en lettvinnt løsning og velge å trekke seg litt unna og ikke vise eller utfordre svakhetene sine.

Flere av deltagerne nevnte at det var vesentlig at aktiviteten var morsom, det vil si at fysisk aktivitet i seg selv skulle være lystbetont. Dette syntes å være et kjerneelement i å fortsette eller begynne med fysisk aktivitet. Glede og positive opplevelser er helt sentralt for å ha en fysisk aktiv livsstil. Flere hevdet at de utførte aktivitetene bedre om de likte aktivitetene. Dette kan henge sammen med mestringsfølelsen. Men man kan også se det fra motsatt side, der barna/ungdommene likte en aktivitet nettopp fordi de mestret den. Gleden og tilfredstillelsen ved mestring av en aktivitet kunne være stor, som denne jenta uttrykte: «*Så da får du skikkelig god følelse inni deg og bare «jeg klarte det faktisk»*». En jente sa at mye av gleden ved fysisk aktivitet var det sosiale aspektet, at hun kom i bedre form og fikk bedre selvtillit. Hennes erfaring her sammen med flere lignende erfaringer hos andre deltakere, pekte på at forbedringer av fysisk kapasitet ikke var den eneste gevinsten ved å være fysisk aktiv, men at identitetsbygging og fellesskap kan være like viktig, noe som er viktig å fokusere på.

Det ble også uttrykt misnøye i forhold til fysisk aktivitet. Harde, slitsomme og kjedelige aktiviteter ble oppfattet negativt av flere av deltagerne. En jente var for eksempel langt fra begeistret for fjelltur og uttrykte følgende:

*Fjelltur, jeg hater fjelltur. (...). Fordi det er ikke nødvendigvis at det er så tungt, men oppå toppen der, men det er så kjedelig å gå så langt. Og så er det så tungt, og så får du liksom ikke gjort noe der oppe. Du bare sitter der og spiser, så går du ned igjen».*

Å gå en tur bare for å gå var meningsløst for henne. Ved å gjøre mer ut av fjellturen kunne den framstå mer attraktiv og gi litt inspirasjon. Medspillere på håndball- eller fotballag kunne også være årsak til misnøye med aktiviteten. Å bli skadet, andpusten, svette tidlig, prestasjonspress og ikke greie aktiviteter som andre greide, ble oppfattet som negativt. Det vil si å skille seg ut og føle seg dårligere enn andre. En jente opplevde det negativt dersom hun ble presset til å løpe. En annen jente fortalte at hun ble stresset dersom det ble satt

prestasjonskrav til henne, og hun mente at hun ville greid det mye bedre dersom hun ikke ble stresset. Hun følte det ble satt for høye krav til henne. Men, det kunne også være hennes eget ambisjonsnivå som var for høyt. Også for disse barna/ungdommene syntes det at utilstrekkelighet i forhold til indre eller ytre krav til prestasjoner kunne bidra til å dempe glede og mestring, mens tilpassede krav kunne ha en forsterkende effekt. Negativ innstilling til fysisk aktivitet kom særlig til uttrykk fra en jente som fortalte at hjemme kunne hun etter avtale med kroppsøvingslæreren sette seg på benken og ta to minutter pause dersom hun var sliten. Det hendte at hun sa hun var sliten uten at hun var det, for å få en pause. Jenta likte ikke fysisk aktivitet generelt, og viste en unnvikelsesstrategi for aktiviteter hun var minst begeistret for. For henne opplevdes det behagelig å slippe unna, noe hun prøvde på stadig vek:

*Jeg fratar meg ikke fra aktivitet, men hvis det er noe jeg ikke liker, så prøver jeg som oftest å luske meg vekk fra det. (.....). Så jeg ser på treningen som et ganske lett sted for bare sitte og ta pauser hvis jeg ikke har det gøy. Eller gå ut derfra, på min skole i alle fall, så er det veldig enkelt å komme seg ut av gymtimen.*

Denne atferden viste både en negativ holdning til og lav selvtillit i fysisk aktivitet, noe som hadde vesentlig negativ påvirkning på aktivitetsnivået. I slike tilfeller blir det viktig å spørre hva som skal til for å endre et gjennomgående negativt forhold til fysisk aktivitet.

#### Oppsummering:

Innstilling og holdning til fysisk aktivitet fortalte noe om barna/ungdommenes ståsted i forhold til denne type aktiviteter. Barna/ungdommene uttrykte et bevisst forhold til fysisk aktivitet, i et spenn mellom konkrete erfaringer med og følelsesmessige forhold knyttet til fysisk aktivitet. Følelser var dessuten vevd sammen med holdninger til det å være fysisk aktiv, både glede og misnøye. Vesentlig for dem var at aktiviteten de skulle holde på med over lengre tid skulle være lystbetont, for å kunne gi eller opprettholde motivasjon til å fortsette å være fysisk aktiv. Mestring og glede ved fysisk aktivitet hang sammen for flere av deltagerne, og preget deres holdninger til egne muligheter og innsats på området. Misnøye hang sammen med at de generelt hadde dårlige erfaringer med fysisk aktivitet og ikke greide aktiviteten, enten fordi andre de sammenlignet seg med greide den, eller fordi de følte for høyt forventningspress fra andre eller hadde for høyt ambisjonsnivå selv. For

enkelte hadde prestasjonskrav negativ innvirkning på gleden ved å drive fysisk aktivitet, noe som er vesentlig å fokusere på for å tilrettelegge fysiske aktiviteter best mulig for alle. Selvtillit, motivasjon og interesse var sentralt i denne sammenhengen.

#### ***4.2.2 Astmasykdommen - fra følelsen av at andre løper i fra og sterke ønsker om å slippe å ha astma til opplevelse av at astma er ingen hindring***

Deltagerne hadde ulik grad av astma, og opplevde og forholdt seg forskjellig til sykdommen. Noen tok medisin daglig, andre tok kun før fysisk aktivitet, mens atter andre ikke tok medisin i det hele tatt. Likevel nevnte de fleste at de i større eller mindre grad kjente astmasymptomer i forbindelse med fysisk aktivitet. Dette sier noe om variasjonen i alvorlighetsgraden av astma, og at barn/ungdom med astma også på det grunnlaget ikke nødvendigvis er en ensartet gruppe. En jente sa at dersom hun var flink til å ta sin daglige medisin, kjente hun mindre til astmasymptomene i fysisk aktivitet. Det samme påpekte en gutt, astmasymptomene ble tydeligere dersom han hadde slurvet med sin daglige medisin.

Deltagerne kjente astmasymptomene i ulike aktiviteter, slik som i svømming, fotball, kroppsøvingstimer, håndball, når de løp langt og lenge og generelt under hard aktivitet. De fleste kjente og merket forskjellen på om de fikk astmasymptomer under fysisk aktivitet eller om det var vanlig andpustenhet. Men ingen fortalte at de fryktet å få astmaanfall. Symptomene på tung pust kan lett forveksles og feiltolkes, der man kan tro at vanlig andpustenhet er astmasymptomer. Dette kan medføre at man feilaktig stopper opp eller unnlater å presse seg. En gutt sa han ikke kjente forskjell på å bli andpusten eller kjenne astmasymptomer, og at han heller ikke merket noe til astmaen under fysisk aktivitet. Det var ikke alltid han tok medisin før trening, selv om han ble anbefalt å gjøre det. Han merket ingen forskjell med eller uten medisin på treningen. Men, han pekte på at han følte på at faren hans hadde mer kontroll på medisineringsen enn han selv. For han var ikke astmaen så viktig, og han opplevde ingen hindringer. Med det for øyet kan man kanskje si at det var rimelig og kanskje også positivt at han ikke var opptatt av medisineringsen. Da kunne han rett og slett fungere som frisk. På en annen side kan man tolke det dithen at han var noe likegyldig til egen sykdom, noe som kanskje bidro til at faren måtte følge nøyere med. Eller fordi faren fulgte tett opp, så kunne det være at gutten fraskrev seg noe ansvar.

Noen av barna/ungdommene opplevde at astmaen begrenset dem i fysisk aktivitet. Det tettet seg i brystet og viljen følte større til å prestere enn evnen, slik denne jenta fortalte:

*Du kjenner liksom at det tetter seg litt i brystet, eller du klarer på en måte ikke å yte det du føler at du kan, og hvis du tenker at du klarer å løpe fortere enn en person, men så stopper det litt opp for du får på en måte ikke puste.*

Hun ville gjerne prestere bedre, men måtte vike på grunn av astmaen. Det ble et nederlag for henne. Noe som gikk igjen i fortellingene var at astmaen førte sjelden til fullstendig stopp, men gjorde at selve aktiviteten ble tyngre. Barna/ungdommene måtte jobbe hardere for å gjennomføre. Andre utnyttet situasjonen med at de var astmatikere, selv om symptomene på sykdommen i dag var små. En jente uttalte for eksempel at hun brukte mulighetene hun hadde til å ta de pausene hun kunne i kroppsøvingstimene. En av guttene fortalte at han i fysisk aktivitet på fritiden begrenset seg selv, selv om han ikke kjente astmasymptomene. Han tenkte at han måtte begrense seg siden han hadde astma. Altså tok han sine forholdsregler som kanskje kunne syntes å være unødvendige. Andre lot ikke astmaen være en begrensning og holdt på til de omtrent stupte. Blant annet en jente ga uttrykk for dette: «*Det hender jo at jeg har holdt på litt for masse og blir sliten og sur*». De fleste følte at de hadde kontroll over astmaen og symptomene, og visste hva de skulle gjøre dersom symptomene dukket opp eller unngå at de kom i det hele tatt. En jente hadde denne strategien:

*Jeg føler at jeg har litt kontroll på astmaen, selvfølgelig hvis vi skal jogge eller noe, så prøver jeg å begynne litt sakte og så gå oppover, for hvis jeg begynner rett på, så får jeg jo helt, da får jeg vondt, og, det får sikkert alle, og da kan jeg bli veldig fort, i begynnelsen på å bli tett, men jeg må varme opp først og bare puste rolig og bare mestre litt pusten og konsentrere meg litt.*

Hun visste tydelig hva som måtte til for å holde astmasymptomene på avstand og mestre sykdommen best mulig under fysisk aktivitet. Men, det var ikke alltid like lett å måtte ta hensyn til astmasymptomene. En jente sa at om hun kjente astmasymptomene komme og hun egentlig burde stoppe litt opp, så gjorde hun ikke alltid det for hun ville gjerne presse seg videre. Hun ville ikke sakke akterut i forhold til de andre på fotballaget eller vise at

hun hadde astma. Hun var en av dem som viste til at balansen mellom å ta hensyn når symptomene kom og å presse seg var en stadig utfordring.

Noen av deltagerne hadde avtale med kroppsøvingslæreren sin at de kunne ta en pause dersom de ikke orket mer på grunn av at de hadde astma, og så fortsette videre etterpå. For noen var det blandede følelser knyttet til disse pausene. De syntes det var betryggende å vite at de kunne ta pauser dersom behovet meldte seg, men på den annen side ønsket de ikke å bruke pausene og vise at de var annerledes enn de andre i klassen. Igjen handlet det om balansen mellom å presse seg og ta hensyn, mellom å være lik de andre og å skille seg ut. Det var særlig deltagerne som fortalte at de følte de andre var bedre i kroppsøving, som reflekterte rundt dette. For en gutt som følte seg rimelig flink i fysiske aktiviteter hadde en annen opplevelse. Han fortalte at han hadde ingen negative erfaringer knyttet til mulighetene til å ta pauser: *«Jeg setter meg ikke ned så ofte, men av og til tar jeg pauser for jeg er så utrolig sliten. Men å ta pauser gjør jo ingenting»*. Enkelte av de andre deltagerne syntes det rett og slett var irriterende og måtte stoppe opp eller senke tempoet i forhold til de andre. Noen av dem likte ikke at de andre i klassen kanskje greide aktivitetene bedre, og dette relaterte de til at de hadde astma. Astmasykdommen ble altså av både «rettferdige og urettferdige» grunner pekt på som årsak til at de ikke mestret bedre. En jente med mild grad av astma hadde dette utsagnet: *«.....Hvis jeg for eksempel er veldig sliten og ingen andre er slitne i det hele tatt, så blir jeg mer reservert, for jeg har jo astma»*. Astma kunne være den direkte eller indirekte årsaken til at de ikke greide like mye som de andre på grunn av selve sykdommen, fravær, lavere aktivitetsnivå og dårligere fysisk kapasitet. Eller astma ble brukt som unnskyldning til lavere innsats selv om det kunne ha helt andre årsaker.

Det var ikke alltid enkelt å forholde seg til det å ha astma. En jente greide fint å håndtere sykdommen når hun kjente at astmasymptomene kom under fysisk aktivitet, men det å ha astma var likevel en stor belastning:

*Hvis jeg ikke har noe medisiner å ta, så bare slapper jeg litt mer av og prøver å få igjen pusten og sånne ting, eller så holder jeg det tempoet som vi akkurat har når astmaen kommer, fordi at da blir det ikke så galt. (...). For å si det rett ut, så synes jeg det er noe drit. Jeg har ikke lyst til å ha astma. Det er, jeg tror jeg hadde følt*

*meg mye bedre hvis jeg ikke hadde hatt det. Men så har jeg ikke så sterk astma, men uansett så kjenner du at du har det.*

Ønsket om å slippe unna astmaen var stort, hun var lei, og det preget hennes holdning til selve sykdommen, selv om den ikke begrenset henne noe særlig under fysisk aktivitet. En annen jente kjente i liten grad til astmaen i det daglige og hadde sluttet med medisiner fast. Likevel tenkte hun på at hun hadde astma når hun var i fysisk aktivitet, og at hun hadde dårlige dager på grunn av astmaen. Astmaen ble fremstilt som en begrensning til tross for at hun kjente lite til den:

*Og de dagene det ikke går så bra så tenker jeg sånn at «jeg har jo astma, og det hindrer meg», og hvis jeg tar litt medisin, så går det kanskje over, men igjen så har jeg ikke lyst til å leve med astmaen. Det var derfor jeg sluttet med medisiner, for jeg ville prøve å bli normal.*

Det er viktig å få fram at hun, i likhet med flere av de andre barna/ungdommene, gjerne skulle ha unnslippet astmasykdommen.

#### Oppsummering:

Astmasykdommen påvirket deltagerne i ulik grad, og de forholdt seg også forskjellig til den. Noen kjente lite til astmaen og brydde seg ingenting om den. Andre kjente mer og måtte ta sine forholdsregler. Men også disse barna/ungdommene ga uttrykk for at de visste godt hvordan de skulle håndtere astmasymptomene når de kom. Det var sentralt at astmaen ikke alltid var enkel å akseptere, og en oppfatning var at barna/ungdommene synes det var strevsomt å ha astma, de ønsket rett og slett ikke å ha astma. Viktig å vite er også at astma kunne bli brukt som unnskyldning for dårligere prestasjoner eller lavere aktivitetsnivå. For noen var likevel astmaen en reell begrensning under fysisk aktivitet. Vesentlig var også opplevelsen av at de andre jevnaldrende, som var friske og presterte bedre i aktiviteter de selv deltok i, kunne bidra til at innsatsen ble svekket. Følelsen av å skille seg negativt ut var særlig vanskelig å takle.

### **4.2.3 Fremtiden - fra å være tilfreds med aktivitetsnivået slik det er til at oppholdet på Geilomo har gitt motivasjon til å bevege seg mer hjemme**

Deltagerne ble spurt om hvilke tanker de hadde om fysisk aktivitet i fremtiden. Svarene var i et bredt spekter og reflekterte både innstilling, motivasjon og interesse. Det som i hovedsak kom fram var at mange syntes de var nok fysisk aktive hjemme, og mengden de selv var tilfreds med varierte fra henholdsvis en gang i uken til seks-syv ganger i uken.

Noen ønsket imidlertid å øke aktivitetsnivået sitt. En jente fortalte at hun ikke var nok fysisk aktiv hjemme med to treninger i uken, og hun sa: «*Det er jo gøy å gjøre noe annet også. Å få mer aktivitet er jo selvfølgelig bare positivt*». En gutt ga også uttrykk for at han var for lite fysisk aktiv hjemme siden han nettopp hadde sluttet på fotball og ikke funnet noe annet å gjøre enda. En jente med et høyt aktivitetsnivå ønsket å gjøre enda mer enn hun allerede gjorde og følte seg veldig motivert, men det var andre faktorer som var viktigere i forhold til totalbelastningen i hverdagen. En gutt sa at han ville bli mer fysisk aktiv, og at han skulle ta mer initiativ til det selv, og gjerne gjøre det systematisk. Om dette var uttrykk for et styrket indre driv, økt motivasjon, eller en lydlig uttalelse basert på andres oppfordringer (helseeksperter eller foreldre eller lignende), er ikke godt å si. Noen av deltagerne som hadde uorganisert aktivitet en-to ganger i uken, ville fortsette på dette nivået, og de syntes det var «greit». Greit er et uttrykk som kan ha dobbel bunn; som et tydelig argument for at omfanget av innsats på feltet lå der den etter deres syn burde ligge, eller at det kan handle om å ta litt forbehold. Det kan tolkes som både motivasjon og mangel på motivasjon, som uansett er et vesentlig og styrende element for daglige valg. Det kan også tolkes som et uttrykk for at de selv ville bestemme hva som var riktig for dem. Det er imidlertid viktig å påpeke at økt fysisk aktivitet ikke nødvendigvis er den beste løsningen for disse barna/ungdommene, deres utvikling og mestring av hverdagen. I deres alder og fase av livet kan det være flere andre elementer som kan bidra til å styrke helsen og gi god livskvalitet, som for eksempel venner, sosialt fellesskap, støtte og trygghet, skole/utdanning, familie og andre identitetsskapende faktorer. Flere av barna/ungdommene påpekte at det var viktig å ha tid til skolearbeid og venner. Noen av dem fortalte at de var usikre på om det lot seg gjøre å øke aktivitetsmengden uten at det gikk på bekostning av skole eller venner.

Alle var ikke like klare for å bli mer fysisk aktive. For en jente som ikke drev med annen aktivitet enn å gå rolig rundt med venner, lå en endring av hverdagen til å bli mer fysisk aktiv langt fram i tid. Det syntes som om spranget til å ville gjøre endringer var for stort, og hun overveiet ikke tungt å starte med dette:

*Nei, altså, det hadde jo vært en fordel da, når jeg sluttet klokken ett på skolen, i stedet for å vimse der oppe, kunne jeg heller gått og trene og komme ned igjen kl fire, når alle kommer. Så det er ikke, jeg vet ikke, det surrer oppe i hodet mitt, men jeg vet ikke om jeg gidder å begynne ennå.*

Hun pekte altså på mulighetene for å trene som til stede og noe hun burde gjøre, et moralsk ansvar nærmest. Hennes omtale av fysisk aktivitet var preget av dette og av det negative. Hun fremstod med manglende motivasjon til å ta steget til og virkelig ville starte. Det er ikke godt å si hva som lå til grunn for denne negative holdningen til fysisk aktivitet hos denne jenta. I alle fall gav det lite mening for henne å drive denne type aktiviteter. Man bør ta høyde for og akseptere at ikke alle barn og ungdommer har et positivt syn på fysisk aktivitet. Likevel kan det være nødvendig å spørre seg hvorfor denne jenta, men også hvorfor noen av de andre barna/ungdommene som uttrykte et både-og-forhold til fysisk aktivitet, ga uttrykk for denne holdningen. Hva er det som skal til for å skape litt mer interesse og lyst hos dem til å være noe i fysisk aktivitet?

Flere av barna/ungdommene nevnte at de var avhengige av foreldre eller venner for å begynne med aktiviteter hjemme. En jente som drev med uorganiserte aktiviteter, kunne tenke seg å bli mer fysisk aktiv. Hun hadde tanker om å starte både med kickboksing, svømming og å trene på treningssenter. Hun snakket om dette med liv og lyst, men hun var avhengig av både tid og hjelp fra foreldrene:

*Det er egentlig, for eksempel henting, at jeg kommer hjem. Og at jeg får gjort alt, hjemmelekser og sånn, at jeg ikke bruker hele dagen på å trene, at jeg på en måte får tid. Ja, for eksempel mamma, at hun kan hente meg, eller pappa.*

Noen av deltagerne bodde på steder der det var lite utvalg av organiserte aktiviteter, og de fortalte at de var avhengige av transport eller at de syntes det var for langt å dra av gårde.



Noen ville starte sammen med venner, og de var derfor avhengige av at også disse ønsket å være med. Dette viste at aktiviteter på fritiden er avhengig av lokale rammer den enkelte ikke har kontroll på, som også representerer en type sårbarhet i forhold til endring av hverdagens rutiner. Eksterne forhold som venner, familie, tid, avstand og tilbud kan påvirke motivasjonen. Dette er et vesentlig poeng.

Noen av deltagerne uttrykte at de var på leting etter aktiviteter å gjøre. En jente som drev med zumba av og til, fortalte om få muligheter der hun bodde og lange avstander. Men, hun kunne gjøre noe på egenhånd, hun hadde tenkt å begynne å sykle. Og hun kunne tenke seg å svømme på egenhånd i svømmehallen. Hun ga altså tydelig uttrykk for at dette kom hun til å starte med. Disse konkrete tankene indikerte noe om hennes positive holdning og motivasjon til fysisk aktivitet, men vi kan likevel ikke vite om dette ble realiteter. En gutt var også på søken etter noe å gjøre, etter at han nettopp hadde sluttet på fotball, og følte han for tiden var for lite fysisk aktiv. Han fortalte at han og moren hans hadde en plan om å finne mer å gjøre etter at han kom hjem fra Geilomo. I denne planen var tidsaspektet og moren sentral. Dersom han ikke fant noen aktivitet å starte med, så ville han og moren gå oftere på tur sammen, sykle eller jogge. Men dette betinget at begge hadde tid. Tid er et velkjent argument i blant annet vurderingen av å drive med fysiske aktiviteter eller ikke.

På spørsmål hvordan og om et opphold på Geilomo påvirket deltagerne og deres forhold til fysisk aktivitet hjemme, kom ulike meninger og tanker fram. En jente uttrykte tydelig at hun ble mer motivert til å komme i gang med fysisk aktivitet hjemme når hun var på Geilomo: *«Det får deg til og like fysisk aktivitet mer, og jeg får lyst til å begynne på noe annet når jeg kommer hjem»*. En annen jente fremhevet også at oppholdet på Geilomo ga henne både mer lyst og motivasjon til å være mer fysisk aktiv hjemme, ikke minst fikk hun tips til aktiviteter. Andre av deltagerne ble imidlertid ikke påvirket av oppholdet på Geilomo til å endre på situasjonen hjemme, slik de så dette.

Alle barna/ungdommene hadde vært på Geilomo før, og noen av dem mente at det også etter denne gangen ikke ville være noen endring i fysisk aktivitet i hverdagen deres etter dette oppholdet på Geilomo. En gutt sa at det ikke ville endre noe på situasjonen hans hjemme, og han fremstod heller ikke med interesse til å gjøre noe med det: *«Jeg vil som tidligere ikke ha noen bestemte aktiviteter å gå på. Jeg liker det best slik»*. Det vitnet om at

tidligere opphold ikke hadde ført til endringer i aktivitetssituasjonen hjemme for hans eller noen av de andre deltagernes del. En annen gutt derimot, fortalte at tidligere opphold hadde ført til at han ble mer fysisk aktiv hjemme fordi det ikke var like moro lenger å sitte inne og spille pc-spill. Dette er et eksempel på at tidligere opphold kan ha bidratt til endring hjemme for hans del. En annen gutt antydte at han fortsatt ville lete etter en egnet klatrevegg, etter inspirasjon fra opphold på Geilomo for et år siden. Nok en gutt ga uttrykk for positive endringstanker: *«Jeg tror det var utrolig bra at jeg kom opp hit egentlig, for det forandrer tankene litt»*. Vi vet imidlertid ikke hvordan det vil bli etter det oppholdet det her dreide seg om med tanke på om det ble endring i situasjonen hjemme, enten for han eller de andre barna/ungdommene. Det kan uansett være utfordrende å komme hjem etter et slikt opphold, og overgangen kan for noen være stor. En gutt sa at det ikke var så lett: *«Ja, men det er ikke alltid jeg finner noe som jeg kan fortsette med»*. En del av barna/ungdommene fortalte likevel at Geilomo gav dem ny giv og nye impulser som kan komme godt med når de vendte tilbake til hjemstedet sitt.

