



UiT Norges arktiske universitet

Idrettshøgskolen

## **Fysisk aktivitet som et supplement**

*En kvalitativ studie av personer med  
revmatoid artritts opplevelse av fysisk aktivitet  
som et viktig supplement i behandlingen av sykdommen.*

---

**Alexander Stamnes**

*Masteroppgave i Idrettsvitenskap  
UiT vår 2020*



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Revmatiske sykdommer .....	1
1.1.1	Revmatoid artritt .....	3
1.2	Fysisk aktivitet ved revmatoid artritt .....	5
1.2.1	Hva anbefales for de med revmatoid artritt? .....	6
1.2.1.1	Aerob trening .....	8
1.2.1.2	Varmtvannstrening .....	8
1.2.1.3	Styrketrening .....	8
1.2.1.4	Stretching .....	9
1.2.1.5	Utfordringer .....	9
1.3	Problemstilling .....	10
1.4	Oppgavens struktur .....	10
2	Kroppen; Alle handlingers subjekt .....	11
2.1	Salutogenese og opplevelse av sammenheng .....	11
2.1.1	Tidligere forskning/erfaring .....	17
2.2	Kroppsfenomenologi .....	23
2.2.1	Maurice Merleau-Pontys konsept av kroppsfenomenologi .....	23
2.2.2	Tidligere forskning/erfaring .....	25
3	Metode .....	30
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring .....	30
3.2	Mitt utgangspunkt .....	33
3.3	Valg av metode .....	35
3.4	Utvalg .....	36
3.4.1	Strategisk utvalg .....	36
3.4.2	Tilgang til feltet .....	36
3.4.3	Kriterier for utvalg .....	38
3.4.4	Rekruttering av deltakere .....	38
3.4.5	Presentasjon av deltakere .....	40
3.5	Kvalitativt forskningsintervju .....	43
3.5.1	Delvis-strukturert intervjuguide .....	43
3.5.2	Intervjuguidens teoretiske utgangspunkt .....	44
3.5.3	Pilot intervju .....	44
3.5.4	Gjennomføring av intervju .....	45

3.5.5	Bruk av lydopptaker.....	46
3.6	Analyse av datamaterialet.....	47
3.6.1	Transkribering.....	47
3.6.2	Kategorisering og koding.....	47
3.7	Datamaterialets kvalitet .....	49
3.7.1	Reliabilitet.....	49
3.7.2	Validitet .....	50
3.7.3	Overførbarhet.....	51
3.8	Etiske vurderinger.....	52
3.8.1	Informert samtykke.....	53
3.8.2	Anonymitet .....	53
4	Funn og drøfting .....	54
4.1	Fysisk aktivitet som en alternativ medisin .....	55
4.2	Aktiviteter som er gunstige for leddene .....	63
4.3	Livskvalitet .....	67
4.4	Kjennskap til egen kropp .....	73
5	Videre perspektiver.....	75
	Referanseliste.....	78
	Vedlegg.....	81
	Vedlegg 1: Intervjuguide .....	81
	Vedlegg 2: Informert samtykke skjema .....	83
	Vedlegg 3: Meldeskjema fra NSD .....	86
	NSD sin vurdering .....	86

## Forord

Nå har jeg vært student på UiT Norges Arktiske Universitet siden 2014. Jeg har vært igjennom et bachelorløp i idrettsfag, et årsstudium i engelsk, og nå et masterløp i Idrettsvitenskap. Tiden på universitet har vært lærerikt. Både faglig og personlig. Jeg kommer alltid til å se tilbake på tiden min her som positivt ladet. Klart, veien har vært lang og krevende, men mest av alt veldig givende. Jeg har fått mange nye og gode vennskap jeg kommer til å ta med videre i livet. Jeg har lært mye nyttig og ville ikke gjort noe annet en de årene jeg har gått her. Derfor er det noen jeg føler noen trenger en stor takk.

Jeg vil rette en stor takk til min familie for all støtten opp i gjennom årene. Dere har vært der for meg og vært forståelsesfull i stressende tider. Jeg vil rette en stor takk til min mor, Beate Stamnes for alle timene du har brukt på å lese korrektur for meg opp igjennom årene. Inkluderte denne masteroppgaven. Jeg vil også takke alle mine medstudenter for det gode samarbeidet!

Jeg vil også takke min veileder, Herbert Zoglowek, for gode tilbakemeldinger. Prosessen med å skrive denne oppgaven har ikke vært optimal. Jeg har hatt tallerkenen fullt med jobb og skole. Så jeg vil rette en stor takk til Herbert for å vært tålmodig og motiverende i innspurten av oppgaveskrivingen!

Til slutt vil jeg rette en stor takk til de som sa seg villig til å delta i studiet mitt. Uten dere hadde jeg aldri kunne gjennomført dette. Tusen takk, jeg er evig takknemlig!

Jeg håper at denne oppgaven kan kaste et større lys over viktigheten av fysisk aktivitet har hos de med revmatoid artritt slik at man kanskje kan legge et større fokus på det i tiden fremover.

Nå ser jeg fremover og venter spent på hva fremtiden har å by på!

Alexander Stamnes

Alta, 15.05.2020

## Sammendrag

Dette studiet ser på hvorvidt fysisk aktivitet kan være et supplement i behandlingen av revmatoid artritt. Jeg har sett dypere inn hva fysisk aktivitet kan gjøre for de revmatoid artritt. Hovedfokuset lå på om fysisk aktivitet kan bidra til å lindre smertene, hvordan type aktiviteter som er gunstige for leddene, samt om fysisk aktivitet kan bidra til økt livskvalitet og skape en sterke kjennskap til egen kropp. Forskningsspørsmålet som stilles var følgende; «*Hvordan opplever individer med revmatoid artritt at fysisk aktivitet bidrar som et supplement til behandlingen av sykdommen?*»

Det teoretiske grunnlaget for studiet baserer seg på Aaron Antonovskys teori om salutogenese og Maurice Merleau-Pontys kroppsfenomenologi. For å videre støtte opp rundt det teoretiske grunnlaget er det også brukt tidligere forskning rundt det samme temaet.

Det er brukt en kvalitativ metodisk tilnærming for å belyse de positive effektene fysisk aktivitet kan ha for de med revmatoid artritt. Empirien baserer seg på kvalitative forskningsintervju av personer med revmatoid artritt.

Funnene som er gjort i dette studiet samsvarer med hva tidligere forskning sier. Fysisk aktivitet viser å ha god effekt for de med revmatoid artritt. Både med tanke på leddene og sykdommen, samt den psykiske helsen. Den viser også ha god effekt på den generelle livskvaliteten hos individet. Intervjudeltakerne uttrykte at de gjennom å være fysisk aktiv klarer å håndtere sykdommen bedre, lindre smertene og følte en indre glede. Det gir de et grunnlag for å akseptere sykdommen som en del av kroppen og livet deres. Men, dette må også sees i sammenheng med individets subjektive forståelse av egen kropp og de kroppsliggjorte erfaringene

**Nøkkelord: Revmatoid artritt, fysisk aktivitet, kroppsfenomenologi, opplevelse av sammenheng.**

# 1 Innledning

Denne undersøkelsen retter et blikk mot personer med revmatoid artritts opplevelse rundt fysisk aktivitet som et supplement til behandlingen av sykdommen. Studiet baserer seg på hvordan fysisk aktivitet fungerer som medisin og hvordan det påvirker individets helse, både fysisk og psykisk. Jeg velger å ta utgangspunktet i dette temaet fordi det er noe som står meg selv nært. En genuin personlig interesse for å lære mer om dette har vært fremtredende når jeg skulle velge hva jeg ville studere og forske på. Dette er et tema som er gjort en del forskning rundt. Forskningen som er gjort er svært viktig for å prøve å kartlegge situasjonen og innvirkningen fysisk aktivitet har på denne sykdommen. Revmatoid artritt er en del av de revmatiske sykdommene.

I denne oppgaven retter jeg et blikk mot nettopp den sykdommen. Innledningsvis legger jeg frem hva revmatiske sykdommer er før jeg går nærmere inn på revmatoid artritt er. Videre går jeg inn på fysisk aktivitet rettet mot denne sykdommen og legger frem om sentrale teorier som skal hjelpe til med å belyse problemstillingen.

## 1.1 Revmatiske sykdommer

For å kunne dykke ned i problemområde i dette studiet, er jeg nødt til å utdype om hva revmatiske sykdommer er. Revmatiske sykdommer kjennetegnes som en auto-immun og kronisk inflammatorisk ledd sykdom. Over tid, fører denne typen sykdommer til deformering av ledd, tap av funksjonalitet og invaliditet (Smolen, Aletaha & McInnes, 2016). En deformering av bindevev og bein kan også forekomme over tid (Cheatham & Cain, 2015).

Å være diagnostisert med en revmatisk sykdom har innvirkning både den fysiske og psykiske helsen. Smolen m. fl (2016) skriver at personer med revmatiske sykdommer blir en byrde for seg selv og samfunnet. På individnivå i form dårligere livskvalitet og psykisk helse, og ikke minst fysisk helse i form fysiologisk nedsatt funksjonsevne. De ulike revmatiske sykdommene kan deles inn i 4 hovedgrupper (Gran, 2008).

1. Inflammatoriske revmatiske sykdommer
  - a. Inflammatoriske leddsykdommer
    - i. Revmatoid artritt og beslektede sykdommer
    - ii. Seronegative spondyloartriter
    - iii. Andre inflammatoriske leddsykdommer
  - b. Systemiske bindevevssykdommer
    - i. Vaskulittsykdommer
      1. SLE og beslektede sykdommer
      2. ANCA assosierte vaskulittsykdommer
      3. Kjempecellearteritter
      4. Andre
    - ii. Non-vaskulittiske systemiske bindevevssykdommer
2. Degenerative revmatiske sykdommer
3. Bløtdelsrevmatisme
4. Revmatiske manifestasjoner ved primært ikke-revmatiske sykdommer

*Hentet fra: Definisjon og klassifikasjon av revmatiske sykdommer (Gran, 2008).*

Den første grupperingen omfatter de inflammatoriske leddsykdommene og bindevevssykdommene. I denne gruppen finnes blant annet anklyoserende spondylitt<sup>1</sup> og ulike former for artritt (revmatoid, psoriasis, juvenil idiopatisk..) som innebærer betennelse i ledd, samt kan føre til betennelse de ekstra artikulære organene<sup>2</sup> (Gran, 2008). På den andre siden, påvirker bindevevssykdommene organene. I denne delgruppen finner man også Sjøgrens syndrom<sup>3</sup>. Den andre grupperingen innebærer sykdommer som artrose<sup>4</sup>. Disse formene for revmatisme er veldig vanlig blant den eldre befolkningen. Disse sykdomsformene påvirker de perifere og de aksiale leddene (Gran, 2008). Den tredje grupperingen ansees som kanskje den viktigste formen for revmatisme. I denne grupperingen ligger sykdommer som fibromyalgi<sup>5</sup> og korsryggsmerter (Gran, 2008). Sett gjennom folkehelse og rent helse

---

<sup>1</sup> Anklyoserende spondylitt: Den medisinske betegnelsen på Bektehevs (Kåss & Kvien, 2020)

<sup>2</sup> De ekstra artikulære organene: I denne sammenhengen menes det at sykdommen også kan angripe de indre organene (Kåss & Kvien, 2020).

<sup>3</sup> Sjøgrens syndrom: Betegnes som en auto-immun bindevevssykdom. Den karakteriseres ved tørrhet, spesielt i øynene og i munnen (Palm, 2019b).

<sup>4</sup> Artrose: Artrose er betegnelsen på forkalkning og slitasjegikt (Kåss & Kvien, 2019).

<sup>5</sup> Fibromyalgi: Betegnes som en sykdom som medfører kroniske smerter i muskler og senefester i armer, ben, nakke og ryggen (Kåss, Kvien & Palm, 2019)



økonomisk, er dette sykdomsområde ett område som bør forskes mer på. Den siste gruppen er ikke like vanlig som de tre andre. Den grupperingen omhandler revmatiske sykdommer som ikke er av revmatisk natur (Gran, 2008). I forhold til denne oppgaven og problemstillingen er det nødvendig å utdype nærmere om hva den inflammatoriske leddsykdommen revmatoid artritt er og innebærer.

### **1.1.1 Revmatoid artritt**

Revmatoid artritt karakteriseres av vedvarende synovitt<sup>6</sup> og systematisk inflammasjon i leddene (Scott, Wolfe & Huizinga, 2010). Det er en kronisk leddsykdom som angriper leddene (Kåss & Kvien, 2020). Årsaken til hvorfor den angriper leddene er derimot ukjent. Sykdommen er kjent for å virke destruktiv, som over tid kan føre til at man utvikler varige skader på leddene. Sykdommen er relativt utbredt. Det sies at den er å finne hos 0,5-1% av den voksne befolkningen (Kåss & Kvien, 2020). På landsbasis, forekommer det omlag 1500 nye tilfeller hvert år. Sykdommen forekommer hyppigere hos kvinner kontra menn. Dette er gjeldene opp til 50 års alderen, før det jevner seg ut. Revmatoid artritt kan også forekomme hos barn, da i form av juvenil idiopatisk artritt<sup>7</sup> (Kåss & Kvien, 2020).

Revmatoid artritt er en sykdom av varierende natur. Forløpet av revmatoid artritt kjennetegnes av et varierende sykdomsbilde (Kåss & Kvien, 2020). Sykdommens symptomer kommer ofte sakte. Innledningsvis, er symptomene lette muskelsmerter, dårligere appetitt, samt tretthetsfølelse. Utover sykdomsforløpet forekommer de mer vanlige symptomene som stivhet. Ofte er det snakk om morgenstivhet. Andre vanlige symptomer som forekommer er smerter ved bevegelse, samt hevelser og varme i ledd som gjør at bevegelsen rundt leddene blir dårligere. Revmatoid artritt kan angripe alle leddene i kroppen. Dette gjelder de mest alvorlige forløpene av sykdommen (Kåss & Kvien, 2020). men de mest vanlige leddene som blir utsatt er ankler, føtter, fingerledd og håndledd (Harnden, Pease & Jackson, 2016; Kåss & Kvien, 2020).

Å bli diagnostisert med revmatoid artritt krever at man gjør forandringer i livsstilen. Mange pasienter velger å endre på kostholdet som et tiltak mot sykdommen. Enkelte rapporterer at å skifte over til et kosthold basert på vegetarisk mat forbedrer leddene (Kåss & Kvien, 2020).

---

<sup>6</sup> Synovitt: Betegnelsen på betennelser i synovialhinnen, leddhinnen (Kåss, 2018). Karakteriseres med væskeproduksjon i leddene og smertefull utvidelse av leddhulen.

<sup>7</sup> Juvenil idiopatisk artritt: Barneleddgikt, en form for leddgikt som oppstår før 16 års alderen (Palm, 2019a)

I tillegg er det å anbefale å ikke bli overvektig da det vil øke betennelsesprosessene (Kåss & Kvien, 2020) og slitasjen på leddene.

Behandling av sykdommen er viktig for å hindre at leddene blir deformert og ødelagt. De som lenge går med sykdommen uten å få behandling som fungerer vil kunne oppleve en deformering av leddene (Kåss & Kvien, 2020). Dette er vanlig å se i fingerledd. Dette kjennetegnes ved at leddflatene enten blir delvis (sublukasjon) forskjøvet i fra hverandre, eller at de blir fullstendig (lukasjon) forskjøvet fra hverandre. Videre, skal behandlingen man får for revmatoid artritt bidra til å øke livskvaliteten, lindre smertene og hindre at betennelser skal oppstå (Kåss & Kvien, 2020).

Vanlige medikamenter som gis til de som har revmatoid artritt er sykdomsdempende medikamenter som prednisolon<sup>8</sup> og metotreksat<sup>9</sup> (Kåss & Kvien, 2020). En annen vanlig type medikament som brukes er biologiske medikamenter<sup>10</sup>. Ulempene ved å bruke sykdomsdempende medikamenter er at immunforsvaret svekkes, noe som øker sjansene for at infeksjoner oppstår. På bakgrunn av dette kan man trekke inn viktigheten av alternative medikamenter. Dette kan være fysikalsk-medisinsk behandling (Kåss & Kvien, 2020).

Fysikalsk-medisinsk behandling går ut på at det kjøres intervensjon der målet er å styrke opp muskulaturen rundt leddene og trene opp funksjonaliteten i leddene (Kåss & Kvien, 2020). Den brukes også for å lindre smerter og motarbeide feilstillinger som oppstår. Ut i fra dette kan man trekke frem fysisk aktiv som et alternativt medikament mot sykdommen. Hva er det fysisk aktivitet kan gjøre for de med revmatoid artritt? Finnes det noen utfordringer for de med revmatoid artritt til å delta i fysisk aktivitet? Og hva er det egentlig som anbefales som ideelle former for fysisk aktivitet for individer mer revmatoid artritt?

---

<sup>8</sup> Prednisolon: Et vanlig medikament som brukes til behandling revmatiske sykdommer og er et betennelsesdempende legemiddel (Solvik, 2019)

<sup>9</sup> Metotreksat: Et medikament som skal forhindre celledeling (Øye & Brørs, 2009). Også kjent som cellegift og er vanlig brukt i kreftbehandling. Ved leddgikt brukes den som et betennelsesdempende medikament.

<sup>10</sup> Biologiske medikamenter: Medikamenter som er betennelsesdempende og forhindrer skader på ben og brus (Kåss & Kvien, 2020)

## 1.2 Fysisk aktivitet ved revmatoid artritt

Det er gjort mye forskning angående hvor viktig fysisk aktivitet er for personer med en diagnose som revmatoid artritt. Men, forskning viser at personer med revmatoid artritt er like sjeldent, eller sjeldnere i fysisk aktivitet en den generelle befolkningen (Nessen, Opava, Martin & Demmelmaier, 2014). Hva er årsaken til dette? Har personer med revmatoid artritt for lite kunnskaper angående fysisk aktivitet? Eller er det flere andre årsaker som spiller inn? Men hva er det som anbefales for personer med revmatoid artritt som ønsker å være fysisk aktiv?

Forskning viser til at det er mange med revmatoid artritt som ikke fysisk aktiv (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015), til tross for alle de positive effektene det har. Å være fysisk aktiv har mange positive effekter. Å være fysisk aktiv har vist å redusere sjansene for, blant annet hjerte og karsykdommer (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Fysisk aktivitet blir definert som kroppslig bevegelse som krever energiforbruk (Helsedirektoratet, 2014). Det anbefales at man som voksen burde være i fysisk aktivitet i minimum 30 minutter hver dag. Et større fokus på fysisk aktivitet er blitt iverksatt over de siste årene, og helsedirektoratet sier følgende.

*«Helse- og omsorgstjenesten møter daglig en stor mengde personer med økt risiko eller utviklede livsstilssykdommer som kan forebygges og behandles ved å benytte fysisk aktivitet som intervensjon.» (Helsedirektoratet, 2014, s. 8)*

Ut i fra dette kan man se hvor viktig fysisk aktivitet er for oss som mennesker. Men hvorfor er det da slik at så mange av oss er inaktiv? For mennesker med revmatiske sykdommer kan det være vanskeligere å være i fysisk aktivitet enn det der for funksjonsfriske. Ved revmatiske sykdommer er det flere faktorer som spiller inn. Dette kan sees på som ulike barrierer (Baxter, Smith, Treharne, Stebbings & Hale, 2016; Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Rent fysiologisk kan det være sperrer og barrierer som gjør det vanskelig å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet. I perioder der inflammasjonen i leddene er store, vil det sette begrensinger i forhold til fysisk aktivitet. Selv om det er slik, så er det viktig å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet fordi det er en viktig del av forebyggingen av sykdommen.

I en review artikkel gjort av Veldhuijzen van Zanten m. fl (2015) kom de frem til at ca. 71% av personer med revmatoid artritt avstår fra å være fysisk aktiv. Men hvorfor er det slik? Gjennom forskning er det vist at denne gruppen personer har flere hindrer og bestige når det gjelder fysisk aktivitet. Det legges blant annet frem i forskningen at barrierer knyttet til fysiologiske faktorer, samt psykologiske faktorer (Baxter et al., 2016; Veldhuijzen van Zanten et al., 2015) spiller en stor rolle. Ut i fra dette kan man få et bilde av hvordan dette påvirker deltakelsen rundt fysisk aktivitet for denne gruppen av befolkningen. Mangel på kunnskap rundt fysisk aktivitet blir blant annet dratt frem av Veldhuijzen van Zanten m. fl (2015). Dette er interessant å se på. Her kan det være en sammenheng som man enkelt kan overse. Dette kan gjøre det enda vanskeligere for denne gruppen mennesker å være fysisk aktiv, fordi de ikke vet hvordan de skal angripe det eller behandle det.

På bakgrunn av dette er det av nødvendighet å studere videre på dette. Hva er det som faktisk fungerer av aktivitet for å lindre sykdomsrelaterte symptomer og smerter? For å få en del av det større bilde er derfor lurt å se på hva som faktisk anbefales av fysisk aktivitet. Hva er det forskningen sier som er anbefalte for de med revmatoid artritt.

### **1.2.1 Hva anbefales for de med revmatoid artritt?**

I likhet med den generelle befolkningen, er fysisk aktivitet viktig for personen med revmatoid artritt. Forskningen viser at personer med revmatoid artritt har mindre energi og aerob kapasitet (Cheatham & Cain, 2015). Ut i fra dette kan man trekke frem hvor viktig fysisk aktivitet er for denne gruppen. Men hvordan burde personer med revmatoid artritt se på fysisk aktivitet? Hvordan skal denne gruppen av befolkningen gå frem for å være fysisk aktiv?

I forskningen trekkes det frem noen anbefalinger for hva og hvordan fysisk aktivitet burde bedrives for personer med revmatoid artritt. Legger man unødvendig stress og belastning på leddene, vil inflammasjonen i leddene bli verre (Cheatham & Cain, 2015). Med dette ligger det derfor noen grunn prinsipper og retningslinjer som er anbefalt å følge. Samt, at ulike former for fysisk aktivitet som kan betegnes som gunstige og forebyggende for leddene trekkes frem i forskningen rundt revmatoid artritt og fysisk aktivitet. Cheatham og Cain (2015) trekker i sin artikkel frem en tabell med anbefalte retningslinjer for fysisk aktivitet for personer med revmatoid artritt.

**Table 4**  
**Exercise guidelines for individuals with rheumatoid arthritis**

<b>Intervention</b>	<b>Suggested guidelines</b>
Aerobic exercise	Frequency: 2 times per week
	Intensity: light to moderate (50–80% of maximum heart rate)
	Time: 20–60 min
	Duration: at least 6–12 wk
Aquatic exercise	Frequency: 2–3 times per week
	Intensity: light to moderate
	Time: 30–60 min
	Duration: 3 wk to 12 mo
Resistance training	Frequency: 2–7 times per week
	Intensity: 30–100% of 1RM
	Repetitions: 1–4 sets of 5–30 repetitions
	Time: 15–60 min
	Duration: 3–104 wk
Stretching	Frequency: at least 2 times per week
	Intensity: moderate intensity (5–6 on a 10-point scale)
	Hold time: 30 s
	Type: slow static stretching
	Time: determine by client
	Duration: NA

*Hentet fra: Cheatham, W. S. & Cain, W. M. (2015). Rheumatoid Arthritis: Exercise Programming for the Strength and Conditioning Professional. Strength and Conditioning Journal, 37(1), 30-39. 10.1519/SSC.0000000000000117*

### **1.2.1.1 Aerob trening**

Som nevnt tidligere, viser forskning at aerob trening har god effekt på personer med revmatoid artritt (Cheatham & Cain, 2015). Intervensjonen ved å implementere riktig aerob trening har vist seg å være effektivt. Ut i fra tabellen over kan man dermed se at aerob trenings burde gjennomføres 2 ganger i uken, med lett til moderat intensitet. Øktene burde etter teorien være i ca. 20-60 minutter og en intervensjonsperiode på 6-12 uker er å anbefale. I artikkelen anbefaler de lette former for aerob trening, som sykling, gange og vannbasert trening.

