



INSTITUTT FOR HELSE- OG OMSORGSFAG

Medisinsk Yoga til Personer med Parkinson

Ina Kvam Leraand

Masteroppgave i helsefag,
studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi,
fordypning voksen.

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet

Mai 2016

Ord: 19810

Forord

Parkinson sykdom var for meg en ukjent sykdom inntil for få år siden. Da jeg startet på mastergraden ble jeg kjent med noen mennesker med diagnosen Parkinson, og når jeg så hvor viktig fysioterapi var for denne diagnosen og ikke minst menneskene bak diagnosen så ble min interesse vekket. Det å få lov til å fordype seg i eget fagfelt har vært veldig spennende og givende, og ikke minst travelt og læringsrikt.

Jeg hadde aldri kommet i mål om jeg ikke hadde fått hjelp fra flere hold, og i den anledning vil jeg rette en spesiell takk til disse:

Jeg vil rette en stor takk til min veileder gjennom prosjektet Eirik Lind Irgens, for konstruktive tilbakemeldinger, engasjement og tålmodighet. Jeg vil takke informantene som stilte opp i studien, uten de hadde det ikke blitt noe studie. Jeg vil takke pasientene mine, som inspirerer meg hver dag til å bli en bedre fysioterapeut. Jeg vil takke min kjære studievenninne Ina Balseth, for et godt vennskap, gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg vil takke mine fantastiske kollegaer ved Heimdal fysikalske Institutt for tillitt, støtte og forståelse. Jeg vil takke min kliniske veileder Marit Galåen for engasjerende veiledningstimer.

Videre vil jeg takke min kjære familie som har stilt opp som barnevakt og støttespillere, min søster Helle, svigermor Merete, mamma og pappa. Og sist men ikke minst vil jeg takke min fantastiske samboer Steffen, og de to jentene våre Vilja og Live som har blitt til under mastergraden.

Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter skal ha en stor takk for økonomisk støtte til prosjektet.

Trondheim, Mai 2016

Ina

ABSTRAKT

Bakgrunn: Parkinson sykdom og Parkinsonisme er en karakteristisk bevegelsesforstyrrelse som skyldes svikt i basalgangliene. Det finnes ingen kur for Parkinson sykdom, men det tilbys medisiner og fysioterapi for å bremse sykdommen og behandle symptomene. Fordi det ikke finnes noen kurativ behandling av sykdommen, så ser det ut til at bruken av alternative behandlingsformer er høyere til denne pasientgruppen. Herunder kan det ses at det er et marked fra andre tilbydere som tilbyr en behandling til personer med Parkinson sykdom. Medisinsk Yoga er en av disse aktørene, og tilbyr et konsept som koster penger og som de sier er helsefaglig fundert, men som ikke er en del av det offentlige helsevesenet.

Hensikt: Hensikten med studien har vært å innsamle erfaringsviten om hvordan personer med Parkinson sykdom erfarte å delta i medisinsk yogagruppe i ett år. Alternative behandlingsformer er en del av tilbudet til Parkinson sykdom, som de ofte benytter seg av. I tillegg viser forskningen at fysioterapeuter ofte integrerer alternative behandlingsformer i sin kliniske praksis i behandling av personer med Parkinson sykdom. På bakgrunn av dette var det interessant å se nærmere på hvordan personers med Parkinson erfarte å delta på et sånt tilbud.

Materialet og metode: Det ble gjennomført semistrukturerte intervju av tre personer med Parkinson sykdom som hadde deltatt på medisinsk yoga-gruppe i ett år.

Analyse: Det ble anvendt båndopptaker til å innsamle dataene, og materialet ble transkribert og analysert etter prinsipper fra kvalitativ metode.

Resultat: Denne studien aktualiserer pustens betydning i terapi, trening i gruppe sammen med andre i samme situasjon, omgivelsenes innvirkning og instruktørens rolle. Studiens resultater indikerer at personer med Parkinson sykdom har nytte av å jobbe samtidig med pust, øvelser og kroppsbevissthet for å oppnå en mer bevegelig og håndterbar kropp. Kontrollerte pusteøvelser kan brukes til å påvirke retikulærsubstansens aktivitet og dermed kroppens spenningstilstand, noe som er svært relevant for personer med Parkinson som ofte er rigid og stiv som følge av sykdommens utvikling. Informantenes beskrivelser av å trene i gruppe sammen med andre i samme situasjon ga innsikter som viser at diagnosespesifikke grupper kan ha fordeler på flere ulike nivå. Ved å ha diagnosespesifikke grupper kan man skreddersy et opplegg som er tilpasset den aktuelle patologien. Dette er innsikter som er aktuell for personer med Parkinson og andre med nedsatt sense of agency, eller forstyrrelser i kroppsskjema.