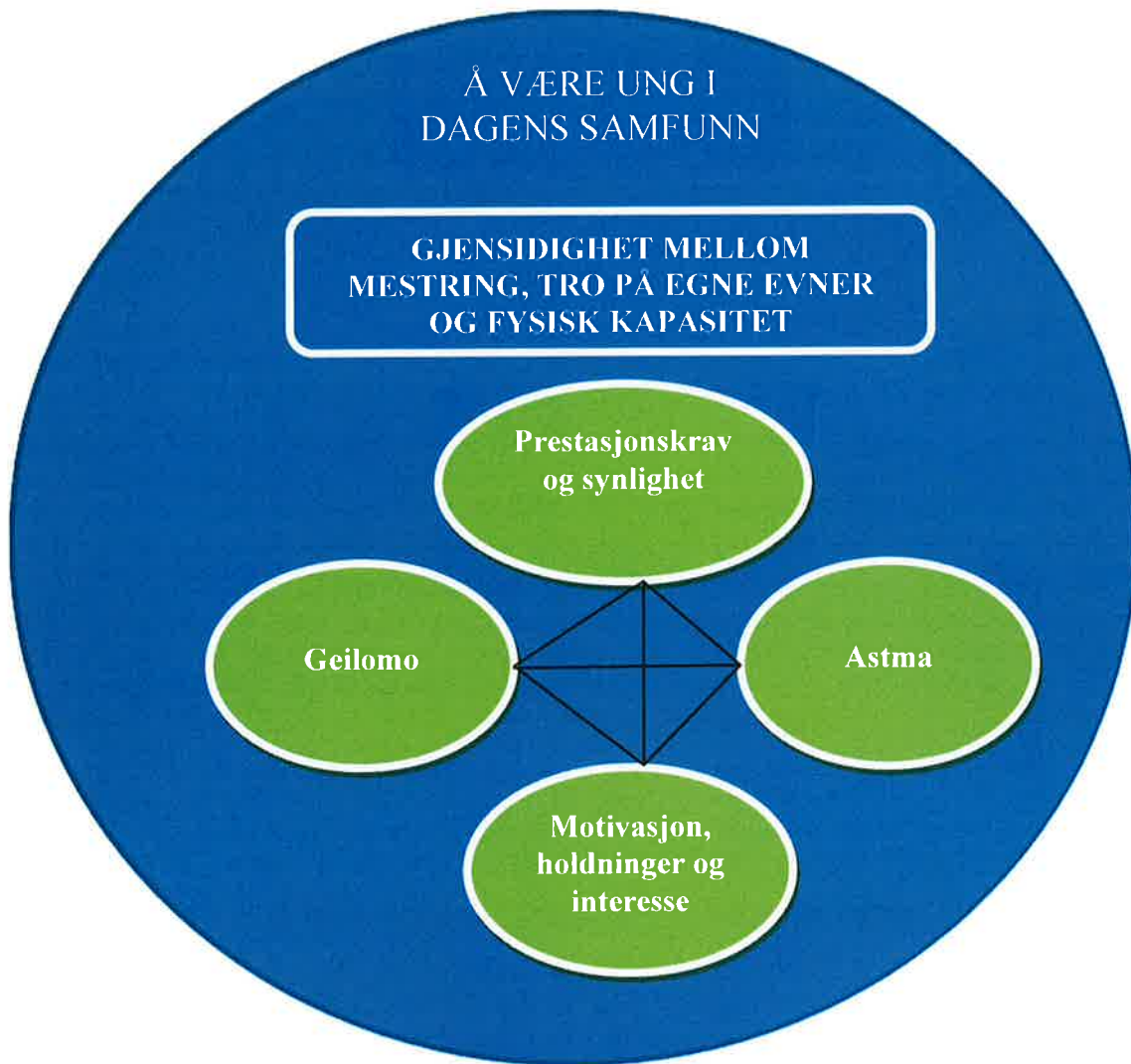
#### Oppsummering:

Tanker om fremtiden handlet for noen av disse barna/ungdommene om et ønske om å øke aktivitetsnivået sitt, mens andre var tilfredse med dagens aktivitetsnivå. En del uttrykte sterk motivasjon til å starte med mer fysisk aktivitet, men faktorer som tid, avstand, avhengighet av foreldre og venner kunne begrense deltagelsen. Mangel på motivasjon hos deltagerne kom også opp som en begrensning til å øke aktivitetsnivået. Motivasjon, innstilling og prioritering er sentrale elementer for både å opprettholde og øke aktivitetsnivået hjemme, og er knyttet til både ytre forhold og om det å være fysisk aktiv gav tilstrekkelig «belønning» for den enkelte. Oppholdet på Geilomo så ut til å kunne gi ny inspirasjon til å være mer fysisk aktiv hjemme, men ikke nødvendigvis.

## **5. DISKUSJON**

I dette kapittelet vil jeg drøfte de viktigste funnene fra resultatpresentasjonen opp mot tidligere forskning og teori. Banduras sosialkognitive mestringsteori vil være svært sentral i diskusjonen, og betydninger av viktige funn fra forrige kapittel vil bli utdypet ved å sette dem i spill med denne teorien. Mestring og tro på egne evner er det overordnede

elementet, skissert under i figur 1 i en stor sirkel som favner de andre elementene, skissert i fire mindre sirkler. Jeg har valgt å synliggjøre gjensidigheten mellom mestring og tro på egne evner og fysisk eller kroppslig kapasitet (kroppslig ferdighetsnivå, kondisjon med videre). Det er vesentlig for å få fram noe helt sentralt i møtet mellom mine funn og den valgte teorien. De fire mindre sirklene viser de fire temaene: prestasjonskrav og synlighet, astma, motivasjon, holdning og interesse, samt Geilomo. De er alle likestilte delementer, og de påvirker hverandre gjensidig. Overskriftene i diskusjonskapittelet gjenspeiler dette møtet mellom studiens empiri og den sosialkognitive teorien, dog vil begreper fra teorien løftes mest fram under punkt 5.2. og 5.3. Bakteppet for det hele er antydning ved å felle inn i sirkelens bakgrunn det å være tenåring i dagens Norge. For hvert av de fire temaene vil jeg nevne kort de mest sentrale funn som jeg ønsker å belyse og drøfte videre. Dette står innledningsvis under hvert av punktene. Helt til slutt i dette kapittelet følger en metodediskusjon.



Figur 1.

Et bakteppe å ha med for å forstå barnas/ungdommenes erfaringer med fysisk aktivitet er imidlertid at ungdomsskoletiden er en sårbar alder hva gjelder selvtillit og forhold til andre personer, og at ungdom gjerne er svært opptatt av hva andre mener og tror om seg. Kropp og identitet, kropp og prestasjoner, kropp og utseende er sterkt i søkelyset. I samfunnet generelt er det i dag økt fokus på kropp og utseende (Duesund, 1998). I følge Engelsrud (2006, s. 10) er kroppen et symbol på vellykkethet der «kroppens utseende og form blir en sosial markør for lykke, status og makt». Kroppsidealet i den vestlige verden i dag er at kvinner skal være høye og tynne, med smal midje og store bryster. Idealet for mannen er å være høy og atletisk, med store fyldige muskler (Kvalem, 2007). Media er en viktig bidragsyter i formidlingen av dette kroppsidealet. I pubertetsalderen vil barn/ungdommer

bli mer opptatt av utseende og egen kropp på grunn av de fysiologiske endringene som skjer i denne tiden (Evenshaug og Halen, 2001). Dette kan gjøre de mer følsomme for eget utseende og for egne fysiske ferdigheter. Det kan igjen ha innvirkning på lyst og vilje til å være fysisk aktiv, på troen på egne evner og muligheter knyttet til det. Å være i god fysisk form og være fysisk aktiv, forbindes ofte med det å ha høy status i dag. Det ser man blant annet ved at høyere inntekt og utdanningsnivå korrelerer med høyere aktivitetsnivå på fritiden (Helsedirektoratet, 2012). Det er også i stor grad regnet for å være opp til en selv å forme sin kropp og forme sin helse, for som Duesund (1998, s.25) skriver så «finnes det ikke lenger ytre barrierer, bare indre, og den indre barrieren er ens egen vilje». Dette er et syn som flytter blikket fra sosial ulikhet og samfunnsmessige vilkår, til det å holde orden på kroppen som den enkeltes moralske ansvar.

Et annet forhold er dagens trender der vi overøses av sunne og velmenende råd om helse generelt og hvordan vi bør og skal trene spesielt. Både myndigheter, hjemmet, skole, arbeid, venner og bekjente kan bidra med slike helseopplysninger. Dessuten er særlig media en flittig aktør til å spre budskap om hva som fremmer og hva som svekker helse (Pettersen, 2009). Internett har blitt en stor kilde til helseinformasjon (Strasburger, Jordan og Donnerstein, 2010). Internett gir tilgang til informasjon som er laget av seriøse eller mindre seriøse aktører. Hva som er seriøs og dokumentert informasjon og hva som ikke er det, er ikke alltid lett å forholde seg til. Kunnskapsmangel på dette feltet kan ha innvirkning på hvordan man forholder seg til slik informasjon. Påvirkningen er stor, og underbevisstheten kan fange opp informasjon og bearbeide denne som «sann» (Strasburger et al., 2010). Selv om useriøs helseinformasjon fra media kan ha uheldig innvirkning på noen, er det også hevdet at den kan være til nytte for mange når det informeres om helsebringende vaner generelt og vitenskapelig basert kunnskap om helsevaner (Strasburger et al., 2010). Barn/ungdommer kan være en sårbar gruppe i så henseende. En side av saken er den overfloden av helse- og treningsinformasjon som de utsettes for. En annen side er altså å kunne vite hva som er helseinformasjon basert på vitenskapelig dokumentasjon. Sammen med dagens dyrking av kropp og helse som sosiale markører for vellykkethet, kan det bidra til å skape usikkerhet hos denne gruppen, også i forhold til fysisk aktivitet. I ungdomsskolealder stilles det dessuten høyere krav til prestasjoner i forhold til karakterer i kroppsøvningsfaget, organiserte aktiviteter i for eksempel idrettslag er mer konkurransebetonte; lag toppes, stoppeklokkene tikker, og det måles prestasjoner på

mange måter i mange ulike aktiviteter. Alt dette er ikke bare positivt, særlig om man i utgangspunktet ikke hevder seg så godt i kroppsøving og i fysiske aktiviteter generelt. Derfor er det rimelig å tro at forhold knyttet til kropp og selvtillit, prestasjoner og krav til prestasjoner hadde noe å si for om deltagerne i studien min valgte å være fysisk aktive. Det ligger store utfordringer i å oppfordre til å øke innsatsen når det gjelder fysisk aktivitet i en balanse mellom muligheter for å skape (mer) dårlig samvittighet og det å bidra til bedret helse og opplevelsen av økte muligheter og bedret livskvalitet hos barna/ungdommene det her gjelder. Særskilte programmer knyttet til fysisk trening utviklet for barn/ungdommer med astma er også innfelt i en større historie om ungdom, kropp og trening i dagens samfunn.

### **5.1 Astma i lys av tro på egne evner til å håndtere sykdommen og være fysisk aktiv i hverdagen**

I dette hovedavsnittet vil jeg diskutere videre hvordan deltakerne i studien min håndterte og forholdt seg til astmasykdommen. Jeg vil særlig ta opp spennet i erfaringer knyttet til at sykdommen ikke var enkel å akseptere, at det var strevsomt for mange å leve med den og tydelige ønsker om å slippe unna hele sykdommen. Likevel mente de fleste at de hadde god kontroll på sykdommen og fortalte at de ikke fryktet astmasymptomene under fysisk aktivitet. I dette bildet hørte dette med medisiner også hjemme, og hvordan de forholdt seg til det. Jeg vil også trekke med at det å ha astma ble brukt som unnskyldning for å komme unna aktiviteter og situasjoner som opplevdes ubehagelige, samt opplevelsen av astma som en reell begrensning eller slett ingen begrensning under fysisk aktivitet.

For barn og unge med astma, vil sykdommen påvirke dem og deres hverdag i ulik grad. Hvordan de håndterer og forholder seg til sykdommen, vil ha innvirkning på livskvaliteten deres. Dette viste også fortellingene om astma og fysisk aktivitet fra deltakerne i min studie. I en studie av Roberts (2005) ble det for eksempel vist at fysisk aktive barn med astma hadde færre sykehusinnleggelseser og redusert medikamentbruk i forhold til inaktive barn med astma. Medikamentbruk er et ømtålig tema for barn og unge med astma. Deltagerne i studien min merket godt dersom de hadde slurvet med medisinen, astmasymptomene ble da tydeligere under fysisk aktivitet. Noen glemte å ta medisin fordi de ikke kjente forskjell med eller uten medisiner, og en jente med svært liten grad av astma hadde sluttet helt med medisiner. Motivasjonen hos henne med flere for å slutte eller ta

minst mulig medisin syntes å være et håp om å slippe unna hele astmasykdommen og overbevise seg om at de var som «alle andre», det vil si friske jevnaldrende. I Van den Bemt et al. (2010) sin studie av barn med astma, var medisinhengighet en av de viktigste negative faktorene som barna i hans undersøkelse opplevde. Dette samsvarer med oppfatningen hos en del av mine deltagere. Det er imidlertid viktig å kunne gjennomføre en optimal medikamentell behandling for å ha en så god hverdag som mulig. Også med tanke på fysisk aktivitet er dette viktig, siden opp til 80 % av personer med ubehandlet astma har anstrengelsesutløst astma (Lacroix, 1999). De av mine deltagere som hadde behov for medisiner, tok disse, men ikke alltid regelmessig. De var derfor ikke helt uten medikamentell behandling, og derfor var det ikke så sannsynlig at de hadde større risiko for å utvikle anstrengelsesutløst astma.

Et annet interessant poeng i denne sammenhengen er at enkelte studier av barn og unge med astma har vist at barna og ungdommene med lav tiltro til egen mestring var mer motvillige til å ta medisiner i det offentlige rom, for eksempel i klasserommet, mens de av barna og ungdommene som hadde høy tiltro til egen mestring ikke skjulte astmaen eller medisineringen for folk som var rundt dem (Schlösser og Havermans, 1992). Tro på egne evner til å mestre og den selvtillit det gir vil derfor kunne ha betydning for i hvilken utstrekning barn og unge viser åpenhet rundt sykdommen. Slik jeg oppfatter deltagerne i studien min og deres tro på egne evner, så kunne deres åpenhet eller forsøk på å skjule astmaen være i samsvar med det Schlösser og Havermans fant. Det vil si at de deltagerne som syntes å ha høy tiltro til egne mestringsevner lot sykdommen i mindre grad styre hverdagen og hadde et mer «naturlig» forhold til den. De fulgte opp med medisiner og lot seg ikke slå ut om symptomene kom under fysisk anstrengelse og andre så dette. Mens de deltagerne som hadde lavere tro på egne evner til å mestre sykdommen for eksempel under fysisk aktivitet, syntes heller å høre hjemme i den kategorien som helst ville slippe unna sykdommen og forsøkte å skjule den for andre. For å nyansere denne tolkningen vil jeg føye til at det kan være noe sunt i det å ville glemme astmasykdommen og ville fungere som frisk. Det kan bety at en bygger opp en forståelse av at astma ikke nødvendigvis er eller kommer til å være en hindring i livet, noe jeg kommer tilbake til.

Felles for alle deltagerne i studien min var altså at de følte de hadde kontroll på astmaen og dens symptomer, og de visste hvordan de skulle håndtere astmasymptomene. Ingen

uttrykte engstelse for å få astmaanfall. Ingen av dem hadde heller astma av alvorlig grad. Om de i virkeligheten hadde kontroll på sykdommen, kan likevel være vanskelig å vite. Det kan være at de ønsket å ha kontroll på sykdommen eller at de faktisk trodde at de hadde kontroll på sykdommen, men at det ikke nødvendigvis var et riktig bilde av situasjonen. I følge oversiktsstudien til Williams et al. (2008) underestimerte astmatikerne astmasymptomene sine og overestimerte egen sykdomskontroll. Dersom jeg skulle hatt et mer nøyaktig bilde på deltageres sykdomskontroll, burde jeg, i tillegg til og utforske erfaringene og tankene fra deltagerne selv, hatt oversikt over kliniske tester som spirometri og test for anstrengelsesutløst astma. Til sammen ville dette kunne gi mer nyansert informasjon om alvorlighetsgraden av astma stod i samsvar med de medisinene barnet/ungdommen tok. Likevel er det vanskelig å vite om barnet/ungdommen tok de foreskrevne medisinene. Deltagerne i min studie var i en alder da det forventes at de tok mer ansvar selv for håndteringen av medisiner, på godt og vondt. Unnløstelse av å ta medisiner kan fort bli en negativ konsekvens av denne ansvarliggjøringen. Følgene av å overestimere egen sykdomskontroll og være undermedisinert kan bli dårligere livskvalitet og mindre fysisk aktivitet enn om de hadde fulgt anbefalt behandling, som det ble vist til i studien til Williams et al. (2008).

Selv om astma var noe barna/ungdommene ikke ønsket å ha, så ble sykdommen brukt som unnskyldning for å komme unna ubehagelige aktiviteter i kroppsøvingstimene eller som en forklaring for at de var i dårligere fysisk form enn friske jevnaldrende. En jente brukte for eksempel de mulighetene hun hadde i kroppsøvingstimene til å komme seg unna. Dette til tross for at hun kjente svært lite til astmaen i hverdagen og hadde sluttet med medisiner. Astma fikk altså, av både rettmessige og urettmessige årsaker, skylden for at vedkommende ikke mestret som de andre i kroppsøvingstimene og derfor valgte å trekke seg unna. Det blir viktig å spørre hva som skal til for at hun og andre som har det slik i forhold til det å delta i fysisk aktivitet sammen med andre, kan komme ut av den negative sirkelen. Kanskje må det jobbes med egne holdninger? Kanskje må det letes etter alternative aktiviteter og situasjoner der de kan få prøve seg ut enn hva for eksempel kroppsøvingstimene vanligvis gir rom for? Godt tilrettelagte aktiviteter eller lavintensive aktiviteter er to eksempler på hva som kanskje kan fungere dersom man i utgangspunktet er i dårlig fysisk form. Det er hevdet fra flere hold, for eksempel av Kelsay et al. (2005), at barn med astma burde være i fysisk aktivitet, og særlig på skolen for å bidra til et bedre



psykisk velvære. Dessuten vil også fysisk trening forbedre den fysiske kapasiteten og derigjennom bedre evnen til å mestre sykdommen (van Veldhoven et al., 2010). Man har mye kunnskap om at man ikke kan trene bort astmaen, men man kan gjennom fysisk trening heve terskelen for når anstrengelsesutløst astma utløses (Carroll og Sly, 1999). Når ungdommer, som for eksempel jenta i min studie, kjente seg i dårlig fysisk form og deltok lite i fysisk utfoldelse sammen med andre ungdommer, kunne det henge sammen med generell dårlig fysisk kapasitet og lite utviklede fysiske ferdigheter sammen med lavere tro på egne evner og potensialer på området. Da kan man også forstå at hun unnvek ubehagelige situasjoner som for eksempel harde kroppsøvingstimer. Dårlig fysisk form kan komme av lavt aktivitetsnivå, og det er blitt hevdet at astmatikere har lavere aktivitetsnivå enn jevnaldrende av frykt for tungpusthet (Ram et al., 2000).

Flere av deltagerne i min studie opplevde astma som en begrensning i fysisk aktivitet. Det førte til at de måtte senke tempoet, noe som ikke alltid følte greit. Det var heller ikke alltid greit å benytte seg av de pausene i kroppsøvingstimene som de hadde avtale med kroppsøvingslæreren om at de kunne ta dersom astmaen ble plagsom. Astmaen begrenset dem ikke fullstendig fra å delta, men førte til at aktiviteten ble hardere å gjennomføre. I studien til Fereday et al. (2009), hvor barn og ungdom 4-16 år med kronisk astmasykdom fortalte om sine erfaringer med fysisk aktivitet, kom det fram at astmaen ikke stoppet dem, men førte til at aktiviteten ble tøffere. Dette er i tråd med det noen av deltagerne i studien min også opplevde. Barna i Fereday et al. sin studie (2009) oppfattet ikke sykdommen som et hinder for deltagelse i fysisk aktivitet, og de kunne gjøre like mye som sine friske venner. Dette står i kontrast til noen av deltagerne i min studie, som opplevde at de ikke kunne gjøre like mye som sine friske venner, og at astmaen førte til at de måtte ta pauser eller at de ikke greide like mye som de ønsket. Men, noen av deltagerne mine hadde samme oppfatningen som Fereday et al. (2009) sine informanter, der astmaen ikke stoppet dem eller var noe hinder. Det var altså en stor spredning i hvordan deltagerne i studien min opplevde at astmaen preget fysisk aktivitet og hverdagen sin.

Flere av deltagerne i studien min oppga tungpusthet og at de kjente astmasymptomene komme i fysisk aktivitet og måtte redusere tempoet for at symptomene ikke skulle slå ut i full blomst. Selv om nesten alle sa at de kjente forskjell på vanlig andpustenhet og astmatetthet, kunne det være at de tolket symptomene på tung pust feil. Det kunne hende at

den tunge pusten de kjente i anstrengende aktiviteter var vanlig andpustenhet og ikke symptomer på astmatetthet. Det var uheldig dersom de feiltolket symptomene. Å tolke slike symptomer kan være vanskelig, som Williams et al. (2008) har vist. Tungpusthet relatert til anstrengelsesutløst astma var mer akseptert som forklaring hos både barna og foreldrene som deltok i deres undersøkelse, enn at barnet var i dårlig fysisk form. Det var også uheldig dersom barna/ungdommene i studien min på grunn av at de hadde astma og av frykt for at de skulle få astmasymptomer, begrenset seg selv før de kjente noen symptomer. Da fikk de mindre mulighet til å bedre sin fysiske kapasitet og også aktivitetsnivået forringes. Det var enkelte av deltagerne i studien min som begrenset seg selv og satte på bremsen i fysisk aktivitet. Kanskje skjedde dette før det faktisk var nødvendig?

Noen av deltagerne i studien min ga klart uttrykk for at de ønsket å unnslippe astmasykdommen. Sykdommen gjorde at de følte seg annerledes. For en gutt hadde faren hans ansvar for oppfølgingen av astma, særlig medisineringsen, og gutten viste en tilnærmet likegyldig holdning til sykdommen. Han ville ikke oppta seg med dette. Disse synspunktene og væremåtene kan ha bidratt til at denne gutten og enkelte andre av barna/ungdommene fraskrev seg ansvar og neglisjerte sykdommen. Følgene kunne bli at de ville kunne oppleve mer av astmasymptomene og oppleve at de mestret både sykdom og hverdag dårligere. Denne atferden kunne også, slik nevnt, være et tegn på ønske om å være mest mulig normal og ikke bli identifisert med astma, altså en vilje til å regne seg som frisk. Velsor-Friedrich et al. (2004) fant blant annet i sin studie av 24 ungdommer med astma i alderen 14-18 år at disse tenåringene ikke ønsket å bli identifisert med astma eller bli stigmatisert. Dette er i tråd med noen av mine deltageres holdninger. Men, slett ikke for alle. Noen av dem brydde seg lite om astmaen og følte ikke at den var stigmatiserende for dem. En slik stigmatisering som noen av deltagerne mine opplevde hjemme, er en form for kulturell påvirkning som det er viktig å forsøke å unngå. Dette fordi en slik kulturell påvirkning vil kunne begrense barnas/ungdommenes opplevelse av troen på egen mestring. Om barna/ungdommene i stedet kunne se på seg selv som individ med store utviklingsmuligheter, ville det kunne påvirke deres tro på egen mestring i positiv retning (Hendee og Brown, 1988).

## 5.2 Betydninger av motivasjon, holdninger og interesse for deltakelse i og erfaringer med fysisk aktivitet

Her vil jeg gå inn på de ulike erfaringene deltagerne i studien min hadde med fysisk aktivitet, og vise det store spennet som kom fram både når det gjaldt aktivitetsnivå og hvor aktive de mente at de burde være. Jeg vil også synliggjøre spennvidden i deres holdninger og innstilling til fysisk aktivitet. En fellesnevner var dog at fysisk aktivitet skulle være lystbetont. Jeg vil også diskutere mulige årsaker knyttet til hvorfor flere hadde sluttet med fysiske aktiviteter. Her kommer jeg inn på motivasjon, interesse og innstilling, enten til å være fysisk aktiv eller til å mestre i fysisk aktivitet.

Dagens aktivitetsnivå blant deltagerne i min studie favnet fra å delta i en valgt fysisk aktivitet en gang i uken til opp til seks-syv ganger i uken, fra å gå som transport til og fra, til fast deltakelse i organisert idrett og regelmessig hardtrening. Dette spennet gir et godt bilde på hvor ulike erfaringer med og innstilling til fysisk aktivitet de hadde. Det er vanskelig å si noe om hvordan deres aktivitetsnivå er i forhold til andre barn og unge med astma som ikke er på Geilomo. Min jobberfaring fra Geilomo tilsier at disse funnene er representative for de barna og ungdommene som kommer dit. Flere studier har diskutert om astmatiske barn var like aktive som friske barn. Resultatene pekte i ulike retninger, der barn med astma var like aktive som friske barn (van Gent et al., 2007), mer aktive (Ownby et al., 2007) og mindre aktive enn friske barn (Lang et al., 2004). I Berntsen et al. (2009) sin studie fant forskerne dessuten at barn med astma var like fysisk aktive og i like god fysisk form som friske barn. Generelt sett er det rimelig å anta at deltagerne i min studie både var mindre fysisk aktive og i dårligere fysisk form enn friske jevnaldrende. Her var det likevel noen unntak, der noen av barna/ungdommene ut fra hva de fortalte, var vel så aktive og i like god form som friske jevnaldrende. Denne vurderingen bunnet også i det at de fleste av deltagerne mine ga uttrykk for at de hevdet seg på linje med eller dårligere enn friske jevnaldrende hjemme.