### **1.2.1.2 Varmtvannstrening**

En veldig populær form å drive fysisk aktivitet for personer med revmatoid artritt er varmtvannstrening. En slik form for aktivitet er veldig gunstig fordi den avlaster leddene og skaper varme rundt leddene. Noe som Cheatham og Cain (2015) legger frem som gunstig for personer med revmatoid artritt. Varmtvannstrening vil i motsetning til gange og landbaserte aktiviteter skape mindre traumer rundt leddene. Det trekkes også frem at varmtvannstrening lindrer smerter, forbedrer styrken og funksjonaliteten. Det anbefales at man bedriver varmtvannstrening 2-3 ganger i uken med økter på mellom 30-60 minutter. Temperaturen på vannet burde være mellom 30 og 35 grader (Cheatham & Cain, 2015).

### **1.2.1.3 Styrketrening**

Forskningen viser at styrketrening som gjennomføres på lett til moderat intensitet vil være av effekt for pasienter med revmatoid artritt (Cheatham & Cain, 2015). Men, denne formen for fysisk aktivitet skal gjøres med forsiktighet. Cheatham og Cain (2015) skriver at som en konsekvens av dårligere bevegelighet og ustabilitet, er sjansen for skader påført av styrketrening større hos de med denne sykdommen. Styrketreningsprogrammene må derfor til en viss grad tilpasses brukeren. Programmet burde være designet slik at målsetningen er å styrke muskulær styrke og stabilitet rundt leddene. Det anbefales at man gjennomfører slike treningsprogram 2 til 7 ganger i uken, med lav til moderat intensitet. Øktene burde være i alt fra 15 minutter til 1 time.

#### **1.2.1.4 Stretching**

Den siste formen for fysisk aktivitet Cheatham og Cain (2015) legger frem er stretching. Dette er en av de viktigste formene for aktivitet for de revmatoid artritt, da det er viktig å opprettholde riktig muskelstruktur og symmetri rundt leddene. Det kan være krevende å få til på grunn mindre bevegelse, samt smerter, hevelser og stivhet i leddene (Cheatham & Cain, 2015). Det anbefales at man utfører stretching ca. 2 ganger i uken med moderat intensitet. Økten skal bestå av statiske hold på ca. 30 sekunder.

#### **1.2.1.5 utfordringer**

Å ha revmatoid artritt kan skape mange utfordringer for individet. Ikke bare når det kommer til sykdom symptomene og de plagene som med følger den, men også rundt fysisk aktivitet. Cheatham og Cain (2015) skriver avslutningsvis i artikkelen sin at det å programmere et treningsprogram til en med revmatoid artritt er utfordrende på mange måter. Sykdommens varierende natur er en av problemene. Revmatoid artritt er en sykdom som er veldig varierende med tanke på hvordan den påvirker et individ. Enkelte dager og uker er man helt symptom fri. Mens andre uker er man nesten sengeliggende. Andre utfordringer som kan oppstå er psykologiske utfordringene. Men disse kommer jeg tilbake til senere i denne oppgaven.

### 1.3 Problemstilling

Ut i fra det som jeg har skrevet innledningsvis om fysisk aktivitet og revmatiske sykdommer, har jeg formulert en problemstilling med noen underspørsmål som jeg ønsker å belyse:

*«Hvordan opplever individer med revmatoid artritt at fysisk aktivitet bidrar som et supplement til behandlingen av sykdommen?»*

#### Underspørsmål:

- 1. Kan fysisk aktivitet være en alternativ medisin for sykdommen?*
- 2. Hva regnes som gunstige former fysisk aktivitet?*
- 3. Hvordan påvirker fysisk aktivitet livskvaliteten?*
- 4. Øker fysisk aktivitet kjennskap til egen kropp?*

Denne problemstilling vil jeg belyse ved å gjøre kvalitative forskningsintervju på personer som har sykdommen revmatoid artritt. Problemstillingen er utarbeidet fordi jeg har en genuin interesse for dette. Jeg ønsker å finne ut hva fysisk aktivitet kan gjøre for en person med revmatoid artritt. Da ser jeg det også nødvendig å ta med de underspørsmålene jeg har utarbeidet. Dette vil gjøre det i større grad mulig å se på det helhetlig bilde av fysisk aktivitet knyttet opp mot revmatoid artritt.

### 1.4 Oppgavens struktur

Videre i denne oppgaven kommer jeg til å belyse om hva som tidligere forskning sier rundt temaet om fysisk aktivitet og revmatiske sykdommer. Som teoretisk perspektiv har jeg valgt å benytte meg av noen sentrale teorier angående kropp og helse. Her benyttes teorien til Aaron Antonovsky angående salutogenese (Antonovsky & Sjøbu, 2012), og Maurice Merleau-Pontys teori om kroppens fenomenologien (Merleau-Ponty, 1994). I lys av disse vil jeg se på hva tidligere forskning sier om økt livskvalitet, effekten av fysisk aktivitet som følge av fysisk aktivitet hos personer med revmatoid artritt. I kapittel 3 presenteres det metodiske verktøyet som ble benyttet for datainnsamling, metoden og det epistemologiske og ontologiske utgangspunktet. I kapittel 4 legger jeg frem funnene i forskningen min. Avslutningsvis, vil jeg i kapittel 5 oppsummere helheten av oppgaven og forsøke å sette en konklusjon på bakgrunn av funnene jeg har gjort i lys av problemstillingen.



## 2 Kroppen; Alle handlingers subjekt

I dette kapitlet skal det teoretiske som ligger i grunn for problemstillingen og oppgaven presenteres. Jeg valgte å ta utgangspunkt i to forskjellige teorier som kan knyttes opp mot hverandre. Den første teorien om den salutogene modellen til Aaron Antonovsky (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Her skal jeg presentere et konsept innen modellen kalt opplevelse av sammenheng. De tre begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet skal greies ut. Relevante artikler trekkes også inn for gjøre det mer forståelig. Avslutningsvis i kapitlet skal jeg legge frem om kroppsfenomenologien til Maurice Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1994).

Både teorien om salutogenese og kroppsfenomenologi er fruktbare i forhold til problemstillingen min. Studiet mitt baserer seg på de kroppsliggjorte erfaringene individ gjør seg opp mot fysisk aktiv knyttet opp mot revmatoid artritt. Kroppen og det vi erkjenner gjennom den vår blir dermed i fokus. Energien vi som individer legger i vår helse er avhengig av flere faktorer. Det skal være verdt å bruke energi på og det skal være meningsskapende. Samt, at det vi gjør skal være håndterbart. Dette er veldig viktige faktorer for mennesker med revmatoid artritt. Hver dag er ikke like lett i forhold til sykdommen. De kroppslige erfaringene man gjør seg opp ved en slik sykdommen vil variere som et resultat av dens ustabile natur. Av den grunn ser jeg på Antonovsky og Merleau-Pontys teorier som gode grunn pilarer og som teoretisk grunnlag når jeg utforske rundt problemstillingen min.

### 2.1 Salutogenese og opplevelse av sammenheng

Den salutogene modellen er utarbeidet av Aaron Antonovsky. Modellen bygger på at man setter fokuset på de ressursene og den kapasiteten hvert enkelt individ sitter med for å skape bedre helse, kontra det tradisjonelle fokuset på sykdom (Lindström & Eriksson, 2005). Ut i fra modellen om salutogenese presenterer Antonovsky ett konsept basert på hvordan ett individ ser på livet og kapasiteten til hvordan ett individ takler stressende situasjoner (Lindström & Eriksson, 2005). Dette konseptet blir kalt for «*opplevelse av sammenheng (OAS)*». Konseptet blir delt inn i tre deler; *begripelighet, håndterbarhet, og meningsfullhet (Antonovsky & Sjøbu, 2012)*. Og, det kan defineres slik:

*«Opplevelsen av sammenheng er en global innstillig som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som*

*kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.»*  
(Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41)

De tre komponentene har en tydelig korrelasjon og må sees i sammenheng med hverandre (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Men som følge av differanse mellom naturen fra individ til individ, kan man score høyt på den ene komponenten og lavere på en annen. I forhold til personer med revmatoid artritt, så kan dette være veldig tydelig. Skal en følge anbefalingene som er satt opp angående fysisk aktivitet, kan det både ha positive og negative konsekvenser. I likhet med den generelle friske befolkningen, kan en person med revmatoid artritt synes at en aktivitetsform er veldig lett begripelig og håndterbart, men ikke meningsfullt. Med det forsvinner også hele opplevelsen av sammenheng som Antonovsky legger frem. Videre skal jeg presentere de tre komponentene i opplevelsen av sammenheng.

### **Begripelighet**

Den første komponenten i konseptet opplevelse av sammenheng er begripelighet. Det kan defineres som:

*«Den veldefinerte og uttrykkelige kjernen i den opprinnelige definisjonen. Det handler om i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljøet, er kognitivt forståelige, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon i stedet for støy – kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet, uforståelig.»*  
(Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39-40)

De som scorer høyt på begripelighet forventer at de ulike stimuliene som han eller hun møter på, er forutsigbare (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Men, hvis en stimuli skulle komme overraskende, så skal individet klare å forklare det samt sette det i en sammenheng. Denne komponenten omhandler den kognitive prosessen og aspektet hos individet. Dette sees i sammenheng med setningen «en grunnfestet evne til å bedømme virkeligheten» (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Disse individene er en motsetning som alltid sier at det alltid ordner seg til slutt.

Utbytte av fysisk aktivitet for de med revmatoid artritt er i mange tilfeller avhengig av tett oppfølging, veiledning og retningslinjer. En stimuli av feil karakter som trigger smerte kontra smertelindring kan skape negative effekter for de involverte. Dette gjør at nye former for fysisk aktivitet kan fungere som en barriere eller skape en redsel for å gjøre noe feil. Hvis en aktivitets form virker destruktiv, kan det dermed skape problemer for personer med diagnosen. Dette gjør da at begripeligheten av de aktivitetene ikke vil være tilstede. Dette er en konsekvens av sykdommens natur. Ikke alle former for fysisk aktivitet er like begripelig i forhold til effekten den har på leddene.

### **Håndterbarhet**

Den andre komponenten i opplevelsen av sammenheng er håndterbarhet. Den kan defineres som:

*«I hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt ovenfor av stimuliene man bombarderes med».*  
(Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 40)

Denne komponenten legger til grunn et individs kapasitet til å overkomme og takle motgang som skulle oppstå i livet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). De ressursene man står med her kan være av indre og ytre påvirkning. Som for eksempel tro, venner og familie eller andre viktige personer i livet. Dette er ressurser man har kontroll over og som man har full tiltro til.

For personer med revmatoid artritt kan dette handle om deres tiltro til egen kropp og helse i forhold til å kunne være fysisk aktiv. Det at en form fysisk aktivitet føles håndterbart vil skape en viss motivasjon og tro på at de ressursene de kan møte aktiviteten med, vil være positivt ladet. Dette viser til den kroppslige delen og erfaringen av denne komponenten. Den andre delen man kan se på er hvordan fysisk aktivitet kan påvirke håndterbarheten i forhold til hvordan leddene til disse personene påvirkes.

En form for fysisk aktivitet kan overtid, som hos alle som er fysisk aktiv, påvirke kroppen til personer med revmatoid artritt. Naturen, av for eksempel styrketrening vil være varierende over tid. Den vil påvirke kroppen på en annerledes måte i forskjellige tidsrom. For personer med revmatoid artritt vil differansen av påvirkning, av for eksempel styrketrening, kunne være større kontra hvordan friske mennesker vil bli påvirket. De med diagnosen vil dra

samme kjensel av andre typer fysisk aktivitet også. Noen typer fysisk aktivitet vil ikke være håndterbar i det hele tatt, noe som utelukker muligheten for å kunne bedrive de. Dette gjør at de ressursene som kreves aktiviteten ikke vil være tilstede hos de med revmatoid artritt. Nettopp fordi de ikke vil ha til rådighet de ressursene som kreves.

### **Meningsfullhet**

Den siste komponenten i opplevelse av sammenheng er meningsfullhet. Antonovsky og Sjøbu (2012) legger denne frem som den kognitive delen, samt motivasjonselementet av opplevelsen av sammenheng. Denne komponenten er lett gjenkjennelig hos de som scorer høyt i opplevelsen av sammenheng, fordi at de stadig prater om ting som er viktig for dem. Ikke bare i det kognitive aspektet, men vel så mye i forstand av det følelsesmessige aspektet. Dette kan utdypes ved at ressursene en person har til rådighet til å overkomme en oppgave eller noe som blir satt fremfor de, er verdt å bruke tid og ressurser på. Hvis noe er verdt å bruke ressursene på, skaper det mening og forståelig. For en person som opplever det slik, vil utfordringer og vanskeligheter man møter på i livet bli angrepet på strak arm.

### **Ulike kombinasjoner**

I likhet med alle andre, vil motivasjonen til å være fysisk aktiv være avhengig av hvor meningsskapende det føles for individet. Hvis en aktivitet føles meningsfull, vil en kunne føle en sterkere drivkraft til å bedrive en aktivitet. For en person med revmatoid artritt, kan dette være helt avgjørende for at de skal være fysisk aktiv. En normalt frisk person vil kunne komme seg gjennom tøffere tider mer effektivt. En med revmatoid artritt vil kunne føle at veien tilbake blir lengere. I mange tilfeller, vil en aktivitet skape mening hos en med revmatoid artritt, hvis den aktiviteten gjør at leddsmerter blir lindret eller dempet. De 8 ulike sammenhengene de tre konseptene i opplevelsen av sammenheng kan sees i modellen under.

Type	Komponent			
	Begripelighet	Håndterbarhet	Meningsfullhet	Prediksjon
1	Høy	Høy	Høy	Stabil
2	Lav	Høy	Høy	Sjelden
3	Høy	Lav	Høy	Press oppover
4	Lav	Lav	Høy	Press oppover
5	Høy	Høy	Lav	Press nedover
6	Høy	Lav	Lav	Press nedover
7	Lav	Høy	Lav	Sjelden
8	Lav	Lav	Lav	Stabil

*Hentet fra: Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). Helsens mysterium : den salutogene modellen (Unraveling the mystery of health). Oslo: Gyldendal akademisk.*

Av de 8 forskjellige komponentene velger man å se på de i 4 forskjellige grupperingen. Man trekker henholdsvis 1 og 8, 2 og 7, 3 og 6 og 4 og 5 sammen. I tilfellene der en person en scorer høyt på alle 3 (begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet), kan man forvente en viss stabilitet der en opplevelse oppleves som enten svært, eller lite i forhold til hvordan personen scorer (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det legges frem at en sjelden kombinasjon er de som scorer lavt på begripelighet, men høyt på håndterbarhet. Antonovsky og Sjøbu (2012) sier at en sterk opplevelse av håndterbarhet er sterkt avhengig av en høy følelse av begripelighet.

Typene 3 og 6 ansees som ustabile. Antonovsky sier at av natur, vil høy begripelighet kombinert med lav håndterbarhet skape et viss press i retning av endringer. Bevegelsen av retning er dermed bestemt av opplevelsen av mening hos individet. Motivasjonen for å finne de frem de ressursene som kreves for å løse en utfordringer, er sterkt avhengig av hvordan en stimuli du blir utsatt for er med på å vekke interesse eller ikke.

De to siste typene Antonovsky snakker om er, typene 4 og 5. De som havner innen type 5, er de som scorer høyt på begripelighet og håndterbarhet. Disse kjenner til alle reglene og mener selv de innehar alle nødvendige ressursene til å kunne lykkes. Men, mangelen på kontroll og forståelse gjør at de kan bli hengende etter hvis de ikke tilegner nok engasjement rettet mot det de skal gjøre. Antonovsky og Sjøbu (2012) trekker frem de personene som havner inn under type 4 som de mest interessante. Disse personene er ofte de som viser mest vilje, pågangsmot og engasjement i en jakt for forståelse og ressurser. Selv om sjansen for å ikke lykkes er der.

De ulike typene Antonovsky legger frem er i grunn et relevant perspektiv å ha når man ser på personer med diagnosen revmatoid artritt og deres delaktelse i fysisk aktivitet. Som for alle, trenger disse personene motivasjon til å holde seg fysisk aktiv. Ulike former for fysisk aktivitet er heller ikke mulig å gjennomføre. Det som kan gjennomføres for disse personene kan påvirke de på flere måter. En aktivitet som er lett begripelig og håndterbart, skaper

kanskje ikke så mye mening. Dette gjør at motivasjonen kan forsvinne over tid. Hvis man ikke ser meningen i det man holder på med, vil det være lettere å la være.

Den helhetlige opplevelsen av å være fysisk aktiv er basert på mange ulike aspekter av livet og den situasjonen disse personene går i gjennom på ukentlig basis. I enkelte perioder er kanskje ikke den aktiviteten de liker å holde på med håndterbart i det store og det hele.

Revmatoid artritt er sykdom med mange opp- og nedturer. Som en konsekvens av dette kan dermed personer med revmatoid artritt bevege seg opp og ned blant typene Antonovsky legger frem. Ikke på grunn av egen vilje, men av sykdommens naturlige gang.

### **2.1.1 Tidligere forskning/erfaring**

Hva gjør opplevelsen av sammenheng relevant i forhold til en diagnose som revmatoid artritt sett i fra perspektivet av fysisk aktivitet. Hvordan kan teorien til Antonovsky rettes inn mot min problemstilling? For få bedre innsikt til dette måtte jeg se på andre studier som bruker denne teorien rettet mot revmatoid artritt og fysisk aktivitet. Det er gjort mange studier angående revmatoid artritt og opplevelsen av sammenheng (Callahan & Pincus, 1995), samt om revmatoid artritt og hvordan fysisk aktivitet spiller en rolle (Plasqui, 2008). Det er også gjort studier knyttet til hvordan livskvaliteten over tid kan forandres (Goulia et al., 2015). Av alle artiklene jeg leste igjennom kom jeg frem til en jeg så på som veldig relevant for mitt studiet. I et studie gjort av Loeppenthin med flere i 2014, har de sett på nettopp dette i lys av teorien til Antonovsky om salutogenese og opplevelsen av sammenheng. Jeg velger å legge et stort fokus på dette studiet fordi den er av stor relevans i forhold til studiet mitt.

Studiet hadde en fenomenologisk tilnærming der de valgte å se på hvordan fysisk aktivitet erfares både kroppslig og helsemessig, samt psykologisk av pasienter med revmatoid artritt (Loeppenthin et al., 2014). De valgte å rekruttere pasienter som viste stor interesse for fysisk aktivitet, men ikke de ekstreme tilfellene som overinteressert i fysisk aktivitet. De kriteriene som ble brukt hos Loeppenthin m. fl (2014) var at de informantene de rekrutterte hadde hatt diagnosen i minst 1 år, samt at de var regelmessig i fysisk aktivitet. De skulle også ha vært fysisk aktiv over flere år sammenhengende.

Ut i fra svarene til de 16 pasientene som deltok i studiet, trekker Loeppenthin m. fl (2014) tre kategorier som de setter svarene i. Disse blir sett på som viktige forhold å se på når man ser på korrelasjonen mellom revmatoid artritt og fysisk aktivitet. De tre kategoriene deler de inn; (1) *kjenne til og kunne glede seg av kroppen*, (2) *ansvar og utfordringer*, samt (3) *autonomi og sosial tilhørighet*.

#### **Kjenne til og kunne glede seg av kroppen**

Pasientene som Loeppenthin m. fl (2014) intervjuet la frem at de, gjennom å være fysisk aktiv, lærte seg selv og sin egen kropp å kjenne. De legger til de at gjennom å være regelmessig i fysisk aktivitet, kan differensiere mellom smerter i kroppen. Med andre ord, at man merker forskjell på leddsmerter versus muskelutmattelse etter fysisk aktivitet. En følelse av naturlig utmattelse opprettholdes og kan dermed brukes som en strategi for sitte med en

følelse av leddrelatert smertelindring. Pasientene la også frem at de føler en naturlig økning i energi ved å være i vedvarende fysisk aktivitet.

*«It becomes easier to get up from a chair, use the toilet, so many things in your daily life becomes easier.» (Loeppenthin et al., 2014, s. 293)*

Dette forteller den en av pasientene som var med i studiet til Loeppenthin m. fl (2014). Dette understreker energi økningen som pasientene føler ved å være fysisk aktiv. Konsekvensen blir at de føler seg sterkere og friere, samt at lettere klarer å gjøre daglige gjøremål skrives det i artikkelen. En annen pasient legger også frem at dette gjør noe med psyken. De klarer å ta fokuset bort fra å være syk og se på seg selv som handikappet. Dette gjør at man kan tolke hvor viktig fysisk aktivitet er for disse pasientene. Både på et velværenivå kroppslig og psykisk.

Rent psykisk legges det frem at pasientene føler seg mindre bekymret og føler på en større glede av å være i sin egen kropp (Loeppenthin et al., 2014). Pasientene sier også at dette er viktige faktorer når de skal opprettholde fysisk aktivitet over tid. Disse faktorene spiller inn på motivasjonen deres. For flere av pasientene var fysisk aktivitet så nødvendig at de så på det som livsnødvendig.

### **Ansvar og utfordringer**

Den neste kategorien Loeppenthin m. fl (2014) presenterer i artikkelen sin er ansvar og utfordringer. Her legges det til hvordan pasientene klarer å opprettholde et normalt liv der de selv klarer å ta ansvar for seg selv og de utfordringene de står ovenfor. Det legges frem at gjennom å være fysisk aktiv, klarer pasientene å ta vare på seg selv. De ser på fysisk aktivitet som et supplement til de andre medikamentene de bruker for å lindre smertene som revmatoid artritt forårsaker.

En av pasientene forteller også at de ser på fysisk aktivitet som et gjøremål (Loeppenthin et al., 2014). Ut i fra dette kan man trekke ut motivasjonen til å være fysisk aktiv. For mange personer som har revmatoid artritt er det ikke alltid like enkelt å opprettholde motivasjonen til å være fysisk aktiv. Som denne pasientene i studiet til Loeppenthin m. fl (2014) sier;



*«I have to grab my self every time – and say, there is only yourself, so there is no excuse to stay home, then I just go – it's my life, and I have to take responsibility for it.» (Loeppenthin et al., 2014, s. 293)*

Loeppenthin m. fl (2014) trekker også frem at pasientene selv i dårlige tider rent sykdomsrelatert, forteller om viktigheten med å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet selv på de mest krevende dagene. Pasientene forteller at de ser på det som en måte å minske smertene på. Videre legges det frem i artikkelen at pasientene forbinder vedvarende fysisk aktivitet med suksess. Med andre ord, en måte å føle at man lever, en motivasjonsfaktor og en følelse av glede med seg selv. Pasientene sier at dette er en kilde for de til å føle seg uavhengig av andres hjelp. Men at å bli utfordret av andre, av for eksempel fysioterapeuter, er nødvendig for at de skal klare å opprettholde et viss aktivitetsnivå.

### **Autonomi og sosial tilhørighet**

Den siste kategorien Loeppenthin m. fl (2014) legger frem er autonomi og sosial tilhørighet. I dette legger de at pasientene kan ha en følelse av uavhengighet som er nevnt tidligere. Men her tas det et steg videre. I dette punktet inkluderes og sosial tilhørighet i form av at pasientene kan, i samme grad som resten befolkningen, bidra til samfunnet og dens krav om å kunne fungere optimalt. De legger frem at ved å være fysisk aktiv klarer de å opprettholde den autonomien de ønsker. Ut i fra det en av pasientene sier kan man tolke hvordan sykdommen påvirker et individ.

*«It simply must be a nightmare, not being able to take care of yourself.» (Loeppenthin et al., 2014, s. 294)*

Loeppenthin m. fl (2014) trekker frem noen faktorer og punkter som er viktig i denne sammenhengen. Pasientenes respons rundt dette temaet kan knyttes opp mot frykt. Hva vil skje dersom de slutter å være fysisk aktiv? Et tap av selvstendighet og selv-bestemmelses trekkes frem her som viktig faktorer.