ABSTRACT

Background: Parkinson's disease and Parkinsonism is a characteristic movement disorder caused by the failure of the basal ganglia. There is no cure in for Parkinson's disease, but it offered medication and physical therapy to slow the disease and treat the symptoms.

Because there is no curative treatment of the disease, so it appears that the use of alternative therapies is higher in this population. Therefor it is a market from other providers offering treatment to people with Parkinson's disease. Medical Yoga is one of these providers. They claim to be health based, but is not a part of the traditional medical system in Norway.

Purpose: The purpose of the study was to collect experience knowledge about how people with Parkinson's disease experienced to participate in medical yoga group in one year.

Alternative therapies are part of the treatment offer to Parkinson's disease, as they often make use of. In addition, research shows that physical therapists often integrates alternative therapies in their clinical practice in the treatment of people with Parkinson's disease. It will on this basis be interesting to look at how people with Parkinson's experience attending one of these alternative therapies.

Materials and Methods: It was conducted semistructured interviews of three people with Parkinson's disease who had attended to medical yoga group in one year.

Analysis: It was used a tape recorder to collect the data, and the material was transcribed and analyzed according to the principles of qualitative methodology.

Results: This study highlights the importance of controlled breathing in therapy, training in a group with others in the same situation, the environments impact and instructors' role. The study's results indicate that people with Parkinson's disease have the benefit of working together with breathing, physical exercises and body awareness to achieve a more agile and manageable body. Controlled breathing exercises can be used to influence the reticular formation activity and thus body stress state, which is very relevant for individuals with Parkinson often rigid and stiff as a consequence of the disease. The informants' descriptions of exercising in a group with others in the same situation gave insights showing that diagnosis specific groups can have benefits on several different levels. By having diagnosis specific groups the therapist can tailor a program that is adapted to the pathology. These are insights that are relevant for people with Parkinson's and others with impaired sense of agency, or disturbances in body schema.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 TEMA OG BAKGRUNN	1
2.0 FORSKNING PÅ OMRÅDET	3
3.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	7
3.1 HENSIKT MED STUDIEN	7
3.2 PROBLEMSTILLING	7
4.0 TEORI OG UTDYPING AV FELTET.....	8
4.1 NEVROBIOLOGISK PERSPEKTIV	8
4.1.2 Parkinson sykdom og basalgangliene.....	8
4.1.3 Symptomene ved Parkinson sykdom	9
4.1.4 Forstyrrelser i basalgangliene og læring	9
4.1.5 Plastisitet.....	10
4.1.6 Respirasjon og Parkinson sykdom.....	11
4.1.7 Yoga	11
4.1.8 Kroppsfenomenologisk perspektiv	12
4.1.9 Embodiment- opplevelse av egen kropp	14
5.0 METODE	15
5.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING.....	15
5.2 VALG OG BESKRIVELSE AV METODE	16
5.3 UTVALG	16
5.3.1 Rekruttering av utvalg	17
5.4 DATAINNSAMLING – INTERVJU SOM FORSKNINGSMETODE	17
5.4.2 Båndopptaker.....	19
5.5 DATAINNSAMLING.....	19
5.5.1 Utførelse av intervju	19
5.5.2 Erfaringer med intervjuene.....	20
5.5.3 Transkribering	21
5.6 ANALYSE AV DATA.....	22
5.6.1 Systematisk tekstkondensering.....	22
5.7 EGEN FORFORSTÅELSE	26
5.8 ETISKE BETRAKTNINGER	26
6.0 METODEDISKUSJON	27
6.1 PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET	27
6.2 ØKONOMI OG RESSURSER.....	29
7.0 RESULTATER	29
7.1 Presentasjon av informantene.....	30
7.2 HOVEDTEMA 1 : "GJENVINNE KONTROLL OVER EGEN KROPP"	30
7.2.1 Subtema 1 "Økt bevissthet mot egen kropp"	31
7.2.2 Subtema 2 - "Pusten som verktøy til kroppskontroll"	33
7.3 DRØFTING AV HOVEDTEMA 1 MED UNDERLIGGENDE SUBTEMA.....	36
SAMMENHENG MELLOM PUST OG ØVELSER	36
Å TA KROPPEN SIN TILBAKE.....	40
7.4 RESULTATPRESENTASJON HOVEDTEMA 2	42
HOVEDTEMA 2 : "ET FELLESPROSJEKT"	42
7.4.1 Subtema 1 "Å være sammen om det"	43
7.4.2 Subtema 2 "God atmosfære".....	44
7.5 DRØFTING TEMA 2: "ET FELLESPROSJEKT"	46
7.5.1 Felles skjebne	46
7.5.2 Gruppetrening	47