Nesten alle av deltagerne i min studie fortalte at de hadde vært mer fysisk aktive da de var yngre. Dette har oftest en naturlig forklaring der yngre barn er mer i fysisk utfoldelse enn det eldre barn og ungdommer er. Helsedirektoratet og Norges idrettshøyskole kartla aktivitetsnivået blant norske 9- og 15 åringer i 2005-2006, der barnas/ungdommenes fysiske aktivitet ble registrert ved hjelp av akselerometer, samt at det blant annet ble målt

fysisk form ved test av maksimalt oksygenopptak. Der fant man at aktivitetsnivået gikk markant ned fra barn var 9 år til de var 15 år. 75 % av jentene og 91 % av guttene på 9 år oppfylte anbefalingene om minst 1 time fysisk aktivitet daglig, mens kun 50 % av jentene og 54 % av guttene på 15 år oppfylte disse anbefalingene (Andersen, Kolle, Steene-Johansen og Andersen, 2008). Denne trenden er nok mine deltagere en del av. Årsaken til at aktivitetsnivået faller når de unge blir tenåringer er mangfoldige, for eksempel økt jag etter prestasjoner, seriøsitet med hensyn til å måtte ta mer ansvar for seg og sitt, kropp i endring, kropps fiksering, samt andre interesser. Astmatiske barn er nok ikke et unntak i dette. Det kan imidlertid være at noen faktorer er av særlig betydning for barn/unge med astma i denne alderen, som for eksempel lysten til ikke å skille seg ut på grunn av astma.

Årsaker som deltagerne i studien min oppga til at de sluttet med en aktivitet var kjedsomhet, prestasjonskrav og sykdom som følge av astma. Astmaen førte til at noen ble borte fra treninger, og følgene var at det ble tungt å komme i gang igjen. Opplevd pustebesvær i aktivitetene kunne være en grunn til at de ikke kom i gang igjen med fysisk aktivitet og heller valgte en mer inaktiv livsstil. I følge Pianosi og Davis (2004) valgte barn som opplevde pustebesvær i fysisk aktivitet i deres studie heller og være mer inaktive, dette selv om pustebesværet ikke trengte å komme fra astma, men like mye fra dårlig fysisk form. Det er rimelig å anta at erfaringene deltagerne mine hadde fra aktiviteten de hadde sluttet med, har påvirket om de valgte å være fysisk aktive igjen.

Kjedsomhet ble nevnt av flere som årsak til de hadde sluttet med fysisk aktivitet. Kjedsomhet kan omfatte så mangt, i dette begrepet kan også mangel på inspirasjon og mestring ligge. For enkle oppgaver i forhold til egne ferdigheter kan bidra til at barnet/ungdommen ikke får utfordret seg tilstrekkelig og opplever aktiviteten som kjedelig og lite inspirerende. For vanskelige oppgaver i forhold til egne ferdigheter kan føre til at barnet/ungdommen opplever utilstrekkelighet, og at oppgaven og aktiviteten er uoppnåelig. Erfaringer med at fysiske oppgaver blir for krevende kan kanskje også omtales som kjedelig. Barnet/ungdommen kan miste interessen. I dette bildet hører også troen på egne ferdigheter hjemme, som kan være utslagsgivende (Bandura, 2004). Passe vanskelige og utfordrende oppgaver og øvelser vil kunne minimere «kjedsomheten». Med tilrettelegging kan man tenke seg at flest mulig kan oppleve at øvelsene og aktivitetene er spennende og oppnåelige, uten å være for enkle, og det kan bidra til å øke interessen for fysisk aktivitet.

Mestringsforventning er helt sentralt i Banduras teori (2004). Interesse for og innstilling til fysisk aktivitet påvirkes av vår mestringsforventning (Bandura, 2004), og derigjennom påvirkes både ferdighetsnivået over tid, gleden eller mangel på glede ved å være i bevegelse og også aktivitetsnivået.

Flere av deltagerne i min studie hadde sluttet med aktiviteter fordi de opplevde at de ikke mestret like mye som jevnaldrende eller ikke mestret som de hadde gjort tidligere.

Forventninger til og tro på egne evner var for disse svekket og derfor en begrensende faktor. Mestringsforventning påvirker motivasjon, atferd og tankemønster og vil derfor være styrende for om barnet/ungdommen velger å være fysisk aktiv eller ikke (Skaalvik og Skaalvik, 1996). Om barnet/ungdommen hadde erfaring med at han eller hun ikke greide som forventet, som for eksempel jenta i mitt materiale som sluttet på håndball fordi de andre ble mye bedre enn henne, kunne det ha negativ innvirkning på motivasjon til å fortsette. Motivasjon påvirkes av erfaringer vi gjør oss, vår selvopfatning og våre forventninger (Skaalvik og Skaalvik, 1996). Mestringsforventning som grunnlag for motivasjon og atferd syntes helt sentralt for om denne jenta, men også for om flere av de andre deltagerne, valgte å være fysisk aktive eller valgte å slutte med aktiviteter.

Mestringsforventning vil jeg komme mer inn på i kapittel 5.3.

Alle deltagerne i studien min hadde bestemte oppfatninger av sine egne ferdigheter i fysiske aktiviteter, og av hvordan de mestret i ulike situasjoner. Dette fikk både positive og negative konsekvenser. Positive fordi de visste hva de behersket og hva de burde trene mer på. Negative fordi områder de var sårbare på kunne bli mer tydelige, og følelsen av å være underlegen kunne framtre dersom de ikke behersket som andre. Tidligere undersøkelser har vist at barnas oppfatning av egne fysiske evner påvirket innstillingen og holdningen deres til å være fysisk aktive (Nicholls, 1984, Roberts, 1984). Det betyr at hvordan deltagerne mine oppfattet egne evner hadde mye å si for om de valgte å være like fysisk aktive som nå eller bli mer fysisk aktive i fremtiden. De av deltagerne mine som fortalte at de var fysisk aktive omtrent daglig var også de som snakket om at de mestret godt og gjerne hevdet seg. Mens deltagerne som fortalte at de var lite fysisk aktive, var mer negativt innstilte til fysisk aktivitet, fremstod både i dårligere fysisk form enn de andre og med lavere tiltro til egne fysiske ferdigheter i fysisk aktivitet. Dette kunne ha flere årsaker, men som Milgrom og Taussig (1999) påpekte i sin studie, så kunne dårlige erfaringer over

tid føre til en fysisk inaktiv hverdag og gi barna/ungdommene det gjaldt negative holdninger til fysisk aktivitet og dermed lavere tiltro til egne ferdigheter.

Holdningen deltagerne i studien min hadde til fysisk aktivitet var vesentlig for hvordan de oppfattet fysisk aktivitet og aktivitetsnivået sitt. Holdning er påvirket av mestringsforventning (Skaalvik og Skaalvik, 1996). Holdning som ble uttrykt og motivasjon hos deltagerne som knapt var fysisk aktive i løpet av en uke kunne derfor sies å være annerledes enn holdningen hos de av deltagerne som var fysisk aktive omtrent daglig. Moe og Moser (2005) påpekte at motivasjon og holdning kan bidra til vilje og energi til å handle, basert på tidligere erfaringer og opplevelser. De av deltagerne i min studie som var aktive nesten daglig fortalte om større glede og at det var moro å slite litt i fysisk aktivitet. Man kan hevde at de som var mest fysisk aktive hadde etablert det å være fysisk aktive som vane, og dermed som noe meningsfylt og givende for dem i hverdagen som de gjorde uten å måtte bevisst overbevise seg om at de burde gjøre dette. De mindre fysisk aktive deltagerne i studien min var ikke ubetinget glade i fysisk aktivitet, og noen hadde et ambivalent forhold til slik aktivitet. Tidligere erfaringer hos de minst fysisk aktive kunne derfor føre til det motsatte, at de unnlot å være fysisk aktive fordi de ikke var motiverte for det, og fordi det ikke var etablert som en vane.

Motivasjon og det at aktiviteter er meningsfylte for oss er i høyeste grad med på å styre våre valg, slik Skaalvik og Skaalvik (1996) påpekte, og er en grunnpilar for at barna/ungdommene i studien min skal være fysisk aktive. Motivasjon henger blant annet sammen med behovstilfredstillelse og ønske om å oppnå et bestemt mål (Moe og Moser, 2005). Målet for flere av deltagerne i studien min var at fysisk aktivitet skulle være moro, som viser til opplevelse av bevegelsesaktiviteter som kan bli selvdrivende. Ingen sa at de var fysisk aktive av plikt, utenom kroppøvingstimene som i større grad må sies å være plikt fordi de er obligatoriske, eller fordi fysisk aktivitet var en del av behandlingsregimet ved astmaen deres. Fysisk aktivitet av plikt kunne altså ha et visst omfang. Deltagerne i studien min var i større eller mindre grad styrt av et indre driv og en indre motivasjon. Noen ga tydelig uttrykk for en indre motivasjon for handling, det vil si de var engasjerte i den eller de fysiske aktivitetene de deltok i, basert på egne positive opplevelser, erfaringer og forventninger, slik også beskrevet av Moe og Moser (2005). Ingen behøvde å overbevise dem om gledene og helsegevinstene ved å drive med fotball, håndball eller

lignende. De gjorde det av seg selv. Noen av deltagerne i studien min hadde derimot lite av den indre motivasjonen, men heller ikke mye av den ytre motivasjonen, som altså i størst grad styres av forhold utenfor personen selv, som for eksempel ytre belønning og straff (Moe og Moser, 2005). Det synes derfor vesentlig å ta høyde for å øke den indre motivasjonen og gjøre aktivitetene lystbetonte dersom flere av deltagerne i studien min skulle bli mer fysisk aktive.

Å gjøre aktiviteten mer lystbetont kan for eksempel være at deltageren opplever at han eller hun mestrer mer. De fleste av deltagerne mine mente at aktiviteten var morsommere dersom de mestret den. I denne sammenhengen er det viktig at faktorer som mellommenneskelige og sosiale forhold, tilhørighet og trygghet, egenskaper hos deltageren og hans eller hennes handlingsmål, samt behov for å utnytte sine evner og muligheter innenfor meningsfulle rammer ivaretas (Moe og Moser, 2005). I tråd med det blir det også viktig å spørre seg om hva som skal til for at et barn eller en ungdom, som har gjennomgående negative erfaringer med fysisk aktivitet og i utgangspunktet lave forventninger til mestring, skal oppleve det å bevege seg og ta seg ut kroppslig som lystbetont? Hvor skal en begynne? Å jobbe med holdning og motivasjon kan være en innfallsvinkel.

Viktig å huske på i den sammenheng er at holdning og interesse for fysisk aktivitet ikke oppstår løsrevet, men hører med i totalbildet det er å komme i pubertetsalderen for disse barna/ungdommene. Moe og Moser (2005) poengterte at motiv for barn og unge for å være fysisk aktive var at utseende er viktig, at aktiviteten skal være kul og morsom, at det betyr mye å være flink, og at motivet påvirkes av venner. Det betyr at man bør ta høyde for disse faktorene for å kunne skape mer lyst til å bevege seg for de av barna/ungdommene med negative erfaringer fra fysisk aktivitet. Mer fokus på lavterskelaktiviteter eller lavintensivaktiviteter kan være en vei å gå for kanskje å bidra til å tenne gnisten til å bevege seg mer. For eksempel kan roligere aktiviteter som pilates, yoga eller mensendiecktrening være noen alternativ. Eller ulike turgrupper for barn/ungdom og friluftaktiviteter. Der er det for eksempel mindre krav og jag etter prestasjoner enn i mange andre fysiske aktiviteter, og mindre behov for bestemt kompetanse, erfaringer eller en bestemt fysisk form i forkant. I løpet av skoletiden kan midttidaktivitet som flere skoler har innført, være et egnet sted å starte for å bevege seg litt mer. Der legges det opp

til en lavterskelaktivitet i løpet av skoledagen, gjerne som en forlengelse av matfriminuttet. Da er det varierte fysiske aktiviteter, og elevene kan velge mellom flere alternativ. Middtimeaktivitetene har ofte obligatorisk deltagelse. En suksessfaktor er at det skal være lettvinnt, elevene skifter ikke til treningstøy, og den enkelte elev styrer innsatsen sin. Alt dette uten å bli vurdert av en pedagog eller av andre. Det kan også være at en eller annen form for ytre motivasjon er nødvendig for å komme i gang med mer fysisk aktivitet. Viktig synes det uansett at barnet/ungdommen bør ha initiativet og kontrollen selv. I den sammenheng er det imidlertid viktig å ha i mente at det er mer krevende enn som så å endre vaner, også helserelaterte vaner. Trykk utenfra er som regel ikke nok. Mening knyttet til det vanemessige er viktig å vite noe om. Mer om endring av vaner vil jeg komme til i kapittel 5.4.

Hvilke aktiviteter som var lystbetonte for deltagerne i studien min varierte i stor grad, fra klatring, ballspill og dans til løping, gå rolig og svømming. Lagspill var positivt for flere, særlig de som mente de mestret på nivå med de andre på laget. Tro på egne evner henger også sammen med anerkjennelse fra andre, som er viktig for å velge å være fysisk aktiv (Bandura, 2004). Det var en tydeligere fellesnevner blant aktivitetene som ikke var like lystbetonte. Særlig slitsomme og harde aktiviteter ble da trukket fram. Det kan ha sammenheng med astmasykdommen, både direkte relatert til ventilatoriske begrensninger eller indirekte i form av lavere aktivitetsnivå og dårligere fysisk kapasitet (Pianosi og Davis, 2004). Løping og skigåing ble av Emtner og Carlsen (2008) trukket fram som særlig krevende aktiviteter for astmatikere på grunn av de store kravene til respirasjon- og sirkulasjonssystemene. Jogging, sykling og gange er mindre belastende for ventilasjonen, og dermed aktiviteter som astmatikere lettere kan ty til for å oppleve mindre ubehag i fysisk aktivitet. Dette er i tråd med erfaringene flere av deltagerne i studien min fortalte om at de ikke likte harde aktiviteter. Det er naturlig å forstå at rolige aktiviteter er mer lystbetonte enn slitsomme aktiviteter dersom man lett får pusteproblemer, er i dårlig fysisk form eller generelt har et lavt aktivitetsnivå. En jente i studien min var for eksempel tilbøyelig til å skulke hard aktivitet, og flere andre av mine deltagere hadde ikke noe til overs for hardtrening. I følge Ram et al. (2000) kunne dette forklares gjennom flere studier som har vist at astmatikere hadde lavere kardiorespiratorisk kapasitet enn jevnaldrende. Det kunne skyldes at astmatikerne hadde et lavere aktivitetsnivå.



Utbytte deltagerne i studien min fikk av fysisk aktivitet påvirket også holdning og interesse. For noen var det ønske om å få bedre fysiske ferdigheter som var den indre motivasjonen til å være fysisk aktive. Men, felles for alle deltagerne var at det skulle være lystbetont, det var det viktigste utbytte. For at det skal være lystbetont, vil det i de fleste sammenhenger være viktig å oppleve mestring. Bedre selvtillit kan derfor være en viktig gevinst av å være fysisk aktiv, og fysisk aktivitet kan bidra til økt selvfølelse og bedre kroppsbilde (Martinsen, 2005). I tillegg til bedre fysisk form og bedre selvtillit var det å være en del av et sosialt miljø en annen gevinst av fysisk aktivitet som ble fremhevet blant deltagerne. Astma kan påvirke livet til astmatiske barn både fysisk, emosjonelt og sosialt. I studien til Van den Bernt et al. (2010) kom det for eksempel fram at astma hadde en negativ innflytelse på forholdet til venner, det sosiale miljøet og på aktivitetsnivået. Det synes viktig at arenaer for fysisk aktivitet også kan være arenaer der barn og unge med astma kan bygge opp gode sosiale relasjoner i trygge omgivelser. Slik er det ikke nødvendigvis overalt i dagens samfunn, med blant annet krav til å prestere og stigmatisering knyttet til å være annerledes enn flertallet. Flere av deltagerne i studien min opplevde begrensninger i fysisk aktivitet, og når fysisk aktivitet er et område hvor mye av de sosiale relasjonene i barne- og ungdomsårene foregår, er det naturlig å tro at astmaen kan ha negativ innvirkning på flere av mine deltagers sosiale relasjoner, uten at det var et tema som direkte ble tatt opp i intervjuene.

### **5.3 Mer om opplevelse av mestring, prestasjonskrav og synlighet**

Mestring og tro på egne evner har altså stått sentralt i diskusjonen så langt, knyttet til barna/ungdommens varierte erfaringer med og tanker om fysisk aktivitet. I Banduras sosialkognitive mestringsteori er altså kjerneelementene mestring og mestringsforventning (Bandura, 1997, 2004). Teorien har så langt bidratt til å gi økt forståelse av forhold som bidrar til at barn og unge med astma velger å være fysisk aktive eller heller velger en inaktiv livsstil. Forventningene barna og ungdommene har til egne evner vil påvirke aktivitetsnivået deres. Mestringsforventning kan altså defineres som ”en persons vurdering av de evner han/hun har til å organisere og utføre de handlinger som kreves for å gjennomføre spesielle typer oppgaver” (Hanssen og Natvig, 2007, s.52). Når jeg nå spinner videre på kjerneelementene i den sosialkognitive teorien, vil det være i forhold til å utdype erfaringer barna/ungdommene hadde med krav til å prestere, betydninger

barna/ungdommene la i det å hevde seg i forhold til jevnaldrende og erfaringene de hadde med kroppsøvingstimene.

Flere av deltagerne i studien min opplevde at det ble større krav til dem i fysisk aktivitet når de ble eldre. De følte det ble forventet at de greide mer. Organisert fysisk aktivitet ble mer seriøs og konkurransepreget. I tillegg kom kroppsøving med karaktersetning i ungdomsskolen. De av deltagerne i studien min som fortalte at de ikke presterte så godt som jevnaldrende, var mest negative til større krav og følte forventningspress. Dersom barna/ungdommene manglet troen på at de kunne greie å gjennomføre og oppnå det ønskede målet, for eksempel løpe like raskt på kondisjonstesten som jevnaldrende, syntes det lite sannsynlig at denne handlingen ble gjennomført. I følge Bandura (2004) er altså mestringsforventning grunnlaget for motivasjon og handling. Dersom disse barna/ungdommene ikke hadde tro på at de kunne greie å løpe like fort som dem de sammenlignet seg med, vil de lett kunne unnlate å løpe. Eller at de faktisk løp, men så lenge de ikke hadde troen på at de skulle løpe så fort, var det kanskje også stor mulighet for at de ikke tok ut sitt maksimale potensiale og løp så raskt som de kunne. Dette til tross for at de potensielt kunne ha de fysiske ferdighetene til å mestre dette. Det kan også være at de opplevde at det var liten mulighet for å prestere på «topp». En «alt eller intet holdning» kan muligens ha bidratt til at de ikke syntes det var verdt strevet. Ifølge Bandura (1997) er troen på egne evner en sterkere indikator på om man greier å gjennomføre bestemte oppgaver enn de faktiske ferdighetene man har. Dog kan en føye til at det å være like god som de beste jevnaldrende i en prestasjon der og da også krever en basis kroppslig. En jente i min studie som likte fysisk aktivitet generelt og som var mye i aktivitet, likte godt å konkurrere. Hun hadde stor tro på egne evner. Med basis i jevnlig fysisk utfoldelse er det rimelig å anta at hun også hadde velutviklede kroppslige ferdigheter. Mange positive erfaringer hadde bidratt til at hun hadde fått styrket troen på sine kroppslige ferdigheter, og gode prestasjoner i konkurransene hadde bidratt til å forsterke tiltroen til ferdighetene sine. Hun hadde fått realisert seg selv. Hun opplevde det ikke som negativt med krav til prestasjoner. Hun fremstilte seg som trygg i sin idrett. Trygghet oppstår når man har god tiltro til egne evner på et felt (Bandura, 2004).

Utrygghet derimot vil ha negativ innflytelse på aktivitetsnivået. En del av deltagerne i studien min fortalte om prestasjonsangst. De relaterte det til fysiske aktiviteter de ikke

mestret. Dersom forventningene de følte til seg var høyere enn tiltroen de hadde til egne evner og ferdigheter med tanke på at de ville greie en bestemt oppgave, kunne dette føre til frykt og dermed redusere muligheten for handling. Liten tro på egne evner til mestring og kontroll medfører at man nærmer seg situasjonen med liten tillit og angst for å mislykkes. Gapet mellom opplevde forventninger, enten fra andre eller fra seg selv og til troen til seg selv kan bli et hinder for deltagelse (Bandura, 2004). Enten ved at man unngår å delta eller ved at man bare delvis er med. Dette stemte med hva enkelte av deltagerne i studien min fortalte om, nemlig at de trakk seg unna aktiviteten helt eller delvis. Et annet hinder for handling var andres tilstedeværelse. Noen av deltagerne i studien min opplevde prestasjonsangst dersom andre var til stede. Dette kunne bunne i erfaringer med å skille seg negativt ut sammen med manglende anerkjennelse fra andre, noe som kan føre til lavere anerkjennelse av seg selv og et negativt selvbilde (Bandura, 2004). Dette til tross for at aktiviteten kunne være godt kjent for barnet/ungdommen, det vil si at han eller hun hadde de fysiske ferdigheter som skulle til for å delta. Det var eksempler i min studie på at tilstedeværelsen av andre hadde en så sterk betydning at det var et større hinder for handling enn troen på egne evner. En jente i min studie fortalte at tilstedeværelsen av andre ungdommer gjorde at hun gruet seg til for eksempel kroppsøvingstimene, til tross for at aktivitetene kunne være kjente, og hun visste at hun mestret dem. En annen jente fortalte at hun forsøkte litt, men så trakk hun seg unna. Disse holdningene og handlingene sier noe om hvor viktig andres tilstedeværelse var for opplevelsen av anerkjennelse, mestring og trivsel i situasjonene der disse aktivitetene foregikk. Med Banduras tenkning i ryggen kan det hevdes at å oppleve trygghet, få anerkjennelse og bekreftelse fra andre på at man presterer helt greit, får til noe og kan utrette noe og mestrer situasjonen som sådan, vil kunne være viktig for å håndtere bedre presset disse barna/ungdommene følte ved andres tilstedeværelse (Bandura, 2004).

Det generelle inntrykket fra deltagerne i studien min var at de hevde seg enten på linje med eller dårligere enn friske jevnaldrende hjemme. Flere av deltagerne i studien min opplevde utilstrekkelighet i fysisk aktivitet hjemme der de stadig ble påminnet om at de andre mestret bedre, noe som vil forringe troen på egne ferdigheter og kunne føre til lavere aktivitetsnivå (Bandura, 2004). Om det var liten tiltro til egne evner på grunn av tidligere negative erfaringer eller om det var astmaen som satte en stopper i aktivitetssituasjonene eller en kombinasjon av dette, kan være verdt å undersøke nærmere. Pianosi og Davis

(2004) sin studie som undersøkte forholdet mellom graden av astma, fysisk aktivitet, fysisk kapasitet og kroppsvekt hos barn med astma, fant at lav aerob kapasitet hos astmatiske barn hang mer sammen med hvordan barna oppfattet sine fysiske ferdigheter enn graden av astma. Hverken alvorlig astma eller fysisk aktivitetsnivå hadde en signifikant korrelasjon til aerob kapasitet, det var det bare barnas oppfatning av egne ferdigheter som hadde.

Noen av deltagerne i studien min fortalte at de hevde seg like godt som friske jevnaldrende i fysisk aktivitet hjemme, og de mente at de også var like fysiske aktive som dem. Disse deltagerne hadde ingen følelse av å være annerledes i fysisk aktivitet. De hadde solid tro på egne evner i fysisk aktivitet og uttrykte at de kunne mestre og prestere på linje med friske jevnaldrende. Dette er også noe Bandura (2004) påpekte. Det vil si at dersom barnet/ungdommen har høy mestringstro, våger det å sette seg høye mål også. Høye målsettinger kan inngi en sterkere indre forpliktelse med tanke på å handle og dermed øke muligheten for både mer deltagelse og bedre innsats i fysisk aktivitet. De barna/ungdommene i studien min som var mye fysisk aktive ville derfor kunne ha god utholdenhet og anstrengelse i oppgavene de skulle utføre, og det er sannsynlig at de ville prøve igjen og igjen, og dermed øke sjansen for å forbedre ferdighetene sine. Ut fra det de fortalte, var forventningene om å lykkes høy.

Alle barna/ungdommene i studien min deltok i kroppsøvingstimene hjemme. For flere av dem var dette morsomme timer der de fikk utfolde seg gjennom mange ulike øvelser. Noen mente det var favorittfaget. Dette var deltagerne som hadde gode ferdigheter i fysisk aktivitet og høy tiltro til egne evner. Andre var mer skeptiske til kroppsøvingstimene, der noen av dem opplevde sårende blikk, og det var bare om å gjøre å gjennomføre. Følelsen av å skille seg negativt ut var sterk hos noen, og særlig hos jentene. Det var hovedsakelig deltagere med lavt aktivitetsnivå på fritiden og med mindre tro på egne evner som vegret seg for kroppsøvingstimene. Disse funnene samstemmer godt med funn fra Pedersens studie (Pedersen, 2011). Hun undersøkte, ved bruk av en skriftlig skoleoppgave med åpne spørsmål, ungdomsskoleelevers erfaringer med og tanker om kroppsøving og fysisk aktivitet og syn på egen kropp. Der kom det fram at elevene som trivdes best med kroppsøvingstimene var de som opplevde seg som flinke i det de holdt på med, som ble glade når de fikk bruke kroppen, at de fikk mestringsopplevelser og bedre selvtilit i disse timene, samt at det var de som også hadde en fysisk aktiv fritid. Disse funnene har altså

klare paralleller til ungdommene med astma i min studie. Misnøye, ubehag og sårbarhet i kroppsøvingstimene kom tydelig fram blant ungdomsskoleelevene i både Pedersens og min undersøkelse. I følge Pedersen (2011) ble misnøye uttrykt om innholdet i timene var for ensidig, kjedelig, alvorlig eller slitsomt. En del av deltagerne i min studie opplevde også at kroppsøvingstimene var kjedelige eller slitsomme, og at de følte utilstrekkelighet. Mindre tro på egne evner kom også fram blant elevene i Pedersens studie, og negativitet ble blant annet uttrykt i forhold til hvordan de tenkte at andre medelever så på dem. Disse fellestrekkene mellom funnene i Pedersens studie og i min studie er med å dokumentere hvordan kroppsøvingstimene opplevdes for elever i ungdomsskolen. Det er sannsynlig at en større andel av barn og unge med astma sliter med kroppsøving og fysisk aktivitet enn det barn og unge generelt gjør. Dette sier imidlertid hverken min eller Pedersens studie noe om.