Den sosiale tilhørigheten er viktig for alle som er fysisk aktiv. For pasientene i studiet til Loppenthin m. fl (2014) er det klare tegn på at dette også i stor grad gjelder personer med revmatoid artritt. Som for alle andre, er det å kunne sparre med noen og føle seg integrert i en

gruppe gjøre gode ting for et individ. Pasientene sier at å være en del av et samfunn der flere er fysisk aktiv både hjelper på motivasjon og gleden ved å være fysisk aktiv.

*«So now I exercise with others, because I know that it's really good for me, it inspires me and I find it easier to exercise when im exercising in a team.» (Loeppenthin et al., 2014, s. 294)*

Det interessante som Loeppenthin m. fl (2014) fikk frem av dette, var at pasientene ikke forbant fysisk aktivitet i grupper med personer med samme diagnosen som like positiv som om de skulle vært fysisk aktiv med andre friske personer. Hvorfor er det slik? Ut i fra det pasientene sier, kan man konkludere med at en jakt på identitet adskilt fra revmatoid artritt er et mål i seg selv. Jakten på en identitet sammenlignbar med å være et friskt individ.

Loeppenthin m. fl (2014) summerer opp disse tre kategorien til en essensiell mening; Å strebe etter en funksjonell kropp og deltakelse. Som nevnt tidligere, legges fokuset rundt konsekvensene av å ha revmatoid artritt på de negative aspektene. Som for eksempel smerte, stivhet og utmattelse. Slik pasientene i studiet legger det frem, er fysisk aktivitet en måte for de å neglisjere bort de negative aspektene ved sykdommen. Et fokus på velvære, helse og glede blir fremtredende. En følelse av å kunne funksjonere i et krevende samfunn skaper en mestringsfølelse, samt et positiv syn på livet og ikke minst uavhengighet. Ved fysisk aktivitet kan en føle at de kan delta på lik linje i samfunnet. Slik Loeppenthin m. fl (2014) sier.

*«Participation refers to the experience of being actively engaged in the planning of one's future, and able to socialize independently of the disease and to experience belonging to the non-arthritis community.» (Loeppenthin et al., 2014, s. 295 )*

Hovedidéen til teorien som Antonovsky står bak, salutogenese, setter fokuset bort i fra det negative og mot det positive som man selv kan påvirke. Med andre ord, fokuset blir satt på å skape sin egen helse der kapasiteten et individ har til å gjøre noe mer er i sentrum (Lindström & Eriksson, 2005). Det er dette som gjør opp hele konseptet som opplevelsen av sammenheng er.

*«The ability to comprehend the whole situation and the capacity to use the recourses available... This capacity was a combination of peoples' ability to assess and*

*understand the situation they were in, to find a meaning to move in a health promoting direction, also having the capacity to do so.» (Lindström & Eriksson, 2005, s. 440)*

Lindström og Eriksson (2005) oppsummerer i korte trekk hva opplevelse av sammenheng er slik; Opplevelse av sammenheng reflekterer individets syn på livet og kapasitetene det individet innehar for å respondere på stressende situasjoner.

Konseptet om opplevelse av sammenheng legger et godt grunnlag for å gjøre det studiet der man skal se på fysisk aktivitet og hvordan det kan påvirke et individ som har en diagnose som revmatoid artritt. Studiet til Loeppenthin m. fl (2014) er et godt eksempel på hvordan konseptet til Antonovsky er i høyeste grad relevant i et slikt studie. Ved å sette opp en intervjuguide basert på konseptet om opplevelse av sammenheng, kan man klare å få frem aspekter man ikke alltid tenker over når man diskuterer hvorvidt og hvordan fysisk aktivitet kan påvirke individer med revmatoid artritt.

Det er enkelt å sette et stort fokus på hvordan fysisk aktivitet påvirker leddene og funksjonaliteten til individet. Dette kan føre til at man neglisjerer og glemmer bort de andre viktige faktorene som fysisk aktivitet kan påvirke hos individet. I forhold til problemstillingen i mitt studie, er de andre faktorene viktig å ta høyde for. Det er ikke å legge skjul på at fysisk aktivitet her viktig for alle i befolkningen, og ikke minst denne gruppen med individer som har denne diagnosen. Men basert på egne erfaringer og hva forskningen sier, er det viktig å se på de utenomliggende faktorene også. Ikke bare de rent fysiske aspektene som blir påvirket kroppslig. Hos et individ er det flere måter fysisk aktivitet kan påvirke en. I den forstand er konseptet om opplevelse av sammenheng i stor grad relevant for mitt studie.

Ut i fra konseptet om opplevelse av sammenheng kan man trekke ut begripelighets begrepet, som er den kognitive komponenten i konseptet (Lindström & Eriksson, 2005). I korte trekk går dette ut på hvorvidt noe er begripelig for individet. Som nevnt tidligere, er det viktig at en stimuli som påvirker kroppen, er begripelig og gjenkjennelig for et individ med en slik diagnose. Skulle noe være ukjent kan det sette i gang tankeprosesser som kan ha en negativ effekt på individet. Dette kan man da se på som en spiral. Hvis noe er kjent og du vet at det virker, vil det ha en positiv effekt på et individ. Hvis det du gjør fungerer, vil du komme tilbake til det. Over tid ville det kunne påvirke livskvaliteten. For en med revmatoid artritt vil

dette kunne ha store konsekvenser. Viss en form for fysisk aktiv gir gode resultater, vil også livskvaliteten blir bedre.

På bakgrunn av håndterbarhets komponenten kan man trekke frem viktigheten av å være i stand til å gjennomføre en aktivitet hos et individ med revmatoid artritt. For en med en slik diagnose kan den berømte dørstokkmilen bli lengere en for funksjonsfrisk. Dette gjør at det kan være et større behov for tilrettelegging og forsiktighet i valg aktivitet. På bakgrunn av problemstillingen min og underspørsmålene blir derfor dette en viktig faktor å ta hensyn til. Slik pasientene i studiet til Loeppenthin m. fl (2014) sier, så ser de på fysisk aktivitet som en alternativ form for medisin, ved siden av de andre medikamentene de går på.

Ut i fra den siste komponenten om meningsfullhet kan man trekke ut viktigheten ved at en aktivitetsform er meningsfull. I likhet med en som er frisk, er det viktig at aktiviteten som skal gjennomføres er meningsskapende for en med revmatoid artritt. I tråd med studiet til Loeppenthin m. fl (2014) ser man hvor viktig dette er i forhold til autonomi hos individet. Ved at noe er meningsfullt øker motivasjonen til å gjennomføre. Individet vil i den grad føle en større grad av selv-bestemmelse. Det at en med revmatoid artritt føler på den drivkraften motivasjonen skaper kan være særdeles viktig. Sykdomssituasjonen og diagnosen lever sitt eget liv. I perioder vil man føle seg bra og frisk, mens man plutselig en dag føler seg dårlig og sliten.

Alle disse komponentene, samt hele konseptet om opplevelse av sammenheng er derfor i stor grad relevant i forhold til studiet mitt. Alle faktorene som spiller inn på sykdomsbilde, individets fysiske og psykiske tilstand er i den grad viktig. Et sammensattbilde av alle faktorene vil kunne gi et bedre svar kontra hvis man utelukker en eller flere av de.

## 2.2 Kroppsfenomenologi

Fenomenologien har sitt utgangspunkt i jakten på å oppnå en forståelse av fenomener basert på et individs subjektive erfaringer av opplevelser de blir påvirket av (Thagaard, 2018). Dette gjør at fokuset blir derfor sentrert rundt det som forskes på innen fenomenologien.

Fenomenologien har også blitt videreutviklet og rettet mot andre fokus punkter, som for eksempel kroppsfenomenologien til Maurice Merleau-Ponty (Thornquist, 2003). Slik Målfrid Råheim (2002) skriver:

*«Kroppsfenomenologien peker på at kroppen er vår primære erkjennelseskilde og alle handlingers subjekt. Med det som utgangspunkt kan man si at endringer i kroppen endrer livsverden.» (Råheim, 2002, s. 2477)*

Råheim (2002) skriver at man kan trekke inn kroniske sykdommer og plassere den parallelt med kroppsfenomenologien. I den forstand at endringer i kroppslig perspektiv kan føre til at menneskets relasjoner til seg selv blir forandret, samt forholdet til omgivelsene rundt.

### 2.2.1 Maurice Merleau-Pontys konsept av kroppsfenomenologi

Maurice Merleau-Ponty var en av de store ledende franske åndelivs tenkerne (Merleau-Ponty, 1994). Merleau-Pontys utgangspunkt beveger i seg retningen av at kroppen er vår kilde til å forstå verden. Han mener at vår kroppsforståelse baserer seg på at vi som individer forstår omgivelsene våre, samt situasjonen vi selv står innenfor. Merleau-Pontys syn på kroppen og vitenskapen legger grunnlaget for hvordan vi som mennesker oppfatter og danner et base for vår forståelse av den objektive verden (Merleau-Ponty, 1994). Det er når vi trekker oss tilbake fra virkeligheten at vi som mennesker trekker i de ulike trådene slik at vår persepsjon av våre omgivelser og situasjonen utfolder seg og skaper en viss mening. Merleau-Ponty sier at vi som mennesker danner oss persepsjoner av objekter. Når disse er konstituert, vil de alltid fremtre slik for oss. Det legger grunnlaget for vår oppfattelse av objektet. Både de som vi har og de som vi i fremtiden kan få.

Merleau-Ponty trekker inn et eksempel i boken fra 1994. Han trekker frem at hvis man ser naboens hus fra en gitt vinkel, vil det se annerledes ut kontra hvis du hadde sett det samme huset fra en annen vinkel. Når vi faktisk har opplevd eller sanser noe, som i eksempelet til Merleau-Ponty, huset. Overkjører våre tanker og sanser en grense rundt vår faktiske opplevelse av det objektet. Alle våre persepsjoner av objekter, er en persepsjon av noe. For

oss som individer vil dette si at objektet, altså seg selv, opplever og når ut i verden. I dette ligger det at kroppen står i sentrum av alt det vil som mennesker føler og opplever. Det som blir bevisstgjort skjer gjennom de erfaringene vi som individer blir stimulert av.

Med tanke på hvordan kroppen reagerer på fysisk aktivitet er dette et spennende moment å se på i forbindelse med en sykdom som revmatoid artritt. De kroppslige gjorte erfaringene spiller en stor rolle i sammenheng med valg hvordan å være fysisk aktiv når man har en slik sykdom. Som individer, tiltrekkes vi til det trygge. Å gjøre noe du vet er trygt, samt vet utfallet av gjør det lettere å aktivisere seg i det. Man kan kanskje trekke ut dette som et moment som mer fremtredende hos denne gruppen. Som individ vil man ikke utsette seg for noe ukjent. For en person med revmatoid artritt, vil feil utførelse og feil type aktivitet være i den viss grad destruktiv for leddene. Hvis man gjennom store deler av livet har gått uten en slik sykdom. Også plutselig en dag for det, vil hele livsverden bli snudd på hodet. De kroppsliggjorte erfaringene du har opparbeidet deg gjennom livet vil da ikke være like gjeldende som tidligere. Rettet mot fysisk aktivitet vil det derfor si at det du kanskje har gjort gjennom flere år, vil ikke være mulig å gjøre lenger. Fordi, man fysiologisk sett, samt kroppslig ikke vil være kapabel til å gjøre det.

Men på hvordan måte kan man vinkle inn og benytte seg av Merleau-Pontys kroppsfenomenologi? Hvordan kan sette det i perspektiv at kroppen står i sentrum av det vi erfarer, samt rette det inn mot de som er kronisk syke? Hva er det som gjør kroppsfenomenologien relevant i forhold til et studiet rettet mot personer med revmatoid artritt og fysisk aktivitet?

### 2.2.2 Tidligere forskning/erfaring

Tidligere har jeg dratt frem Målfrid Råheims artikkel angående kroppsfenomenologi knyttet til pasienters opplevelse av kroppen i en livsverden påvirket av kronisk sykdom. Råheim (2002) intervju med en kvinne skaper et realistisk bilde av hvordan det fysiske og psykiske påvirker et individ å slite med kroniske sykdommer.

*«Denne morgenen er en vanlig morgen i denne livsperioden for Ester. Hun er sløv, omtåket, sliten, stiv og har sterke smerter. Det var umulig å stå opp med en gang. Hun måtte ligge litt, komme til seg selv og overtale kroppen til å fungere: «jeg var så stiv og kroppen ville ikke lystre. Jeg kan ikke gjøre noen bevegelser automatisk, jeg må bevisst snu meg i den rette stillingen i sengen, jeg må ta kontroll over kroppen, planlegge bevegelsene og forsøke å bli så våken og bevisst slik at jeg klarer å ta kontrollen. Jeg må overtale kroppen til å virke; nå, kjære venn, nå skal du stå opp.»*  
(Råheim, 2002, s. 2477)

For en person som sliter med en kronisk sykdom, som for eksempel revmatoid artritt, kan man trekke inn det Råheim (2012) forklarer angående sykdom som et hinder for deltakelse. Den kroppslige erfaringene disse menneskene får av sin egen kropp påvirker både det fysiske og det psykiske aspektet av individet. De erfaringene bidrar til å være en hindring for deltakelse i vanlige gjøremål og aktiviteter. En av konsekvensene blir dermed også en skadeliggjøring av selvopplevelsen og selvoppfatningen hos individet.

Råheim (2002) skriver videre at det kan betegnes som en endring i livsverden hos individer med kroniske sykdommer. I lys av kroppsfenomenologien trekkes det frem en endring i omgivelsene disse individene har rundt seg, samt den egne relasjonen disse individene har med sin egen kropp og situasjon. Flere faktorer rundt livene til disse individene blir forandret. Ved å være utilgjengelig for å delta i aktiviteter, kan det skje en fremmedgjørelse fra seg selv og tap av autonomi.

I artikkelen til Råheim (2002) er personen som nevnes diagnostisert med sykdommen fibromyalgi. Dette er en sykdom som gir kroniske muskelsmerter som Råheim beskriver i artikkelen om denne personen. Revmatoid artritt er en sykdom av en annen natur, men noen paralleller kan trekkes frem. Som skrevet i kapittel 1.1, så kjennetegnes revmatiske sykdommer som en auto-immun og kronisk inflammatorisk leddsykdom, som over tid fører

til deformering av ledd, tap av funksjonalitet og invaliditet. Samt, at den kjennetegnes ved leddsmerter som et resultat av væskedannelser og inflammasjon i leddene. Den fremmedgjørelsen som Råheim (2002) skriver om er i høyeste grad gjeldene også for personer med revmatoid artritt.

Ut i fra de beskrivelsene som blir gjort i artikkelen til Råheim er det mange likehetstrekk. De med revmatoid artritt sliter ofte med akkurat det samme om morgenen. Å være stiv etter natten er et av de mange vanlige komplikasjonene som er ved å ha denne sykdommen. Energienivået til å orke å stå opp hver dag er varierende som et følge av naturlig fatigue som oppstår ved revmatoid artritt. En følelse av å tape autonomi er tilsynelatende også et tilfelle hos disse personene. Dette kan man se igjen fra i studiet til Loeppenthin m. fl (2014) der en av funnene omhandlet selvstendighet og autonomi. For personer med revmatoid artritt kan man derfor trekke frem at de har gått gjennom en fase der deres livsverden er blitt påvirket av de nye kroppslige erfaringene som følge av sykdommen. Det blir et slags krav om å tilpasse seg en ny hverdag.

En annen måte å se på hvordan de kroppsliggjorte erfaringene påvirker personer med revmatoid artritt er å se nærmere på det psykiske aspektet. Ved å gjøre dette kan man forsøke å tolke hvordan tankene, samt hverdagen påvirkes av sykdommen. En faktor er hvordan det fysiologiske påvirkes. Det psykiske kan være vel så viktig å fokusere på. I lys av kroppsfenomenologien til Merleau-Ponty er dette i stor grad gjeldende. Slik Råheim (2002) legger det frem; «*Ved kronisk sykdom og funksjonssvikt er det tale om grunnleggende endringer i et menneskets levde relasjoner til seg selv og omgivelsene.*» (Råheim, 2002, s. 2477)

Mange personer med en diagnose som revmatoid artritt sliter med å gjennomføre tilstrekkelig fysisk aktivitet i forhold til de anbefalingene som er gitt. Gjennom en undersøkelse av flere studier har de sett en trend blant denne gruppen med personer, til tross for de positive effektene fysisk aktivitet har (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). De har kommet frem til at opp mot 71% av disse personene ikke møter den anbefalte mengden av fysisk aktivitet. Men hvorfor er det slik at denne gruppen med personer sliter med å komme seg i gang og opprettholde regelmessig fysisk aktivitet? En kan se på dette fra to perspektiver; fysiologiske og psykologiske barrierer. Det kommer frem et tredje perspektiv også. Denne går mer inn på



kunnskap rundt fysisk aktivitet. Denne kan man se i forhold til de psykologiske barrierene som trekkes inn.

De fysiologiske faktorene er det første perspektivet som trekkes frem. Her kommer det inn flere forskjellige former for barrierer. Den vanligste fysiologiske faktorene som er dominerende er stivhet, utmattelse, smerter og redusert mobilitet og funksjonalitet (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Det som kommer frem her er mange av de vanlige symptomene som revmatoid artritt har. Sykdommen kjennetegnes som skrevet tidligere av; tap av funksjonalitet, leddsmerter og utmattelse, som noen av symptomene. Ut i fra dette kan man tenke seg at de normale sykdomssymptomene alene kan forårsake store barrierer som gjør det vanskeligere for disse personene og holde seg i regelmessig fysisk aktivitet.

De psykologiske faktorene som er fremtredende her går inn på en mangel på kunnskap om hvordan fysisk aktivitet burde gjennomføres når man har en diagnose som revmatoid artritt (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). På bakgrunn av ulike studier er det kommet frem at frykt kan være en stor bidragsyter i de barrierene som er nevnes. Personer med revmatoid artritt har lagt frem at en frykt for å skade leddene mer og forverre smertene relatert til sykdommen spiller en stor rolle. Et interessant funn relatert til det psykologiske aspektet kan også relateres til det fysiologiske aspektet. De har kommet frem til at de som faktisk klarer å overkomme barrierene finner nye måter å komme seg rundt de. De som faktisk har klarer å være regelmessig i fysisk aktivitet finner nye strategier og metoder for å komme seg rundt barrierene. I et annet studie er det gått dypere inn i frykt aspektet som en psykologisk barriere.

I en artikkel av Baxter m. fl (2016) legges det frem to barrierer for fysisk aktivitet hos personer med revmatiske sykdommer. I motsetning til Veldhuijzen van Zanten m. fl. sine generaliserte og vanlige barrierer, legger Baxter m. fl (2016) frem frykt som og sosiale relasjoner som barrierer for fysisk aktivitet. Dette illustreres i denne modellen:



Figure 2. The model of the two themes about barriers to exercise among people with RA.

*Hentet fra: What are the perceived barriers, facilitators and attitudes to exercise for women with rheumatoid arthritis? A qualitative study (Baxter et al., 2016)*

Som en overordnet faktor setter Baxter m. fl (2016) sosiale relasjoner opp mot frykt. De deler frykt inn i to deler; frykt for det kjente og frykt for det ukjente. I følge modellen til Baxter m. fl. (2016) kan en se hvordan man i midten har en trygg sone der frykten omringer den. Ut i fra dette kan man tolke at de barrierene som oppstår rundt fysisk aktivitet er de utenomliggende faktorene som ligger i det kjente og det ukjente. Revmatoid artritt er sykdom har varierende natur, noe som gjør den uforutsigbar. For en person som har denne diagnosen vil en vite hva som skjer med kroppen og leddene når sykdomsaktiviteten øker. Dette er et eksempel på frykten for det kjente. Ut i fra det andre forskninger sier, som for eksempel Veldhujzen van Zanten m. fl. (2015) har lagt frem, så er en av barrierene hos de med revmatoid artritt mangel på kunnskap rundt fysisk aktivitet. Det å gjøre aktiviteter som er destruktiv for leddene kan ha stor påvirkning på leddene.

For en med revmatoid artritt kan det være vanskelig å forutse hvordan leddene er fra dag til dag. Dette kan i en viss grad påvirke både aktivitetsnivået og planene man setter opp. Sett i lys av fysisk aktivitet kan dette være et skremmende moment å ta i betraktning for en med revmatoid artritt. Ut i fra det Baxter m. fl (2016) legger i frykten for det ukjente er derfor relevant i stor grad. En med revmatoid artritt holder seg gjerne til aktiviteter som de vet er gunstig for leddene. Samt som de vet som fungerer. Slik det er nevnt i kapittel 1.3, så er det noen anbefalinger som er gitt for fysisk aktivitet. Men hva annet ligger psykologisk bak dette?

Som jeg nevnte tidligere, så kan man dreie Baxter m. fl. (2016) sin artikkel inn mot det psykologiske aspektet. Her kan man også legge til de sosiale relasjonene som man kan se i modellen ovenfor. I dette spilles også omgivelsene inn som en faktor. Dette gjør at man kan se på frykt på både et indre nivå, samt et ytre nivå. I studiet til Baxter m. fl (2016) fant de ut at deltakerne følte at det kunne skape frykt hos sine nærmeste med at de var fysisk aktiv. På bakgrunn av funnet til Baxter og sine kolleger, kan man tydelig se hvordan en slik sykdom også påvirker de rundt disse personene. De blir en del av livsverden til de personene som har revmatoid artritt. Sett i lys av artiklene til Veldhuijzen van Zanten m. fl (2015) og Baxter m. fl (2016) kan man se en sammenheng mellom nivå av fysisk aktivitet og sykdommen. Ved en sykdom som revmatoid artritt, vil et individs syn på fysisk aktivitet bli endret. Dette gjør teorien til Merleau-Ponty om kroppsfenomenologi veldig relevant.

De kroppsliggjorte erfaringene man gjør seg opp er med å dikterer mye av det vi gjør. For mennesker med revmatoid artritt er dette kanskje spesielt relevant. De lever et liv der de er i en livsverden som stadig forandrer seg. Hver dag er ikke lik. Noen dager er sykdommen veldig aktiv og smertene tar overhånd, mens den andre dager ikke er til å spore. De erfaringene man da gjør seg opp gjennom det man med kroppen går igjennom blir dermed veldig viktig. Det at man kjenner sin egen kropp og dens begrensninger er en viktig brikke når man skal vurdere hvorvidt man skal delta i fysisk aktivitet eller ikke. Det gjør også at man vet hva som fungerer og hva som ikke gjør det.

### **3 Metode**

Gjennom forskningsprosessen gjør man valg som påvirker oppgavens gange og struktur. De valgene man foretar seg gjøres på bakgrunn av problemstillingen og det du vil studere. Ut i fra problemstilling min, ble det gjennomført kvalitative forskningsintervjuer forankret i Merlaeu-Pontys kroppsfenomenologien (Merleau-Ponty, 1994) og Aaron Antonovskys teori om salutogenese og opplevelse av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

I dette kapitlet går jeg gjennom hele forskningsprosessen. Jeg kommer innom det metodiske verktøyet som er benyttet, den vitenskapsteoretiske forankringen, og hvordan jeg gikk frem for å rekruttere deltakere til forskningen min. Hele intervjuprosessen skal også legges frem, alt fra forberedelsene, til gjennomføringen og etterarbeidet med intervjuene. Avslutningsvis, skal jeg legge frem hvordan jeg analyserte og bearbeidet datamaterialet, før jeg helt til slutt skal diskutere forskerrefleksiviteten, troverdigheten og gyldigheten rundt forskningen.

#### **3.1 Vitenskapsteoretisk forankring**

Den vitenskapsteoretiske forankringen legger til grunn det metodiske utgangspunktet og de vitenskapsteoriene en forsker velger å benytte seg av. Med andre ord, knyttes vitenskapelig forankring seg opp mot refleksjon av kunnskap og vitenskap, basert på et teoretisk og et filosofisk utgangspunkt (Thornquist, 2003). I forhold til rollen jeg har som forsker og fremgangsmåten på hvordan jeg som kommer frem til de funnene jeg gjør, samt hvordan jeg ser på virkeligheten, er det vesentlig at jeg er oppmerksom på det epistemologiske utgangspunktet jeg har.