7.5.3 Motivasjon og læring.....	49
7.5.4 Instruktørene.....	50
8.0 AVSLUTTENDE DISKUSJON	51
8.1 andre spennende diskusjoner og drøftinger	53

VEDLEGG

- 1. Informasjon og samtykkeerklæring**
- 2. Intervjuguide**
- 3. Utdrag fra analysen, trinn 3**
- 4. Vedtak fra REK**
- 5. Vedtak fra NSD**

1.0 Innledning

Denne studien handler om hvordan personer med Parkinson opplever og erfarer å trene Medisinsk Yoga også kalt MediYoga (1). Oppmerksomheten rettes mot en terapeutisk form for yoga som anvendes til ulike medisinske diagnoser, deriblant Parkinson sykdom. Fokuset i studien har vært å innsamle erfaringsviten hos deltagere som har deltatt i medisinsk oga for å se om man i et fysioterapeutperspektiv kan forstå hvorfor dette anvendes til personer med Parkinson, og om det er gjenkjennbart til fysioterapi. Medisinsk yoga er en kommersiell aktør som tilbyr supplerende behandling til personer med Parkinson, og til andre diagnose grupper, de har også dette tilbudet til friske personer. Medisinsk yoga er opprinnelig et svensk konsept som tilbyr instruktørutdanning til helsepersonell mot en kursavgift. Mediyoga.com formidler at de ønsker at Medisinsk Yoga skal anvendes som et supplerende verktøy til tradisjonell behandling i helsevesenet (1).

1.1 Tema og bakgrunn

Parkinson sykdom er den andre vanligste degenerative sykdommen som kommer med aldring etter Alzheimers sykdom (2, s.20). Parkinson sykdom og Parkinsonisme er en karakteristisk bevegelsesforstyrrelse som skyldes svikt i basalgangliene. Sykdommen ble først beskrevet av James Parkinson i 1817. Årsaken til sykdommen er ukjent. I Norge regner man med at rundt 7-8000 personer er rammet av Parkinsonisme, av disse utgjør idiopatisk Parkinson ca. 80%. Parkinson sykdom er en gradvis progredierende hjernesykdom som vanligst debuterer rundt 50-60 års alderen. Sykdommen skyldes mangel på signalstoffet dopamin i hjernen som fører til at nerveceller i substantia nigra går tapt. Diagnosen stilles klinisk, og kjennetegnes ved at minst to av tre kardinaltegn er tilstede. Disse kardinaltegnene er akinesi: problemer med både å sette i gang og å opprettholde bevegelser, bradykinesi: viljestyrte bevegelser blir trege og med liten kraft, for eksempel armsving, rigiditet: økt muskel tonus med en tannhjulfølelse, og tremor: skjelvinger i hvile (3, s.471-477, 4, s.3, 5, s.374, 6,122-125).

I tillegg til akinesi, bradykinesi, tremor og rigiditet medfører sykdommen også forstyrrelser av posturale reflekser og postural instabilitet (5, s.374, 7, s.291). Den posturale instabiliteten medfører en nedsettelse av balanse- og avvergereaksjoner, og det forekommer økt falltendens ved pro- eller retropulsjon under gange (7, s.291). Propulsjon eller retropulsjon, er en tendens til å falle forover eller bakover fordi kroppens tyngdepunkt

forskyves forover, som et uttrykk for svikt i stabiliserende reflekser (3, s.70). Parkinson sykdom medfører også koordinasjonsproblemer, vansker med timing og rytme, samt nedsatt balanse og bevegelighet på bakgrunn av symptomene (6, s.126, 7, s.292).