Ungdomsskoletiden er en sårbar alder hva gjelder selvtillit og forhold til andre personer.

Ungdom er ofte opptatt av hva andre mener og tror om seg. Dette kan ha innvirkning på lyst og vilje til å være fysisk aktiv. Utilstrekkelighet i forhold til krav i kroppsøvingstimene og i forhold til medelever gjorde at noen av deltagerne i studien min unnlot å yte full innsats, trakk seg litt unna eller prøvde å komme seg vekk fra timen. Det var flaut å vise seg fram, noe som kan knyttes til det Kelsay et al. (2005) framhevet, at barn og unge med astma hadde lavere tilfredshet med egen kropp, og det kunne være assosiert til at de hadde astma. Det var kun jenter i min undersøkelse som hadde denne holdningen. Også blant elevene i Pedersens studie (2011), var det jenter som prøvde å skulke unna kroppsøvingstimene fordi de ønsket å unnsnippe stadig påminnelse om lavere mestring enn jevnaldrende og dårlig selvtillit knyttet til eget utseende. En slik unnvikelsesstrategi er særlig betegnende for jenter viste en studie av Ridgers, Fazey og Fairclough (2007). Deres studie viste til at frykt for negativ evaluering i kroppsøvingstimene hadde sammenheng med tro på egne evner i fysisk aktivitet og med grad av deltagelse i timene. Jenter som fryktet å bli negativ evaluert på ferdigheter eller på egen kropp (utseende), forsøkte å unngå situasjoner der dette ville skje, og dette førte til unnvikelsesstrategier. Også blant deltagerne i min studie var det eksempler på unnvikelsesstrategier. En jente hadde ved flere anledninger skulket unna kroppsøvingstimer. Hun ønsket ikke å bli konfrontert med at hun var i dårligere fysisk form enn medelevene og dermed få negativ oppmerksomhet. En annen jente i min studie unnlot å yte full innsats i noen av kroppsøvingstimene fordi hun

opplevde kritiske blikk fra de andre angående eget utseende og prestasjoner. For begge kunne det være at liten tiltro til egne ferdigheter sammen med lav selvtillit med tanke på kropp og utseende, kan ha bidratt til unnvikelsesstrategier. Man kan spørre seg hva som skal til for at kroppsøvingstimene blir en arena der flere kan ha positive opplevelser. Det er særlig viktig siden kroppsøvingsfaget er obligatorisk. Kroppsøvingslærere bør ha forståelsen av at barn og unge med astma kan prestere på linje med friske jevnaldrende, men at det også kan være nødvendig med individuelle tilpasninger. Timene kan kanskje i større grad ha mer variert innhold, og flere aktiviteter der man unngår å bli målt. Kanskje timene kan inneholde mindre av typisk profilerte aktiviteter (ballspill med videre) der man i mindre grad favoriserer elever som er glade i og flinke i slike aktiviteter. Kanskje kan timene også inneholde aktiviteter som barna/ungdommene selv foreslår, eventuelt aktiviteter som er i vinden i andre sammenhenger enn kroppsøvingstimene, som for eksempel ulike former for dans, kampsport, yoga og skateøvelser. Et prinsipp som kan utnyttes enda bedre i kroppsøvingstimene er høyere aktivitetsnivå på alle elevene i hele timen, der man unngår kø og venting, og der følelsen av å bli stirret på av medelever kan reduseres.

#### **5.4 Opphold på Geilomo – mer om mulighetens mekka for de fleste, men ikke for alle**

Her vil jeg spesielt forfølge opplevelsen av mestring og det å sprengre grenser med tanke på deltakelse i fysiske aktiviteter på Geilomo, med økt motivasjon som følge. Dernest vil jeg komme tilbake til de få som ikke opplevde det slik, der en skilte seg særlig ut. Videre vil jeg dvele litt mer ved deres tanker om hvordan de ville forholde seg hjemme etterpå, igjen med fokus på fysisk aktivitet.

Geilomo fokuserer på å øke graden av mestring av astmasykdommen hos barn og unge, inkludert fremme fysisk aktivitet som en sentral del av behandlingen. Banduras mestringsteori går blant annet ut på hvordan informere og motivere mennesker til å tilpasse vanene sine slik at det kan fremme helse og redusere vaner som kan svekke helsen (Bandura, 2004). Geilomos tilnæringsmåte der mestring og økt tro på egne evner står sentralt, ligger på mange måter tett opp til Banduras mestringsteori. Geilomo følger også de internasjonale retningslinjene som viser til at fysisk aktivitet er et av hovedmålene for behandling av barn og unge med astma (Gina, 2007).

Flere av deltagerne i studien min mente de hevdet seg like godt blant jevnaldrende på Geilomo, i motsetning til hjemme der de fleste mente de hevdet seg like godt eller dårligere enn jevnaldrende. Å erfare at de mestret på høyde med andre jevnaldrende kunne bidra til å styrke troen på egne evner. Årsakene til at de opplevde å hevde seg bedre blant jevnaldrende på Geilomo enn de gjorde hjemme kunne være flere. Bedre mestringsfølelse på Geilomo kunne være en faktor. Et annet element var at de kunne oppleve mindre grad av stigmatisering enn de gjorde hjemme. Det kunne også være at de opplevde at det ble satt ganske høye, men realistiske krav til dem, og opplevelsen av å strekke seg etter dem og nå dem, kunne gi økt mestringstro. Gjennom årene jeg jobbet på Geilomo, erfarte jeg imidlertid at ferdighetsnivået generelt blant barn og unge med astma som var der var noe lavere enn gjennomsnittet blant friske barn og unge. Jeg erfarte også at flere av barna og ungdommene med astma hadde gode fysiske ferdigheter og sannsynligvis hevdet seg i teten i sin klasse på hjemstedet. Det store og hele inntrykket var likevel at mange av disse barna og ungdommene slet med å holde tritt med friske jevnaldrende hjemme.

Også funn fra Lund (1996) sin undersøkelse viste at barna med astma mestret mer på Geilomo enn de gjorde hjemme. Hun gjennomførte en undersøkelse av barn med astma og mestringsopplevelser i friluftsliv mens de var på habiliteringsopphold på Geilomo. Hun kom inn på at økte mestringsopplevelser på Geilomo kunne henge sammen med et mestringsorientert motivasjonsklima som rådet der. I følge Moe og Moser (2005) kjennetegnes et mestringsorientert motivasjonsklima av forutsigbarhet, økt sosial trygghet, trivsel og humør i fellesskap, samt et mangfoldig, utfordrende og variert tilbud. Innsats og forsøk verdsettes høyere enn resultat og sosial sammenligning. På Geilomo legges det vekt på det enkelte barns/ungdoms utvikling og læring, uten å sammenligne seg med andre. Individuell tilbakemelding, innsats og fokus på muligheter blir prioritert høyt. Dette er betydningsfulle faktorer for å tilrettelegge for økt motivasjon og glede. Dessuten skal alle barna/ungdommene delta på alt på Geilomo, med mindre det er særskilte behov som gjelder. Dette ble imidlertid av enkelte av deltagerne i min studie oppfattet som strengt og uønsket.

For de fleste av deltagerne i studien min var aktivitetsnivået deres høyere på Geilomo enn hjemme. De fleste var tilfreds med det økte nivået. En jente skilte seg derimot tydelig ut. Hun opplevde det ikke positivt med all aktiviteten på Geilomo. Hun hadde i lengre tid hatt

en inaktiv livsstil og var ikke spesielt begeistret for å være fysisk aktiv. At hun kom til Geilomo endret ikke på hennes negative innstilling til fysisk aktivitet. Geilomo tilrettelegger for at alle barn og unge som kommer dit, skal kunne delta på hele aktivitetsprogrammet. Et slikt program som går over flere uker, krever lojalitet av alle barna/ungdommene for at det skal la seg gjennomføre. På den måten vil også et mestringsorientert motivasjonsklima styrkes. Samtidig vil barna/ungdommene kunne få utbytte i form av bedre mestringstro av å delta, av å følge disiplineringen og av å være en del av fellesskapet. Men, man kan ikke legge skjul på at et slikt habiliteringsopphold ikke nødvendigvis passer for alle. Sjansen for at noen ikke vil finne seg til rette, vil være til stede. Disse barna/ungdommene kan oppleve å komme i klemme mellom egne negative holdninger og det å være lojal til aktivitetsprogrammet. Jenta i min studie, som altså var negativt innstilt til fysisk aktivitet, kunne være en av dem som et opphold på Geilomo ikke passet for. Det samme kunne delvis gjelde for enkelte av de andre deltagerne som syntes det var for strengt og måtte delta på hele aktivitetsprogrammet. Man kan tenke seg at for disse barna/ungdommene vil et så fast og disiplinerte aktivitetsprogram heller kunne ha motsatt effekt, altså at det kanskje til og med kunne være demotiverende. I så fall vil disse eller andre med lignende erfaringer kunne oppleve mindre tro på seg selv og kanskje også få avsmak på å være fysisk aktive. For ikke å føle seg liten og dårlig, kan det være at disse barna/ungdommene viste motstand i form av å droppe ut av aktivitetsøkter, slik også Bandura viser til (Bandura, 1997). I mitt materiale prøvde jenta som hadde negativ innstilling til Geilomo og til fysisk aktivitet generelt, dette helt bevisst. Både hjemme og på Geilomo hadde hun forsøkt å komme seg unna treningstimer. Geilomooppholdet nådde altså ikke fram til alle som kom dit, og det må man ta høyde for. Kanskje ville veien å gå for dem som hadde en slik negativ holdning til fysisk aktivitet være å dempe fokuset på fysisk aktivitet, i alle fall på hardtrening, for ikke å gi dem dårlig samvittighet eller få dem til å føle seg elendige. Kanskje ville et annerledes fokus på fysisk aktivitet der deres opplevelse av blodslit og strenge rutiner kunne erstattes med for dem noe mer meningsfylt. Aktiviteter med mer medbestemmelse kunne være et sted å begynne for disse. Samt poengtere at litt bevegelse er bedre enn ingenting. Stadig å måtte høre om og å bli konfrontert med viktigheten av å være i regelmessig fysisk utfoldelse, kan kanskje for noen være mer helsenedbrytende enn oppbyggende. Det passer ikke for alle barn og unge med astma å være positivt innstilt til all fysisk aktivitet, eller å være en regelmessig fysisk aktiv jente eller gutt.



Alle deltagerne i studien min opplevde et fellesskap sammen med andre barn med astma, noe som ble uttrykt positivt for de fleste. Dette var også noe som kom fram i Lund (1996) sin undersøkelse. Barna i hennes studie syntes det var svært positivt å være sammen med andre barn med astma. Det økte motivasjonen for å delta på aktivitetene, blant annet fordi de opplevde at de andre barna med astma fikk til en teknikk eller en øvelse, så var det kanskje ikke umulig for en selv heller. Å føle et fellesskap og oppleve at andre slet med det samme som seg selv, eller oppleve at andre med astma greide å gjennomføre, kunne være med å styrke ens tro på evnene sine (Bandura, 1997). Nettopp dette fellesskapet og positive forbilder i form av tillitsfulle voksne som ledet aktivitetene kan Geilomo profilere på, og der ser man også at deltagerprosenten er høy i fysisk aktivitet.

Fokus på at astma ikke er til hinder for deltagelse vil være viktig for å bygge opp barnas og ungdommenes mestringstro. På Geilomo kunne de føle seg godt ivaretatt. Det kunne bidra til at de i mindre grad opplevde blant annet astma, kulde, pollen eller jevnaldrende som hinder for deltagelse. Hvordan barn og unge oppfatter slike ulike indre og ytre forhold vil kunne være med å styre valgene de tar om å være i fysisk aktivitet eller ikke (Bandura, 2004). En jente i min studie opplevde at hun fikk mindre kritiske blikk på seg og sine ferdigheter på Geilomo enn det hun gjorde hjemme. Jenta hadde antagelig opplevd seg mindre sårbar og kanskje fått et sterkere selvbilde under oppholdet. Større grad av kontroll, trygghet og trivsel er faktorer som kjennetegner et mestringsorientert motivasjonsklima, som Moe og Moser (2005) påpekte. Det kunne være med å øke både hennes og flere av de andre barna/ungdommene i min studie sin innsats i aktivitetene på Geilomo. Flere av deltagerne i studien min ga uttrykk for at de hadde kommet i bedre fysisk form på Geilomo. Dette kan også anskueliggjøres gjennom funn fra både Lucas og Platts-Mills (2005), Ram et al. (2000) og van Veldhoven et al. (2010) sine undersøkelser. Astmatikerne kunne gjennom fysisk trening forbedre både den kardiovaskulære kapasiteten og livskvaliteten på linje med friske jevnaldrende. I en oversiktsstudie av Pacheco, Silva, Alexandrino og Torres (2012) ble det vist at livskvaliteten også på lengre sikt ble forbedret hos barn og unge med astma når de drev regelmessig med fysisk aktivitet.

I Spania arrangeres sommerleirer for barn 8-14 år med astma. Innholdet på leirene består av undervisning og fysiske og sosiale aktiviteter. Iglesias et al. (2003) undersøkte

resultatene av opplæringsprogrammet på disse sommerleirene. De kom fram til at de yngste barna opplevde at de ikke greide like mye som friske jevnaldrende, og at de var mer fysisk aktive etter sommerleiren. Dette ble knyttet til bedre selvtillit i løpet av oppholdet. Blant de eldste barna opplevde flere at de følte seg annerledes enn andre barn og mindre gode i sport da de kom hjem igjen. Årsakene kunne være at de på leiren ble konfrontert med at de hadde astma, og at de testet ut grensene sine i større grad enn ellers. Erfaringene fra sommerleirene i Spania hadde likhetstrekk med flere av opplevelsene og erfaringene deltagerne i min studie hadde fra Geilomo. Ingen av deltagerne i min studie uttrykte derimot at de følte seg mindre gode i fysisk aktivitet etter et opphold på Geilomo enn det de gjorde før de kom dit.

Endring av vaner er en møysommelig prosess. Vaner hører hjemme i den sammenhengen den enkelte lever i til daglig. Erfaringene deltagerne i studien min fortalte om, vitner også om det. Om det å komme hjem etter et opphold på Geilomo, ga noen av dem uttrykk for at de syntes det var godt å slappe av, mens andre hadde vært motiverte for å starte eller fortsette med aktiviteter. De færreste av barna/ungdommene i studien min fortalte at de hadde endret på situasjonen sin hjemme i form av mer fysisk aktivitet etter sine tidligere opphold på Geilomo. Dette viste også funn fra et prosjekt som ble gjennomført på Geilomo i 2009-2010. Hensikten med dette prosjektet var å undersøke effekten av et opphold der. Det ble hos deltagerne i prosjektet hverken funnet signifikant endring av fysisk form, av aktivitetsnivået eller av mestring av fysisk aktivitet rett i etterkant av oppholdet eller et år etter oppholdet (Korsvold, 2011).

De fleste av deltagerne i studien min fortalte at de ønsket å fortsette med det samme aktivitetsnivået når de kom hjem igjen, som de hadde hjemme før de kom til Geilomo. Dette var uavhengig av det opprinnelige aktivitetsnivået deres. Det betydde at flere av de minst fysisk aktive barna/ungdommene ikke så for seg å bli mer aktive etter oppholdet, men heller så fram til å ta det mer med ro når de kom hjem, og i det hele tatt komme tilbake til det som var det vante hjemme. Lavere mestringsforventning i fysisk aktivitet hjemme kunne bidra til denne holdningen, eller at de over tid hadde hatt en inaktiv livsstil. Oppholdet på Geilomo hadde altså ikke ført til at de ville endre på situasjonen hjemme. Man kan spørre seg hva som skal til for at disse barna/ungdommene skulle bli mer fysisk aktive og kunne profilere på gevinstene det gir. Flere av disse kom tilbake til Geilomo flere

ganger. Det kunne tyde på at det var behov for å øke motivasjonen deres, for at de kunne få ny giv og inspirasjon, og for at de kunne forsøke å bygge opp tiltroen sin til egne evner både hva gjaldt fysiske ferdigheter, men også på det sosiale området. Dette var kanskje en gruppe barn og unge med astma som slet på disse områdene i hverdagen hjemme. Geilomo kunne gi dem et lite avbrekk fra hjemmesituasjonen, der tanken også er at oppholdet forhåpentligvis også kan føre til på sikt at de kan bli mer fysisk aktive hjemme.

Noen andre av deltagerne i studien min uttrykte økt motivasjon til å starte opp med mer fysisk aktivitet hjemme. Når noen av barna/ungdommene fortalte om at de greide å løpe like lenge som de andre barna/ungdommene eller klatre til topps i klatreveggen på Geilomo, kunne det si noe om hvilke forventninger de hadde til å greie det samme igjen og kanskje kunne glede seg mer til øktene. Og kanskje også å forsøke å gjøre det samme hjemme. Et sentralt poeng her er at mestringsforventning er avhengig av kontekst. Det betinger altså at forholdene hjemme «spiller på lag med» en eventuelt økt motivasjon. Dessuten kan den aktivitetsspesifikke selvtilliten variere som følge av ulike aktivitetskrav, situasjonskrav og ulike krav til ferdigheter på et bestemt område (Bandura, 1997). Derfor er det ikke nødvendigvis slik at mestringsforventningen er overførbar fra en situasjon til en annen. For barna/ungdommene i studien min kunne kanskje mange betydningsfulle aspekter knyttet til fysisk aktivitet fortone seg annerledes hjemme i forhold til på Geilomo. Aktivitetene var kanskje ikke så godt tilrettelagte på hjemstedet, det kunne være flere elever i klassene, ønskede aktivitetstilbud fantes kanskje ikke på hjemstedet, lange avstander til organisert aktivitet, avhengighet av transport, og de måtte kanskje ta fullt og helt initiativet selv til å være fysisk aktive. Viktige personer i hjemmemiljøet var fortsatt de samme, og det er lite trolig at disses syn på barnet/ungdommen endret seg etter et opphold på Geilomo. Likevel, kanskje kunne bedre tro på egne evner som de fortalte at de hadde opplevd å få på Geilomo bryte ned noen terskler og fjerne det som tidligere ble sett på som hinder på hjemstedet? Kanskje kunne frykten for å dumme seg ut bli hvasket noe bort? Moe og Moser (2005) påpekte at for å lykkes med å bli mer fysisk aktiv, var kontrollen man selv hadde for å gjennomføre aktiviteten, vesentlig. Desto flere ressurser og muligheter og desto færre hindringer barna/ungdommene i studien min kan komme til å oppleve, desto større er det rimelig å anta at sjansen er der for lykkes med å bli mer fysisk aktiv. Uansett syntes det tydelig at overgangen til situasjonen hjemme med tanke på fysisk aktivitet kunne være vanskelig.

Noen av deltagerne i studien min som fortalte at de ønsket å bli mer fysisk aktive når de kom hjem fra Geilomo, hadde inkludert foreldrene sine i planleggingen av mer daglig fysisk aktivitet. Foreldre er svært viktige støttespillere. Barn og unge er ofte avhengige av god oppfølging og støtte fra dem for å opprettholde egen motivasjon til å være eller bli fysisk aktive. Foreldre kan være både en ressurs, men også en begrensning i forhold til barnets/ungdommens aktivitetsnivå. Både Fereday et al. (2009), Mansour et al. (2000) og Lang et al. (2004) fant i sine undersøkelser at holdninger som foreldre og familie til astmatiske barn hadde til fysisk aktivitet, syntes å påvirke aktivitetsnivået til barn og unge med astma. I studien til Fereday et al. (2009) der kronisk syke barn og deres foreldre ble intervjuet separat om erfaringene sine med fysisk aktivitet, kom det fram at barna med foreldre som hadde en positiv holdning til fysisk, og som hjalp barnet med planleggingen og organiseringen i forhold til sykdommen, hadde et høyere aktivitetsnivå enn barna med foreldre som ikke hadde denne holdningen. Dette viste hvor viktig det var at barn og unge med astma hadde god støtte og hjelp i familien og nærmiljøet sitt til å fremme fysisk aktivitet. Men, det er altså ikke nødvendigvis alltid tilstrekkelig å være motiverte for å velge å være fysisk aktive for barn og unge med astma, de må også være heldige med sitt valg av foreldre.

For at det eventuelt skal kunne skje endring av hverdagen med mer fysisk aktivitet hjemme, var barna/ungdommene blant annet avhengige av å ha nok kunnskap om hvordan livsstilen påvirker helsen (Bandura, 2004). Pacheco et al. (2012) viste til i sin studie at økt kunnskap om astmasykdommen, i tillegg til fysisk aktivitet, hos barn og unge med astma bidro til bedre livskvalitet for disse. Flere av barna/ungdommene i studien min fortalte om at de hadde fått mer kunnskap om astmasykdommen og om fysisk aktivitet mens de var på Geilomo. Dette syntes likevel ikke å være tilstrekkelig for å kunne endre på vanene deres hjemme. Et poeng er at for barn og ungdom kan det være vanskelig å tenke helse i et livsløpsperspektiv. Valg man tar som barn og unge vil kanskje ikke få konsekvenser før senere i livet. Dette kan det være utfordrende å forholde seg til i barne- og ungdomsårene. Det kan være vanskelig nok for voksne å endre vaner i retning mer helsefremmende.

Å endre vaner er, slik nevnt, ofte en langtids- og ressurskrevende prosess. Opplevelse av mestring er ofte en forutsetning for atferdsendring. I den sammenheng er motivasjon

sentralt, men oftest ikke tilstrekkelig for å endre vaner og livsstil. Motivasjonen må stadig fornyes og beslutninger må tas om og om igjen for å få til vaneendring (Prescott og Børtveit, 2004). Å etablere nye vaner handler ikke bare om rasjonelle valg, men det må oppleves meningsfylt for den det gjelder. I dagens samfunn er det lagt mye opp til at hvert enkelt individ kan bestemme hvordan det vil leve og fremme helsen. Men, bare 10-20 % av variasjonen i helseatferd kan forklares av faktorer individet har kontroll over. For å forklare de resterende 80-90 % er det nødvendig å se ut over individet (Espnes og Smedslund, 2007). Da kommer samfunnsmessige forhold inn i bildet, og særlig barn og unge er på mange måter prisgitt de sosiale, fysiske-materielle og økonomiske omstendighetene og vilkårene de lever under (Stokols, 1992). Samfunnet må tilrettelegge for at det helseriktige valg blir et mulig og overkommelig valg for de fleste. En viktig faktor i dette er at enkeltmenneskene alene ikke er fullt ut «skyldige» eller ansvarlige for sin helseatferd, men delvis. Om barna og ungdommene i min studie ikke greide å bli mer fysisk aktive, selv om de var bevisste på at de burde det, kunne de kanskje føle at: «jeg får ta skylden selv dersom jeg ikke endrer atferd og blir syk av det». Dette kan i så fall gi økt skyldfølelse og føre til dårligere helse i seg selv (Wester, Wahlgren, Wedman og Ommundsen, 2008). Handlingene til barna/ungdommene i min studie blir, som alle handlinger, påvirket av det kulturelle miljøet de er en del av. Det kunne være at det for noen av dem var det å bli akseptert av venner for annet enn det å være fysisk aktive, eller kunne gi uttrykk for en bestemt identitet som var verdsatt i venneflokket vel så viktig. Slike aspekter kan gå på bekostning av en helsefremmende livsstil med regelmessig fysisk aktivitet (Mæland, 2007).

I et helsepsykologisk perspektiv er stadiemodellen, som ble utviklet av Prochaska, DiClemente og Norcross, en av de mest brukte modellene for å forsøke å forstå, forklare og endre atferd på ulike helserelevante områder (Glanz, Rimer og Lewis, 2002). Et viktig aspekt ved stadiemodellen er at atferdsendring skjer via ulike stadier, og at menneskets psykologiske beredskap i form av motivasjon, vilje og preferanse for å endre atferd varierer sammen med stadiet de befinner seg på. Det betyr at mennesker trenger ulike tilnæringsmåter avhengig av hvilket endringsstadium de befinner seg på (Prochaska, Norcross og DiClemente, 2002). Det er imidlertid viktig å ha i mente at dersom man skal greie å påvirke noen av barna/ungdommene i min studie sin motivasjon og vilje til å bli mer fysisk aktive, er det vesentlig å ta alle delene av modellen i bruk eller at modellen blir

brukt i kombinasjon med andre modeller (Spencer, Admans, Malone, Roy og Yost, 2006). Jeg har i det store og hele benyttet meg av Banduras sosialkognitive mestringsteori for å forstå og utdype funnene fra studien min, og jeg mener at stadiemodellen kan brukes i en kombinasjon med denne. Jeg vil kun kort beskrive de ulike stadiene, og sette disse i relasjon til erfaringer deltagerne i studien min formidlet.