Jeg ser ikke på revmatoid artritt som noe utenomliggende den kroppslige erkjennelsen man som individ har, men mer som integrert del av den. De vi som individer erfarer fra å ha revmatoid artritt blir den av den virkeligheten vi lever i. Det er noe man lærer seg å leve med. Ut i fra det jeg selv har erfart, vil jeg si at det å ha sykdommen er en lettelse på mange måter. Jeg tror at vi hvis man skulle gått i uvissheten med de smertene sykdommen påfører på deg, ville det vært skadelig psyken. Det gjør det lettere akseptere de smertene, samt at det blir lettere å akseptere den som en del av kroppen din.

Thornquist (2003) skriver at epistemologi betegnes som læren av erkjennelse, og stiller spørsmål til hva kunnskap er og hva vi kan lære og erkjenne. De ulike vitenskapsteoriene

legger til grunn ulike ideelle måter å innhente informasjon rundt det valgte temaet du som forsker skal forske på. Videre i denne delen vil jeg ta for meg den vitenskapsteoretiske forankringen jeg har valgt å benytte meg av og hvorfor jeg mener at dette var det mest ideelle utgangspunktet for meg som forsker.

Jeg har hovedsakelig valgt å ta utgangspunkt i fenomenologien og hermeneutikken som vitenskapsteoretiske forankringer i forskningen min. Fenomenologien tar utgangspunkt i hvordan subjektet erfarer verden og virkeligheten (Thornquist, 2003). Den er forankret i en form for bevissthetsfilosofi og analyserer hvordan vår bevissthet konstituerer verden. Tankene og filosofien til opphavsmannen bak fenomenologien, Edmund Husserl (Thornquist, 2003), har i dag stor innvirkning på filosofien i den moderne tid. Fenomenologien har blitt videre utviklet og fått flere retninger som er blitt en viktig del av teorien. Maurice Merleau-Ponty's kroppsfenomenologi som har vinkling inn mot mennesket og kroppen som vår primære erkjennelseskilde har fått stor relevans for helsefagene i dag (Thornquist, 2003)..

Kroppsfenomenologien til Merleau-Ponty forankrer seg i at subjektet er i verden som kropp (Merleau-Ponty, 1994). Denne tilnærmingen er vanlig i forskning som retter seg mot helse og kroppslige gjorte erfaringer. Der det å være-i-verden er bakteppet (Thornquist, 2003). En mer detaljert beskrivelse av kroppsfenomenologien er å finne i kapittel 2.2.

Den andre vitenskapsteoretiske forankringen i forskningen min er hermeneutikken.

Hermeneutikken stiller spørsmål til forståelse og fortolkning (Thornquist, 2003). Den er i hovedsak omtalt som fortolkningslære. Thagaard (2018, s. 37). skriver at en hermeneutisk tilnærming innebærer at det ikke finnes en sannhet, men fenomener kan tolkes på flere plan eller nivåer. Meningen i det vi er ute etter kan bare forstås gjennom det vi studerer. Ut i fra dette, kan man trekke ut fortolkning som en viktig brikke. Hermeneutisk tilnærming gjøres på tre plan; fortolkninger på første, andre og tredje grad (Thagaard, 2018). Fortolkning på første grad baserer seg på forskerens relasjon med deltakeren. I dette ligger det at deltakeren kan fortolke sin situasjon gjennom forskeren. Noe som gjør at forsker og deltaker kommer på lik linje. Annen grads fortolkning baserer seg på en representasjon av forskerens tolkninger av et fenomen som på forhånd er blitt tolket av deltakeren. Tredje grads fortolkninger bygger på at forskeren fremhever det underliggende. I dette ligger å avdekke motiver, underliggende og begrunnelser til hvorfor man utfører en handling.

I helse relaterte studier er en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming av stor relevans (Thornquist, 2003). Domenet denne forskningstilnærmingen baserer seg på er meningsfylte fenomener. Dette legger grunnlaget for min forskning. Den forståelsen man individ har, er et resultat av de kroppsliggjorte erfaringene man gjør seg opp.

*«En grunn tanke i hermeneutikken er at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger.» (Gilje & Grimen, 1993, s. 148)*

De kroppslige forutsetningene man som individ har er alltid der. Gjennom kroppen gjør man seg opp noen tanker og erfaringer. Kroppen handler, erfarer og leser seg selv (Thornquist, 2003). Den bygger seg på biologiske og fysiologiske forutsetninger. Dette gjorde denne tilnærmingen ideell for min del når jeg skulle finne et godt vitenskapsteoretisk utgangspunkt for min forskning. Når man skal studere hvordan fysisk aktivitet påvirker kroppen for de revmatoid artritt, legger man vekten over på den kroppsliggjorte erfaringen og hvordan den er meningsskapende for individet. Basert på det teoretiske grunnlaget jeg har lagt til grunn for dette studiet kan man se den røde tråden gjennom alt (se kapitlet om det teoretiske grunnlaget).

Rent vitenskapsteoretisk sett, var det viktig for meg å gå dypere inn i meningene bak det som kom frem under gjennomføringen av intervjuene. I litteraturen kan man si at det bygger opp under hermeneutikken, der man er ute etter et dypere meningsinnhold av det som blir sagt, kontra det som umiddelbart virker innlysende (Thagaard, 2018). En slik tilnærming ble naturlig på bakgrunn av problemstillingen min. Det jeg kom frem til var at hvis jeg skulle ha svar på problemstillingen min, var jeg nødt til å mye dypere og finne de bakenforliggende svarene og tankene hos forskningsdeltakerne.

## 3.2 Mitt utgangspunkt

Forståelsen av det du som forsker skal forske på preges av din forforståelse.

*«Grunnlaget for den forståelsen vi utvikler i løpet av prosjektet, preges av om vi har en tilknytning til det miljøet vi studerer, eller om vi representerer en utenforstående.»  
(Thagaard, 2018, s. 190)*

Ved at du som forsker kjenner til det miljøet eller temaet du skal forske på gir deg et godt utgangspunkt for å forstå det, samt utvikle en større forståelse for det (Thagaard, 2018). De personlige erfaringene jeg tok med meg inn i dette studiet var veldig nyttig. De gjorde at jeg lettere kunne ta grep i det jeg hørte fra de som var med på behandlingsreisen og de som jeg intervjuet. Jeg har selv juvenil idiopatisk artritt (barneleddgikt). Jeg har hatt sykdommen siden jeg var 9 år gammel. Mine erfaringer angående hvordan sykdommen påvirker kroppen og leddene, samt angående fysisk aktivitet gjorde at jeg hadde godt utgangspunkt for å gjennomføre prosjektet mitt.

Jeg har selv vært fysisk aktiv hele livet og har bedrevet flere former for fysisk aktivitet opp igjennom, alt i fra ski til fotball og styrketrening. Jeg har erfart hvordan enkelte aktiviteter gjør at leddene reagerer. For eksempel så vet jeg hvordan styrketrening påvirker leddene mine. Dette varierer selvfølgelig fra person til person. Noen har flere begrensninger en andre. Ut i fra dette følte jeg at jeg var godt rustet til å gå ut i feltet å prate med de som var med på behandlingsreisen om fysisk aktivitet. Dette ga meg et godt utgangspunkt for å rekruttere inn de jeg trengte til intervjuene også. Dette har både sine styrker og svakheter.

Når man skal gjennomføre et forskningsarbeid er måten man som forsker presenterer seg selv i miljøet en viktig faktor for hvordan du fremstår i miljøet. I teorien blir det fremhevet at det er viktig at du som forsker skaper en tillit til feltet, både på et personlig nivå, samt at det må liggende en tillit til prosjektet i grunn (Thagaard, 2018). Jeg forsøkte å fremstå på en så jordnær måte som mulig. Jeg gikk inn hver samtale med de på behandlingsreisen med en tanke om at vi var lik. Fremgangsmåten var ikke preget av at jeg skulle gjøre et forskningsprosjekt, men mer som en vanlig samtale. Dette gjorde at jeg fikk den tilknyttingen og tilliten jeg trengte for å rekruttere de jeg trengte.

Jeg hadde en stor fordel med tanke på å skape tillit ute i feltet, i og med at jeg hadde totalt 4 uker på til å gjennomføre prosjektet. Dette gjorde at jeg over lengere tid kunne være ute i miljøet og feltet å skape gode kontakter med de personene jeg på som relevante i forhold til problemstillingen min. I tråd med teorien og det Thagaard (2018) legger frem er den kontakten man som forsker skaper med de riktige personene i feltet viktig. De er avgjørende for innsiktene og svarene man som forsker ser etter i forskningsprosjektet.

Hva var resultatet av at forskningsprosjektet mitt ble preget av jeg var ute i feltet over så lang tid? Hvilke nyttegrad kunne jeg dra ut av en slik fremgangsmetode? Alt i alt, var dette et fint verktøy for meg som forsker. De erfaringene jeg fikk og klarte fremkalle i tankene mine som et resultat av de relasjonene jeg opparbeidet meg i feltet, var med på å understreke det som intervjudeltakerne nevnte under intervjuene. Det samme som ble sagt under intervjuene ble klarere og sterkere i kombinasjon med det jeg hørte mens jeg var ute i feltet. Jeg føler at dette ga meg et bedre grunnlag og utgangspunkt for å kunne gi et fornuftig svar på problemstillingen min.



### 3.3 Valg av metode

Når man som forsker skal velge et metodisk verktøy for forskningen sin er det flere valg som må gjøres som spiller en stor rolle i hvordan sluttproduktet ender opp. Tradisjonelt, er det to metodiske verktøy som blir brukt; Kvantitativ metode og Kvalitativ metode. I motsetning til den kvantitative metodens hensikt å generalisere og kvantifisere fenomener (Flick, 2014), forsøker den kvalitative metoden å gå inn dybden rundt fenomener, skape forståelse, samt se på opplevelser og erfaringer som er gjort rundt fenomener. Denne motsetningen kan sees på som kvalitet versus kvantitet (Berg & Lune, 2012).

Med utgangspunkt i problemstillingen i forskningen min, falt valget på en kvalitativ metode når jeg skulle velge metodisk verktøy for datainnsamlingen. Den kvalitative metoden kjennetegnes av stor entusiasme og spenning (Thagaard, 2018). Metodens natur innebærer at an studere fenomener fra innsiden. Med andre ord, metoden legger til grunn en induktiv fremgangsmåte. Ved å benytte den kvalitative metoden kan man få en større forståelse av fenomener. Innenfor den kvalitative metoden finnes det flere måter å gjøre datainnsamling på. Jeg valgte å benytte kvalitative forskningsintervju. Jeg skal utdype mer om den senere i dette kapitlet. Men, forskningen min ble også litt preget av et feltarbeid.

Som en konsekvens av min tilstedeværelse i feltet er datamaterialet mitt også et resultat av et direkte feltarbeid. «*Feltarbeid har referanse til den fasen i prosessen hvor vi forlater forskningsinstitusjonen og «går ut i felten», det vil si studerer personer i deres eget nærmiljø»* (Thagaard, 2018, s. 63). Feltarbeid var ikke del av forskningsprosjektet mitt til å begynne med. Den kom som en bi-metode til å supplere på med informasjon på toppen av de kvalitative intervjuene jeg gjennomføre som en del av forskningsprosjektet.

Feltarbeidet ble i den forstand brukt direkte som en del av forskningsprosjektet. Dette var med på å påvirke intervjuene som ble gjennomført i den grad at den var med på å sette et metningspunkt i datainnsamlingen. Det som jeg hørte rundt i feltet under hele oppholdet ble gjengitt i dypere mening under intervjuene. Totalt sett, skapte dette et større bilde av sammenhengene mellom fysisk aktivitet og revmatiske sykdommer for min del som forsker. Selv om feltarbeid ikke var en del av prosjektet i planleggingsfasen, så påvirket det måten jeg gikk inn feltet og hentet ut informasjon for å belyse problemstillingen.

## 3.4 Utvalg

Når jeg skulle gjøre et utvalg for forskningsprosjektet mitt var det mange faktorer og pekepinner som satte retningslinjer for hvordan og hvem jeg skulle rekruttere. Nå skal jeg utdype og forklare de valgene som ble gjort i forhold til utvelgelse av deltakere til forskningsprosjektet mitt. Jeg skal starte med å forklare litt om utvalgsstrategien før jeg går videre til tilgangen jeg hadde til feltet og litt om rekrutteringsprosessen. Avslutningsvis, skal jeg presentere de utvalgte deltakerne.

### 3.4.1 Strategisk utvalg

Strategisk utvelgelse er i følge Thagaard (2018) en måte å peke ut de individene med best bakgrunn for at man skal skape en forståelse av det fenomenet du studerer. Denne formen beskrives videre som en utvelgingsprosess med en «*organisk praksis*» (Thagaard, 2018, s.54). Dette vil si at vi underveis i prosjektet kan gjøres oss noen tanker og formeninger rundt utvalget, for å videre dyrke forståelsen av fenomenet som er i fokus. I et strategisk utvalg velger man seg ut de personene du mener er best egnet for å svare på problemstillingen i forskningen. Dette preget utvelgingsprosessen min i stor grad. Jeg gikk stadig gjennom flere tanker og meninger underveis i oppholdet, om hvem som var best egnet seg til å delta i forskningsprosjektet mitt. I og med at jeg hadde totalt 3 uker til å gjøre meg opp noen tanker, ble det derfor en naturlig og organisk utvelgingsprosess som Thagaard (2018) nevner. Dette medførte at det utvalget jeg gjorde var basert på tanker gjort opp over en lengere periode. På bakgrunn av de tankene jeg hadde gjort meg opp over de 3 ukene, landet jeg på de utvalgte jeg mente passet kriteriene best.

### 3.4.2 Tilgang til feltet

Totalt hadde jeg en populasjon på 140 mennesker å gjøre utvalget mitt fra. Ut i fra de 140 menneskene som var tilgjengelig ble det gjort det utvalg på tre personer (en presentasjon av de utvalgte kommer under del 3.4.5). Jeg hadde som forsker derfor en et godt utgangspunkt for å gjøre et utvalg av deltakere til gjennomføre intervju på. Slik Thagaard (2018) sier, er det avgjørende at forsker får tilgang til miljøet slik at man kan finne de personene som er relevante i forhold til problemstillingen.

På bakgrunn av at jeg valgte ut personer som var på et 4 ukers behandlingsopphold i utlandet som jeg selv var på, gjorde at jeg hadde en eksklusivt tilgang i feltet jeg studerte. Jeg hadde mulighet til å kunne knytte sterkere bånd med samtlige personer på turen. Dette gjorde at jeg

over en lengere periode kunne peke meg ut de personene jeg mente passet de kriteriene jeg hadde satt for det utvalget jeg skulle gjøre. Ut i fra teorien som ligger til grunn for metoden, hadde jeg som forsker et veldig godt utgangspunkt.

På den ene siden var dette i stor grad positivt. På den andre siden, kan dette skape begrensninger. Jeg hadde i den forstand på meg noen briller når jeg skulle ut å rekruttere deltakere i feltet. Kanskje det utvalget jeg gjorde gir meg mange gode svar slik at jeg kan belyse problemstillingen. Men, at et bredere og mer variert utvalg kunne gitt meg enda flere og bedre svar.

Ved å kun velge ut 3 deltakere fra en total populasjon på 140 mennesker satte jeg noen begrensninger på hva jeg kan finne ut av. De svarene jeg fikk kan på denne måten ikke være like bred og utfyllende hvis man skal se på total bildet og hva som gjelder for majoriteten av disse menneskene. Et brede utvalg ville nok derfor kunne gitt meg et mer utfyllende svar som kanskje kunne vært mer gjeldende for en større gruppe. Men hvorfor valgte jeg bare ut 3 stykker og ikke flere?

Jeg begrunner det ved at jeg følte at metningspunktet var nådd. Etter å ha vært ute i feltet i over 3 uker før jeg valgte ut de utvalgte, gjorde jeg meg opp noen tanker. De tankene jeg hadde ble forsterket etter at jeg gjort de 3 intervjuene. Jeg følte at jeg ville fått de samme svarene hvis jeg skulle intervjuet flere. Det som jeg hørte ute i feltet ble sterkere sementert gjennom det utvalget jeg hadde gjort.

Et annet viktig aspekt å ta i betraktning her er forhånds kunnskapen og de forutsetninger som jeg gikk inn i prosjektet med. Uten å trekke noen konklusjoner, så kan dette ha hatt stor innflytelse på mitt valg ved å kun gjennomføre 3 intervju. Dette kan man se på som en svakhet i utvalget mitt. Det at jeg er så tett på dette miljøet selv kan ha gjort at jeg følte at det metningspunktet jeg har nevnt kom tidligere en det burde ha gjort. Kanskje dette gjorde at jeg visste om metningspunktet på forhånd? Når jeg sett opp prosjektskissen til denne oppgaven hadde jeg gjort meg opp en tanke på hvor mange jeg skulle inkludere inn studiet. Etter planen skulle jeg ha 6 intervjuer totalt. Men, etter å ha gjennomført de 3 intervjuene jeg hadde gjort, følte jeg at jeg hadde et grunnlag for å kunne svare på problemstillingen. Svarene jeg fikk fra de 3 var relativt like. Basert på det, tror jeg at hvis jeg hadde gjennomført de 3 siste

intervjuene jeg hadde planlagt, hadde jeg fått de samme svarene. På den andre siden, så tror jeg at det kunne være med å styrke validiteten av studiet mitt.

### **3.4.3 Kriterier for utvalg**

For å få et utvalg som best mulig kunne gi meg et svar på problemstillingen, satt jeg opp noen kriterier som deltakerne jeg rekrutterte måtte oppfylle. De inklusjonskriteriene jeg satt opp for forskningsprosjektet mitt var.

1. Må være fysisk aktiv på regelmessig basis (1+ timer i uken)
2. Ha diagnosen revmatoid artritt (Leddgikt, psoriasis artritt eller juvenil artritt)
3. Deltar på ett utenlands behandlingsopphold (4 uker)

De inklusjonskriteriene jeg satt opp satte noen retningslinjer og rammer for hvem og hvordan jeg skulle rekruttere deltakere til forskningsprosjektet mitt. Kriteriene jeg satt skapte noen begrensninger for hvem jeg skulle velge, samt at de ekskluderte en viss andel av total populasjonen jeg skulle gjøre utvalget fra. Jeg ønsket å få inn deltakere som er fysisk aktiv på regelmessig basis. Jeg tror at de som trener av å på gjennom året ikke vil ha samme forutsetninger til å gi like god svar som de som faktisk er aktiv 1 eller flere ganger i uken. Grunnen til at jeg ønsket å få inn deltakere som var i fysisk aktivitet regelmessig er fordi de mest sannsynlig har gjort seg opp noen tanker om hva som fungerer for dem. De vil også ha noen god synspunkter på hvorfor de klarer å holde seg i fysisk aktivitet regelmessig over tid. Samt, at de også vet godt av effekten fysisk aktivitet har på kroppen og leddene deres. Den kroppsliggjorte erfaringen de har opparbeidet seg er av stor relevans

### **3.4.4 Rekruttering av deltakere**

Når jeg skulle sette i gang med tankeprosessen for hvordan jeg skulle gå frem for å gjøre det utvalget jeg trengte fikk jeg mange idéer på hvordan jeg kunne løse det. De to metodene som skilte seg ut i tankene mine var; 1. Å presentere prosjektet mitt kollektivt foran hele populasjonen, eller, 2. Skape sterkere tilknytninger gjennom hele oppholdet å gjøre utvalg basert på de erfaringene jeg hadde fått gjennom personlige kontakter én til én.

Det jeg til slutt endte opp med var den siste metoden. Jeg valgte å skape tilknytninger og sosiale relasjoner gjennom oppholdet. Dette gjorde at jeg kunne prate med så mange som mulig, og ut i fra det, gjøre utvalg blant de jeg hadde pratet med. Det totale utvalget som jeg

gjorde var på 3 personer, hvorav det var 2 menn og 1 kvinne. Alle deltakerne var i forskjellige alder.

Måten jeg gikk frem for å rekruttere disse 3 deltakerne var at jeg pratet med de i forkant av og mellom behandlingene. To av deltakerne hadde jeg selv bassentrening med hver dag. Dette gjorde at jeg over de 3 ukene før intervjuene rakk å skape en god tilknytning til de. Jeg pratet mye med de om trening. Vi diskuterte mye om hva som hadde god effekt på sykdommen og hva som fungerte for oss personlig. Jeg begynte sakte men sikkert i uke 3 å prate om det prosjektet jeg hadde planlagt. Jeg la frem hva jeg studerte og hva jeg ønsker å forske på. De viste stor interesse rundt dette og mente det var et fornuftig studie å gjennomføre. Dette gjorde det lettere for meg å få rekruttert disse inn. Jeg spurte de i slutten av uke 3 om de ville være interessert å delta i studiet mitt. Den siste deltakeren jeg i studiet mitt hadde jeg kjennskap til fra før. Jeg planla å bruke denne personen til et pilotintervju. Men i etterkant av dette pilotintervjuet bestemte jeg meg for å bruke den denne personen svarte under intervjuet. De svarene jeg fikk følte jeg tilfredsstilte det jeg var ute etter. Etter å spurt denne personen om det var greit at jeg brukte det, fikk jeg tillatelse til å bruke det. På bakgrunn av det jeg plana i forkant av studiet bestemte jeg meg for å holde utvalget kjønnsnøytralt, da de samme retningslinjene for fysisk aktivitet gjelder for både menn og kvinner. Det var derfor tilfeldig at utvalget ble på 2 menn og 1 kvinne. Dette kan igjen ha en svakhet. Kanskje har kvinner et litt annet synspunkt kontra menn angående fysisk aktivitet.

### **3.4.5 Presentasjon av deltakere**

De jeg valgte ut til intervju vil når bli presentert. Jeg presenterer de utvalgte i små detaljer slik at det blir en oversiktlig representasjon av utvalget. Det er brukt pseudonymer på de utvalgte slik at de holdes anonym.

#### **Deltaker 1 – Morten (23år)**

Morten var den yngste deltakeren i studiet mitt. Han ble valgt ut på bakgrunn av erfaringen han har med både sykdommen og trening. Jeg kjente til Morten fra før av. Jeg kjente til hva han sto for når det gjald fysisk aktivitet, samt at jeg kjente til litt sykdomshistorikken hans.

Når intervjuet ble gjennomført var Morten 23 år gammel. Han har hatt en form for revmatoid artritt kalt juvenil idiopatisk artritt siden 1998. Han var da 2 år gammel. Morten har alltid vært fysisk aktiv, men har siden 16 års alderen tatt mer tak i det. På tiden han fikk diagnosen juvenil artritt var det slik at man ikke skulle være aktiv og holde seg mest mulig i ro for å skåne leddene for sykdommen. Aktivitetsnivået til Morten har vært høyere de siste 6 til 7 årene. Morten er student å hadde akkurat fullført det 2. året på studiet sitt.

Morten begynte å bli mer aktiv når begynte han også å gå til fysioterapeut jevnlig i 2016. På denne tiden begynte han også å trene mer på egenhånd. Morten begynte da med aktivt med styrketrening. Han legger også til at han begynte sånn smått i 2014, men at han trappet det opp i 2016. Dette i tråd med besøkene til fysioterapeuten. I årene fra 2016 og til 2018 forteller han at han ikke var så aktiv som han ideelt sett ville være, men at han startet opp veldig aktivt igjen i 2018.

Han legger frem at hvor aktiv han er i uken er avhengig av studiene han tar. I fjor høst (2018) trente han 2-3 ganger i uken. I oppbygningen til behandlingsreisen har det vært mindre trening forteller han. Men at han begynte opp igjen litt før reisen. I snitt er han aktiv 3-4 ganger i uken forteller han.

## **Deltaker 2 – Eva (32år)**

Den neste og midterste deltakeren i studiet mitt var Eva. Hun var på tiden av intervjuet 32 år gammel. Etter mange samtaler med Eva konkluderte jeg med at hun var en relevant person å inkludere i studiet mitt. Måten hun pratet om fysisk aktivitet på, samt hvor lenge hun hadde hatt sykdommen gjorde at jeg valgte å inkludere henne.