Det finnes ingen kurativ behandling for Parkinson sykdom, men det tilbys medisiner og fysioterapi for å bremse sykdommen og behandle symptomene (2). Parkinson behandles medisinsk, kirurgisk, med fysisk trening, eller en kombinasjon av disse (7, s.292). Den fysiske treningen ivaretas først og fremst av fysioterapeuter. Herunder er målet å fremme og vedlikeholde en god bevegelighet, balanse og styrke slik at personene selv kan klare daglige gjøremål på aktivitet og deltakelsesnivå (7). På lik linje med annen fysioterapibehandling er det viktig å se det enkelte menneske og ta utgangspunkt i funksjonsnivå, ressurser og livssituasjon. Dette gjøres i fysioterapi ved hjelp av klinisk resonnering (7, 8). Generelle råd til personer med Parkinson er hverdagsmosjon supplert med daglig utspenning, med henblikk på å bevare muskelstyrke, bevegelighet, kondisjon og fysiske funksjoner lengst mulig (7, s.292). Fysioterapi, trening og fysisk aktivitet har betydning for personer med Parkinson sin fysiske funksjon, livskvalitet og balanse (2, 9). Kardinaltegnene som opptrer hos personer med Parkinson har blant annet betydning for gangen, balansen, respirasjon, bevegelighet, muskelstivhet og tale.

Fysioterapi er et viktig tiltak for å dempe spenningsnivå - og de fysiske funksjonsnedsettelsene som kommer av sykdommen (7, s.292). Fordi det ikke finnes noen kurativ behandling av Parkinson sykdom så ser det ut til at bruken av alternative behandlingsformer er høyere til denne pasientgruppen, på linje med en del andre koniske sykdommer og diagnoser (10).

Herunder kan det ses at det er et marked fra andre tilbydere som tilbyr en behandling til personer med Parkinson sykdom. Medisinsk Yoga er et av disse aktørene, og tilbyr et gruppetilbud som koster penger til personer med Parkinson som er spesielt tilrettelagt for gruppen.

1.2 Medisinsk yoga til personer med Parkinson

I Norge og i Skandinavia finnes det en terapeutisk yogaform som heter Medisinsk Yoga. Det er et konsept som beror på at de som tar utdanningen og praktiserer som instruktører har helsefaglig bakgrunn, og den yogaen de praktiserer anvendes til personer med

spesifikke diagnoser hvor de tilrettelegger spesielt for målgruppen (1). De hadde et samarbeidsprosjekt med Parkinsonforeningen i Bodø som innebar en og en halvtime Medisinsk yoga i uken i ett år. Herunder er en kort beskrivelse av prosjektet:

”Parkinsonforeninga i Bodø samarbeider med Medisinsk Yoga Nord AS som vil tilrettelegge opplegget spesielt for målgruppa. Medisinsk Yoga Nord henter bl.a. erfaringer på dette området fra Sverige. Den som har Parkinson sykdom har ofte et høyt spenningsnivå i kroppen og mye smerter. Å øve på avspenning er derfor like viktig som ordinær trening. Det vil bli lagt vekt på at den enkelte skal jobbe med øvelsene ut fra eget ståsted og evne til bevegelse, og at ingen øvelse skal gjøre vondt ” (11).

Med bakgrunn i tidligere forskning ser man at det i fysioterapi hyppig blir brukt alternative behandlingsformer som for eksempel yoga, men at det er begrenset med forskning som kan si noe om personer med Parkinson sin erfaring med medisinsk yoga. Det finnes ingen konkrete studier som ser på bruken av medisinsk yoga til personer med Parkinson, og det kan derfor være aktuelt å se på dette, da det anvendes til blant annet nevrologiske pasienter. Med dette som bakgrunn ble Medisinsk Yoga Nord og Parkinson foreningen i Bodø kontaktet, for å høre om undertegnede kunne få gjennomføre en intervjustudie for å undersøke nærmere hvilke erfaringer personer med Parkinson har gjort seg i forbindelse med deltakelse på en medisinsk yogagruppe, og dette stilte de seg positive til.

2.0 Forskning på området

For å få et overblikk over feltet ble det foretatt et litteratursøk. Formålet med litteratursøket var å gjøre seg kjent med teoribakgrunnen for problemformuleringen. Det ble søkt etter viten om hva slags behandling som anvendes til personer med Parkinson sykdom, med fokus på fysioterapi intervensjoner, samt hva slags behandling som tilbys denne gruppen. Det ble også foretatt et søk rettet direkte mot yoga som intervensjon til personer med Parkinson sykdom. Litteratursøkingen ble foretatt ved prosjektets start og løpende gjennom hele prosjektet. Det ble anvendt ulike søkestrategier i ulike databaser (12, kap.15, 13, kap.5).