Stadiemodellen inneholder fem endringsstadier (Prochaska et al., 2002). I *før-overveielsesstadiet* befinner mennesker som, når det gjelder fysisk aktivitet, ikke er regelmessig fysisk aktive seg, og som heller ikke er interesserte i å være det. De ser ikke på sine egne vaner og egen atferd på området som et problem. Muligens befant en av deltagerne i min studie seg her. Vedkommende ga uttrykk for at hun ikke opplevde det meningsfylt å være fysisk aktiv, og at hennes inaktive livsstil ikke var noe problem for henne. I *overveielsesstadiet* er mennesker som ikke er regelmessig fysisk aktive, men som ønsker å bli mer fysisk aktive innen det første halvåret. De veier for og i mot for å bli fysisk aktive. De er oftest ikke klare for tradisjonelle aktivitetsorienterte virkemidler. Ingen av deltagerne i studien min synes å befinne seg her. I *forberedelsesstadiet* finnes mennesker som ikke er regelmessig fysisk aktive, men som har planer om å bli det i løpet av kort tid. Disse har gjerne en konkret plan for gjennomføringen. Aktivitetsorienterte virkemidler passer for menneskene på dette stadiet siden de er klare for å bli fysisk aktive. På dette stadiet tyder det på at noen av deltagerne fra min studie var. En av dem hadde en konkret plan på hvordan han skulle bli mer fysisk aktiv og fremstod også med god motivasjon til dette. I *handlingsstadiet* befinner mennesker som er regelmessig fysisk aktive seg og har vært det i minst et halvt år. Dette stadiet er en del av prosessen med å befeste fysisk aktivitet som en atferdsendring. En del av deltagerne i min studie var på dette stadiet. De var fysisk aktive, og hadde dessuten planer om å øke sitt fysiske aktivitetsnivå. I *opprettholdelsesstadiet* er mennesker som er fysisk aktive og som har vært det i minst et halvt år. Her er fokus på å befeste enda mer og styrke fordelene ved å være fysisk aktiv. Flere av deltagerne mine befant seg på dette stadiet. De fortalte at de var regelmessig fysisk aktive, hadde vært det over tid, og fremstod med motivasjon til å fortsette på dette nivået. Det var etablert som vane.

Proessen for atferdsendring er en spiralformet prosess, der man beveger seg både fremover og bakover mellom stadiene. Tilbakefall er ofte en naturlig del av prosessen

(Prochaska et al., 2002). For deltagerne i min studie vil det være viktig å fokusere på å forebygge tilbakefall, uavhengig av stadiet de befant seg på. Dette for å kunne øke deres mestringsforventninger og hindre at negative følelser får slå rot, som for eksempel opplevelse av utilstrekkelighet i forhold til egne eller andres krav. Dog er det mindre sannsynlig at negative erfaringer får rom når en aktivitet er etablert som vane. Det brukes ulike virkemidler for å bevege seg mellom endringsstadiene. De mest brukte er bevisstgjøring, følelsesmessig opplevelse, sosial revurdering, personlig revurdering, nærmiljøstrategier, atferdstilpasning, sosial støtte, belønning, engasjement og situasjonskontroll (Prochaska et al., 2002). Virkemidlene kan reflektere selvhjelpsprosesser som den enkelte tar i bruk. Som utenforstående som ønsker å bistå den enkelte i hans eller hennes atferdsendring til økt fysisk aktivitet, er det viktig å møte den som skal endre atferd der den er psykologisk og i den sammenhengen den enkelte befinner seg i. Da kan man forsterke de virkemidlene som den enkelte selv nyttiggjør seg og er mottagelig for (Prochaska et al., 2002).

Disse virkemidlene kan kort eksemplifiseres gjennom deltagerne i studien min. *Bevisstgjøring* ble kanskje tydeligere for barna/ungdommene i min studie da de var på Geilomo. Mer kunnskap kan ha positiv innvirkning på motivasjon til å være fysisk aktiv, men samtidig er ikke kunnskap tilstrekkelig for å endre atferd, noe mange studier innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid har vist (Mæland, 2007). Flere av deltagerne i studien min fortalte om *følelsesmessige opplevelser*, både positive og negative, knyttet til fysisk aktivitet. Et mål for flere av dem kunne være å redusere de negative følelsene dersom de skulle øke eller fortsette å ha det samme aktivitetsnivået. I så måte er det mange veier å gå, styrke mer det man synes er kjekkest å drive med av fysiske aktiviteter, våge nye aktiviteter, unngå situasjoner man vantrives sterkt med og så videre. *Sosial revurdering* innebærer at deltagerne i studien min revurderte hvordan deres egen fysiske aktivitet påvirket og ble påvirket av omgivelsene. Forhold knyttet til avhengighet av både foreldre og venner for å være fysisk aktive ble for eksempel nevnt av flere av deltagerne. De fleste av deltagerne ga en *personlig revurdering* av den verdien fysisk aktivitet hadde for den enkelte. For eksempel at fysisk aktivitet var moro, slitsomt eller ga bedre selvtillit. Dette er også en form for bevisstgjøring. *Nærmiljøstrategier* var flere av barna/ungdommene inne på da de fortalte om muligheter til fysisk utfoldelse som fantes for dem i sitt nærmiljø, eller som manglet. *Atferdstilpasning* ville innebære at

barna/ungdommene i studien min håndterte situasjoner som medførte fysisk aktivitet/inaktivitet og var seg bevisste på dette. Å sette seg realistiske mål for eksempel var det noen av deltagerne som hadde klare tanker om, og det kan være et steg i prosessen mot å endre atferd. *Sosial støtte* betyr at barna/ungdommene søkte hjelp fra andre for å kunne øke sin egen fysiske aktivitet, eller at de hadde støtte i de nære omgivelsene, både praktisk og emosjonelt. Flere av barna/ungdommene uttrykte at venner og foreldre kunne bidra med noe av den nødvendige sosiale støtten. Ingen av deltagerne i studien min fortalte om at de fikk ytre *belønning* dersom de greide å være mer fysisk aktive. For enkelte kan ytre belønning være et egnet virkemiddel for å endre atferd, for eksempel et løfte om noe man har ønsket seg lenge. *Engasjement* betyr å tro på og velge å engasjere seg i og la seg engasjere av å drive fysisk aktivitet. Mange av deltagerne i studien min var engasjerte i fysisk aktivitet og valgte selv å være det. De hadde et indre driv. Engasjementet for å øke aktivitetsnivået ytterligere, var imidlertid ikke ansett som relevant hos flere av dem. *Situasjonskontroll* innebærer å ta kontroll over årsaker og situasjoner som fører til fysisk inaktivitet, for eksempel for mye stillesitting, passiv transport til og fra skole og så videre. Noen av deltagerne i studien min fortalte om at de var bevisste over forhold som gjorde dem inaktive, for eksempel å spille pc-spill. Barna/ungdommene vil sannsynligvis i liten grad kunne ha kontroll på flere situasjoner i hverdagen deres som kan føre til inaktivitet.

Det er ikke nødvendigvis slik at endring av atferd må til for en hver pris. De fleste barna/ungdommene i studien min ga uttrykk for at de var fornøyde med sitt fysiske aktivitetsnivå. For dem som ønsket å være mer i fysisk aktivitet, er det viktig å påpeke at endring av vaner tar tid. Psykologiske tilpasninger i forhold til å endre vaner tar lenger tid enn de fysiologiske tilpasningene (Wester et al., 2008). Samtidig er det viktig å peke på at opplevelse av bedre kroppslige ferdigheter, bevegelsesglede og mestring også har en sammenheng. Det er også viktig å ta høyde for forutsetningene til hvert av barna/ungdommene og tilpasse både endringsprosess og aktivitet til hver av dem.

I forhold til endring av vaner er det nødvendig å påpeke at Banduras sosialkognitive mestringsteori ikke gir tilstrekkelig forståelse av hvordan man skal kunne etablere nye og mer helsefremmende vaner, og hvordan man skal kunne bryte med sine gamle vaner. Den gir ikke god nok forståelse av prosessen og kompleksiteten det handler om. Til hjelp i forståelsen med hvordan man kan endre vaner vil blant annet stadiemodellen vist til



ovenfor kunne gi utfyllende forståelse og kunne være en rettesnor å følge. Banduras sosialkognitive mestringsteori blir også kritisert for at den tar for gitt at alle mennesker prioriterer helse høyt. Den kritiseres også for at den ikke tar høyde for faktorer utenfor individets kontroll (Mæland, 2007). Barna/ungdommene i studien min var i en alder der helse og helsefremmende livsstil ikke alltid tillegges så stor betydning. Tidlig i tenårene er det mange andre faktorer i deres hverdag og i det å være barn/ungdom som er mer betydningsfulle for dem, noe som jeg har vært inne på tidligere. Eksterne faktorer som infrastruktur, familie og venner vil dessuten kunne ha stor påvirkningskraft på levevanene, og på mulighetene for endring av vaner, hos barn/ungdommene flest, inkludert barna/ungdommene som deltok i studien min.

## **5.5 Metodediskusjon**

### ***5.5.1 Validitet og relevans***

Med validitet menes i hvilken grad en forskningsmetodisk tilnærming undersøker det den er ment å undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009, s.250). Ved bruk av kvalitative forskningsmetoder, som for eksempel forskningsintervjuet som jeg har brukt i denne undersøkelsen, bygger man også på en kunnskapsteoretisk erkjennelse av at det fins ulike versjoner av virkeligheten som kan være gyldige. Forskningsspørsmålet og den metodiske tilnærmingen er vesentlige med tanke på «versjonen» det dreier seg om. I forskningsprosessen er oppgaven min som forsker å vise at jeg har overveid valget av metodisk tilnærming for å få svar på forskningsspørsmålene som er stilt, fått fram dybde og bredde i funnene mine og vurderer rekkevidden av deres gyldighet, og kan begrunne hva de sier noe gyldig om under hvilke betingelser (Malterud, 2006).

For å sikre god validitet og relevans i forskningen er det altså viktig at jeg i hele prosessen reflekterer over metodiske valg som tas og er åpen om dem, arbeider nøyaktig og grundig, argumenterer for relevansen av teoriperspektiver som velges og sikrer så godt det lar seg gjøre gyldige svar på det jeg spør om. I litteraturen skilles det mellom intern og ekstern validitet. Relevans kan knyttes til begge.

Intern validitet handler blant annet om relevans av metodevalget, troverdighet og synlighet, kvaliteten på forskningsmaterialet og på analysen. Intern validitet sier noe om hva

materialet er sant om (Malterud, 2006, s.24). I denne sammenheng er relevans-begrepet viktig. Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til (Malterud, 2006, s.22). Før spørsmål om ekstern validitet, altså rekkevidden av kunnskapen (overførbarhet) og hva kunnskapen kan brukes til (pragmatisk validitet), stilles, må spørsmål om intern validitet besvares. Hva gir resultatene i min studie gyldig kunnskap om? Spørsmål jeg må stille meg for å kunne vurdere intern validitet i min undersøkelse, er: har jeg benyttet meg av relevant metode for å belyse problemstillingen min, gir utvalget og intervjumaterialet et relevant grunnlag for å besvare forskningsspørsmålene mine, spørsmål knyttet til kvaliteten av intervjumaterialet, hva er kunnskapen deltagerne har formidlet sant om, er analysen etterrettelig og grundig, og hvordan preger min forforståelse funnene (Malterud, 2006)?

Metodevalgets relevans: Intervju som metode vil til denne problemstillingen være relevant, og bidra til å sikre god validitet siden man gjennom intervjuet kan fange opp meninger og opplevelser og få en dypere forståelse med tettere forklaring av fenomenet (Polit og Beck, 2008). Gjennom et intervju søker man å forstå verden ut fra intervjupersonenes side (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg ønsket å gå i dybden på barn og unge med astma sine erfaringer og tanker med fysisk aktivitet og få deres perspektiv, og da mener jeg intervju er den mest optimale metoden for at jeg kunne ha mulighet til å få utfyllende og rike beskrivelser av et avgrenset område. For å styrke validiteten på resultatene mine, kunne jeg ha benyttet meg av metodetriangulering (Mays og Pope, 2000). Jeg kunne ha valgt og ta i bruk feltobservasjon som en metode i tillegg til intervju. Gjennom å observere barna/ungdommene i fysisk aktivitet, kunne jeg ha fått styrket og bekreftet, og eventuelt nyansert og fordypet enkelte aspekter av det barna/ungdommene fortalte om. Men, samtidig ville en metodetriangulering med intervju og feltobservasjon gått litt på siden av problemstillingene i denne studien. Jeg var tross alt ute etter deres erfaringer og tanker, der det å samtale med dem er den mest relevante framgangsmåten.

Synlighetskriteriet/transparency: Oppgavens interne validitet henger blant annet tett sammen med metoder valgt i datainnsamlingen og i dataanalysen, deres relevans og at disse er godt gjort rede for (Lindahl og Bogh, 2002). Jeg har vært systematisk og åpen i hele prosessen, og jeg har forsøkt å gjøre godt rede for framgangsmåter og valg på en etterrettelig måte i forhold til hvordan jeg har planlagt studien, og hvordan jeg både har samlet inn, transkribert, analysert og presentert funnene mine. Dette for at andre kan følge

veien jeg har gått, og hvordan jeg har kommet fram til de resultatene jeg har presentert her (Polit og Beck, 2008). Jeg har vært grundig og lagt vekt på å være troverdig og forholde meg «tro» mot intervjumaterialet, slik det fortjener. Jeg har åpent gjort rede for valgene jeg har tatt underveis i forhold til valg og bruk av metode, valg av deltagere og av kontekst, valg og bruk av analysemetode, fremstillingen av funnene og valg av og begrunnelse for teoriperspektiv.

Kvaliteten av intervjuene er sentralt med hensyn til å få fram dybde og bredde i vesentlige erfaringer med fysisk aktivitet hos disse barna/ungdommene. Har jeg som forsker maktet å få fram betydningsfulle erfaringer hos disse barna/ungdommene? Har jeg greid å gå i dybden og fått svar på det jeg ønsket å belyse? Jeg har lagt vekt på å være lojal til barna/ungdommene og til deres versjon av det som ble fortalt, slik at det som kom fram, var barna/ungdommenes egne ord på erfaringene med og tanker om fysisk aktivitet. I følge Kvale (1996) er det viktig å skape en situasjon der det er mulig for informanten å fortelle om hvilken betydning temaet i intervjuet har for han eller henne. Derfor var det viktig for meg å skape en god atmosfære under intervjuene med god kontakt mellom barna/ungdommene og meg som intervjuer, slik at de opplevde at de kunne prate fortrolig om slik de opplevde og erfarte disse aspektene ved deres dagligliv. For å kunne utdype erfaringer, det vil si å komme litt under det overflatiske og generelle, var dette viktig. Jeg prøvde å være bevisst på å få til en god kommunikasjon med barna/ungdommene, med spørsmålsstilling på et språklig nivå som de kunne forstå og være fortrolige med. Og med en spesifikk spørsmålsstilling som fanget opp både dybden og bredden i deres erfaringer og tanker. Jeg opplevde at barna/ungdommene med fortellingene sine i stor grad ga uttrykk for noe av det vesentlige de hadde opplevd på området, og at de ofte fortalte inngående og nært. Slik vil jeg hevde at fortellingene de kom med ikke bare var en allmenn konversasjon eller en fortelling om det sosialt akseptable på området fysisk aktivitet i samfunnet. Både i uttrykksmåtene til barna/ungdommene og i spennet i erfaringene og tankene deres som kom fram, mener jeg at intervjumaterialet bærer preg av at barna/ungdommene fortalte om mer enn det som er sosialt akseptabelt. Dette har bidratt til en viss dybde og bredde i intervjumaterialet. Jeg må også ha i mente at i en intervjusituasjon mellom barn og voksen, vil det kunne oppstå et skjevt maktforhold, der den voksne kan bli den dominerende og barnet/ungdommen svarer det den tror den voksne vil høre (Eide og Winger, 2004). I den sammenheng er det også viktig å huske på at i sosiale situasjoner, som også

intervjusituasjoner i forskningssammenheng er, vil deltakerne anstrenge seg for å fremstille seg i et godt lys. Det handler ikke nødvendigvis om at bildet de gir av egne erfaringer ikke er sant, men at det som kommer fram der og da også er situasjonsavhengig. Man kan velge hva man vil fortelle og ikke fortelle. Å skape tillit til barna/ungdommene var derfor viktig. Jeg poengterte at det ikke fantes noen «riktige» eller «gale» svar, at det som kom fram under intervjuet, kun forble mellom oss to, og at det var barnet/ungdommen som kjente seg selv og sine erfaringer og opplevelser best. Jeg opplevde et godt samspill og en god fortrolighet med alle barna/ungdommene. Noen ga uttrykk for at de syntes det var morsomt og bli intervjuet. Jeg opplevde at de «våget» å fortelle sin oppriktige mening, uavhengig av hva de trodde jeg ville like å høre. Om det stemmer, kan jeg imidlertid ikke være sikker på.

Jeg må også spørre meg om hva barna/ungdommene snakker sant om. Det kan være rom for misforståelser i kommunikasjonen i intervjuene. For i større grad å sikre en felles forståelse mellom barnet/ungdommen og meg om det som ble fortalt, foretok jeg oppfølgingsspørsmål og korte sammenfatninger underveis i intervjuene for å få tilbakemelding på om jeg hadde oppfattet og forstått det deltageren hadde sagt. En slik deltagervalidering der og da kan i følge Malterud (2006) og Kvale og Brinkmann (2009) være med å bidra til en høyere validitet. Dessuten kan verbale utsagn i kombinasjon med fremtoning, kroppsspråk og lignende danne et helhetsinntrykk som kan øke sannsynligheten for at det som kommer fram i analysene og i fremstillingen av resultater er godt grunnet i sentrale betydninger i forskningsmaterialet. Siden det var kun jeg som både intervjuet, transkriberte, tolket og analyserte, er det også større sannsynlighet for at det ble et bedre samsvar mellom de verbale utsagnene og kroppsspråkene.

Som fersk intervjuer i forskersammenheng burde jeg ha gjennomført et pilotintervju for å øve på egne ferdigheter og øve på å stille åpne og relevante spørsmål. Dette for å kunne styrke den interne validiteten. Dette ble ikke gjort, da jeg mente at jeg hadde nok kunnskaper på feltet gjennom flere års arbeid på Geilomo med blant annet samtaler med barna og ungdommene med astma om fysisk aktivitet. Jeg tilstrebet en så nøyaktig transkripsjon som mulig av datamaterialet fra lydbåndopptakene til tekst. Jeg skrev ned ord for ord, også halve ord der det forekom. Det vil alltid være noe informasjon som går tapt gjennom transformasjonen fra muntlig til skriftlig språk. Jeg skrev også ned i transkripsjonen kroppsuttrykk som smil, latter, nikk, og når barna/ungdommene tok lengre

tenkepauser. Dette gjorde jeg for å bevare helhetsinntrykket jeg hadde av hver deltager så godt som mulig og så lik opp til intervjusituasjonen som mulig. Dette har betydning for meningsinnholdet som kom fram i intervjuene. For å øke den interne validiteten, burde det være to uavhengige personer som transkriberer, eller at en eller to eksterne personer transkriberer deler av innholdet for å kontrollere at transkripsjonen med tegnsetting og utheving av ord tolkes likt (Malterud, 2006). Dette ble ikke gjort av tidsmessige årsaker. Jeg transkriberte alt alene. Fordelen med at jeg både var intervjuer og transkriberte alt alene, var at jeg, som var til stede i intervjusituasjonene, hadde best forutsetning for å se helheten og få et helhetlig bilde av hver deltager med sine erfaringer og tanker. Det skal også være samsvar mellom mine feltnotater og nedskrevne inntrykk av intervjuet umiddelbart etter intervjuet (Lindahl og Bogh, 2002), noe jeg mener at det er.

Intervjuene fant sted på Geilomo, et sted som fokuserer på fysisk aktivitet. Fordelen med å gjennomføre intervjuene der, var at det ble likt for alle barna/ungdommene. Samtidig var de på tidspunktet intervjuet skjedde, ikke på hjemmebane, men hadde der og da en nærhet til Geilomo. Det kan ha gjort at det var enklere å tenke og prate om det som lå nærmest både i tid og sted og om hvordan de hadde det på Geilomo. Hjemmesituasjonen kan ha blitt litt fjern siden oppholdet varer i 5 uker. Jeg foretok alle intervjuene i første del av oppholdet, og da var det fortsatt en god stund til hjemreise. Følgene kan da være at barna/ungdommene i liten grad hadde overveid så nøye hva de skulle gjøre når de kom hjem. Uansett vil møte med hverdagen hjemme igjen være noe annet enn gode intensjoner og tanker de gjør seg under oppholdet hjemmefra. Intervjuene ble gjennomført i en kontekst med sterkt innslag av fysisk aktivitet og opplæring og ansvarliggjøring i forhold til å leve best mulig med sykdommen. Dette kan ha preget deltagerne i den forstand at de tenkte mer både på fysisk aktivitet og på sykdommen enn det de ville gjort hjemme, der andre tema og situasjoner opptar barna/ungdommene i sterkere grad enn det gjør på Geilomo. Kan hende har det ført til at barna/ungdommene uttrykte seg mer bevisst i forhold til temaene jeg tok opp enn de ville gjort hjemme. Barna har forventninger på seg på Geilomo generelt med tanke på å være opptatt av disse forholdene. Det kan også hende at opplevelsen de hadde av fysisk aktivitet på dette tidspunktet ble nyansert mer enn ellers, enten ved at det og like fysisk utfoldelse ble forsterket, eller at det ble forsterket at de ikke hadde noe særlig til overs for det. Om man enten liker fysisk aktivitet eller ikke liker det, vil det kunne bli ekstra forsterket på Geilomo.

Jeg har jobbet på Geilomo og kjente igjen tre av deltagerne fra tiden jeg jobbet der. Det er minst 4 år siden jeg møtte dem sist. På en måte kunne det være en fordel at barna/ungdommene kjente meg, det kunne være lettere å åpne seg. Men, noen kunne også syntes det var vanskeligere nettopp fordi de kjente meg igjen, eller at de kjente på at de burde være lojale mot meg som en tidligere representant for dette behandlingsstedet. Dog ville jeg uansett ikke være involvert i behandlingsopplegg på det gitte tidspunkt. Jeg prøvde å være bevisst på å la være å forskjellsbehandle de deltagerne jeg kjente litt fra før i forhold til dem jeg aldri hadde møtt. Det eneste jeg merket forskjell på, var at praten jeg hadde med deltagerne før selve intervjuet startet, tok litt kortere tid for dem jeg hadde møtt før. Disse deltagerne var også klare over at jeg kun var på Geilomo nå for å intervjuer, og at jeg hadde ingenting med selve oppholdet deres å gjøre. Det kan likevel være at jeg ble oppfattet som en representant for stedet, dets filosofi og målsetninger. Jeg vil uansett hevde at det som kom fram i intervjuene med dem jeg kjente igjen ikke skilte seg vesentlig ut fra det som kom fram under samtalene med dem jeg ikke kjente.

Et annet sentralt forhold til validitet er ekstern validitet, som i kvalitativ forskning ofte omtales som overførbarhet (Polit og Beck, 2008) og pragmatisk validitet (Kvale og Brinkmann, 2009). Det betyr i hvilke sammenhenger kan funnene mine være gjeldene utover den kontekst de er oppstått i (Malterud, 2006, s.25). Hvem andre som funnene mine kan ha relevans og nytte for, på hvilke måter og i hvilke sammenhenger er det vesentlig å ta stilling til. Gyldighet av kunnskapen som er kommet fram, er blant annet avhengig av om noen kan bruke den til noe, det vil si om noen opplever den som relevant for seg og tar den i bruk. Dette kalles pragmatisk validitet (Kvale og Brinkmann, 2009). Pragmatisk validitet henger derfor nøye sammen med relevans (Malterud, 2006). For den pragmatiske validiteten er også troverdighet et viktig kriterium (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg har benyttet meg av et selektert utvalg blant barn og ungdommer med astma som er på habiliteringsopphold på Geilomo. Er det sannsynlig at funn fra studien har relevans for andre barn/ungdommer som har deltatt på opphold på Geilomo, eller for andre barn/ungdommer med astma som ikke har deltatt på Geilomo? Jeg mener at resultatene i en viss forstand kan ha relevans også for andre barn og ungdommer med astma. Det handler om det som ble fortalt av barna/ungdommene i studien min om det store spriket i

aktivitetsnivået deres, samt at erfaringer barn/ungdommer med astma har, kan favnes i det store spennet av erfaringer studien beskriver, fra å oppleve at fysisk aktivitet gir mestring og glede og er betydningsfullt i hverdagen til erfaringer knyttet til fysisk aktivitet som demotiverende og meningsløst. Funnene om sprik i aktivitetsnivå i denne gruppen barn/ungdommer støtter opp om kunnskap fra før om dette (van Gent et al., 2007, Ownby et al., 2007, Lang et al., 2004). Denne studien bidrar imidlertid til å nyansere og eksemplifisere det spennet av erfaringer spriket i aktivitetsnivå kan knyttes til, som kan ha en allmenn relevans. Dette spennet er framkommet gjennom å beskrive ulike eksempler på erfaringer med fysisk aktivitet. Det er imidlertid ikke slik at mine funn er representative for alle barn og ungdommer med astma sine erfaringer på dette området i statistisk forstand, noe den heller ikke utgir seg for å gjøre.