Eva fikk diagnosen revmatoid artritt siden 2012. Hun forteller at hun begynte å få symptomer på sykdommen omlag et halvt år før diagnosen ble satt. Hun legger frem at hun fikk diagnosen ganske fort. I motsetning til mange andre, mener hun at hun var ganske heldig. Sykdomsforløpet hennes startet med at hun en dag fikk smerter i det ene håndleddet, før hun dagen etter fikk smerter i det andre håndleddet. Anklene begynte på akkurat samme måte forteller hun.

Hun fikk diagnosen mens hun jobbet som lærer på ungdomstrinnene. Hun synes at det å jobbe som lærer fungerer ganske bra i forhold til når ledelsen har tillit til at hun gjør jobben sin i klasserommet. På en måte synes hun det er krevende med alle kravene man skal tilfredsstille. Men, på en annen side så er hun veldig glad for at jobben er veldig aktiv. Hun går mye og er i bevegelse konstant. Noe hun synes hjelper på det med morgenstivhet. Også forteller hun at en av baksidene ved å være lærer er at man må ha inspeksjon på vinterstid når leddene kanskje er ekstra utfordrende.

Eva forteller hun at har alltid har vært aktiv. Men det stoppet litt opp i 2006 når hun fikk barn. Det var først i 2010 at hun igjen begynte å ta skikkelig tak i helsen igjen. Hun legger frem at hun på den tiden var ganske stor. Det startet med at hun endret på kostholdet før hun etterhvert begynte å legge inn en lett tur innimellom. Hun forteller også at etterhvert som tiden gikk, dro hun på en spinning prøvetime. Noe som ga mersmak til å fortsette med det. Hun trener i snitt 3 ganger i uken. Men dette varierer. Noen ganger blir det 2, mens det andre ganger blir 4 økter i uken.

Eva sier at hun er takknemlig for sykdommen. Den har gitt en drive til å sette mer fokus på fysisk aktivitet. Hun forteller at hun har blitt mer klar over og oppmerksom på hva fysisk aktivitet har å si. Hun sier at hun er blitt bedre kjent med sin egen kropp som en konsekvens av diagnosen.

### **Deltaker 3 – Lars (52år)**

I likhet med Eva, valgte jeg ut Lars som den siste deltakeren til studiet mitt på bakgrunn av samtalene vi hadde i forkant av intervjuene. Jeg valgte han på bakgrunn av den han fortalte meg over tiden av oppholdet. Han pratet mye om hvordan han brukte fysisk aktivitet som en medisin for sykdommen. Dette gjorde at jeg bestemte for at han skulle være den siste personen til mitt studie.

Lars forteller at han har revmatoid artritt de siste 10 årene. Men at han har symptomer på sykdommen de siste 15 årene. I årene før diagnosen ble satt gikk Lars på sterke smertestillende for å holde smertene nede. Når legen først sendte han til utredning fikk han en diagnose samt medisiner som skulle hjelpe på smertene. Medisinene Lars fikk skulle hjelpe mot sykdommen på en helt annen måte enn de sterke smertestillende han hadde gått på.

Han legger frem at han alltid har vært litt fysisk aktiv. Men, det var først når han fikk diagnosen at han skjønnte hvor viktig fysisk aktivitet er for de som har revmatoid artritt. Han sier han tidligere brukt medisiner for å holde smertene i sjakk, men at han over tiden har lært seg å bruke fysisk aktivitet som en alternativ medisin for smertene. Lars sier at han de siste 10 årene har blitt mer aktiv. På grunn av de lange vintrene nordafor, sier at han at det blir mye skigåing. Han forteller også at han trener en del styrketrening. Noe han kjenner god effekt av. I stedet for å ta en tablett når han vondt tar han heller noen styrkeøvelser rundt de leddene har vondt i. Lars er i snitt aktiv 3-4 ganger i uken. Han sier at om vinteren kanskje er aktiv i større grad med tanke på skigåingen, men at han om sommeren prøver å holde på rulleski og styrketrening.



## 3.5 Kvalitativt forskningsintervju

Kvalitative forskningsintervju ansees som en de mest vanlige metodene for datainnsamling innenfor den kvalitative metoden (Thagaard, 2018). Ved å benytte en slike metode vil du derfor kunne gå i dybden på hvordan individer opplever verden rundt seg, samt at du får tilgang på ulike synspunkter og standpunkter andre individer har om ulike temaer. Thagaard (2018, s. 91) legger det kvalitative forskningsintervjuet frem som en samtale mellom to parter, forsker og intervjudeltaker. Samtalen styres gjennom temaene forskeren ønsker å tilegne seg kunnskap om, samt de temaene intervjudeltakeren tar opp.

### 3.5.1 Delvis-strukturert intervjuguide

Den første fasen når man skal utforme en god intervjuguide er å sette seg godt inn konteksten intervjuet skal settes i (Thagaard, 2018). Thagaard (2018, s. 95) skriver at det er viktig at man som forsker forbereder seg og planlegger intervjuguiden godt slik at man kan stille spørsmål som er sentral rundt det du som forsker skal forske på. Dette gjør også at du som forsker kan være åpen under intervjuet. Man kan stille fleksibel rundt det intervjudeltakeren legger frem. I boken til Thagaard legges det frem to modeller for hvordan vi kan utforme intervjuguiden; «tre-med-grener-modellen» og «elv-med-sidestrømmer-modellen». Min intervjuguide vil basere seg på den siste av de to modellene. Elv-med-sidestrømmer-modellen kan forklares slik:

*''I følge denne modellen kan strukturen i intervjuet sammenlignes med at spørsmålene vi stiller, følger et elveleie hvor en stor elv kan dele seg i flere sidestrømmer, som så igjen flyter sammen til en stor elv. Elven representerer det sentrale temaet som intervjuet skal handle om, og hver av sidestrømmene representerer temaet som vi tar opp i løpet av intervjuet'' (Thagaard, 2018, s. 95).*

Thagaard (2018, s. 95) utdyper at denne modellene passende når man skal utforske ett hovedtema, men samtidig som vi ikke vet om andre temaer som kan være relevante som plutselig kan dukke opp intervjuet. En slik modell kjennetegnes av at oppfølgingsspørsmål spiller en sentral rolle for å utdype temaet.

Basert på modellen i avsnittet over, åpnes det opp for ett delvis-strukturert intervju i mitt forskningsprosjekt. Thagaard (2018) beskriver slike typer intervju som de vanligste innen kvalitative intervjuer. Alle temaene som skal dras inn i intervjuet er satt på forhånd, men selve

strukturen og rekkefølgen på spørsmålet er åpen. Dette gjør at nye temaer som dukker opp underveis i intervjuet kan dras inn. Den fleksible strukturen fører dermed til at vi kan stille spørsmål som ikke var nedskrevet på forhånd.

På bakgrunn av problemstillingen og de svarene jeg er ute etter, egner en delvis-strukturert tilnærming seg som den mest optimale. Ved hjelp av en slik intervjuguide vil samtalen kunne flyte og nye spennende aspekter kan dukke opp, som jeg på forhånd kanskje ikke hadde tenkt over. Den relasjonen jeg bygger med intervjudeltakeren var derfor viktig. Dette krever at spørsmålene jeg stilte ikke er lukket, men åpen i den forstand at oppfølgings spørsmål vil være mulig å stille. Thaagard (2018) legger dette frem som en konstruktivistisk tilnærming. Kunnskapen som formes er ett resultat av fellesskapet og den relasjonen som oppstår mellom forsker og intervjudeltaker. I en slik prosess har begge parter innflytelse, både forsker og intervjudeltaker.

### **3.5.2 Intervjuguidens teoretiske utgangspunkt**

Intervjuguiden som ble utarbeidet til bruk i studie mitt hadde sitt teoretiske grunnlag for Antonovskys teori om salutogenese og opplevelsen av sammenheng (se kapittel 2.1). Den ble kategorisert og delt inn i samsvar med teorien.

### **3.5.3 Pilot intervju**

Et pilotintervju gjennomføres for å finne ut om den intervjuguiden du som forsker har utformet gir svar på problemstillingen i prosjektet ditt, samt for å teste deg i forskerrollen i en intervjusituasjon. Mitt pilotintervju ble gjennomført med en intervjudeltaker som passet inn under de kriteriene som ble satt i forhold til deltakelse i prosjektet. Pilotintervjuet mitt førte til at jeg fikk et bedre innblikk i hva det krever å inneha forskerrollen i en intervjusituasjon. Resultatene jeg fikk ut av pilotintervjuene var jeg som forsker tilfredsstillt med. De spørsmålene jeg stilte ga meg svar på det jeg ville ha svar på. Men på den andre siden, ble noen av oppfølgings spørsmålene endret på i etterkant av pilotintervjuet. Pilotintervjuet ble gjennomført uken før intervjuene skulle gjennomføres. På bakgrunn av hvordan jeg synes at pilotintervjuet gikk, endte jeg med å inkludere det inn i datamaterialet.

### 3.5.4 Gjennomføring av intervju

Når jeg som forsker skulle gjennomføre intervjuene var det noen viktige aspekter jeg måtte ta hensyn til som kunne bli avgjørende for kvaliteten på datamaterialet jeg skulle hente inn, samt hvordan intervjusituasjonen ville utspille seg.

Forskningsintervjuene ble gjennomført under et 4 ukers behandlingsopphold i varmere strøk. Intervjuene ble satt opp til å bli gjennomført den siste uken av oppholdet på bakgrunn av forskjellige grunner. Det ble gjennomført totalt 3 intervjuer. 2 av deltakerne var menn i alderen 23 år og 52 år. Den siste deltakeren var en kvinne i alderen 32 år. Alle intervjuene ble gjennomført i et nøytralt rom på instituttet der pasientgruppen holdt til. De ble gjennomført over 5 dager. Etter hvert intervju ble dagen etter brukt til videre refleksjon over intervjuet som hadde vært.

Intervjuene varte i ca. 40-45 minutter inkludert innledning og informasjon om studiet, samt avslutning av intervjuene. Hovedspørsmålene og kjernen av intervjuene varte i ca. 30 minutter per intervju. Når jeg gjennomførte intervjuene forsøkte jeg å fokusere på noen punkter for holde en god og ryddig struktur i intervjuet, samt skape en så avslappende intervjusituasjon som overhode mulig.

Jeg forsøkte å skape en rolig og lett atmosfære rundt intervjuene. Dette ble gjort for at selve prosessen skulle føles ut som en mer åpen samtale om temaet, kontra en mer trykkende intervjufølelse som legger press på deltakeren. I følge Thagaard (2018), er det viktig at forholdet mellom deg som forsker og deltakeren er tillitsfull og fortrolig. Det er en av nøklene til at de svarene du som forsker får av deltakerne. Ut i fra det jeg erfarte både før, under og etter intervjuene var de deltakerne jeg hadde følte en trygghet og fortrolighet til meg som forsker. Jeg forsøkte hele tiden å holde fokuset på deltakerne når de pratet og unngikk å bare skrive notater i boken jeg hadde med meg. Dette gjorde at jeg ble mer mottakelig for de kommentarene deltakerne hadde slik at jeg kunne uttrykke på det interesse og positivitet ovenfor de. Dette legger Thagaard (2018) også stor vekt på. Deltakerne føler med det en større trygghet ovenfor deg som forsker, og kan dermed svare mer åpent, samt uttrykke sine meninger i fortrolighet og med mer presisjon.

Jeg valgte å bruke en delvis-strukturert intervjuguide. Dette kom tydelig frem under intervjuene. Det tillate meg å videreføre og stille nye spørsmål underveis som de dukket opp.

Den friheten dette ga meg som forsker, samt for intervjudeltakerne, var en viktig brikke i resultatet. Svarene jeg fikk var delvis påvirket av at jeg som forsker kunne vike ut i fra intervjuguiden min, for så å finne tilbake til den. Men, dette kan være en svakhet i seg sjøl. De forkunnskapene og det utgangspunktet jeg kommer inn i intervjusituasjonen med, kan bidra til at svarene ikke blir så tydelig og presis som jeg vil ha. Det gjør at jeg som forsker lettere kan diktere og lede samtalene i den retningen jeg vil at den skal gå.

### **3.5.5 Bruk av lydopptaker**

Jeg bestemte tidlig i prosessen for at jeg skulle benytte lydopptaker da jeg skulle gjennomføre intervjuene. Dette gjorde at jeg kunne sette et større fokus på de jeg intervjuet. Dette gjør det også enklere og følge med, samt at du som forsker kan be intervjudeltakerne om å utdype noe de nevner uten at du trenger å ta bryte det opp i skriftlig format (Tjora, 2017). I forkant av intervjuet spurte jeg de jeg skulle intervjuet om det var greit at jeg gjorde. Det var ingen innvendinger mot det. Jeg valgte å benytte min egen telefon som lydopptaker. Den ble plassert litt skrått bak der jeg og intervjudeltakerne satt å pratet. Dette ble gjort for at den ikke skulle være til bry og distraksjon for intervjudeltakeren.

## **3.6 Analyse av datamaterialet**

Etterarbeidet av datamaterialet er en relativt stor og tidskrevende prosess. Gjennom hele prosessen har jeg hatt Antonovskys og Merleau-Pontys teorier og tanker som en base for mitt prosjekt. Datamaterialet som er innhentet er gjort gjennom kvalitative forskningsintervju. Hele prosessen fra en ide til et produkt har vært lang. Hele prosessen startet med å komme frem til en ide om hva jeg skulle forske på. Deretter, var det nødvendig å finne riktig metode å innhente den dataen jeg trengte for å finne svar på det jeg var ute etter. En god utforming av intervjuguiden er av stor nødvendighet for at de svarene du ønsker skal kunne innhentes. Til slutt er det en transkriberingsprosess av de intervjuene er foretatt gjennom lydopptak som skal ble gjennomført.

### **3.6.1 Transkribering**

Slik jeg har erfart gjennom tidligere forskningsprosesser jeg har vært i gjennom, er selve transkriberingen av intervjuene en relativt stor og tidkrevende prosess. Transkriberingen går i korte trekk ut på å gjengi det som blir sagt, både i fra meg selv forsker med spørsmålene og svarene intervjudeltakeren ytrer. En av svakheten i min transkriberingsprosess er at den ble foretatt lenge etter at intervjuene ble gjennomført. Dette gjorde at minnene og tankene fra selve intervjuene kanskje ikke er like sterke som de burde vært. Ideelt sett, burde dette vært gjort like etter intervjuene ble gjennomført. Noen nyanser og deler intervjuene kan fort glemmes og bli utelatt som en konsekvens av å avvente så lenge med å transkribere de. Når jeg transkriberte intervjuene valgte jeg å skrive litt om på det intervjudeltakerne sa. Jeg valgte å transkribere intervjuene på bokmål kontra deres egen dialekt. Dette gjorde det lettere for meg som forsker å dele opp intervjuene, trekke sammenhenger mellom intervjuene, samt at det gjorde transkriberingene mer forståelig og enklere å tolke. Alle intervjudeltakerne fikk tildelt et pseudonym med tanke på personvern og anonymitet.

### **3.6.2 Kategorisering og koding**

I kvalitative studier blir datamengde relativt store. Dette gjør at det er viktig for deg som forsker å sette opp datamaterialet i kategorier slik at du får sortert det på en best mulig og oversiktlig måte. Dette betyr i korte trekk at du som forsker deler opp teksten og gir koder til forskjellige utsnitt av teksten (Thagaard, 2018). Deretter, deler du de opp i kategorier. Det finnes to tilnærminger, en induktiv og en deduktiv. Den deduktive tilnærmingen går ut på at du som forsker deler opp kategoriene basert på andre teorier eller fra problemstillingen din.

Thagaard (2018) betegner koding som en vanlig fremgangsmåte innen kvalitativ analyse. Dette går ut på at man deler opp en tekst i utsnitt, hvor du setter ulike koder på de ulike delene. Dette skaper en mulighet for å studere og sammenligne de ulike enhetene i en tekst. Basert på dette, vil derfor en slik fremgangsmåte være viktig i forhold til mitt forskningsprosjekt. Dette vil være produkt av hvordan jeg tolker og forstår deler av de transkriberte intervjuene for å få frem meningsinnholdet og de viktige delene av svarene jeg får.

Jeg valgte å benytte meg av en tematisk analyse av datamaterialet. I temaanalyser rettet man fokuset inn mot de ulike temaene som er i forskningen (Thagaard, 2018). Dette legger et godt utgangspunkt for å analysere i dybden rundt de ulike temaene, basert på at du som forsker legger til grunn analysen av hva deltakerne i forskningen din sier. Deretter krysser du over de ser på de sammenligner det de sier. Dette gjør at man kan se på helheten og skape en forståelse av de fenomenene du studerer. På bakgrunn av dette valgte jeg å tematisere kategoriene basert på det teoretiske grunnlaget jeg brukte i forskningen. Ved å sentrere kategoriene rundt det teoretiske grunnlaget, la jeg på opp til temaer som baserer seg den kroppslige gjorde erfaringen Merleau-Ponty legger til grunn, og opplevelsen av sammenheng som Antonovsky står for. Dette i tråd med forskningsspørsmålene i studiet. De kategoriene og temaene jeg satt opp under analysen var; Alternativ medisin, Gunstige former for fysisk aktivitet, livskvalitet og kjennskap til egen kropp.

## 3.7 Datamaterialets kvalitet

Kvaliteten av den empirien du som forsker henter inn vil på en måte blir preget av den forforståelsen du har, samt tilgangen du har til miljøet (Thagaard, 2018). Ved dette utvikler man en evne til å gjenkjenne de fenomenene man studerer. I relasjon både til personlige erfaringer og ny kunnskap som settes lys over (Thagaard, 2018). For å kunne bevise og sikre hvorvidt empirien jeg har hentet inn er god og tilstrekkelig for å kunne gi et svar på problemstillingen, må jeg som forsker argumentere for hvorvidt empirien jeg har innhentet er pålitelig og gyldig.

### 3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet referer til forskningens pålitelighet (Thagaard, 2018). I teorien knyttes dette opp til spørsmål om hvorvidt forskningen er utført på troverdig måte. Med andre ord, en kritisk vurdering av forskningen som er gjort.

*«Forskeren må argumentere for reliabilitet ved å redegjøre for utviklingen av data i løpet av forskningsprosessen.» (Thagaard, 2018, s. 188)*

I dette ligger det du som forsker skal redegjøre så presist som mulig for de valgene du har gjort gjennom forskningsprosessen. For forskeren kan man se på dette som en måte å overbevise leseren om kvaliteten på forskningen. En som ikke har gjort samme forskningen skal kunne forstå hvorfor du har gjort det slik du har gjort, på bakgrunn av det teoretiske ståstedet du som forsker har valgt å basere dine tolkninger på. Det er derfor viktig at alle strategiene som er brukt rundt forskningen blir redegjort for, samt hva som ligger bak analysen. Dette er viktige aspekter som er med å styrker et studie sin reliabilitet (Thagaard, 2018).

Reliabiliteten i mitt studie styrkes av at jeg valgte å ta opp intervjuene og gikk gjennom en transkriberingsprosess der intervjuene ble ført til skriftlig format. Dette gjorde jeg at kunne høre tilbake på intervjuene så mange ganger som jeg ønsket for å bedre få tak i hva som ligger bak det intervjudeltakerne la frem under intervjuene. Dette ga meg også en mulighet til å høre etter tonefallet hos deltakerne, samt kunne få et perspektiv av hvordan de responderte til de ulike spørsmålene. Om de responderte på en positiv og entusiastisk måte, eller en mer nedlatende og negativ måte.

### 3.7.2 Validitet

Thagaard (2018) beskriver validitet som gyldigheten av de resultatene man som forsker kommer frem til. Som forsker er det viktig at man setter et kritisk syn på de resultatene du har kommet frem til og de tolkningene du har gjort deg opp. En måte å stryke validiteten av et prosjekt på, er at du kan legge større vekt på det teoretiske ståstedet som ligger til grunn for de tolkningene og tankene du som forsker baserer deg på. Ut i fra de forutsetningene jeg har til å gjøre et slikt studie, vil jeg argumentere at jeg har et godt grunnlag for å gjennomføre det. Som jeg har skrevet tidligere, så har jeg selv revmatoid artritt og vært fysisk aktiv hele livet. Siden jeg har hatt sykdommen siden jeg var 9 år gammel, har jeg liten hukommelse av hvordan det er å være «frisk» i den forstand. Min deltakelse rundt fysisk aktivitet har derfor alltid vært påvirket sykdommen og de begrensningene den setter. I den grad kan man argumentere for at gyldigheten i det jeg finner ut er valid. Men på den andre siden, kan dette også ha sine svakheter.

*«Når forskeren ikke kjenner miljøet i utgangspunktet, er grunnlaget for forståelse annerledes.» (Thagaard, 2018, s. 190)*

Ved at jeg er så tett på og kjenner miljøet godt, kan det være at jeg som forsker overser nyanser som kan være viktig å inkludere i studiet, hvis det jeg som forsker får høre ikke samsvarer med erfaringene du selv har (Thagaard, 2018). Kanskje de konklusjonene jeg trekker ikke gir mening for leseren, men kun for meg selv. Derfor er det viktig å få frem at de konklusjonene som trekkes er basert på fortolkningene jeg har gjort, basert på det utgangspunktet jeg som forsker har for å gjennomføre dette studiet. I kvalitative studier styrkes også validiteten av transparens. Dette vil si at du som forsker er klar og tydelig på hva som ligger til grunn for de tolkningene du har gjort (Thagaard, 2018). Dette er gjort ved at de teoriene som ligger til grunn for forskningen, også kan sees gjennom analysen av datamaterialet og de kategoriene som er satt opp.



### **3.7.3 Overførbarhet**

Grunnlaget for overførbarheten i et kvalitativt studie legges på grunnlag av fortolkningen av resultatene (Thagaard, 2018). I dette ligger det at det man som forsker kommer frem til i en fortolkningsprosess, kan trekke det ut av konteksten og sette det inn i andre sammenhenger. Når man gjennomfører et forskningsarbeid jobber innenfor gitte rammeverk og projektskisser. Ved å gjøre dette arbeider man mot å finne svar på en problemstilling. I dette ligger det at man må gjøre seg noen tolkninger av de resultatene du kommer frem til. I denne forskningen forsøker jeg å presentere min tolkning av hvordan fysisk aktivitet påvirker et individ med revmatoid artritt. Hvordan fysisk aktivitet påvirker de rent fysiologisk, samt psykologisk med et fokus på velvære og vedlikehold av en kropp og helse. Kan de funnene og stegene jeg har gjort bli gjort i annen forskning knyttet mot sykdom og fysisk aktivitet? Er fremgangsmåten og det jeg har funnet av relevant, og kan det legge et grunnlag for videre forskning? Ut i fra mine tolkninger i dette studiet, vil jeg si at det kan være relevant hvis man skulle sette det inn i andre sammenhenger.

### 3.8 Ethiske vurderinger

I all forskning som gjennomføres er det noen etiske regler og prinsipper man som forsker må være oppmerksom på, samt følge. Dette omhandler respekt for mennesket, altså de som deltar i studiet dittm deres anonymitet, samt rettigheter (Thagaard, 2018). Dette påvirker i stor grad deg som forsker. De valgene du tar må tenkes nøye i gjennom i lys av de etiske prinsippene som ligger til grunn for forskning. I studier der kvalitative forskningsintervju skal gjennomføres er det spesielt viktig å ivareta intervjudeltakernes interesser og den medmenneskelige respekten for deres privat liv. Det må gjøres vurderinger på hvorvidt de spørsmålene man stiller under intervjuet er i tråd med de etiske prinsippene. Det er viktig at ikke spørsmålene blir for personlige og nære. Dette kan føre til problemer i ettertid. Intervjudeltakerne kan føle at de angres på noe de svarte under intervjuet. Noe som igjen kan føre til at de velger å trekke seg fra studiet (Thagaard, 2018).