Mye av innholdet i det vide spennet i erfaringer som barna/ungdommene fortalte om knyttet til situasjonen hjemme, og særlig til kroppsøvingstimene, kan også ha en allmenn relevans, her for barn og unge i ungdomsskolealder i sin alminnelighet. Igjen er det forhold knyttet til et stort spenn i mestring, selvtillit og opplevelse av sårbarhet overfor andres blikk og så videre, så vel som det store spriket i aktivitetsnivå og barnas/ungdommenes holdninger til kroppsøvingstimene. Funnene kan bidra til å støtte opp om tidligere forskning om ungdomsskoleelevers erfaringer med og tanker om kroppsøvingstimene (Pedersen, 2011). Barn og ungdommer med andre kroniske sykdommer enn astma vil kanskje også kunne kjenne seg igjen i deler av funnene. Det er fordi funnene viser en stor variasjon i erfaringer med og opplevelser av fysisk aktivitet, sammen med utdyping av erfaringer barna/ungdommene har beskrevet i forhold til betydningen av mestring og mestringsstro på området. Dog er det viktig å si at andre grupper barn/ungdommer med kroniske lidelser kan ha andre typer utfordringer enn barn/ungdommer med astma når det gjelder det å være fysisk aktiv.

Det er rimelig å anta at funnene fra studien vil kunne ha betydning i klinisk praksis, det vil si kunne ha praktisk betydning for behandlingsteamet på Geilomo. Det gjelder hvordan man der best mulig kan tilrettelegge for habiliteringstilbud til barn og unge 6-16 år med astma, hvordan man kan legge opp til fysisk aktivitet på en optimal måte og hvordan man kan styrke overføringsverdien til hjemstedet til flere av barna/ungdommene. Et praktisk utbytte vil på denne måten øke allmenngjøringen av resultatene (Lindahl og Bogh, 2002).

Helsepersonell og andre ansatte på Geilomo og andre (re)habiliteringssteder for barn og ungdommer kan forhåpentligvis oppleve at kunnskapen denne studien gir er nyttig og relevant. Kanskje fordi den styrker og systematiserer kunnskap de allerede har, men også at den kan ha gitt ny innsikt på enkelte områder. Kanskje kan for eksempel studien bidra til å stille nye spørsmål til hvordan man kan tilrettelegge for å motivere den gruppen barn/ungdommer som ikke ser ut til å ha positivt utbytte av å delta på Geilomo? Dessuten kan man tenke seg at kroppsøvingslærere og trenere i ulike lag og organisasjoner vil kunne ha praktisk nytte av å kjenne til den erfaringsverden som er beskrevet og diskutert i studien, og få nye ideer til hvordan de kan tilrettelegge for mest mulig optimale forhold for astmatikeren i fysisk aktivitet, samt hva de bør eller ikke trenger å ta hensyn til.

Jeg håper at funnene også kan ha nytteverdi for foreldre til barn og unge med astma. Det kan være relevant for dem å vite at barn og ungdom med astma ikke er en ensartet gruppe. De kan også ha nytte av å vite om Geilomo som et habiliteringssted der barn/ungdommer med astma kan få prøve ut allsidige ferdigheter og kunne øke muligheten for bedre mestringfølelse. At foreldre er en vesentlig del av hverdagen til barn og unge med astma, bør ikke være noen overraskende funn, men vel så viktig å vite noe om for både foreldrene selv og de unge.

Resultatene fra studien min har blitt drøftet i lys av Banduras sosialkognitive mestringsteori. Funnene mine har dermed blitt satt inn i en større sammenheng. Teori er på et mer allment nivå enn enkelterfaringer. Det vil si at bruken av teorien og dens kjernebegreper har bidratt til en allmenngjøring. Det betyr også at dette teoretiske perspektivet har vært med og bidratt til en dypere forståelse av sentrale funn i studien, og også til at noen funn kom sterkere fram i lyset enn andre funn. Forståelsen av barnas/ungdommenes erfaringer ble også satt i sammenheng med tidligere forskning på området. Funn ble løftet fram, og sammenhenger ble belyst. Det teoretiske perspektivet den sosialkognitive mestringsteorien har bidratt med, har dermed ført til mer utfyllende innsikt til problemstillingene og i funnene mine. Dette mener Stensland og Malterud (2001) er en viktig betydning teori kan ha i forskningsprosessen. Den dypere forståelsen som har kommet fram ved å knytte funnene mine opp til Banduras mestringsteori bidrar altså til at funnene kan bli mer relevante og kan allmenngjøres i større grad.



Forskerens refleksivitet er viktig for den interne validiteten, som igjen har betydning for den eksterne validiteten. Refleksivitet handler om hvordan forskningsprosessen har preget funn og konklusjoner (Malterud, 2006, s.22). Det er nødvendig at forskeren har et åpent sinn, med plass for tvil og uventede konklusjoner dersom forskningsprosessen skal føre til noe annet enn det man på forhånd tar for gitt (Malterud, 2006). For å få til dette måtte jeg klargjøre forforståelsen min på noen vesentlige punkter og dele denne med leserne. Jeg måtte i hele prosessen anskueliggjøre at data ble oppfattet i den kontekst det var ment, og at jeg ikke kun brukte data på måter som passet til forforståelsen. Under hele analyseprosessen har jeg vært bevisst på å få fram synspunktene til deltagerne så uavhengig som mulig av min egen forforståelse. Samtidig har jeg vært klar over at den erfaringen jeg har i feltet har vært med på å legge grunn for at jeg har kunnet stille relevante spørsmål.

Jeg var fersk med intervju som forskningsmetode, jeg og prøvde å forberede meg så godt som mulig. Jeg prøvde å reflektere godt over intervjusituasjonene, men likevel er det vanskelig å være godt nok forberedt på alle situasjoner. For eksempel var noen av deltagerne ordknappe, og jeg måtte styre samtalen en god del, uten at jeg ville være for ledende. Jeg var bevisst på å være selvgranskende i alle fasene av forskningen, noe Polit og Beck (2008) sier er et kjennetegn på refleksivitet. Jeg måtte også være bevisst på forforståelsen jeg bragte inn i undersøkelsen, og forsøkte å sette den aktivt på prøve. Den var med som bakgrunn til intervjuguiden (som et grunnlag for utvikling av relevante hovedtema med tanke på å belyse problemstillingen), men skulle likevel ikke farge samtalen uheldig, slik at barna svarte utelukkende det de trodde jeg ville høre eller svarte i tråd med min forforståelse, etter hva jeg forventet eller ønsket (Kvale og Brinkmann, 2009, Malterud, 2006). For eksempel kjenner jeg godt til Geilomo, det konkrete opplegget barna/ungdommene tilbys, kunnskapsgrunnlaget og «filosofien» det bygger på. Det var lett for meg å se etter bekreftelse på «alt det gode» barna/ungdommene fikk med seg derfra, av kunnskap og erfaringer knyttet til fysisk aktivitet og håndtering av astmasykdommen. Jeg måtte anstrenge meg for å være åpen for barnas erfaringer og synspunkter, særlig om Geilomo-oppholdet. Ikke minst måtte jeg anstrenge meg for å være åpen for det uventede og skyve forforståelsen min i bakgrunnen. Jeg prøvde bevisst å stille spørsmål på en måte som ikke skulle styrke det jeg forventet å finne, det vil si jeg prøvde å unngå en

framgangsmåte der «som man roper i skogen, får man svar» var gjeldende. Jeg prøvde heller å være undrende til alle erfaringer og synspunkter som kom fram.

Siden jeg har jobbet flere år på Geilomo, ville det farge forforståelsen min og forventningene mine til hva jeg kom til å høre og få fram fra barna/ungdommene. Jeg hadde forventninger om at de fleste ikke var så fysisk aktive hjemme, dette med bakgrunn i at de hadde vært på flere opphold på Geilomo tidligere, og at mange barn og unge med astma som kommer til Geilomo trenger kunnskap, motivasjon og mestringserfaringer i forhold til fysisk aktivitet. Jeg hadde også forventninger om at en del mestret dårligere i fysisk aktivitet enn jevnaldrende, og at flere av dem greide å komme i gang med mer fysisk aktivitet hjemme etter oppholdet på Geilomo. Denne forforståelsen har jeg vært bevisst på å skyve i bakgrunnen så godt det lar seg gjøre, for at spørsmålene til og uttalelsene fra barna/ungdommene ikke skulle bli styrt eller farget for mye av mine forventninger, hverken under datainnsamlingen, analysen eller resultatpresentasjonen. Funnene jeg har analysert fram, presentert og diskutert i undersøkelsen er en «foredling» av det deltagerne har formidlet. Dette har kommet til via en grundig analyse og en utdypende tolkning ved hjelp av teori og tidligere forskning. Jeg kunne fått enda rikere eksempler ved å følge noen få barn/ungdommer over tid, og sette erfaringene enda tettere i sammenhengen de hørte hjemme i for hver og en. Likevel vil jeg argumentere for at jeg har fått utdypende svar på problemstillingene mine.

## **6. OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE**

Denne studien har fått frem kunnskap om barn og ungdommer med astma i alder 13-16 år sine erfaringer med og tanker om fysisk aktivitet. De 10 barna og ungdommene som deltok i studien, var alle på habiliteringsopphold på Geilomo. Det kom fram en stor spennvidde og dybde i deres erfaringer med og tanker om fysisk aktivitet både hjemme og på Geilomo. Dette spennet vises gjennom funnene som forteller om opplevelser fra glede og mestring av fysisk aktivitet, og at fysisk aktivitet var en favorittsyssel på fritiden, til opplevelser av fysisk aktivitet som demotiverende og meningsløst. Det var et stort sprik i aktivitetsnivået til barna/ungdommene. En fellesnevner i deres opplevelser med fysisk aktivitet var dog at motivasjon og mestring var viktig for å være fysisk aktiv. Innsatsen til barna/ungdommene

i fysisk aktivitet kunne bli begrenset av astmasykdommen, prestasjonsangst og lav tro på egne evner i fysisk utfoldelse. Unnvikelse av fysisk aktivitet både hjemme og på Geilomo var også et fenomen som kom fram. Glede av fysisk aktivitet hang i stor grad sammen med tro på egne ferdigheter i fysisk aktivitet. Opplevelsen av og ikke skille seg ut fra friske jevnaldrende, men kunne hevde seg som dem, var sentralt. Opphold på Geilomo kan føre til flere mestringsopplevelser og bedre motivasjon for barna/ungdommene med astma. Men, et slikt habiliteringsopphold passer ikke nødvendigvis for alle barn og ungdommer med astma. Utfordrende er det å øke aktivitetsnivået hjemme, dersom ønskelig. Vaneendring er en omfattende og tidkrevende prosess som ofte inkluderer viktige andre i nærmiljøet til barna/ungdommene, som for eksempel familie og venner.

De siste årene er det fra Geilomos side satset mer på undervisning og veiledning av foreldrene til barn/ungdommer med astma og deres rolle i forhold til hvordan ha en fysisk aktiv hverdag hjemme for barna/ungdommene. Dette arbeidet syntes viktig og noe de ansatte på Geilomo bør fortsette å ha fokus på. Bevisstgjøring av barna/ungdommene mens de er på Geilomo i forhold til hvordan de tenker seg hverdagen hjemme igjen, bør fortsatt være et mål å jobbe mot på Geilomo. Resultatene fra denne studien vil kunne belyse flere av de problemstillingene de ansatte møter der, og derfor vil funnene sannsynligvis kunne være nyttige for dem. Resultatene vil raskt gjøres kjent og tilgjengelige for ansatte på Geilomo.

Det ville være interessant å følge opp denne studien. Det ville være spennende å følge noen av deltagerne fra studien min i deres hjemmemiljø, gjerne gjennom observasjon i fysiske aktiviteter og med nytt intervju. Dette for at erfaringer og opplevelser de uttrykker, kan sammenstilles med det som blir observert, og dermed kunne få et bredere helhetsinntrykk av både erfaringer, holdninger og fysiske ferdigheter. Å foreta en objektiv test av deres fysiske form hadde også kunne vært nyttig i denne sammenhengen. Det ville også være spennende og observere noen av deltagerne fra studien min både når de var på Geilomo og når de var hjemme, for å kunne sammenligne deltagelse, innsats og tro på egne evner i fysisk aktivitet i de to miljøene. Relevant hadde det også vært å undersøke både barn/ungdommer med astma og deres foreldre sine holdninger om og synspunkter på fysisk aktivitet. For eksempel å intervjuer både barn/ungdom og foreldre om de samme temaene, men separat fra hverandre. Sist, men ikke minst hadde det vært relevant å gjøre en

multippel case-studie, der man kan følge et fåtall barn/ungdommer med astma over tid. Da kunne man fått rike beskrivelser, kanskje også kunne erfare en utvikling av tanker om, holdninger til og opplevelser av fysisk aktivitet hos deltagerne, samt eventuelt en utvikling av deres fysiske ferdigheter. Dette kunne man satt inn i en større sammenheng siden man kunne ha kontakt med deltagerne over lengre tid og i flere situasjoner. Multippel case-undersøkelser vil kunne få fram dype beskrivelser av hvordan individ tenker, handler eller utvikler seg, og undersøkelserne går gjerne over lengre tid. Det er et lite antall deltagere som er med i en slik studie (Polit og Beck, 2008).

## KILDER

Andersen, S.A., Kolle, E., Steene-Johansen, J., og Andersen, L.B. (2008). *Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge: en kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9 -og 15 åringer*. Oslo: Helsedirektoratet

Berg, U., og Mjaavatn, P.E. (2008). Barn og unge. I: Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken* (kap 3 s.45-61). Oslo: Helsedirektoratet

Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Educ Behav* 31(2); 143-164

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company

Berntsen, S., Carlsen, K.C.L., Anderssen, S.A., Mowinckel, P., Hageberg, R., Bueso, A.K., og Carlsen, K.-H. (2009). Norwegian adolescents with asthma are physical active and fit. *Allergy* 64; 421-426.

Carlsen, K.-H. (2000). Fysisk aktivitet og luftveissykdommer, astma og allergi. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 120; 3305-3314

Carroll, N., og Sly, P. (1999). Exercise training as an adjunct to asthma management. *Thorax* 54; 190-191

Chandratilleke, M.G., Carson, K.V., Picot, J., Brinn, J., Estermann, A.J., og Smith, B.J. (2012). Physical activity for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 16;5 (CD001116)

Duesund, L. (1998). Den skolerte kroppen. I: F. Skårderud og P.J. Isdahl (Red.). *Kroppstanker: kropp – kjønn – idehistorie* (s. 232-246). Oslo: Universitetsforlaget

Eide, B.J., og Winger, N. (2004). *Fra barns synsvinkel. Intervju med barn – metodiske og etiske refleksjoner*. Oslo: Cappelens Forlag

Eiser, C., og Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child* 84; 205-211

Emtner, M. og Carlsen, K.H. (2008). Astma. I: Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken* (kap 18 s.237-249). Oslo: Helsedirektoratet

Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget

Espnes, G.A., og Smedslund, G. (2007). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Evenshaug, O. og Hallen, D. (2001). *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fereday, J., MacDougall, C., Spizzo, M., Darbyshire, P., og Schiller, W. (2009). "There`s nothing I can`t do – I just put my mind to anything and I can do it": a qualitative analysis of how children with chronic disease and their parents account for and manage physical activity. *BMC Pediatr* 9; 1-16

Glanz, K., Rimer, B.K., og Lewis, F.M. (Red.). (2002). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass

Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA (2007).  
[www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)

Hanssen, T.A., og Natvig, G.K. (2007). Stress og mestring. I: E. Gjengedal, og B.R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring* (s. 40-59). Oslo: Cappelen Akademisk forlag

Helsedirektoratet (2012). *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2011*. Oslo: Helsedirektoratet

- Hendee, J.C., og Brown, M. (1988). How wilderness experience programs facilitate personal growth: a guide for program leaders and resource managers. *Renewable Resources Journal*, spring; 9-16.
- Iglesias, M., Jara, D., Remon, Z., og Molero, M. (2003). Asthma camp. Quality of life questionnaires. *Allergol Immunopathol* 31; 231-236
- Kelsay, K., Hazel, N.A., og Wamboldt, M.Z. (2005). Predictors of body dissatisfaction in boys and girls with asthma. *J Pediatr Psychol* 30(6); 522-531
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research writing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Korsvold, L. (2011). Fysisk aktivitet og mestring - hvilken effekt har et opphold på Geilomo på barns mestring av fysisk aktivitet i hverdagen? *Prosjektnummer 2008/3/0213, rehabilitering*. Astma- og allergiforbundet
- Kvalem, I.L. (2007). Ungdom og kroppsbilde. I: L. Kvalem og L. Wichstrøm (Red.). *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer* (s. 33-42). Oslo: JW Cappelens Forlag AS
- Lacroix, V.J. (1999). Exercise-induced asthma. *The Physician and Sportsmedicine* 27(12); 75-92
- Lang, D.M., Butz, A.M., Duggan, A.K., og Serwint, J.R. (2004). Physical activity in urban school-aged children with asthma. *Pediatrics* 113; 341-346
- Lindahl, M., og Bogh, C. (2002). Vurdering av kvalitative artikler. *Nyt om forskning* 1; 17-21
- Lucas, S.R., og Platts-Mills, T.A.E. (2005). Physical activity and exercise in asthma: relevance to etiology and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 115 (5); 928-934

- Lund, M. (1996). *Barn med astma og mestringsmuligheter i friluftsliv. En kvalitativ undersøkelse gjennomført ved Geilomo Barnesykehus*. Oslo: Norges idrettshøgskole
- Lødrup Carlsen, K.C., Håland, G., Devulapalli, C.S., Munthe-Kaas, M., Pettersen, M., Granum, B., Løvik M., og Carlsen, K.-H. (2006). Asthma in every fifth child in Oslo, Norway: a 10-year follow up of a birth cohort study. *Allergy* 61; 454-460
- Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mansour, M.E., Lanphear, B.P., og DeWitt, T.G. (2000). Barriers to asthma care in urban children: parent perspectives. *Pediatrics* 106 (3); 512-519
- Martinsen, E.W. (2005). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Mays, N., og Pope, C.P. (2000). Quality in qualitative health research. I M.P. Pope og N. Mays (Red.) *Qualitative research in health care* (s.89-101). London: BMJ Books
- Milgrom, H., og Taussig, L.M. (1999). Keeping children with exercise-induced asthma active. *Pediatrics* 104; 38-45
- Moe, T., og Moser, T. (2005). Motivasjon. I: E.W. Martinsen. *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse* (s.143-154). Bergen: Fagbokforlaget
- Mæland, J.G. (2007). *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nicholls, J. (1984). Achivement motivation: conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychological Review* 91 (3); 328-346
- Orenstein, D.M. ( 2002). Pulmonary problems and management concerns in youth sports. *Pediatr Clin N Am* 49; 709-721



- Ownby, D.R., Peterson, E.L., Nelson, D., Joseph, C.C., Williams, L.K., og Johnson, C.C. (2007). The relationship of physical activity and percentage of body fat to the risk of asthma in 8- to 10-year-old children. *J Asthma* 44; 885-889
- Pacheco, D.R.R, Silva, M.J.B., Alexandrino, A.M.S., og Torres, R.M.T. (2012). Exercise-related quality of life in subjects with asthma: a systematic review. *Journal of Asthma* 49 (5); 487-495
- Pearce, N., Ait-Khaled, N., Beasley, R., Mallol, J., Keil, U., Mitchell, E., Robertson, C., og the ISAAC Phase Three Study Group (2007). Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: Phase III of the International Study of Asthma and Allergie in childhood (ISAAC). *Thorax* 62; 757-765
- Pedersen, J.H. (2011). *Fra høydepunkt til mareritt. Ungdomskoleelevers tanker om kroppsøvingstimer og fysisk aktivitet og syn på egen kropp*. Bergen: Universitet i Bergen
- Pettersen, S. (2009). Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon. I: A. Holthe og B.U. Wilhemsen (Red.). *Mat og helse i skolen: en fagdidaktisk innføring* (s. 87-100). Bergen: Fagbokforlaget
- Pianosi, P.T., og Davis, H.T. (2004). Determinants of physical fitness in children with asthma. *Pediatrics* 113; 225-229
- Polit, D.F., og Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Prescott, P., og Børtveit, B. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., og DiClemente, C.C. (2002). *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Quill

Ram, F.S.F., Robinson, S.M., og Black, P.N. (2000). Effects of physical training in asthma: a systematic review. *Br J Sports Med* 34; 162-167

Rasmussen, F., Lambrechtsen, J., Siersted, H.C., Hansen, H.S., og Hansen, N.C.G. (2000). Low physical fitness in childhood is associated with the development of asthma in young adulthood: the Odense school-child study. *Eur Respir J* 16; 866-870

Ridgers, N.D., Fazey, D.M., og Fairclough, S.J. (2007). Perceptions of athletic competence and fear of negative evaluation during physical education. *British Journal of Educational Psychology* 77; 339-349

Roberts, G.C. (1984). The perception of stress: A potential source and its development. I: M. Weiss og D. Gould (Red.). *Sport for children and youths* (s.119-126). Olympic scientific congress

Roorda, R.J., Gerritsen, J., van Alderen, W.M., Schouten, J.P., Veltman, J.C., Weiss, S.T. et al. (1994). Follow-up of asthma from childhood to adulthood: influence of potential childhood risk factors on the outcome of pulmonary function and bronchial responsiveness in adulthood. *J Allergy Clin Immunol* 93; 575-584

Sallis, J.F., og Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Schlösser, M., og Havermans, G. (1992). A self-efficacy scale for children and adolescents with asthma: construction and validation. *Journal of Asthma* 29 (2); 99-108

Sheth, K.K. (2003). Activity-induced asthma. *Pediatr Clin N Am* 50; 697-716

Siersted, H.C., Boldsen, J., Hansen, H.S., Mostgaard, G., og Hyldebrandt, N. (1998). Population based study of risk factors for underdiagnosis of asthma in adolescence: Odense schoolchild study. *BMJ* 316; 651-657

Skaalvik, E.M., og Skaalvik, S. (1996). *Selvopppfatning, motivasjon og læringsmiljø*. Oslo: Tano

Spencer, L., Admans, T.B., Malone, S., Roy, L. og Yost, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise. A systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice* 7; 428-443

Statens helsetilsyn (2000). *Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer*. Veilederhefte. IK-2710. 2-2000

Stensland, P., og Malterud, K. (2001), Unravelling empowering internal voices – a case study on the interactive use of illness diaries. *Fam Pract* 18; 425 – 429

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: towards a social ecology of health promotion. *Am Psychol* 47; 6-22

Strasburger, V.C., Jordan, A.B., og Donnerstein, E. (2010). Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics* 125 (4); 756-767

Taylor, W.R., og Newacheck, P.W. (1992). Impact of childhood asthma upon health. *Pediatrics* 90; 657-662

Trudeau, F., og Shephard, R.J. (2005). Contribution to school programme to physical activity levels and attitudes in children and adults. *Sports Med* 35(2); 89-105

Van Gent, R., Van der Ent, C.K., van Essen-Zandvliet, L.E., Rovers, M.M., Kimpen, J.L., De M.G. et al. (2007). No differences in physical activity in (un)diagnosed asthma and healthy controls. *Pediatr Pulmonol* 42; 1018-1023

Van den Bent, L., Kooijman, S., Linssen, V., Lucassen, P., Muris, J., Slabbers, G., og Schermer, T. (2010). How does asthma influence the daily life of children? Results of focus group interviews. *Health and Quality of Life Outcomes* 8; 5-16

Van Veldhoven, N.H.M.J., Vermeer, A., Bogaard, J.M., Hessels, M.G.P., Wijnroks, L., Colland, V.T., og van Essen-Zandvliet, E.E.M. (2001). Children with asthma and physical exercise: effects on an exercise programme. *Clin Rehabil* 15; 360-370

Velsor-Friedrich, B., Vlasses, F., Moberley, og J., Coover, L. (2004). Talking with teens about asthma management. *The Journal of School Nursing* 20(3); 140-148

Walker, J., Winkelstein, M., Land, C., Lewis-Boyer, L., Quartey, R., Pham, L., og Butz, A. (2008). Factors that influence quality of life in rural children with asthma and their parents. *J Pediatr Health Care* 22 (6); 343-350

Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I., og Ommundsen, Y. (2008). Å bli fysisk aktiv. I: Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken* (kap 6 s.84-102). Oslo: Helsedirektoratet

Williams, B., Powell, A., Hoskins, G., og Neville, R. (2008). Exploring and explaining low participation in physical activity among children and young people with asthma: a review. *BMC Family Practice* 9; 40-51

Welsh, L., Kemp, J.G., og Roberts, R.G.D. (2005). Effects of physical conditioning on children and adolescents with asthma. *Sports Med* 35(2); 127-141

## Intervjuguide

Hva forbinder barna/ungdommene med fysisk aktivitet

- hva barna/ungdommene legger i det å være fysisk aktiv

Deltagelse i fysisk aktivitet hjemme

- hva
- hvor mye, hvor jevnlig
- hvorfor /hvorfor ikke
- hva barna/ungdommene liker/evt ikke liker å drive med ved fysiske aktiviteter
- gymtimer/skolevei/fritid og helg

Hvordan opplever barna/ungdommene å være fysisk aktiv

- Hvilke fysiske aktiviteter har barna/ungdommen erfaring fra
- Hvilke erfaringer har barna/ungdommene med ulike fysiske aktiviteter
- Hvilke erfaringer forteller barna/ungdommene om mht å være fysisk aktiv
- Hvilke erfaringer forteller barna/ungdommene om mht å delta sammen med andre i fysiske aktiviteter
- Hva betyr det å være fysisk aktiv for dem
- Hva handler å mestre versus ikke mestre fysisk aktivitet om, slik barna/ungdommene selv opplever det
- Hva forbinder barna/ungdommene fysisk aktivitet med
- Fysisk aktivitet ifht skole, fritid, alene, med venner, familie, med andre

Fysisk aktivitet på Geilomo.