I forhold til gjennomføring av intervjuer, er det viktig at de intervjudeltakerne du har gir samtykke om å delta i prosjektet ditt (Thagaard, 2018). Norsk senter for forskningsdata (NSD) er en viktig institusjon for beskyttelse av deltakerne og personlig data. Mitt prosjekt ble meldt inn til NSD for godkjenning slik at jeg kunne gjennomføre prosjektet. På den andre siden, er forskerens respekt for intervjudeltakerne like viktig. Vurderinger av hvilke spørsmål man som forsker stille er derfor viktig (Thagaard, 2018). Intervjudeltakeren må ikke føle at han/hun sitt i etterkant av intervju å angres, eller tenker at de ikke burde delt den informasjonen de har gitt.

Thagaard (2018) skriver at å stille seg kritisk og provoserende ovenfor intervjudeltakerens situasjon er ikke en del av det de samtykket å være en del av. Dette gjør at du som forsker stiller spørsmålsteget ved integriteten til intervjudeltakeren. Dette fører til at den åpenheten og tilliten som kreves til å bygge den relasjonen som kreves i ett kvalitativt intervju ikke vil bygges. De etiske prinsippene stiller derfor store krav til deg som forsker om hvordan du skal forholde deg i forhold til intervjusituasjonen og intervjupersonen.

I mitt prosjekt blir det siste punket jeg har nevnt her viktig. En hver person med en revmatisk sykdom opplever sykdommen forskjellig fra andre. Graden av hvor hardt sykdommen har rammet hvert enkelt individ, samt hvor stor grad symptomene er der i forkant og under intervjuprosessen. Selv om jeg selv har erfaring fra nettopp dette, betyr ikke det at jeg har rett

til å ytre meg om situasjonen til de intervjudeltakerne jeg har en interaksjon med. Å prate om ha en sykdom er ikke alltid like enkelt. Dette stiller relativt store krav til meg som forsker gjennom hele forskningsprosessen. Jeg må finne en god vinkling til intervjuene slik at jeg for ut mest mulig informasjon av intervjudeltakerne uten å stille meg kritisk til det de ytrer.

### **3.8.1 Informert samtykke**

Et av stegene for å ivareta deltakernes interesser på er gjennom informert samtykke. Informert samtykke er i seg selv ikke nok for å hindre at problemer oppstår (Thagaard, 2018), men det er et skriv der deltakerne for se hvilke rettigheter de har som deltaker i studiet. I dette ligger det at deltakerne skal få tilstrekkelig med informasjon om hva som kommer til å skje. Både prosessen før prosjektet og underveis. Samt, at de skal få informasjon om hva som kommer til å skje med datamaterialet. Her opplyses det også om konfidensialitet og deres anonymitet i forhold til de endelige resultatet. I forkant av intervjuene fikk deltakerne som deltok i studiet mitt informasjonsskrivet (vedlegg 2) om hva studiet gjaldt, hva det innebar for de å være med, samt de rettighetene de hadde. Her kom det frem om at det var frivillig for de å delta, samt at de på hvordan som helst tidspunkt kunne trekke seg fra studiet uten å oppgi noen grunn. I og med at utvalget ble gjort under behandlingsreisen fikk ikke deltakerne skrevet under på informasjonsskrivet, men det ble gjort en muntlig avklaring der de gjorde innforstått med deres rettigheter i forhold til studiet.

### **3.8.2 Anonymitet**

Thagaard (2018) sier at «*prinsippet om konfidensialitet innebærer at deltakere har rett til beskyttelse av sitt privat liv*». Dette innebærer at man som forsker anonymiserer deltakernes identitet på best mulig måte. Det finnes flere måter man som forsker kan gjøre dette. En måte gjøre dette på er begrense den biografiske informasjonen om deltakerne i teksten. Det vil si informasjon om forhold som alder, yrke og bosted. En annen måte som Thagaard legger frem er å lage fiktive navn, eller pseudonymer på deltakerne. I mitt studie har jeg valgt å benytte fiktive navn på de tre deltakerne. Jeg valgte å ikke benytte kjønnsnøytrale navn, men heller andre navn basert på kjønnen til deltakeren. Dette ble gjort på bakgrunn av at den populasjonen som jeg gjorde utvalget i, er relativt lik. Det er mange som sliter med de samme sykdomsrelaterte problemene og lever relativt like liv. Basert på hvor mange som var tilgjengelig under behandlingsreisen (ca. 140 mennesker), vil det også være en faktor som gjør det vanskelig å skulle gjenkjenne deltakerne. Dette gjør at det vil være vanskelig å kunne gjenkjenne deltakerne basert på hva de fortalte under intervjuene.

## 4 Funn og drøfting

I dette kapitlet skal jeg gå gjennom de funnene jeg har gjort gjennom intervjuene. Jeg kommer til å gå gjennom kategoriene hver for seg. For å forsøke å sette et lys over problemstillingen min, vil jeg ut i fra det deltakerne mine legger frem skal jeg sette empirien opp mot det teoretiske grunnlaget. Samt mot det tidligere forskning sier om fysisk aktivitet knyttet opp mot revmatoid artritt. Jeg kommer til å trekke ut sitater fra deltakerne for å bruke som utgangspunkt for diskusjon angående kategoriene. I slutten av hver kategori er det slutt drøfting av kategorien som helhet. Avslutningsvis kommer jeg til å se på alle kategoriene i lys av problemstillingen og forsøke å komme frem til et fornuftig svar. Ved gjengivelse av det intervjudeltakerne sier, bruker jeg de pseudonymene jeg gav de når jeg presenterte de i metode kapitlet. For å gjøre det lettere å huske hvem deltakerne i studiet er, skal jeg først gi en kort oppsummering av de.

### **Deltaker #1: Morten 23år**

Har hatt sykdommen (juvenil idiopatisk artritt) siden han var 2 år gammel. Han har vært fysisk aktiv siden han var 16 år gammel og holder regelmessig på med styrketrening.

### **Deltaker #2: Eva 32år**

Har hatt sykdommen (revmatoid artritt) siden 2012. Hun har vært fysisk aktiv store deler av livet sitt. Men først i 2010 at hun begynte å ta skikkelig tak i sin egen helse.

### **Deltaker #3: Lars 52år**

Har hatt sykdommen (revmatoid artritt) i ca. 10 år. Han har vært fysisk aktiv hele livet, men det var først når han fikk diagnosen at begynte å skjønne viktigheten av å være fysisk aktiv.

Deltakerne er alle i forskjellige aldersgrupper og kom inn i prosjektet med et relativt likt, men også ulikt utgangspunkt. Til tross for dette, er det veldig interessant å se likhetstrekkene ved det hver av deltakerne har oppgitt når de ble konfrontert med de samme spørsmålene.

## 4.1 Fysisk aktivitet som en alternativ medisin

For oss mennesker, er ikke kroppen noe vi har, men er (Eiriksen, 2014). Hvordan vi opplever kroppen er basert på de erfaringene vi innehar. I kroppsfenomenologien er kroppen i sentrum. Alt vi erfarer gjennom den blir en del av vår livsverden (Merleau-Ponty, 1994). Dette gjelder i stor grad for mennesker med revmatoid artritt. For et menneske som hele livet har levd et liv i en frisk kropp, vil det skje en relativt stor endring i den levde livsverden til individet.

Ved å bli diagnostisert med en kronisk sykdom kan man se en grunnleggende endring i menneskets kropp og forståelse av verden. Kroppsfenomenologien peker til at kroppen er alle handlingers subjekt (Råheim, 2002). Alle valgene du foretar deg er styrt av de kroppslogiske erfaringene. Som jeg har pekt på tidligere, er de tradisjonelle måtene for å behandle revmatoid artritt basert på medikamenter (Kåss & Kvien, 2020). Medikamentene som normalt brukes betennelsesdempende. Revmatoid artritt er som sagt en inflammatorisk leddsykdom (Kåss & Kvien, 2020) som skaper væskedanning i synovialhinnen og som fører til at leddhulen utvider seg (Kåss, 2018). Dette betegnes som en betennelse i leddet. Ved å bruke de medikamentene som Kåss (2020) tar frem; prednisolon, metotreksat og biologiske medikamenter, kan man forebygge de betennelses angrepene som revmatoid artritt forårsaker. Disse medikamentene er bra for leddene og gjør at de med denne sykdommen kan leve et så godt normalt liv, men de har sine bivirkninger og baksider. De svekker immunforsvaret og gjør at kroppen er mer utsatt for infeksjoner og lignende. Kåss (2020) nevner fysikalsk-medisinsk behandling som et alternativ. I dette ligger fysisk behandling som utføres av fysioterapeuter. Varigheten på hvor lenge dette burde utføres er basert på hvor mye du trenger. Men, fysisk behandling er noe man kan gjøre selv. Man kan se på fysisk aktivitet som en alternativ medisin for sykdommen. Noe som kan være vel så effektiv som de vanlige medikamentene.

*«Jeg har alltid vært litt aktiv, men ikke så mye som når jeg skjønnte hvor viktig aktivitet er for å holde sykdommen i sjakk. Så jeg var nok mye i aktivitet da også. Før brukte jeg medisinene for å holde smertene nede, men etterhvert kunne jeg også lære meg å bruke aktivitet for å få smerten litt ned, lindre smerte faktisk. Styrketrening kjenner jeg er kjempe deilig for leddene. Så når jeg har så vondt som bare det, så istedenfor å ta en tablett, tar jeg noen gode styrkeøvelser rundt muskulaturen der jeg har vondt.»*  
(Lars 52år)

Lars peker til at han tidligere brukte medikamentene da han fikk smerter. Ut i fra dette, kan man se det Baxter m. fl (2016) sier om frykt som en gjennomgående faktor. Vi mennesker velger det vi vet fungerer og som er sikkert. Vi ønsker ikke å utsette oss for noe som vi ikke vet utfallet av. Dette kan sees på som frykten for det ukjente (Baxter et al., 2016), noe som er relevant i stor grad for et menneske med revmatoid artritt. Man vet at de medikamentene Kåss (2020) nevner fungerer og har god effekt på leddene. Noe som øker livskvaliteten.

Det som er noe mer usikkert, er hva som fungerer på leddene når det kommer til fysisk aktivitet. Dette kan sees på som en barriere (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015) for å faktisk forsøke å bruke fysisk aktivitet som en alternativ medisin for leddene. Dette er noe som må erfares og kjennes på over tid. Utgangspunktet for kroppsfenomenologien er at vi møter situasjoner med en viss forforståelse basert på den selektive persepsjonen vi har (Merleau-Ponty, 1994; Råheim, 2002). Derfor kan det tolkes som skremmende og skulle forsøke å bruke fysisk aktivitet som behandlingene for leddene. Lars sier at han over tid har lært seg å bruke fysisk aktivitet som en alternativ medisin. Han foretrekker å bruke noen styrkeøvelser kontra medikamenter når han får vondt i leddene. Slik jeg forstår det, har Lars integrert fysisk aktivitet i sin livsverden, forståelse av sin egen kropp, samt at det er fysisk aktivitet har blitt en del av han (Merleau-Ponty, 1994) . Han har sett viktigheten av fysisk aktivitet og skjønner hvordan den affekterer leddene og sykdommen. Han benytter som fysisk aktivitet som et supplement til den vanlige behandlingen av revmatoid artritt. Noe som også er å spore i studiet til Loepenthin m. fl (2014).

*«Det å bli skikkelig varm i kroppen også kjøre strekkeøvelser er faktisk smertelindrende. Og det holder kroppen i bedre stand og holder leddgikten litt i sjakk.. fysisk aktiv demper sykdommen på en måte. Det demper smertene, samt at jeg kan ha en bevegelse selv om jeg har leddgikt.» (Lars 52år)*

Tidligere forskning viser at fysisk aktivitet er med i bidrar til økt mobilitet og bevegelse hos personer med revmatoid artritt (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Det bygger også et grunnlag for å håndtere sykdommen bedre. Lars påpeker nettopp dette under intervjuet. Han forteller at han gjennom å være fysisk aktiv klarer å bevare en viss bevegelse. Noe som er en av de største problemene ved å ha revmatoid artritt (Kåss & Kvien, 2020). Forskning viser også til at dette er fakta (Loepenthin et al., 2014). Mennesker med revmatoid artritt uttrykker

en følelse av en sterk og mobil kropp, samt at det gir det godt utgangspunkt for å gjøre daglige gjøremål og utfordringer sykdommen kaster mot de (Loeppenthin et al., 2014; Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Den kapasiteten han bruker mot sykdommen overensstemmer med opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Dette er noe Eva også legger stor vekt på. De utfordringene som kommer senere i livet er viktige for henne.

*«Fysisk aktivitet for meg, er kjærlighet til meg selv. Det gir meg en egen tid, og det gir meg også et verktøy til å håndtere utfordringer og hverdagen som kommer senere.»  
(Eva 32år)*

Forskning viser til at de med revmatoid artritt som klarer å opprettholde et stabilt nivå av fysisk aktiv føler en glede av livet, samt at man er fri for bekymringer (Loeppenthin et al., 2014). Loeppenthin m. fl (2014) antyder at fysisk aktivitet er stor bidragsyter til å være til å stede i samfunnet og verden, samt at man føler at man føler et nærhet til seg selv (Merleau-Ponty, 1994; Råheim, 2002). Ut i fra det Eva forteller, så synes jeg at dette er veldig fremtredende hos henne. Hun utdyper at fysisk aktivitet for henne er kjærlighet til seg selv. Den kjærligheten hun trekker frem tyder jeg som veldig sterk. Det gir henne motivasjon til å være en bedre versjon av selv. Noe hun også trekker frem ved at hun nevner sønnen sin. Hun ønsker å være en god mamma til han.

*«kanskje hoved utfordringen med meg, er jo fatigue... så hjelper det meg med å håndtere fatigue. Som gjør at jeg også blir en bedre mamma, venn, kollega og alle disse ringvirkningene da.» (Eva 32år)*

Baxter m. fl (2016) legger vekt på de sosiale relasjonene. Slik jeg ser det, kan man se hvordan dette påvirker individet basert på hva Eva sier. De sosiale relasjonene kan både være en barriere og en motivasjonsfaktor (Baxter et al., 2016). Det at hun er fysisk aktiv kan både skape engstelighet og positivitet innad i hennes nærmeste sosiale sekt. De personene som står henne nærmest blir i en viss grad en del av hennes livsverden. Kroppsfenomenologien setter et søke lys på hvordan kroppen handler i omgivelsene sine (Merleau-Ponty, 1994; Råheim, 2002). Ved at Eva er fysisk aktiv klarer hun å være tilstede for de rundt henne. For henne er det ikke bare et mål om å leve i nuet, men hun tenker også på fremtiden. Revmatoid artritt er en sykdom som over tid kan føre til deformering av ledd og funksjonstap (Kåss & Kvien,

2020; Scott et al., 2010). Et overordnet mål med behandlingen for revmatoid artritt er å unngå dette. De som går uten medisin og riktig behandling over lengere tid, vil kunne bli plaget med sykdommen (Kåss & Kvien, 2020). Ved å være fysisk aktiv gir dette Eva et godt grunnlag for fremtiden og de utfordringene som eventuelt skulle komme. Hun ser hvorfor det er lurt å legge energi i fysisk aktivitet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Morten forteller, i likhet med både Lars og Eva, at han klarer å takle smertene sykdommen forårsaker på en bedre måte.

*«Jeg mener at fysisk aktivitet er viktig for alle. Spesielt for de med revmatisk sykdom. Jeg har merket det selv at jeg har mindre vondt når jeg har hatt mer muskler rundt leddene.» (Morten 23år)*

Morten, ser i liket med Lars og Eva, at det er verdt å bruke tid på fysisk aktivitet. Han forteller at han har mindre vondt når han er fysisk aktiv. Noe som er interessant her at forskning viser til at det ikke er så stor forskjell mellom de som er fysisk aktiv og de som ikke er det (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Rent fysiologisk blir ikke smertene minket i den grad, men det er heller et psykologisk aspekt som spiller inn. De som er fysisk aktiv har et fortrinn rent psykisk og klarer å finne strategier for å håndtere sykdommen og smertene (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Det som er interessant i dette tilfellet er at Lars utdyper at han føler en sterkere bedring rent fysiologisk.

*«Jeg kjenner at smerten lindres når jeg er fysisk aktiv. Så for min del er det kanskje fysiologisk. Jeg vet ikke om det ligger noe psykologisk bak det, men ut ifra det jeg har tenkt har det vært fysiologisk.» (Lars 52år)*

Det fysiologiske aspektet ligger bak å kjenne at kroppen er sterk og mobil (Loeppenthin et al., 2014; Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Sett i lys av det, kan man si at det Lars sier er veldig relevant og gjeldende. Det at han er så aktiv som han er gjør at han lettere kommer over de barrierene Veldhuijzen van Zanten (2015) legger frem i artikkelen sin. Men, det som er interessant å se på når det kommer til deltakelse i fysisk aktivitet og effektene regelmessig har, er den psykologiske biten. Hvordan det påvirker den kognitive delen av individet ved å være regelmessig i fysisk aktivitet. Noe man kan se i forbindelse med den kognitive delen av opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012).



*«Jeg tenker at det er kjempe viktig. Det er alfa omega for meg. Jeg kjenner jo det hvis jeg har tatt det veldig rolig i 2/3 uker at det begynner å ta på det psykiske... For meg er det kanskje mer psykologisk. Måten jeg tenker på det, handlingsmønster inni meg. Den indre dialogen. Troen på meg selv; «jeg har jo klart verre ting enn en betent tå», sånn at man setter ting i perspektiv.» (Eva 32år)*

I motsetning til Lars, legger Eva frem at hun blir sterkere påvirket av det psykiske. Hun bruker de psykiske effektene fysisk aktivitet har som strategi for å takle sykdommen (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Den indre dialogen er en viktig brikke for motivasjonen til å bedrive fysisk aktivitet. Ved at det er positivt, er det lettere å finne de ressursene man trenger for å være fysisk aktiv (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Videre forteller hun.

*«Det gjør jeg. Jeg tenker litt annerledes. Det er en mer raushet inni meg som aksept. Fordi det er kanskje noe jeg har slitt litt med. Altså å akseptere sykdommen. Men, når jeg får smerte i en skulder og jeg er fysisk aktiv, eller flink til å opprettholde det da, så tenker jeg «jaja», det betyr ikke at den skulderen skal bli amputert, det betyr jo at det nå trenger litt mer oppmerksomhet og det skal den få. Også går den tilbake igjen. Slik at det blir en sånn positiv samtale inni meg. Den indre dialogen er mye mer positivt ladet når jeg er fysisk aktiv.» (Eva 32år)*

Hun legger mye vekt på den indre dialogen med seg selv. Hun legger frem at den er positivt ladet når hun er fysisk aktiv. Jeg tror at dette er viktig når man skal se på det store helhetlige bilde. Hvis du klarer å ha positive tanker angående ting vil du lettere klare å akseptere ting slik de er. I dette tilfellet kan man se på det som å være syk. Ved at man klarer å akseptere at sykdommen er en del av deg vil du lettere klare å ta fatt den. Når man klarer å akseptere sykdommen kan man lettere også akseptere kroppen for hvordan den er. Noe jeg mener overensstemmer godt med kroppsfenomenologien (Merleau-Ponty, 1994).

Slik det pekes på i den tradisjonelle kroppsfenomenologien, så er ikke kroppen noe vi har, men den er noe vi er (Merleau-Ponty, 1994; Råheim, 2002). Ved å akseptere at kroppen, som er alle handlingers subjekt (Merleau-Ponty, 1994) er syk, kan man ta fatt på de utfordringene den byr på en mer effektiv og reell måte. Det er det Eva forteller. Istedenfor å se på de negative aspektene av det hele, vender hun fokuset mot det som kan sees på som positivt.

Basert på opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012) ser jeg en klar sammenheng. Det faktumet at Eva klarer å se på det positive viser at hun har de ressursene som kreves for å kunne takle sykdomssituasjonen. Jeg tolker det slik at hun ser hvor meningsfullt det er for henne å være fysisk aktiv. Noe som motiverer henne til å fortsette selv om kroppen enkelte dager ikke samarbeidsvillig. Morten forteller noe av det samme. Ut i fra hvordan jeg tolker det, så ligger det noen psykologiske tanker bak det han forteller.

*«Jeg ser på det som veldig positivt. Det kommer ikke noe negativt av å være fysisk aktiv. Klart, man blir jo sliten. Men jeg dør ikke av det. Med revmatoid artritt så kan det jo være begrensninger på grunn av smerter. Men de går jo som regel over. Jeg trener ofte med smerter. Men det går jo også over etterhvert. Jeg føler at det hjelper meg å takle smertene. Nå har jeg jo hatt sykdommen så og si hele livet. Så det er nok litt lettere når man ikke kjenner til noe annet.» (Morten 23år)*

For at et individ skal se på noe som fornuftig å bruke energi og ressurser på, så er det nødvendig at det fremstår som strukturert, meningsfullt, håndterbart og forståelig (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det skal virke sammenhengende. Basert på hva både Eva og Morten forteller, argumenterer jeg for at begge to føler at de komponentene opplevelse av sammenheng er til stede (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Begge to utdyper en følelse av at smerte er midlertidig. At det alltid går over til slutt. Dette gjenspeiles i deres deltakelse i fysisk aktivitet. Morten forteller at han ofte trener med smerter. Smerter er som kjent en vanlig del av revmatoid artritt. Smertene i leddene kan variere fra dag til dag. Både Eva og Morten ser verdien av å være fysisk aktiv som en måte å holde sykdommen i sjakk (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det gir de en plattform for å bygge videre kjennskapen til sin egen kropp og dens begrensninger.

Det å være fysisk aktiv betegnes som muskelarbeid som fører til at man bruker energi (Bahr, 2018). Slik jeg tolker det, kan en finne en revitalisering av energi hos alle intervjudeltakerne ved at de deltar i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er et verktøy for å takle utfordringer som revmatoid artritt setter (Loeppenthin et al., 2014). En av hoved utfordringene til Eva er fatigue.

*«Det er også for å avlaste leddene med å være sterk da. Og selvfølgelig, kanskje hoved utfordringen med meg er jo fatigue. Så det å håndtere det. Jeg har jo prøvd å tenke at, nei nå skal jeg hvile masse, men da føler jeg at fatiguen bare spiser mer. Men når jeg når jeg bryter det og opprettholder cardiotrening, så hjelper det meg med å håndtere fatigue.» (Eva 32år)*

Ved at hun er regelmessig i fysisk aktivitet klarer hun å opprettholde et nødvendig energinivå og holde fatiguen i sjakk. Antonovsky legger trykk på at en stimuli du blir utsatt for er begripelig og håndterbar (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Den skal fremstå som forståelig og strukturert. Hvis en stimuli er det, vil den anees om håndterbar. Dermed vil man klare å finne de ressursene man trenger for å takle den. I Eva sitt tilfelle, gjelder dette fatigue som en stimuli. For at hun skal klare å komme seg rundt, er det nødvendig at hun ser på utfordringen som både begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Slik jeg tolker det, kan man se på hennes sosiale relasjoner som meningssskapende. Sønnen hennes for å spesifikk ut i fra det hun nevner gjennom intervjuet. Det at hun klarer å legge de ressursene som kreves i det, klarer å hun å begripe den og holde den i sjakk. Jeg tolker det slik at hun bruker sønnen sin som motivasjonsfaktor for å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet bygger et godt grunnlag for å opprettholde selvstendigheten, muligheten til å ta vare på seg selv, samt bidra for andre (Loeppenthin et al., 2014). Lars peker på noe av det samme som Eva.

*«Det gir meg energi. Jeg vet at når jeg kommer inn etter en treningsøkt får jeg energi. Jeg har brukt energi, men samtidig får jeg litt energi også. Du er klar i hodet, får litt friske tanker, endorfinene har gjort sitt. Så man blir mer opplagt. Sover godt på natten, så jeg får mange positive effekter. Jeg føler at det er verdt å bruke tiden på fysisk aktivitet.» (Lars 52år)*

Ut i fra opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012), argumenter jeg at både Eva og Lars ser meningen bak å være fysisk aktiv. De vet hvordan det påvirker sykdommen og deres helse. I studiet til Loeppenthin m. fl (2014) argumenterer de at fysisk aktivitet må sees i sammenheng med livssituasjonen med revmatoid artritt. Det legger grunnlag for å akseptere sykdommen og leve i et med den. Altså, at den blir av kroppen deres. Slik jeg ser på det, samsvarer det de sier med både tidligere forskning og med kroppsfenomenologien (Merleau-Ponty, 1994).