- Erfaringer
- Sammenligne fysisk aktivitet Geilomo – hjemme
- deltagelse sammen med andre barn med astma
- tilrettelegging. Hvordan det spiller inn

### Fokus på fysisk aktivitet hjemme

- oppfordring om å være fysisk aktiv
- hvorfor så viktig å være fysisk aktiv
- nok fysisk aktiv
- hva skal til for å være mer fysisk aktiv

### Astma og fysisk aktivitet

- hvilke erfaringer med astma og fysisk aktivitet
- hvordan påvirker dette barna/ungdommen
- forslag til hvordan gjøre det

## VEDLEGG 2

### **Forespørsel om deltagelse i intervju i forbindelse med en masteroppgave**

Jeg holder på med en masteroppgave i forbindelse med studier i fysioterapivitenenskap ved Universitet i Bergen. I den forbindelse ønsker jeg å foreta intervju av barn og ungdom med astma som er på opphold på Geilomo. Hensikten med intervjuene er å få innsikt i hvordan barn og ungdommer selv opplever fysisk aktivitet, hvor aktive de er, hva de tenker om fysisk aktivitet og hva fysisk aktivitet betyr for dem. Dessuten vil jeg gjerne vite mer om på hvilken måte astma preger dem når de er fysisk aktive. I tillegg ønsker jeg også å få mer kunnskap om hvordan barn med astma opplever fysisk aktivitet på Geilomo, og hvordan det er å komme hjem og fortsette med fysisk aktivitet etter et opphold på Geilomo.

Jeg ønsker å kunne intervju nettopp deg på grunn av at du har vært på Geilomo før og har erfaring fra fysisk aktivitet hjemme og på Geilomo fra tidligere opphold. Når du ankommer Geilomo for et nytt opphold nå, ønsker jeg å kunne intervju deg om disse temaene. Intervjuet vil skje mellom deg og undertegnede, der du svarer så godt du kan, og der du er eksperten! Det finnes ingen riktige eller gale svar. Det er bare du og jeg som intervjuer som vet hva du har sagt. Intervjuet tas opp på bånd, for å kunne få med alt som er sagt. Båndene og utskrifter fra dem bli oppbevart forsvarlig og behandles konfidensielt. Ingen andre enn meg og min veileder har tilgang til dem. Det du og andre deltakere har fortalt vil bli anonymisert i masteroppgaven, slik at det ikke vil være mulig for andre å gjenkjenne deg eller dine svar.

Å delta i intervjuet vil kunne bidra til at du kan tenke mer gjennom dette med fysisk aktivitet for din egen del, kanskje også få nye ideer. Dessuten kan det som kommer fram i intervjuene totalt sett bidra til at Geilomo kan tilrettelegge aktivitetene enda bedre for barn og unge med astma og dermed kunne gi et enda mer optimalt utbytte av oppholdet.

Det er frivillig å være med på undersøkelsen. Hvis du sier ja til å være med, men senere finner ut at du ikke vil, kan du trekke deg. Det er helt ok og ingen blir sur på deg for det. Hvis du sier ja til å være med, vil du kunne få se utskrift fra intervjuet, og du kan få høre hvordan undersøkelsen gikk når den er ferdig. Hvis du vil være med på undersøkelsen, kan du skrive navnet ditt på samtykke-erklæringen nedenfor (se s. 3).

Med vennlig hilsen

Live Berg  
Masterstudent ved Masterprogram i helsefag,  
Studieretning fysioterapivitenenskap  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

## **Hva skjer med informasjonen om barnet/ungdommen?**

Informasjonen som registreres om barnet skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter barnet til barnets opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell, det vil si masterstudent og veileder ved studiestedet, som har adgang til navnlisten og som kan finne tilbake til barnet. Det er likeledes kun masterstudenten og veileder som har tilgang til båndopptak og intervjuutskrifter. Opplysninger om barnet vil bli slettet/makulert etter innlevering av masteroppgaven og avsluttende eksamen våren 2012.

Det vil ikke være mulig å identifisere barnet i resultatene av studien når disse publiseres.

Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag er ansvarlig for oppbevaring av data.

### Forsikring

Under opphold på Geilomo dekkes barnet av Norsk pasientskadeerstatning.

### Frivillig deltagelse og rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysninger som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser, brukt i masteroppgaven eller vitenskaplige publikasjoner. Du vil få informasjon om resultatene av undersøkelsen. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side.



## Samtykke til deltagelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

---

(signert av prosjektdeltaker (barnet), dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller i stedet for

---

(signert av nærstående (forelder), dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(signert, rolle i studien, dato)

Underskrevet samtykkeerklæring returneres til:

Live Berg  
v/ Geilomo barnesykehus,  
postboks 160,  
3581 Geilo

## VEDLEGG 3

### **Eksempel på rekontekstualisering av materialet og verifisering opp mot råmaterialet**

Her vil jeg vise den siste delen av analyseprosessen min, der jeg tok utgangspunkt i de kunstige sitatene og sammenfattet og gjenfortalte dem. Dette validerte jeg opp mot råmaterialet fra transkripsjonen, ved at jeg presenterte og belyste innholdet med sitat direkte fra deltageren. Sammenfatningen og direkte sitat fra deltagerne står i resultatpresentasjonen.

Eksempel 1 med kunstig sitat og sammenfatning med direkte sitat. Tema er prestasjoner.

Kunstig sitat:

For meg så er det ikke veldig viktig å mestre, men jeg må greie det litt. Jeg trenger ikke bli supergod i alt, men jeg kan gjøre det på min måte. Om det er en ny aktivitet, så sier jeg at jeg ikke kan, men jeg prøver likevel. Jeg kaster meg ut i det, men prøver ikke alltid så iherdig. Om jeg ikke greier en aktivitet, så setter jeg meg ned eller ber om å bli tatt i for eksempel sisten. Jeg prøver å strekke meg etter de andre i gymtimene hjemme, men det er vanskelig. På Geilomo har jeg mindre motivasjon for her er det ingen å strekke seg etter. Jeg bryr meg ikke om at jeg tar pauser i gymtimene eller hvordan jeg presterer, jeg er likegyldig. Jeg er dårlig i aktivitet og veldig lat. Tilslutt fant jeg et håndballag på mitt nivå, der vi kunne ha det moro, uten å bry oss om å vinne.

Sammenfatning med direkte sitat:

Et inntrykk fra alle deltagerne var at de hadde en tydelig oppfatning av eget prestasjonsnivå i fysisk aktivitet, og alle hadde et klart bilde av sine styrker og svakheter. Noen ga uttrykk for strategier de hadde i forhold til aktiviteter de ikke mestret, her illustrert fra en jente:

*« og når jeg ikke klarer det, så pleier jeg egentlig bare å stå i ro, for eksempel hvis det er tikken eller noe sånt, eller stiv heks eller det innebærer for eksempel du må bære noen, så da pleier jeg bare å sette meg i et hjørne og bare si ta meg, ta meg sånn jeg kan sette meg ned et eller annet sted».* Frykten for å dumme seg ut eller vise at man ikke mestret kunne føre til en unnvikelsesstrategi, der det var bedre å ikke yte full innsats enn å vise de andre at man faktisk ikke greide eller ikke var bedre. Flere visste klart hvilke situasjoner i fysisk aktivitet som var

sårbare og som de helst ville unngå. Dermed kunne det for noen være en lettvinnt og kortsiktig løsning og velge å trekke seg litt unna og ikke vise eller utfordre svakhetene sine.

Eksempel 2 med kunstig sitat og sammenfatning med direkte sitat. Tema er fysisk aktivitet på Geilomo

Kunstig sitat:

Når jeg tenker på Geilomo, så tenker jeg på aktiviteter, møte nye folk, ha det moro. Det er som å være på en treningsleir. Jeg blir sliten, men det er gøy. Jeg er mer aktiv her enn hjemme, det er morsommere leiker og aktiviteter, for eksempel stikkbball, ballspill, gåtur. Det er bra at det legges en plan for aktivitetene som vi skal følge, det er mye mer lett tilgjengelig å gjøre ulike aktiviteter. Vi trenger ikke dra langt av gårde. Og det er positivt at du er med andre som har astma. Da unngår jeg å bli flau for å bli sliten, og det er lettere å yte full innsats. Det er andre som blir fortere sliten enn meg her oppe. Det er greit tilrettelagt her oppe. Det er godt å komme hjem igjen og kunne slappe litt av.

Sammenfatning med direkte sitat:

Noen fortalte at det var morsommere på Geilomo fordi her ble alle med på aktivitetene. Det var positivt at alle ble like fort sliten, da følte man seg ikke annerledes. Noen har med seg erfaringer hjemmefra der de ofte er svakest eller i alle fall ikke er bedre enn medelever eller lagkompiser. Eller at de føler seg annerledes nettopp på grunn av astmaen. Et sentralt moment her er at barna/ungdommene ikke likte å skille seg ut. De ønsket å være mest mulig lik jevnaldrende. Det å kjenne på fellesskapet med andre barn/ungdommer som har astma, synes derfor å være viktig, og en viktig del av Geilomo-oppholdet. En jente sa at innsatsen hennes på Geilomo var høyere enn hjemme fordi hun syntes det var så flaut å bli andpusten. På Geilomo var det litt annerledes, for i følge henne var hun ikke alene om å bli sliten:

*«... det er så mange som blir det, noen som er verre enn meg. Og noen som blir rødere enn meg og sånn, man føler seg, man blir liksom ikke helt alene over å kanskje føle seg litt flau og bli kanskje rød i trynet og svett og andpusten, og ja sånne ting».* For henne kan det synes som at hun føler nivået blant barna/ungdommene i fysisk aktivitet er lavere på Geilomo enn hjemme.



Region: REK vest  
Saksbehandler: Anne Berit Kolmannskog  
Telefon: 55978496

Vår dato: 28.06.2011  
Deres dato: 10.05.2011  
Vår referanse: 2011/1116/REK vest  
Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Målfrid Råheim  
[malfrid.raheim@isf.uib.no](mailto:malfrid.raheim@isf.uib.no)  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

### 2011/1116 Barn og ungdom med astma - erfaringer med fysisk aktivitet

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 09.06.2011.

#### Prosjektomtale (revidert av REK):

*Denne masteroppgaven har som formål å utdype barn og unges perspektiv på fysisk aktivitet. Gjennom intervjuer ønsker man mer kunnskap om hvordan de unge opplever å være fysisk aktive på et 5 ukers habiliteringsopphold på Geilomo barnesykehus og hvordan de har erfart fysisk aktivitet etter hjemkomst. Utvalgskriteriene i studien gir en selektert gruppe som også tidligere har hatt opphold på Geilomo.*

#### Forskningsetisk vurdering

Prosjektet, slik det er lagt opp, vil ikke være fremleggingspliktig for REK. Komiteen vurderer prosjektet til å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde da den ikke primært søker ny kunnskap om sykdom og helse, men ser på de unges perspektiv på fysisk aktivitet.

Prosjektet må meldes til personvernombudet for Universitetet i Bergen, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

#### Vedtak

*Søknaden avvises da prosjektet ikke er fremleggingspliktig. Prosjektet kan således i prinsippet gjennomføres uten godkjenning fra REK, som ikke har innvendinger mot at resultatene evt. blir publisert.*

Med vennlig hilsen,

Jon Lekven (sign.)  
komiteleder

Anne Berit Kolmannskog  
sekretariatsleder

Kopi til: [postmottak@uib.no](mailto:postmottak@uib.no)

*Saksbehandlingen følger forvaltningsloven. Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).*

*De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4. REK Vest forutsetter at dette vedtaket blir forelagt den forskningsansvarlige til orientering. Se helseforskningsloven § 6, jfr. § 4 bokstav e.*

*Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no). Vennligst oppgi vårt referansennummer i korrespondansen.*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Statistisk sentralbyrå  
24.05.07 (senest)  
Statistisk sentralbyrå  
Kjellerstrømsveien 11  
N-0487 Oslo  
Telefon: 22 52 00 00  
Telefax: 22 52 00 01  
E-post: nsd@statistisksb.no

Målfrid Råheim  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31  
5018 BERGEN

Vår dato: 19.08.2011

Vår ref: 27571/13/11

Deres dato:

Deres ref:

#### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.07.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27571	<i>Barn og unge med astma - erfaringer med fysisk aktivitet</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Målfrid Råheim
Student	Live Berg

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

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henriksen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Live Berg, Thoreplassvegen 19, 3570 Ål.

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 27571

#### FORMÅL

Formålet er å finne ut av hvordan barn/unge med astma opplever å være fysisk aktiv, hvordan en fysisk aktiv/inaktiv hverdag påvirker dem, deres opplevelse av mestring av fysisk aktivitet og av sykdommen, deres holdninger til fysisk aktivitet.

#### UTVALG - REKRUTTERING OG FØRSTEGANGSKONTAKT

Utvalget vil være barn og unge 13-16 år som har astma, og disse barna er på habiliteringsopphold på Barneklubben Geilomo, som er en institusjon på Barneklubben, Oslo Universitetssykehus (OUS).

Førstegangskontakten opprettes av OUS som formidler henvendelsen fra prosjektleder.

#### METODE FOR DATAINNSAMLING -

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju. Ved intervjuene benyttes lydbåndopptak som vil bli behandlet elektronisk.

Det samles inn data om barn og ungdommer med astma sine tanker, erfaringer med og holdninger til fysisk aktivitet.

Personvernombudet finner at det samles inn og registreres sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c.

#### REGISTRERING AV OPPLYSNINGER

Innsamlede opplysninger registreres på pc i nettverk tilknyttet Internett.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke både fra ungdommen og dennes foresatte. Personvernombudet finner i utgangspunkt skrevet tilfredsstillende men forutsetter at det også oppgis navn på veileder og at det kort innledningsvis redegjøres for hvordan kontakten er opprettet.

Personvernombudet ber om at kopi av endelig informasjonsskriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

#### PROSJEKTSLUTT

Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak makuleres ved prosjektslutt, senest 01.07.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.

## MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNING

### INTERNKONTROLL OG FORANKRING AV FORSKNINGSANSVAR (OBLIGATORISK)

Til: Live Berg, Anne-Britt Foss

Kopi: Målfrid Ranheim, Karin C. Lødrup Carlsen

Fra: Stab forskning, innovasjon og utdanning

Dato: 8. juni 2011

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Internregistrering OUS vedr. forskningsprosjekt

Saksnummer ePhorte: 2011/9424

---

#### **Forskningsprosjektet:**

#### **”Barn og unge med astma - tanker og erfaringer om fysisk aktivitet. En kvalitativ intervjustudie”**

Viser til innsendt søknad om igangsetting av forskningsprosjekt ved Oslo universitetssykehus. Det følgende er den formelle interne forankringen av søknaden.

- Stab forskning, innovasjon og utdanning sikrer internkontrollen og ivaretar nødvendig forankring av foretakets forskningsansvar.

Oppfylging av følgende forutsetninger ligger til grunn for den interne forankringen av studien:

Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet har vurdert studien og har følgende forutsetninger til den planlagte databehandlingen av personopplysninger/helseopplysninger:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Vedlagte informasjonsskriv benyttes. Siden OUS er databehandlingsansvarlig må det påføres OUS-logo, eventuelt og UiB-logo.
3. Data lagres som oppgitt i meldingen. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor på sykehuset.
4. Det må etableres databehandleravtale med Universitetet i Bergen før data kan uteleveres (se vedlagt mal).
5. Data slettes eller anonymiseres senest 30.06.12 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes.
6. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres, må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.





Seksjon for biobank og registerstøtte har vurdert studien til ikke å være relevant i forhold til opprettelse av forskningsbiobank.

Enhet for klinisk forskningsstøtte/GCP har vurdert studien til ikke å være klinisk utprøving av legemidler til mennesker.

Studien må vurderes og godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og eventuelle merknader må følges. Denne søknaden sendes inn via SPREK-portalen til REK. Det må være samsvar mellom navn på søker/prosjektleder i den interne forankringen og i den eksterne søknaden til REK.

REKs godkjenning sendes i retur til: [oushfpbsentralgod@ous-hf.no](mailto:oushfpbsentralgod@ous-hf.no)

Ved samarbeid med ekstern forskningsinstitusjon, må Seksjon for forskningsadministrasjon kontaktes, e-post: [geir.gogstad@ous-hf.no](mailto:geir.gogstad@ous-hf.no)

Ved inngåelse av kontrakt med ekstern industriell enhet må Inven2 (tidligere Medinnova) kontaktes, e-post: [post@inven2.com](mailto:post@inven2.com)

Studien er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier (ForPro).

Lykke til med studien!

Med vennlig hilsen

Mette B. Stinessen  
Seniorrådgiver

Stab forskning, innovasjon og utdanning  
Oslo universitetssykehus HF

Vedlegg.

## Databehandleravtale mellom Universitetet i Bergen (org nr. 874 789 542) og Oslo Universitetssykehus HF (org nr. 993 467 049)

1	Kontraktens parter.....	1
2	Bruksområdet for avtalen.....	1
3	Varighet og oppsigelse.....	1
4	Partenes ansvarsområde under personopplysningsloven med forskrifter.....	1
5	Beskrivelse av formålet med bruken av databehandler.....	2
6	Spesifisering av aktuelle data.....	2
7	Kontaktpersoner.....	2
8	Krav til informasjonssikkerhet.....	2
8.1	Krav til teknisk sikkerhet.....	2
8.2	Krav til tilgangskontroll.....	3
8.3	Krav til fysisk sikkerhet.....	3
8.4	Krav om rett til innsyn, inspeksjon og testing.....	3
9	Taushetsplikt.....	4
10	Mislighold.....	4
11	Sanksjoner ved mislighold.....	4
12	Ansvar for underleverandører.....	4
13	Overdragelse av rettigheter og plikter.....	4
14	Rettsvalg og verneting.....	4
15	Undertegning.....	5

### 1 Kontraktens parter

Kontrakten inngås mellom Databehandlingsansvarlig Oslo Universitetssykehus HF (heretter kalt Databehandlingsansvarlig) og Universitetet i Bergen (heretter kalt Databehandler).

### 2 Formål og virkeområde for avtalen

Formålet med kontrakten er å regulere Databehandlerens bruk og sikring av personopplysninger som er tilgjengeliggjort av Databehandlingsansvarlig. Det skal fremgå klart dersom Databehandleren kan overlate personopplysninger til andre for oppbevaring, bearbeiding eller annen bruk.

Kontrakten er utformet for å nærmere regulere ansvaret mellom Databehandlingsansvarlig og Databehandleren ved databehandlers drift, forvaltning, bruk og tilgang til helse- og personopplysninger.

### 3 Varighet og oppsigelse

Avtalen trer i kraft 01.08.11 og har en varighet 31.06.12. Kontrakten kan videre sies opp med ..... måneders varsel.

### 4 Partenes ansvarsområde under personopplysningsloven med forskrifter

Oslo universitetssykehus er i henhold til Lov om behandling av personopplysninger å anse som databehandlingsansvarlig, jf lovens § 2 nr 4. Den databehandlingsansvarlige har ansvar for å påse at krav, herunder krav til sikkerhet, som stilles i personopplysningsloven med forskrifter er oppfylt. Det innebærer blant annet også at Databehandlingsansvarlig har ansvaret for å påse at kravene er oppfylt i forbindelse med oppbevaring og bruk av personopplysningene hos Databehandleren, jf loven § 15 og forskriften § 2-15.

Databehandleren er å anse som databehandler etter personopplysningsloven § 2 nr 5 og kan kun behandle personopplysninger tilgjengeliggjort av Databehandlingsansvarlig i henhold til denne avtale, jf personopplysningsloven § 15. Eventuell annen bruk av personopplysningene skal i forkant avtales særskilt med Databehandlingsansvarlig.

Databehandleren skal sikre at personopplysninger tilgjengeliggjort av Databehandlingsansvarlig holdes atskilt fra egne og andres opplysninger og tjenester.

Ved avtalens utløp skal Databehandleren påse at alle personopplysninger som er tilgjengeliggjort av Databehandlingsansvarlig makuleres/slettes, slik at opplysningene ikke kan gjenfinnes. I stedet for makulering kan Databehandleren levere tilbake alt utlevert/tilsendt materiale som omfatter personopplysninger tilbake til Databehandlingsansvarlig.

## **5 Beskrivelse av formålet med bruken av databehandler**

Formålet med studien er å få mer kunnskap om barn og unge med astma sine erfaringer med og tanker om fysisk aktivitet. Kvalitative intervjuer anvendes for å få belyst dette. Studien er en masteroppgave ved Masterprogram i helsefag, Studieretning fysioterapivitenskap, Universitetet i Bergen. Det er ikke kobling til andre datasett.

## **6 Spesifisering av aktuelle data**

Data består av båndopptak av intervjuer, samt transkripsjoner/tekst fra disse båndopptakene. Det angis ikke navn eller andre personalia på disse, kun kjønn og alder. Sammen med søknad til Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk – Vest (REK Vest), vil søknaden også behandles av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Datamaterialet skal oppbevares forsvarlig og slettes ved prosjektslutt, og tilgang til materialet gjelder for masterstudenten og veileder/undertegnede.

## **7 Kontaktpersoner**

Følgende kontaktpersoner er oppnevnt i forbindelse med denne avtalen:

- hos Databehandlingsansvarlig: <navn, kontaktinformasjon, rolle>, .....
- hos Databehandleren: Målfrid Råheim, forskningsansvarlig for prosjektet og veileder

## **8 - Krav til informasjonssikkerhet**

Begge parter skal til enhver tid tilfredsstillende krav til informasjonssikkerhet i personopplysningsloven § 13 og personopplysningsforskriften kapittel 2. For helseopplysninger må krav til tilgang sikres iht behov gitt i helselovgivningen.

Databehandleren skal sikre at all behandling av personopplysninger som er omfattet av denne avtalen utføres i samsvar med akseptabelt risikonivå definert av Databehandlingsansvarlig. Gjennomført risikovurdering skal fremlegges av databehandler for egen og eventuelle underleverandørers sikkerhet som del av dette.

Det forutsettes at databehandler har definert sikkerhetsmål, -strategi, -organisering og ansvar i samsvar med Personopplysningsloven og -forskriften og at dette følges opp med nødvendig Internkontrollsystem.

Kompromittering eller mistanke om kompromittering av opplysningene, skal umiddelbart rapporteres til sykehusets personvernombud.

Databehandleren skal ha klare rutiner for logging av feil og avvik som er av betydning for Databehandlingsansvarliges informasjonssikkerhet og som er omfattet av denne avtalen. Dersom det avdekkes slike feil eller avvik, skal Databehandleren så snart som mulig, og senest innen 24 timer, varsle Databehandlingsansvarlig om dette. Databehandleren skal i et slikt tilfelle straks igangsette tiltak for å minimere mulig skade for Databehandlingsansvarlig.

Databehandlingsansvarlig kan til enhver tid kreve dokumentasjon hos Databehandleren for å forsikre seg om at Databehandleren overholder alle relevante krav i personopplysningsloven og -forskriften vedrørende informasjonssikkerhet. Databehandlingsansvarlig kan kreve tilgang til Databehandlerens rapporter mv knyttet til periodiske revisjoner av sine prosedyrer og rutiner.

### **8.1 Krav til teknisk sikkerhet**

Følgende krav til teknisk sikkerhet forutsettes:

- Tilgang til tjenester og opplysninger i nettverket skal være basert på individuelle brukerkoder og passord.
- Lagring av opplysninger overlevert av databehandlingsansvarlig skal sikres, slik at kun autoriserte medarbeidere har tilgang.
- Tilgang til eksterne nett/Internett og Databehandlers åpne nettverk, dersom det finnes, skal kun være tilgjengelig via tynnklient eller tilsvarende, slik at det ikke er mulig å flytte de utleverte opplysninger fra sikret område til eksterne nett eller interne nett med lavere sikkerhetsfunksjonalitet, ref Datatilsynets referansmodell for behandling av sensitive personopplysninger.
- Sikkerhet skal ivaretas ved fjerndrift. Dette innebærer benyttelse av bærbar PC tilhørende Leverandøren, kryptert VPN forbindelse og sperring mot samtidig tilgang til Internett. DriftsPC skal ikke brukes av venner, familie eller andre ikke autoriserte personer.
- 2-nivå autentisering skal benyttes om tilgang skjer via usikre nettverk
- Kommunikasjon skal sikres med kryptering dersom den går over usikre nettverk og det sendes sensitive personopplysninger.