Fysisk aktivitet brukes av de med revmatoid artritt som et supplement til de vanlige sykdomsmedikamentene (Loeppenthin et al., 2014). Effektene av fysisk aktivitet for de med revmatoid artritt er tydeliggjort og fremstilt gjennom flere tidligere studier (Loeppenthin et al., 2014; Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Fysisk aktivitet sies å ha god effekt for å takle sykdomssmertene bedre, det hjelper mot stivhet og smerter, forbedrer bevegeligheten og leddfunksjon, samt at flere psykologiske effekter (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015).

Ut i fra hva de jeg intervjuet fortalte, vil jeg argumentere for at alle de bruker fysisk aktivitet som en alternativ medisin for fysisk aktivitet. Jeg mener at det kommer tydelig frem når Lars sier at han heller benytter seg av gode styrkeøvelser når han for vondt i et ledd, kontra smertestillende medikamenter. Dette understrekes også når Morten forteller at han i perioder når han har mer vondt i leddene, så er han ikke fysisk aktiv. Eva utdyper også at hun føler at kroppen fungerer bedre når hun er fysisk aktiv. På bakgrunn av dette og hva tidligere forskning sier vil jeg dermed si at en med revmatoid artritt kan brukes, og burde bruke fysisk aktivitet som en medisin mot sykdommen.

## 4.2 Aktiviteter som er gunstige for leddene

Å være fysisk aktiv med kroniske sykdommer er ikke alltid en selvfølge. Personer med revmatiske sykdommer har en lengere vei til å være fysisk aktiv som en konsekvens av ulike faktorer, som for eksempel smerter, utmattelse eller psykisk hindringer (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). I tillegg, må personer med revmatiske sykdommer ta mer hensyn til hvordan de skal være fysisk aktiv. Å legge unødvendig stress og belastning på ledd gjør inflammasjonen i leddene større (Cheatham & Cain, 2015). Dette legger større krav til tilrettelegging og planlegging. Tidligere studier viser at personer med revmatiske sykdommer er inaktiv, til tross for mange positive helse fordeler (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Å finne riktig form for fysisk aktivitet er ikke alltid like lett. For en person med revmatisme er det flere faktorer å ta hensyn til i valg av form for fysisk aktivitet. Man må se på hvordan aktiviteten belaster leddene, samt om du har kapasitet til å gjøre det.

Når man skal velge aktivitet er det viktig at man trives med den. I lys av opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012) skal man se på aktiviteten som begripelig, håndterbar og meningsfull slik at man ser nytten av den, samt at man ønsker å bruke den nødvendige ressursene i den. Tidligere forskning viser til at det å legge opp til treningsprogram for de revmatoid artritt kan være utfordrende (Cheatham & Cain, 2015). I enkelte tilfeller kan de med revmatoid artritt ha lavere aerob kapasitet en den friske befolkning, som en konsekvens av de normale sykdomssymptomene som stivhet, svekket ledd funksjonalitet, smerte, samt dårligere bevegelighet (Cheatham & Cain, 2015). Dette gjør at de Cheatham og Cain (2015) legger frem noen former for fysisk aktivitet som de ser på som fornuftige i forhold til revmatoid artritt. De formene for fysisk aktivitet som nevnes er styrketrening, aerob trening, varmtvannsbasseng trening og stretching.

I intervjuet forteller Eva om hennes inngangsbillett inn til spinning som er en av de aktivitetene hun holder mye på med. Samt hva hun synes er den mest effektive formen for fysisk aktivitet for henne i forhold til å sykdommen i sjakk.

*«Spinning var veldig tilfeldig egentlig, jeg bare snublet innom og tenkte at jeg bare prøver det. Så ble jeg veldig glad av det, og da visste jeg ikke at jeg hadde leddgikt. Også leste jeg meg opp det i etterkant og fant ut at det var en veldig skånsom måte å trene på.» (Eva 32år)*

Videre forteller hun.

*«For meg føler jeg at dansing har mest effekt. Men jeg gjør det ikke så ofte som jeg ønsker. Hvis jeg hadde byttet ut en spinning time med dansing, eller om lagt til en salsa time på dagtid på treningscenteret, så hadde jeg gått på det så ofte som mulig. Fordi det strekker meg i alle mulige andre posisjoner, så jeg får strekking, rotasjoner og sånne ting.» (Eva 32år)*

Det første Eva trekker frem er spinning. Forskning viser til spinning som en form fysisk aktivitet har god effekt på leddene. Over tid, vil det kunne ha god effekt på leddene og være smertelindrende (Hörnberg, Ångström & Wållberg-Jonsson, 2014). Ikke bare bedriver hun spinning som form for fysisk aktivitet fordi det har god effekt på leddene, men også fordi hun synes det morsomt og meningsfullt å bedrive det. Noe som i opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012) er viktig for at man skal greve frem de nødvendige ressursene for å bedrive det.

Den aktiviteten Eva føler har best effekt for henne er dansing. Hun legger frem at dette er en god form fysisk aktivitet for henne fordi den strekker henne i alle mulige retning og gir henne mulighet til å få inn gunstige rotasjoner med kroppen. Cheatham og Cain (2015) legger frem at stretching er en av de viktigste formene for fysisk aktivitet for de revmatoid artritt fordi den er med å bidra til å beholde muskelsymmetrien rundt leddene og hjelper for bedre bevegelighet. Men, det kan også være en av mest utfordrende på grunn av dårligere bevegelighet. Sett i lys av dette, kan jeg se hvorfor Eva forteller at hun ville holdt mer på med dansing hvis hun hadde hatt muligheten til det. Ikke bare hjelper det på med bevegeligheten, men også med den aerobe kapasiteten som også legges frem som en viktig form for fysisk aktivitet for de med revmatoid artritt (Cheatham & Cain, 2015).

I likhet med Eva, trekker Morten frem sykling som form for fysisk aktivitet han stor tro på for de revmatiske sykdommer. Nettopp på grunn av at det er en skånsom måte å trene på. Men, det han trekker frem som den viktigste formen for fysisk aktivitet for han er styrketrening.

*«Jeg bedriver styrketrening også sykler jeg litt... I styrketrening føler jeg at der mindre begrensninger for min egen del. Kontra ved å gjøre andre aktiviteter... Hadde jeg hatt bedre knær, hadde jeg nok jogget eller syklet mer. Sykling tror jeg er veldig*

*bra for revmatikere. Det er ganske skånsomt og det er god trening hvis du tar en ordentlig økt.» (Morten 23år)*

Forskning viser til at styrketrening med lett til moderat motstand kan gi gode effekter for de revmatoid artritt (Cheatham & Cain, 2015). Så fremt ikke belastningen på leddene blir tung. Morten utdyper at han føler at styrketrening er det viktigste for han. Han sier at han får men vondt i leddene i de periodene der han ikke bedriver styrketrening. Videre forteller han.

*«Varmtvannsbasseng trening er legendarisk. Det er sikkert forskning bare på varmtvannsbasseng og de effektene det har. Men den er bra. Det vet man jo. Det blir man mykere og den er veldig skånsom. Selve treningsmetodene er vel kanskje noe utdaterte (på behandlingsreisen). Det kunne kanskje vært litt mer intensive. Når jeg tenker tilbake på tidligere turer med ungdomsgruppen, så kunne man kjenne hvor god effekt det har. Der blir man sliten.» (Morten 23år)*

Varmtvannsbasseng trening er meget gunstig for de revmatoid artritt. Varmen i vannet og det faktumet at du mister mye av den tunge belastningen på leddene, gjør den i høyst grad gunstig (Cheatham & Cain, 2015). Morten forteller at han tenker tilbake til når han brukte å være med på ungdoms behandlingsreiser. Der ble det kjørt noe mer intense bassengøker. Noe han sier hadde veldig god effekt. God og effektiv varmtvannstrening viser å ha god effekt på smerter, styrke og funksjon hos individet (Cheatham & Cain, 2015). Strukturert varmtvannstrening viser også til ha forbedre livskvaliteten hos individet.

I likhet med det Morten sier, legger Lars trykk på at styrketrening er det viktigste for han når han tenker på former fysisk aktivitet som et forebyggende element for sykdommen.

*«Både kondisjon og styrke er bra. Det er viktig å ha en litt lett pust. Men det har kanskje like mye med det generelle helseperspektivet å gjøre. Uavhengig av leddgikten. For meg, vil styrketrening være det viktigste for å forebygge og lindre sykdommen.» (Lars 52år)*

På den andre siden trekker Lars frem at det å god kondisjon som viktig også. Ut i fra teorien kan man se dette i sammenheng med aerobtrening. Forskningen viser at de med revmatoid artritt har lavere aerobkapasitet kontra de som er friske (Cheatham & Cain, 2015). Dette gjør

at dette er et viktig aspekt av fysisk aktivitet å ta i betraktning når man skal se hva som har effekt for individer med denne sykdommen. Forskning viser til at de med revmatoid artritt har større risiko for å utvikle hjerte og karsykdommer (Scott et al., 2010). Det samme kan man tolke ut i fra det Eva og Morten sier også. Aerobtrening er også viktige for de. Videre forteller Lars at han ser på stretching som viktig i forhold til å sykdommen i sjakk.

*«Det å bli skikkelig varm i kroppen også kjøre strekkeøvelser er faktisk smertelindrende. Og det holder kroppen i bedre stand og holder leddgikten litt i sjakk.» (Lars 52år)*

Både Lars og Eva ser nyttheten av å strekke ut i forhold til å holde sykdommen i sjakk. I lys av det Cheatham og Cain (2015) legger frem, er det en klart samsvar mellom det de sier og forskningen sier. Jeg argumenter dermed for at det de sier understreker det forskningen sier om stretching og den effekten den har for kroppen og leddene. Men, det legges også frem av Cheatham og Cain (2015) at det burde gjøres mer forskning rundt stretching og dens fordeler for de med revmatoid artritt.

Ut i fra de funnene jeg har gjort angående hvilke type aktiviteter de jeg intervjuet synes er gunstige og har god effekt for sykdommen, vil jeg argumentere for at det er en god overenstemmelse mellom hva de sier og hva forskningen (Cheatham & Cain, 2015). Men slik jeg tolker det, vil jeg også påstå at dette er noen barrierer tilstede hos de. Alle aktivitetene de forteller om er noe som samsvarer med anbefalingene. Kanskje de psykologiske barrierene (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015), som kunnskapsmangel, spille en delaktig rolle i deres valg. Dette er derimot noe som må forskes mere på.

Videre, tenker jeg at dette er noe man må se på i lys av Merleau-Ponty og kroppsfenomenologien. Hvordan aktivitetene du bedriver påvirker leddene er veldig individuelt. Noe føler at noe har større effekt en andre kanskje føler. Dette er noe jeg tror er integrert inn i deres kjennskap til egen kropp (Merleau-Ponty, 1994). Med det tatt det i betraktning, vil jeg argumentere for at når man ser på hvordan aktiviteter som er gunstige for leddene må man også på hvordan individet reagerer på det i forhold til deres forhold til egen kropp.



### 4.3 Livskvalitet

For at noe skal være verdt å legge energi i er det av stor nødvendighet at det er meningssskapende og motiverende å holde på med. Alle intervjudeltakerne uttrykte at de synes at det å være fysisk aktiv gir de noe ekstra. Likheten man kan se ut ifra hva alle de 3 intervjudeltakerne sier, er at å være fysisk aktiv er noe som er lyst betont. De er ikke fysisk aktiv for de tvinges til det, men fordi de synes det er morsomt og givende på mange måter. Den ene intervjudeltaker sa følgende i løpet av intervjuet.

*«Jeg tror at ting er lystbetont. Det at du har lyst å gjøre ting er kjempe viktig. At man ikke bare må gjøre en type øvelse, eller en type aktivitet fordi at det kanskje skal være optimalt i forhold til sykdommen, men for meg er viktig at der lyst betont.» (Lars 52år)*

Her kommet det tydelig frem fra Lars at det er viktig at noe skal være lystbetont. På den måten kan man si at noe blir meningssskapende. Hvis man skal utføre en form fysisk aktivitet fordi du er nødt eller blir tvunget til det, vil det ikke være lystbetont. Det kan da over tid føre til at aktiviteten mister sin mening. Dette kan da føre til at motivasjon for å gjøre aktiviteten forsvinner. For de to andre intervjudeltakerne kan man se de samme tendensene. Morten sier følgende.

*«Jeg synes jo det er gøy. Jeg har et godt forhold til trening. Så det gjør det jo litt lettere å opprettholde det og komme seg til trening... For å komme i bedre form. Jeg vil bli sterkere rundt leddene. Fordi jeg tror at det kan være bra» (Morten 23år)*

Den tydelige likheten mellom Morten og Lars utsagn har sine røtter i glede og lyst. Begge uttrykker at de synes det er gøy og holde på med fysisk aktivitet. Eva uttrykker det samme når det kommer til glede. Ut i fra det hun sier kan man tolke at hun føler en sterke tilknytning til seg selv og livet rundt henne ved hun er fysisk aktiv.

*«Fysisk aktivitet for meg, er kjærlighet til meg selv. Det gir meg en egen tid, og det gir meg også et verktøy til å håndtere utfordringer og hverdagen som kommer senere.» (Eva 32år)*

En overordnet rød tråd gjennom de forskjellige utsagnet er at alle føler på en glede og lyst til å bedrive fysisk aktivitet. Dette er noe jeg tror er veldig viktig for at fysisk aktivitet skal være meningsskapende. Hvis det ikke er morsomt å holde på med, vil lysten fort forsvinne. Det påvirker de motiverende faktorene i stor grad. En indre glød av motivasjon spiller en viktig rolle for at aktiviteten skal være meningsskapende. Med at en aktivitet gjøres fordi du må og ikke fordi du vil, kan det føre til at du mister autonomien. Noe som gjør at aktiviteten blir sterkt påvirket av de eksterne faktorene kontra de interne.

*«Det som motiverer meg til å være fysisk aktiv er både indre og ytre motivasjon. Fordi noen ganger er det sånn at jeg tenker at nå må jeg bare ut å jogge, ta meg en fjelltur eller gå på ski. Jeg kjenner at jeg blir litt sur hvis jeg må sitte inn og ikke kommer meg ut. Spesielt når jeg har mye som jeg må gjøre inne. Jeg blir glad når jeg kommer meg ut. Det gir en indre motivasjon å komme seg ut. Det er deilig. Ellers så synes jeg det er artig å være ute.» (Lars 52år)*

Den indre motivasjonen som Lars beskriver er styrt av indre tanker og meninger. Han forteller at han blir sur når ikke får kommet seg ut i aktivitet. Men, her kan man trekke inn de ytre faktorene også som viktige motivasjonsfaktorer. Han sier at han blir glad når han kommer seg ut i naturen. Han trekker inn innsprøytning av indre motivasjon i forhold til det. De ytre motivasjonsfaktorene blir i dette tilfellet naturen og dens sterke tiltrekning. Lars fortalte at han var glad i gå på ski og går mye på ski gjennom vinteren. Mye på grunn av de lange vintrene nordpå. Nærheten til uendelig turmuligheter og naturopplevelser blir derfor rett utenfor dørstokken hans. Det blir sånn sett en blanding av både indre og ytre motivasjonsfaktorer. Morten sier dette om hva som motiverer han til å være fysisk aktiv.

*«De ytre motivasjonsfaktorene spiller ikke mye inn for min del. Jeg har få venner som er i ekstremt god form og enda færre familie medlemmer som er det. Kanskje det å se de hjelper på motivasjonen. Det at jeg ønsker å være i bedre form en de. Men det er ikke noe som jeg tenkt over. Det som driver meg er mine egne målsetninger... å komme i bedre form. For meg er det også viktig å sette seg del mål langs veien» (Morten 23år)*

Morten bærer også et preg av en sterkere indre glød som motivasjonsfaktor når han skal bedrive fysisk aktivitet. De målsetningene han setter seg er viktige for at motivasjonen skal holdes oppe. Men i likhet med det Lars sier, så ligger det noen eksterne faktorer som også spiller en stor rolle. Morten sier at de som er i hans krets ikke er i super form. Han ønsker å kunne vis til bedre fysisk form en de. Dette er en sterk ekstern motivasjonsfaktor i seg selv. Kombinert med de indre faktorene han legger frem, er det tydelig at motivasjon styres av både indre og ytre faktorer. Det samme gjelder for Eva.

*«Jeg nullstiller meg selv litt føler jeg, når jeg har trent. Jeg får en sånn, en ro og en mestringsfølelse når jeg gjør det. Og også at jeg klarer å nyte livet utenfor mye bedre når jeg trener... Jeg begynte på nytt treningsstudio når vi flyttet, og da var jeg litt redd for at jeg skulle bli alene og ikke kjenne noen. Men den gjengen vi har blitt da på spinningtimene er nesten som å møte en klasse. Vi er de faste. Vi sier hei, klapper hverandre på skuldra og sånt. At man føler på en sånn tilhørighet. Det synes jeg er veldig hyggelig.» (Eva 32år)*

Eva legger frem om den indre motivasjonsfaktoren på en mer diffus måte en Lars og Morten. Men man kan se en tydelig likhet mellom det hun sier og de andre to sier. De to aspektene om ro og mestringsfølelse er alle viktige faktorer til den indre motivasjonsfaktoren. Mest tydelig er kanskje det med mestringsfølelse. Ved å kjenne at man mestrer noe vil den indre motivasjonen øke. Men det som også kommer tydelig frem hos Eva, er den eksterne motivasjonsfaktoren som en fremtredende faktor. Hun forteller om en sosialtilhørighet og «gjengen» som motiverer hverandre.

Det at fysisk aktivitet er meningsskapende og motiverende er viktige aspekter å ta inn over seg når man skal se på hvordan fysisk aktivitet påvirker de med revmatoid artritt. Det at mennesker med revmatoid artritt føler seg motivert til å gjøre en aktivitet er viktig. Den skal også være meningsskapende slik at det blir lettere å gå tilbake til aktiviteten, selv i tider der leddene er sta og utfordrende. Nå skal jeg drøfte de funnene jeg har gjort når det kommer til det meningskapende og motiverende når det kommer til deltakelse i fysisk aktivitet hos personer med revmatoid artritt.

I opplevelsen av sammenheng er den tredje komponenten meningsfullhet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Den betegnes som det kognitive aspektet av opplevelse av sammenheng, og et klar rød tråd trekkes mellom mening og motivasjonselementer. Det gjelder både på et kognitivt og et følelsesmessignivå. Dette kan utdypes ved at ressursene en person har til rådighet til å overkomme en oppgave eller noe som blir satt fremfor de, er verdt å bruke tid og ressurser på. Hvis noe er verdt å bruke ressursene på, skaper det mening og bli forståelig. For en person som opplever det slik, vil utfordringer og vanskeligheter man møter på i livet bli angrepet på strak arm.

Til tross for smertene og restriksjonene det å ha revmatoid artritt forårsaker, gir det å være fysisk aktiv en følelse av kroppslig velvære (Loeppenthin et al., 2014). Ut i fra meningsfullhet komponenten av opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012) kan man se hvordan det kognitive og følelsesmessige aspektet av opplevelse av sammenheng kan trekkes sammen med det Loeppenthin m. fl (2014) fant ut angående velvære. Dette kan også trekkes ut i fra det en av intervjudeltakerne i mitt studie sa.

*«Det demper smertene, samt at jeg kan ha en bevegelighet selv om jeg har leddgikt. Så det er nok begge deler, både det å ha et godt liv, samt at det er bra og hemmer sykdommen. Altså, reduserer smerter.» (Lars 52år)*

Det at Lars sier at han føler at det gir en mulighet til å ha et bedre liv er et klart hint om hvordan fysisk aktivitet påvirker hans egen velvære, både kroppslig og mentalt. På den måten bli fysisk aktivitet meningsfull i stor grad. For han, kan man da si at fysisk aktivitet gir han et godt utgangspunkt for å klare å ta vare på seg selv. Noe jeg mener samsvarer med komponentene i opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Loeppenthin m. fl (2014) legger frem at en av deres deltakere sa at de var redd for å miste selvstendighet og ikke klare å ta vare på seg selv. Det samme kan man trekke ut i fra det Eva fortalte.

*«Jeg er fysisk aktiv fordi, egentlig hvordan jeg ser på meg selv... Som gjør at jeg også blir en bedre mamma, venn, kollega og alle disse ringvirkningene da.» (Eva 32år)*

Ut i fra utsagnet til Eva ser man også at dette også i høy grad gjelder den sosiale kretsen også. En ting er å ta vare på seg selv, men en annen ting er også være en god venn og forelder. For henne gir det å være fysisk aktiv en mulighet for å kunne være nettopp dette. En likhet kan

her sees i forhold til studiet Loeppenthin m. fl (2014). Der kom det frem at en av deres deltakere sa at det å være fysisk aktiv gir selvtillit. Det med selvtillit og selvfølelse kan tydelig også sees i sammenheng med mening. Og en mulighet til å utgjøre en forskjell. Dette kommer også tydelig frem hos Morten.

*«Endorfiner, en lykke rus. Jeg blir mere glad når jeg trener mye. Det gir meg en bedre selvfølelse, man kommer i bedre form og blir sterkere.» (Morten 23år)*

Morten legger, til forskjell med Lars og Eva, større tyngde på selvfølelse. Kroppslige velvære og fokus på selvtilliten er av høyeste grad relevant i forhold til mening. Det kan tolkes slik at det skaper en måte å takle utfordringer på. Noe som henger i tråd med Antonovsky, opplevelsen av sammenheng og det meningssskapende (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det at man se på fysisk aktivitet som noe som er verdt å bruke energi på, gjør at det blir meningssskapende. Summerer man opp det meningssskapende og motivasjon kan man tydelig se hva det gjør med måten man lever på og livskvaliteten generelt. Det at man kommer seg opp og i aktivitet gjør noe med deg.

*«Jeg tror at jeg ville fått en fysisk og mentalt forfall hvis jeg skulle vært helt uten fysisk aktivitet. La oss si at jeg for en eller annen grunn hadde blitt sittende i en stol og ikke kunne gjort noe annet, da tror jeg livskvaliteten ikke hadde blitt så god. Både for leddene og gleden i livet og sånt, tror jeg at det ville blitt en tyngre liv.» (Lars 52år)*

Lars påpeker gjennom intervjuet at hans livskvalitet er resultat av å være fysisk aktiv. Fysisk aktivitet skaper en plattform, eller et liv der man kan leve med en følelse av å ha en sterk kropp der begrensingene blir redusert (Loeppenthin et al., 2014). Det som gjeldende for alle, uansett om du er frisk eller syk, er de valgene du gjør påvirker de rundt deg. I følge Baxter m. fl (2016), påvirker man i stor grad de sosiale relasjonene sine med de valgene du tar når man har en sykdom som revmatoid artritt. De kan bli påvirket både negativt og positivt. Eva trekker frem sin relasjon til sønnen når du prater om hvordan livskvaliteten hennes ville vært hvis hun ikke var fysisk aktiv.

*«Jeg tror det hadde vært deprimerende. Og mye passivitet. Og kanskje overvektig tenker jeg. Jeg tror det blir en negativ spiral hvor fatiguen tar over. Du spiser mer, du tenker at du ikke mestrer ting, og spiser enda mer og ligger enda mer stille. Du går ikke*

*ut. Du kanskje isolerer deg mer. Jeg tror jeg hadde blitt en dårligere mamma for sønnen min.» (Eva 32år)*

Basert på det Eva forteller kan man se på det fra andre siden også. De sosiale relasjonene kan også være med å påvirke lysten motivasjonen til å forbedre livskvaliteten. Mennesker med revmatoid artritt har gjennom tidligere forskning uttrykt et ønske om å kunne leve et normalt liv der de kan bidra på lik linje med andre i samfunnet (Loeppenthin et al., 2014). Morten forteller dette om livskvaliteten satt opp mot fysisk aktivitet. Han viste litt mer usikkerhet rundt spørsmålet.