## 8.2 Krav til tilgangskontroll

Databehandleren har ansvar for at personell (hos Databehandleren eller underleverandører som denne benytter) med elektronisk tilgang til Systemet, alltid skal ha underskrevet taushetserklæring før tilgang gis. Taushetsplikten gjelder også etter at oppdraget er avsluttet og Inntil Databehandlingsansvarlig eventuelt skriftlig opphever taushetsplikten for vedkommende.

Databehandleren skal ha rutiner for tilgangsautorisasjon og -styring som sikrer at bare de av Databehandlers medarbeidere som har reelt behov til tilgang til Systemet og informasjonen for å gjennomføre leveransen/tjenesten, har tilgang. Tilgangsnivå skal være i henhold til reelt behov knyttet til å gjennomføre leveransen.

Databehandler skal til enhver tid ha oversikt over eget personell som er autorisert for tilgang til Databehandlingsansvarliges informasjon og tjenester. På forespørsel skal slik oversikt forelegges Databehandlingsansvarlig.

Dersom Databehandlingsansvarlig har innvendinger mot at en gitt person har fysisk og/eller elektronisk adgang til Systemet, skal autorisasjon for dette inndras.

Det skal benyttes personlige brukerkonti for all tilgang knyttet til gjennomføring av leveransen.

Dersom Databehandleren benytter bærbare klient maskiner til drift, skal Databehandleren ha rutiner som sikrer at disse bare benyttes av driftspersonell og til driftsrelaterte oppgaver.

Dersom tredjepart eller underleverandør i forbindelse med support eller tilsvarende skal ha tilgang til systemet, skal det benyttes midlertidige passord eller tilsvarende. Dette skal endres/sperres umiddelbart når behovet for tilgang opphører.

## 8.3 Krav til fysisk sikkerhet

Det skal benyttes adgangskontroll med bruk av adgangskort med personlig kode eller tilsvarende. Adgangskontroll til begrensede områder (feks drift og serverrom) skal være basert på faktiske behov. Personell som ikke er autoriserte, skal følges. Adgangskontroll med låste dører gjelder for følgende typer lokaler: datahall/serverrom, IT lokaler (drift/support), lokaler med IT relatert utstyr (koblingsmatriser, svitsjer/rutere), osv.

## 8.4 Krav om rett til innsyn, inspeksjon og testing

Databehandlingsansvarlig skal ha rett til innsyn i og verifikasjon av hvordan løsningen er sikret. Med innsyn menes dokumentasjon, intervjuer, møte, tester, sikkerhetsovervåking av nettverkstrafikk og aktivitet på server samt eventuelle andre former for verifikasjon som kan være hensiktsmessig. Databehandleren aksepterer at Innsyn kan gjennomføres av Databehandlingsansvarlig eller den Tredjepart Databehandlingsansvarlig måtte velge til gjennomføring. Retten til Innsyn gjelder alle tekniske, organisatoriske og administrative forhold som er relevante for sikkerheten i tjenesten som leveres Databehandlingsansvarlig.

Databehandleren forplikter seg på to ukes varsel å utlevere eller på annen måte sørge for mulighet for innsyn i sikkerhetsmessig dokumentasjon relevant for Databehandlingsansvarlig.

Dersom Databehandlingsansvarlig gjør bruk av retten til innsyn og avvik i sikring av Systemet oppdages, skal Databehandleren uten ugrunnet opphold korrigere avvik. Databehandleren skal skriftlig redegjøre for korrektive tiltak og plan for gjennomføring. Databehandleren skal som en del av kontrakten vederlagsfritt bidra med relevant personell og nødvendig omfang av innsats ved oppfølging og rettelser av avvik relatert til sikkerhet i Systemet. Dette gjelder når avvik og eventuelle behov for rettelser skyldes handlinger eller mangel på slike hos Databehandleren eller underleverandører denne måtte benytte.

## **9 Taushetsplikt**

Partene skal bevare taushet om alle konfidensielle opplysninger, noens personlige forhold, sikkerhetsmessige og forretningsmessige forhold, opplysninger som kan skade en av partene eller som kan utnyttes av utenforstående i næringsvirksomhet.

Taushetsplikten gjelder partenes ansatte og andre som handler på partenes vegne i forbindelse med gjennomføringen av kontrakten. Alle ansatte skal ha undertegnet taushetserklæring (Taushetserklæringene skal gi tilsvarende dekning som Databehandlingsansvarliges egne taushetserklæringer.). Kopi av taushetserklæring skal fremlegges på forespørsel og eventuelt korrigeres ved behov.

Partene plikter å ta de forholdsregler som er nødvendig for å sikre at materiale eller opplysninger ikke blir gjort kjent for andre i strid med dette punktet.

Punktet gjelder også etter at kontrakten er opphørt. Ansatte og andre som fratrer sin tjeneste hos en av Databehandlerne skal pålegges taushet også etter fratredelse om forhold som nevnt over.

## **10 Mislighold**

Mislighold foreligger dersom en av partene ikke oppfyller sine plikter etter denne avtalen og dette ikke skyldes forhold som den andre parten har ansvaret for eller risikoen for.

Dersom en av partene ønsker å påberope seg mislighold, skal dette meddeles den andre parten skriftlig uten ugrunnet opphold.

## **11 Sanksjoner ved mislighold**

Ved mislighold kan den krenkede part holde tilbake sin motytelse, men ikke åpenbart mer enn det som synes påkrevd for å avhjelpe virkningene av misligholdet, og bare inntil forholdet er bragt i overensstemmelse med avtalen.

Hvis det foreligger vesentlig mislighold, kan den andre parten – etter å ha gitt skriftlig varsel og rimelig frist til å bringe forholdet i orden – heve hele eller deler av avtalen med øyeblikkelig virkning og kreve erstatning for eventuelle tap dette har medført.

## **12 Ansvar for underleverandører**

Dersom en av partene engasjerer utenforstående (underleverandører) til å utføre ytelser som følger av denne avtalen, er parten fullt ansvarlig for utførelsen av disse ytelsene på samme måte som om han selv stod for utførelsen. Databehandleren skal sørge for at underleverandører undertegner og forplikter seg til å følge Databehandlingsansvarliges databehandleravtale.

## **13 Overdragelse av rettigheter og plikter**

Databehandlingsansvarlig kan helt eller delvis overdra sine rettigheter og plikter etter avtalen til en annen norsk statlig virksomhet, som da er berettiget til tilsvarende vilkår. Databehandleren kan kreve å få dekket eventuelle merutgifter som er forbundet med overdragelsen.

Databehandleren kan overdra sine rettigheter og plikter etter avtalen med skriftlig samtykke fra Databehandlingsansvarlig. Slikt samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn. Rett til vederlag etter avtalen kan fritt overdras, men overføring fritar ikke Databehandleren for hans plikter og ansvar.

## **14 Rettsvalg og verneting**

Partenes rettigheter og plikter etter denne avtalen bestemmes i sin helhet av norsk rett.

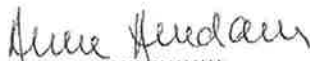
Eventuelle tvister som springer ut av denne avtalen skal behandles ved de ordinære domstoler. Oslo tingrett vedtas som verneeting.


### 15 Undertegning

Denne avtale er undertegnet i 2- to- eksemplarer, hvorav hver part beholder 1- ett- eksemplar.

Oslo, den .....

Bergen, den 29.06.11

  
Databehandlingsansvarlig (signatur)

  
Databehandleren (signatur)

(med trykte bokstaver)

(med trykte bokstaver)

Stilling:.....

Stilling:... førsteamanuensis.....

Navn: .....

Navn: ...Målfrid Råheim.....

Anne Amdam  
Avd.leder  
Barnemedisinsk avdeling  
Kvinne og barneklivnikken  
Oslo universitetssykehus HF

# GEILOMO BARNESYKEHUS

## Om målsetting for virksomheten



### MÅLSETTING 1:

**Styrke barnets fysiske og mentale helse ved å:**

- styrke barnets tro på seg selv ved opplevelse av mestring i fysisk aktivitet og sosialt samvær
- fokusere på mulighetene, sette inn behandling og andre tiltak for å minimalisere begrensninger
- gjøre barn og foreldre fortrolig med sykdommen gjennom opplæring og undervisning.

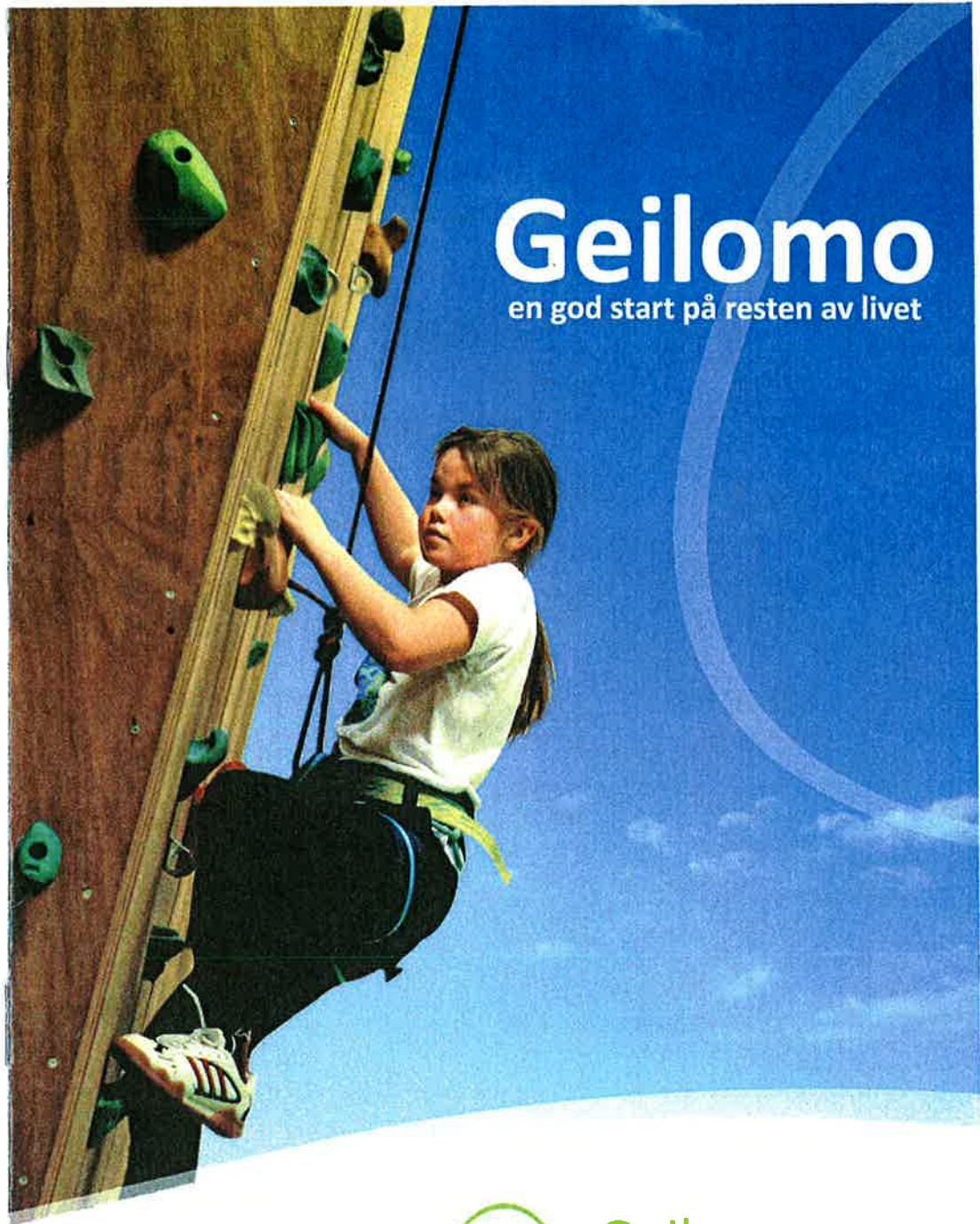
### MÅLSETTING 2:

**Hjelpe/veilede familien til å få en bedre hverdag i hjemmesituasjonen ved å:**

- veilede foreldrene i forhold til barnets behov
- gi råd om avlastning når dette er nødvendig
- opplyse om økonomiske og praktiske støtteordninger
- informere skole og skolehelsetjenesten om sykdommen, og om hvilke tiltak som er nødvendig rundt barnet.

25.08.06





# Geilomo

en god start på resten av livet



Geilomo  
barnesykehus

---





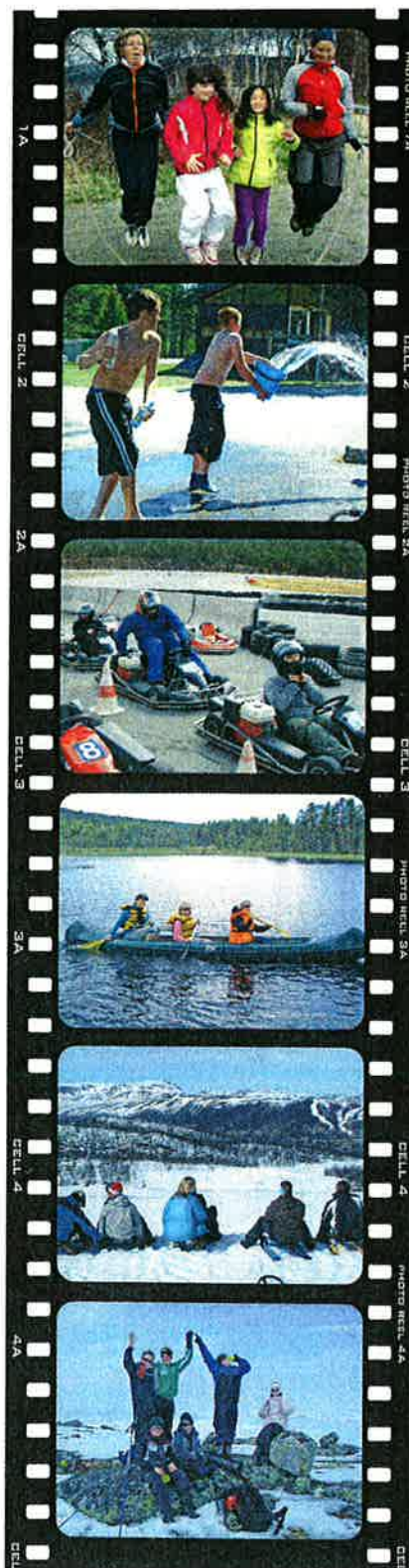
## Geilomo

er landets eneste spesialsykehus for habilitering av barn og ungdom med astma og andre kroniske lungesykdommer, eksem, allergi og medfødt hjertefeil.

Sykehusets beliggenhet på Geilo gir fantastiske muligheter for fysisk aktivitet hele året, og personalet har høy kompetanse og lang erfaring i habilitering. Barna introduseres for fysiske aktiviteter, og de lærer å mestre de utfordringene som en kronisk sykdom gir.

Oppholdets lengde kan variere etter hensikt og målgruppe, men er i utgangspunktet på fire-fem uker. Der det er behov for det, tilbyr sykehuset opphold for én eller begge foreldre.

Geilomo har tilknyttet egne leger, klinisk ernæringsfysiolog og sosionom i tillegg til sykepleiere, fysioterapeuter, idrettspedagoger og fritidsledere.



## Effektiv læring og mestring gjennom høy faglig kompetanse

- Fine og hensiktsmessige omgivelser og fasiliteter.
- Mangfoldig tilrettelagt aktivitetstilbud.
- ⚙ Individuelt tilpasset opplæring for barn, ungdom og foresatte.

## Kartlegging av fysisk funksjonsnivå

Utføres av fysioterapeuter og idrettspedagoger.

## Fysisk aktivitet

Vår oppgave er å fokusere på barnets/ ungdommens muligheter og videreutvikle disse i trygge omgivelser, basert på det enkelte individs ferdighetsnivå.





## Fakta

- Astma- og allergiforekomstene øker foruroligende tross økt kunnskap og bedre medisiner og behandling. Det er vanskelig å si eksakt hvorfor, men det er liten tvil om at menneskeskapte klimaendringer, forurensning, helseskadelig inneluft og skadelige stoffer i mat og omgivelser er med på å gi en stadig økende sykdomsforekomst.
- Over 20 % av alle barn i Norge vil ha, eller ha hatt, astma innen fylte 10 år.
- Verdens Helseorganisasjon (WHO) anslår at 50 % av jordens befolkning vil ha én eller flere allergier innen 2030.
- Tidlig diagnose og individuell behandling, samt opplæring om sykdommen, er avgjørende for at barn med slike plager skal kunne leve et tilnærmet normalt liv.
- Hvert år blir det født minst 500 barn med hjertefeil i Norge. Hjertefeil er en samlebetegnelse på alle avvik i hjertet, eller i de store årene nær hjertet.
- Det finnes mange ulike hjertefeil og en rekke forskjellige kombinasjoner av disse.
- Stadig flere barn med medfødt hjertefeil vokser opp, og det vil derfor være behov for oppfølging for at barna skal kunne leve så normale liv som mulig.
- Noen barn med hjertefeil kan ha andre utfordringer i tillegg til selve hjertefeilen. Eksempler på dette er begrensninger med hensyn til fysisk aktivitet og utholdenhet, konsentrasjonsvansker, lese- og skrivevansker og ernæringsproblemer.

## Skole

Geilomo skole er en spesialscole for 1. til 10. skoletrinn. Små grupper og spesialkompetanse blant lærerne gir barnet et optimalt skoletilbud, ofte i nært samarbeid med hjemskolen.

## Oppfølging

Der vi ser behov for videre oppfølging etter hjemkomst eller igangsettning av enkelttiltak, tar vi kontakt med hjemkommunen. Det sendes rutinemessig rapport fra lege (epikrise), aktivitetsrapport skrevet av fysioterapeut og sykepleierrapport til henvisende lege, helsesøster, skole og til hjemmet.





### **Et sunt kosthold**

Et sunt kosthold hos barn og ungdom med kroniske sykdommer er viktig, både for å unngå feilernæring og for å forebygge utvikling av overvekt. Vi tilbyr kostveiledning med oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog.

## Foreldre

Alvorlig kronisk sykdom kan skape usikkerhet og utrygghet hos foreldre. Observasjon av barnet i aktivitet sammen med foreldre, og kunnskap om barnets muligheter og begrensninger, kan bidra til å komme over denne terskelen.

## Undervisning og veiledning

i aktuell sykdom og behandling, for både foreldre og barn.

- Teoretisk opplæring i en rekke aktiviteter i tillegg til praktisk veiledning.
- Treningslære.
- Tilrettelagt treningsopplegg tilpasset forhold hos barn med medfødt hjertefeil.





## PRAKTISKE OPPLYSNINGER:

### Hvem kan søke om opphold på Geilomo?

Geilomo er et landsdekkende behandlingstilbud, det vil si at man kan søke uansett hvor i landet man bor. Alle barn i alderen 6-16 år med astma eller andre kroniske lungesykdommer, eksem, allergi eller medfødt hjertefeil kan søke om opphold.

### Kostnader?

Det er ingen egenandel. Foreldres arbeidsgiver kan få dekket sine utgifter fra første dag gjennom opplæringspenger. For detaljer om trygderettigheter, kontakt ditt lokale NAV-kontor.

### Hvordan søke?

Kontakt din fastlege, barneavdeling/-klinikk eller privatpraktiserende spesialist. Søknad sendes til Geilomo barnesykehus, boks 130, 3581 Geilo.

For ytterligere informasjon: [geilomo@ous-hf.no](mailto:geilomo@ous-hf.no), tlf. 32 09 50 00.

Geilomo barnesykehus drives av Oslo universitetssykehus i et brukersamarbeid med eier Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF) og Foreningen for hjertesyke barn.

[www.geilomo.no](http://www.geilomo.no)



ASTMA- OG  
ALLERGI FORBUNDET  
*— Her Norge truker*



FORENINGEN FOR  
HJERTESYKE BARN

# GROVPLAN: AKTIVITETER UNDER OPPHOLDET

## Uke 1

- Barna gjennomfører fysisk form test i gymsalen
- Barna lager seg fysiske målsetninger for oppholdet sammen med foreldre
- Helgeaktivitet: Handling og heldagstur
- Faste aktiviteter: basistrening, styrketrening, fribad, lekaktivitet i gymsal, aktivitet barn og foreldre
- Kartlegging av svømmeferdigheter og svømmetest

## Uke 2

- Onsdag: heldagstur i regi av skolen. Foreldre inviteres til å bli med!
- Faste aktiviteter: Klatring, basistrening, styrketrening, svømming, fribad, uteaktivitet
- Helgeaktivitet: handling, aktivitet på området og heldagstur

## Uke 3

- Faste aktiviteter: Klatring, basistrening, styrketrening, svømming, fribad, uteaktivitet
- Overnattingstur i telt eller lavvo for 8. -10.klasse.
- Helgeaktivitet: handling, aktivitet på området og heldagstur

## Uke 4

- Barna gjennomfører fysisk form test i gymsalen
- Faste aktiviteter: svømmetester, basistrening, styrketrening, aktivitet barn og foreldre
- Utfylling av skjemaer (Vurdering av mestring og innsats i aktivitetene + lage treningsplan til dere kommer hjem). Gr 1 og 2 sammen med foreldre, opp til hver enkelt om foreldre er med på gr 3 og 4.
- Torsdag: avslutningsfest med underholdning i regi av barna

**Utover dette vil det komme andre aktiviteter 😊**

Med forebehold om endringer  
Hilsen Loftet avd. fysisk aktivitet


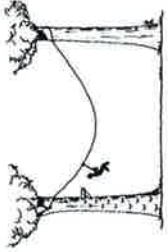




# UKEPLAN FYSISK AKTIVITET UKE 2

MANDAG 06.02	TIRSDAG 07.02	ONSDAG 08.02	TORSDAG 09.02	FREDAG 10.02	LØRDAG 11.02	SØNDAG 12.02
	Kl 09.00-11.25 Gym gr 3 og 4 Ballaktivitet og styrketrening	Kl 09.00-11.25 Gym Gr 1 og 2 Langrenn	Treningslære 1 time – Gr 1 2 time – Gr 2 3 time – Gr 3 og 4		Kl 10.00 Alpint	Kl 10.00 Alpint
Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Matpakke	Matpakke
Kl 12.05-14.40 Ballaktivitet i gymsal Gr 1 og 2	Kl 13.50 – 14.40 Klatring gr 1		Kl 12.05-14.40 Gym gr 3 og 4 Skøyter	Kl 13.00 – 13.45 Klatring gr 2  Kl 13.45-14.40 Gr 3 og 4 Styrketrening		
Middag	Middag	Middag	Middag	Middag	Middag	Middag
KL 16.00 MØTE Mat og helse undervisning Gr 3 og 4	KL 16.00 MØTE Langrenn på Geilomo-området	KL 16.00 MØTE Klatring og uteaktivitet Gr 3 og 4	KL 16.00 MØTE Uteaktivitet og Arne-lina	KL 16.00 MØTE Handling, vi går til sentrum og tilbake	Fribad eller annen aktivitet på Geilomo	Fribad eller annen aktivitet på Geilomo
Svømming Gr 1 og 2	 Bading gr 1 og 2 Svømming Gr 3 og 4	Uteaktivitet Gr 1 og 2		Aktivitet med ordensansvarlig 😊		
Kondisjonstrening i gymsal Gr 3 og 4		Ungdomsaktivitet 8. – 10.klasse				

Ved temperaturer lavere enn 15 effektive minusgrader blir det inneaktivitet.

# UKEPLAN FYSISK AKTIVITET UKE 3

MANDAG 21.05	TIRSDAG 22.05	ONSDAG 23.05	TORSDAG 24.05	FREDAG 25.05	LØRDAG 26.05	SØNDAG 27.05
Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Grøt	Matpakke
Kl 12.00-14.30 Gym gr 1 og 2 Sykling	Kl 09.00-11.30 Gym gr 1 og 2 Orientering	Kl 09.00-11.30 Gym gr 1 og 2 Orientering	Treningslære 1 time – Gr 1 2 time – Gr 2 3 time – Gr 3 og 4		-Pinseakften-  Kl 10.00 Handling. Vi går til/ fra sentrum.	-1. pinsedag -  Kl 10.00 Heldagstur  Nærmere info kommer.
Kl 12.00-14.30 Gym gr 1 og 2 Sykling			Kl 12.00-14.30 Gym gr 3 og 4 Intervalltrening		Aktiviteter på området.	-----’
Kl 13.45 – 14.30 Klatring gr 1			Kl 13.45 – 14.30 Gr 1 og 2 Basistrening	Kl 13.45-14.30 Gr 3 og 4 Styrketrening		
<b>Middag</b>	<b>Middag</b>	<b>Middag</b>	<b>Middag</b>	<b>Middag</b>	<b>Middag</b>	<b>Middag</b>
KL 16.00 MØTE	KL 16.00 MØTE	KL 16.00 MØTE	KL 16.00 MØTE	KL 16.00 MØTE		
Utelek og klatring Gr 2, 3, og 4  Utelek og svømming Gr 1	Orientering: Ulike øvingsoppgaver  Uteaktivitet Gr 1  Svømming Gr 2, 3 og 4	Tur til energitrappa i Hol 	Uteaktivitet og Arne-lina 	Aktivitet med ordsensansvarlig 	Fribad eller annen aktivitet på Geilomo 	Fribad eller annen aktivitet på Geilomo 