*«Det er vanskelig å si. Jeg hadde nok kanskje vært enda større. Men igjen, så gikk jeg jo ned masse med å bare spise mer riktig også. Så, det er egentlig veldig vanskelig å si. Jeg har liksom ikke prøvd så mye uten.» (Morten 23år)*

Selv om Morten viser litt usikkerhet, kan man fortsatt se sammenhengen mellom hva alle intervjudeltakerne sier om livskvalitet. Ut i fra det jeg kan tolke så er alle tre noe avhengig av fysisk aktivitets som et supplement for å øke livskvaliteten og for å kunne bevare selvstendigheten sin. Dette henger i tråd med hva tidligere forskning (Loeppenthin et al., 2014; Veldhuijzen van Zanten et al., 2015) forteller om dette. De med revmatoid artritt får et bedre grunnlag til å takle sykdommen ved at de er fysisk aktiv. Noe som igjen øker livskvaliteten.

Sett i lys av kroppsfilosofien (Merleau-Ponty, 1994), kan jeg se en tydelig overensstemmelse. De klarer å bidra mer i det daglige livet og leve et bedre liv der de vet hvordan de kan overkomme de litt tynge periodene av sykdommen. Dette baserer jeg ut i fra at de klarer å akseptere sykdommen og klarer å ha et positivt syn på kroppen. De vet hva de må gjøre for å bedre livskvaliteten. Noe som også samsvarer med opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012). De vet hva de må legge av energi og ressurser for oppnå en sterk kropp de kan gjenkjennes seg i. Ved at de har integrert fysisk aktivitet som en viktig del av kroppen sin, klarer de å finne de nødvendige ressursene for opprettholde en god livskvalitet som ikke bare påvirker de selv, men også de rundt de.

## 4.4 Kjennskap til egen kropp

Som jeg la frem i teorikapittelet (2.2), så ligger det til grunn noen barrierer som kan føre til begrenset deltakelse i fysisk aktivitet for mennesker med revmatoid artritt (Baxter et al., 2016; Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Disse innebærer alt i fra frykt (Baxter et al., 2016), altså psykologiske aspekter til fysiologiske aspekter. Et av momentene som dukker opp i tidligere forskningen er aspektet om kunnskap (Veldhuijzen van Zanten et al., 2015). Hos de jeg intervjuet er ikke dette et fremtredende tema.

*«Jeg tror at jeg har nok kunnskap til å bedrive fysisk aktivitet på en fornuftig måte. Det tror jeg at noe med erfaring å gjøre. Jeg er jo 52år, så da har jeg noen erfaring som kanskje kan veie opp for teoretisk kunnskap rundt treningslære og sånne ting. Jeg kjenner jo hva slags signaler kroppen gir og hvis jeg har veldig vondt et sted så stopper jeg jo. Jeg bruker plages litt med et kne, og jeg kan jogge uten å ha problemer med det. Men en eller annen gang kan det være at jeg bare må stoppe opp. Og da stopper jeg med en gang.» (Lars 52år)*

Lars peker på sin erfaring gjennom livet som en god nok i forhold til fysisk aktivitet. Han mener selv at han har tilstrekkelig med kunnskap for å kunne bedrive det på en tilfredsstillende og fornuftig måte. Han forteller at han vet sine begrensninger. Han vet når han må stoppe opp. Loepenthin m. fl (2014) legger frem om en evne til å differensiere smertene som kommer fra sykdommen, kontra smerter som kommer av muskelutmattelse. Dette mener jeg samsvarer med Merleau-Ponty i forhold til at kroppsliggjorte erfaringene spiller en nøkkelrolle i den forstand. På den andre siden, legger Eva frem et interessant syn på kunnskap rettet mot fysisk aktivitet. På bakgrunn av kroppsfenomenologien til Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1994), gir dette godt grunnlag til å se på kroppen som sentrum for erkjennelse.

*«Jeg tenker at det alltid er bra å få mer påfyll. Ting forandrer seg over tid. Men samtidig så kjenner jeg at jeg vet nok om hva som funker for meg og ikke. Og det å ikke bli for besatt av trening og sånn. Akkurat nå føler jeg at jeg er ganske fornøyd og sikker.» Eva (32 år)*

Det Eva sier her om at ting forandrer seg over tid er veldig interessant, samt veldig relevant i forhold til hvordan sykdommen er varierende av natur (Kåss & Kvien, 2020). Sykdomsbilde forandrer seg hele tiden, enkelte dager kan den være aggressiv mens den andre dager er rolig. For mennesker med revmatoid artritt kan dette innebære å tilegne seg en ny hverdag innimellom. Den gjeldende livsverden blir da endret på et grunnleggende vis (Råheim, 2002). I kroppsfenomenologien kan dermed si at de persepsjonene man som individ har av sin egen kropp og den erkjennelsen man får gjennom den, er med på å skape en mening til forandring som man får som utgangspunkt (Merleau-Ponty, 1994; Råheim, 2002).

Innen fysisk aktivitet handler dette om å kjenne sin egen kropp og kunne ha en viss pekepinn og tanker på hvordan fysisk aktivitet påvirker den. Det som Eva sier er at hun vet hva som fungerer for henne og hva som ikke fungerer. Dette kan også trekkes ut som en større forståelse av sykdommen på bakgrunn av hennes sykehistorikk. Med andre ord, varigheten på hvor lenge hun har sykdommen, samt den overgangsfasen hun gikk igjennom da diagnosen ble satt. Hun har klart å skape en forståelse av sin egen kropp. Den kroppslige erfaringen hun har, er på en måte inkarnert i sin egen forståelse av seg selv (Merleau-Ponty, 1994; Råheim, 2002). Det samme gjelder også for Lars, som sier at også kjenner til sin egen kropp basert på de erfaringene han gjort seg opp om sin egen kropp og helse.

Ut i fra hva tidligere forskning sier kan man se at det mine intervjudeltakere forteller om å kjenne sin egen kropp er høyst relevant. De med revmatoid artritt søker en transparent kropp som er sterk nok til å takle de utfordringene livet kaster på de (Loeppenthin et al., 2014). Ved å være fysisk aktiv oppnås dette mener de. Men dette kan trekkes tilbake til det å kjenne til sin egen kropp basert på erfaring. Ved å bruke kroppen som sentrum for erkjennelse (Merleau-Ponty, 1994) når de er fysisk aktiv, klarer de å vite hva som skal til for det er mulig å oppnå en sterk og transparent kropp. De ressursene som legges i det er også til stede og viktig i forhold til dette (Antonovsky & Sjøbu, 2012).



## 5 Videre perspektiver

Utgangspunktet for dette studiet var å se på hvordan fysisk aktivitet kan være et viktig supplement i behandlingen av revmatoid artritt. Studiet ble gjort i lys opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012) og kroppsfenomenologien (Merleau-Ponty, 1994). Jeg ønsket å finne ut hvordan personer med revmatoid artritt så på fysisk aktivitet og hvordan det kan være med å bidra i behandlingen av sykdommen.

Studiet ble gjennomført ved at jeg benyttet kvalitative forskningsintervju som metodisk verktøy. Jeg gjennomførte totalt 3 intervju der jeg pratet med personer som har hatt revmatoid artritt over mange år og har vært fysisk aktiv i flere år. Funnene tyder på at fysisk aktivitet kan og burde bli brukt som en alternativ form for å behandle sykdommen. Å være fysisk aktiv har mange gode for de med revmatoid artritt. Ikke bare for det generelle helseperspektivet, men også for de sykdomsrelaterte symptomene som stivhet, ledd funksjon, bevegelighet og smerte håndtering.

Det første spørsmålet i studiet baserte seg rundt fysisk aktivitet som en alternativ medisin for sykdommen. Ut i fra de funnene jeg gjorde, ser jeg en tydelig overensstemmelse mellom hva forskningen sier angående fysisk aktivitet som en alternativ medisin og det intervjudeltakerne la frem. Alle uttalte at de bruker fysisk aktivitet som en måte å lindre smerter. En av deltakerne fortalte også hun brukte det som en måte å håndtere fatigue på. Det kom frem at i perioder der de ikke var fysisk aktiv begynte de å slite mer med smerter, samt at det over tid tar på psyken.

Det andre spørsmålet jeg tok for meg i dette studiet var hvilke typer aktiviteter som er gunstige for leddene. Sett i lys av anbefalingene som legges frem i tidligere forskning, så understreker funnene gjort i dette studiet hva som allerede finnes. De med revmatoid trekkes til det de vet er trygt. Alle i studiet mitt bedriver styrketrening og meddeler at de har gode resultater av det. Mye på grunn av det er færre begrensninger når det kommer til styrketrening, samt stretching. Det noe mer overraskende funnet er at en av deltakerne la frem dansing som veldig effektivt mot å forebygge ledd smerter. Men, når jeg sammenligner det som ble lagt frem mot dansing, ser jeg også at det korrelerer meg tidligere forskning. Basert rundt aerobtrening og stretching. Det jeg tenker kan være interessant å se nærmere på er de

psykologiske barrierene som forskninger nevner. Hvor stor rolle spiller den når en med revmatoid artritt skal velge en aktivitet, samt hvorfor de ofte går til de tryggere aktivitetene.

Det tredje spørsmålet jeg tok for meg i dette studiet var hvorvidt fysisk aktivitet på virker livskvaliteten hos de med revmatoid artritt. Funnene i dette studiet tyder til at alle intervjudeltakerne bruker fysisk aktivitet som en plattform til å bedre livskvaliteten deres. Sett i lys av tidligere forskning er det en klar overensstemmelse. Tidligere forskning viser til at de med revmatoid artritt klarer å bevare en større grad av selvstendighet, samt at de klarer å være en bedre versjon av selv. Samt at de kan være med å bidra på lik linje med andre friske mennesker. De la også frem at de føler en større glede. Alt i alt, ser jeg på det som deres måte å akseptere sykdommen. Ved at livskvaliteten deres blir bedre når de fysisk aktiv, klarer de å skyve bort de negative tankene som gjør at klarer å akseptere at sykdommen er en del av de. Noe som samsvarer med kroppsfenomenologien. De har innsett at sykdommen og de plagene som kommer av den er en del av de.

Det siste spørsmålet i studiet baserte seg rundt kjennskap til egen kropp og den begrensinger. Slik jeg tolker er dette i stor grad erfarings basert. Man vet aldri hva som fungerer uten å ha prøvd det over tid. Dette er veldig relevant i forhold til fysisk aktivitet. Man vet ikke om en for fysisk aktivitet har effekt for deg, og man vet ikke hvordan den kommer til å påvirke deg. For de med revmatoid artritt handler dette i stor grad om å kjenne til sine egne begrensninger og hva leddene dine tåler. Intervjudeltakerne uttrykte at de over tid har lært seg selv å kjenne, samt sin egen kropp.

Dette studiet ble gjennomført for å forsøke å belyse hvorvidt fysisk aktivitet er et supplement til behandlingen av revmatoid artritt. Ut i fra funnene jeg har gjort, vil jeg argumentere for at fysisk aktivitet er et viktig supplement i behandlingen av revmatoid artritt. Fysisk aktivitet er som kjent full av positive effekter for det generelle helsebildet, men for de revmatoid artritt viser det til å være flere andre gode effekter. Ikke bare lindres smertene av riktig fysisk aktivitet, men samtidig økes livskvaliteten. Det legger et grunnlag der man kan leve et bedre liv der man aksepterer sykdommen slik den er.

Funnene viser som sagt til at fysisk aktivitet er et viktig supplement i behandlingen av sykdommen. Alt tyder til at de funnene jeg har gjort stemmer. Men, ved å se på de personlige erfaringene som legges frem av intervjudeltakerne kan man trekke en liten annen konklusjon.

Ved å se på de kroppsliggjorte erfaringene er det et viktig perspektiv man må ta hensyn til. Sett i lys av opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012), kan man få et litt annet svar. De komponentene Antonovsky bruker i opplevelsen av sammenheng er generelt riktig, men de må sees på i sammenheng med de kroppslige erfaringene individet gjør seg opp individuelt. De subjektive meningene, følelsene, samt egne preferanser må også tas i betraktning for å kunne gi det mer tyngde. Alle opplever fysisk aktivitet på ulike måter, og hva som er meningsfullt, håndterbart og begripelig for individet er opp til hver enkelt å bestemme. Den subjektive forståelsen av egen kropp og dens begrensinger er dermed et viktig funn.

På andre siden, så var ikke funnene i dette studiet nyskapende. Funnene underbygger det som allerede er funnet gjennom forskning. Videre forskning rundt temaet kunne derimot vært interessant. Jeg tror at en bredere psykologisk vinkling ville vært et naturlig steg videre i forskningen rundt fysisk aktivitet og revmatoid artritt.

#### **Bifunn.**

Ingen nytenkende bifunn av stor relevans ble funnet gjennom dette studiet.

## Referanseliste

- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (Unraveling the mystery of health). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bahr, R. (2018). Fysisk aktivitet i Store medisinske leksikon Hentet 09.04 fra [https://sml.snl.no/fysisk\\_aktivitet](https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet)
- Baxter, S., Smith, C., Treharne, G., Stebbings, S. & Hale, L. (2016). What are the perceived barriers, facilitators and attitudes to exercise for women with rheumatoid arthritis? A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 38(8), 773-780. 10.3109/09638288.2015.1061602
- Berg, B. L. & Lune, H. (2012). *Qualitative research methods for the social sciences* (8th ed. utg.). Boston: Pearson.
- Callahan, L. F. & Pincus, T. (1995). The sense of coherence scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 8(1), 28-35. 10.1002/art.1790080108
- Cheatham, W. S. & Cain, W. M. (2015). Rheumatoid Arthritis: Exercise Programming for the Strength and Conditioning Professional. *Strength and Conditioning Journal*, 37(1), 30-39. 10.1519/SSC.0000000000000117
- Eiriksen, T. E. (2014). Mennesket, helseløshet og givethet ; en utforskning av konseptuell gjenfylling og fenomenal saturering i lys av Jean-Luc Marions fenomenologi. *Norsk filosofisk tidsskrift*, 49(2), 129-158.
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research* (5th ed. utg. Qualitative Forschung). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* ([3. prøveutg.]. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Goulia, P., Voulgari, P., Tsifetaki, N., Andreoulakis, E., Drosos, A., Carvalho, A. & Hyphantis, T. (2015). Sense of coherence and self-sacrificing defense style as predictors of psychological distress and quality of life in rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study. *Clinical and Experimental Investigations*, 35(4), 691-700. 10.1007/s00296-014-3134-8
- Gran, J. T. (2008). Definisjon og klassifisering av revmatiske sykdommer. *Norsk epidemiologi*, 18(1), 3-4. 10.5324/nje.v18i1.54
- Harnden, K., Pease, C. & Jackson, A. (2016). *Rheumatoid arthritis*: British Medical Journal Publishing Group.
- Helsedirektoratet. (2014). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet – Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kunnskapsgrunnlag-fysisk-aktivitet-innspill->

[til-departementets-videre-arbeid-for-okt-fysisk-aktivitet-og-redusert-inaktivitet-i-befolkningen-](#)

- Hörnberg, K., Ångström, L. & Wällberg-Jonsson, S. (2014). Benefits of Spinning Exercise on Cardiovascular Risk Factors in Rheumatoid Arthritis: A Pilot Study. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 25(3), 68-74. 10.1097/01823246-201409000-00002
- Kåss, E. (2018). synovitt i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 28.04 fra <https://sml.snl.no/synovitt>
- Kåss, E. & Kvien, T. K. (2019). artrose i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 28.04 fra <https://sml.snl.no/artrose>
- Kåss, E. & Kvien, T. K. (2020). leddgikt i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 28.04 fra <https://sml.snl.no/leddgikt>
- Kåss, E., Kvien, T. K. & Palm, Ø. (2019). Fibromyalgi i Store medisinske leksikon Hentet 10.05 fra <https://sml.snl.no/fibromyalgi>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). *Salutogenesis*: BMJ Publishing Group Ltd.
- Loeppenthin, K., Esbensen, B. A., Ostergaard, M., Jennum, P., Thomsen, T. & Midtgaard, J. (2014). Physical activity maintenance in patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Clinical Rehabilitation*, 28(3), 289-299. 10.1177/0269215513501526
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (Phénoménologie de la perception). Oslo: Pax.
- Nessen, T., Opava, C. H., Martin, C. & Demmelmaier, I. (2014). From clinical expert to guide: experiences from coaching people with rheumatoid arthritis to increased physical activity. *Physical therapy*, 94(5), 644. 10.2522/ptj.20130393
- Palm, Ø. (2019a). barnleddgikt i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 28.04 fra <https://sml.snl.no/barneleddgikt>
- Palm, Ø. (2019b). Sjøgrens syndrom i Store medisinske leksikon. Hentet 10.05 fra [https://sml.snl.no/Sj%C3%B8grens\\_syndrom](https://sml.snl.no/Sj%C3%B8grens_syndrom)
- Plasqui, G. (2008). The role of physical activity in rheumatoid arthritis. *Physiology & Behavior*, 94(2), 270-275. 10.1016/j.physbeh.2007.12.012
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2477-2480.
- Scott, D. L., Wolfe, F. & Huizinga, T. W. (2010). Rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 376(9746), 1094-1108. 10.1016/S0140-6736(10)60826-4
- Smolen, J. S., Aletaha, D. & McInnes, I. B. (2016). Rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 388(10055), 2023-2038. 10.1016/S0140-6736(16)30173-8

- Solsvik, I. K. (2019). prednisolon i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 28.04 fra <https://sml.snl.no/prednisolon>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Veldhuijzen van Zanten, J., Rouse, P., Hale, E., Ntoumanis, N., Metsios, G., Duda, J. & Kitas, G. (2015). Perceived Barriers, Facilitators and Benefits for Regular Physical Activity and Exercise in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Review of the Literature. *Sports Medicine*, 45(10), 1401-1412. 10.1007/s40279-015-0363-2
- Øye, I. & Brørs, O. (2009). metotreksat i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 28.04 fra <https://sml.snl.no/metotreksat>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Problemstilling:

*Hva opplever personer med diagnosen revmatoid artritt som de mest effektive formene for fysisk aktivitet for å forebygge sykdomsaktivitet?*

### Hensikten med studiet:

Studere hva personer med revmatoid artritt opplever som de mest effektive formene for fysisk aktivitet rettet mot å forebygge sykdomsaktivitet. Studiet har til hensikt å kartlegge hva som er regnes de mest effektive formene og hvorfor.

### Intervjuets gange:

1. Bakgrunn
2. Hva er fysisk aktivitet for deg
3. Fysisk aktivitet som hjelpemiddel
4. Livskvalitet
5. Tilrettelegging og kunnskap
6. Avsluttende spørsmål

### Informasjon om deltaker (Dette skrives ikke inn i oppgaven):

Navn	
Kjønn	

Tema	Tematiske spørsmål	Mulige oppfølgingsspørsmål
Bakgrunn	Hvor lenge har du hatt sykdommen?	
	Hvor ofte er du fysisk aktiv i uken?	
	Hvor lenge har du vært fysisk aktiv?	
Hva er fysisk aktivitet for deg (Meaningfulness)	Hvorfor er du fysisk aktiv?	
	Hva motiverer deg til å være fysisk aktiv?	Familie? Venner?

	Hva gir det deg å være fysisk aktiv?	
	I hvordan grad føler du at fysisk aktivitet er verdt å bruke energi på?	
Fysisk aktivitet som hjelpemiddel (Manageability)	På hvilken måte ser på du fysisk aktivitet?	
(Kjerne spørsmål)	Hvilke former for fysisk aktivitet bedriver du i fritiden?	Hvorfor disse?
(Kjerne spørsmål)	Hva ser du på som de mest effektive formen for fysisk aktivitet?	Hvorfor disse?
(Kjerne spørsmål)	Hva ser du på som «den» beste formen?	
Livskvalitet (Comprehensibility)	Hvordan hadde livet ditt vært uten fysisk aktivitet?	
	I hvilken grad føler du at fysisk aktivitet gir økt livskvalitet?	
	Med å være fysisk aktiv, føler du at du takler sykdomssmerter bedre?	Ressurser?
Tilrettelegging og kunnskap (side informasjon → interessant å vite)	Føler du at trenger mer kunnskap rundt fysisk aktivitet?	
	Føler du at helsepersonell og andre legger til grunn dine ønsker når de tilrettelegger for fysisk aktivitet for deg?	
Avsluttende spørsmål	Har du kommet på med noe som kan være viktig å tilføye under intervjuet som du ønsker å ta opp?	
	Hvordan opplevde du at intervjuet gikk?	

Tiltenkt tid: 30-45 minutter



## Vedlegg 2: Informert samtykke skjema

Vil du delta i forskningsprosjektet  
”Med fysisk aktivitet som hjelpemiddel”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og revmatoid artritt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Prosjektet som skal gjennomføres gjøres som en masteroppgave innen idrettsvitenskap. Formålet med prosjektet er å finne ut hva personer med revmatoid artritt (leddgikt) opplever som de mest effektive formene for fysisk aktivitet for å forebygge sykdomsplager. Forskningsspørsmålet masteroppgaven skal prøve å finne svar på er:

”Hva opplever personer med diagnosen revmatoid artritt som de mest effektive formene for fysisk aktivitet for å forebygge sykdomsaktivitet?”

Oppgaven skal ha som hensikt å se på de formene for fysisk aktivitet som nevnes i sammenheng med ulike teoretiske perspektiver og tidligere forskning.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet, Campus Alta

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til masteroppgaven er trukket ut i fra en pasientgruppe på ca. 140 stykker under et 4 ukers langt utenlands behandlingsopphold. Antall deltakere som er tenkt til prosjektet er totalt 4 deltakere. Derav 2 menn og 2 kvinner. Utvalgskriteriene som må oppfylles for deltakelse i prosjektet er:

1. Må være fysisk aktiv på regelmessig basis (1+ time(r) i uken)
2. Ha diagnosen revmatoid artritt (Leddgikt, psoriasis artritt eller juvenil artritt)
3. Deltar på ett utenlands behandlingsopphold (4 uker)

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektet benytter en kvalitativ tilnærming der datainnsamlingen skal foregå gjennom kvalitative forskningsintervju. Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du stiller til et intervju. Intervjuet vil ta deg ca. 45-60 minutter. Intervjuguiden inneholder spørsmål angående fysisk aktivitet, ditt forhold til fysisk aktivitet og mening. Intervju vil bli tatt opp på lydopptaker og vil etter endt intervju bli transkribert ordrett ut i fra det du sier.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger  
Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De personene som vil ha tilgang på datamaterialet og personopplysningene er; student (Alexander Stammes) og prosjektveileder (Herbert Zoglowek) ved UiT, Norges arktiske universitet, campus Alta.

Alt av personopplysninger vil være oppbevart på en privat datamaskin med passordbeskyttelse. Navn og andre opplysninger om deg vil bli erstattet med en annen kode som vil bli lagret i et adskilt dokument fra det øvrige datamaterialet. .

Du som deltaker skal ikke kunne bli gjenkjent gjennom datamaterialet. Alt som blir publisert om deg i oppgaven vil anonymiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?  
Prosjektet skal etter planen avsluttes 16.05.2020. Ved prosjektslutt vil alt av data og personopplysninger om deg bli slettet.

#### Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?  
Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Tromsø, Norge arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitet i Tromsø, Norge arktiske universitet ved Herbert Zoglowek.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

---

-----  
-----

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [sett inn tittel], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. [oppgi tidspunkt]

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Meldeskjema fra NSD

### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Med fysisk aktivitet som hjelpemiddel - En kvalitativ undersøkelse av personer med revmatoid artritts opplevelser rundt fysisk aktivitet rettet mot forebygging av sykdomsaktivitet

#### Referansenummer

754950

#### Registrert

19.08.2019 av Alexander Ingebrigtsen Starnes - ast150@post.uit.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Idrettshøgskolen

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Herbert Gottfried Zoglowek, herbert.zoglowek@uit.no, tlf: 78450255

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Alexander Starnes, alexstarnes@gmail.com, tlf: 99114101

#### Prosjektperiode

26.08.2019 - 15.05.2020

#### Status

07.01.2020 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 07.01.2020 – Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 07.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER NSD

vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)