I litteratursøket ble det benyttet bevisst tilfeldig søking, systematisk søking, kjedesøking og fritekstsøking eller håndsøking (14, s.56-58).

Første del av litteratursøket ble foretatt for å skaffe en oversikt over hva slags treningsintervensjoner som tilbys pasienter med Parkinson sykdom, med særlig fokus på fysioterapi.

Det ble i 2014 utgitt Europeiske kliniske retningslinjer for fysioterapibehandling til personer med Parkinson sykdom. Retningslinjene tar utgangspunkt i forskning på området, og viser at fysioterapi og trening trolig har effekt på benstyrke, stillingskontroll, livskvalitet og balanse til personer med Parkinson sykdom (2). Innholdet i retningslinjene er forskningsbasert, hvor det er anvendt systematisk litteratursøk etter relevante studier av god kvalitet. Det er også inkludert klinisk erfaring og brukermedvirkning i utarbeidelsen av retningslinjene. Det ble inkludert 70 klinisk kontrollerte studier. De ulike intervensjonene som ble betraktete var: konvensjonell fysioterapi, tredemøll trening, cueing, strategier for motorisk læring, massasje, Tai Chi og dans (2, s.15).

I en review fra 2001 ble det undersøkt hvilke behandlingsformer i fysioterapi som hadde effekt i behandlingen av personer med Parkinson sykdom. Det ble inkludert totalt 11 RCT studier, med totalt 280 deltagere (15, 16). De fleste studiene viste en positiv effekt av fysioterapi, men det ble den gang konkludert med at effekten av de ulike fysioterapitiltakene var vanskelig å skille fra hverandre med tanke på hvilke som var mest effektiv (15). Det ble i 2012 publisert en oppdaterte versjon av denne systematiske oversiktsartikkelen gjennomført av Tomlinson med flere (17). Forskerne konkluderte tilslutt med at det ikke finnes evidens for å fastslå hvilke fysioterapeutbehandling som var den beste, og at det kreves mer forskning på området, dette fordi det i fysioterapi anvendes mange ulike behandlingsintervensjoner til personer med Parkinson sykdom (17). Man kunne ved begge RCT`ene se at flere former for alternativbehandling benyttes av fysioterapeuter i behandling til personer med Parkinson sykdom. Dette er rasjonale for at det er interessant å se på Medisinsk yoga som tiltak til personer med Parkinson sykdom (15, 17).

Andre del av litteratursøket ble gjort for å skaffe et overblikk over hva slags viten som foreligger om bruken av yoga som trenings/behandling intervensjon, og konkret hva slags viten som foreligger på yoga til personer med Parkinson sykdom.

I en nasjonal undersøkelse gjort i USA i 2002 har de sett på hvor mange som praktiserer

yoga for å bevare en god helse eller behandle helseplager (18, 19). 10 millioner voksne rapporterte at de brukte yoga av helsemessige årsaker, og i 2007 rapporterte 13 millioner mennesker i USA at de gjorde yoga for av helsemessige årsaker. Av studiepopulasjonen svarte hele 61 % at de mente at yoga er viktig for å bevare en god helse og velvære. Det ble helst brukt til behandling mot muskel- og skjelettlidelser, astma og psykiske plager (18, 19). Det ble foreslått flere hypoteser til at yoga har betydning for å bevare en god helse, og endringer i fysiologiske, atferdsmessige og psykiske faktorer ansett for å ha en betydning. Potensielle årsaker til at dette ble bedret med yoga er at yoga gir bedre fleksibilitet og muskulær styrke fra å praktisere fysiske posisjoner i yoga. Sammen med økt mental og fysisk avspenning drevet frem fra trening på kontrollert pusting eller meditasjons øvelser, samt forbedret kroppsbevissthet oppnådd gjennom både de meditasjon og fysiske øvelser (18, 19).

På bakgrunn av den voksende etterspørselen og effekten av yoga, har det vokst frem terapeutiske former for yoga. Terapeutisk yoga har til hensikt å hjelpe mennesker å håndtere sin diagnose eller sykdom bedre, samt å redusere symptomer som muskelstivhet og dårlig balanse. Dette gjøres gjennom ulike dynamiske øvelser, som gir bedre bevegelighet og som gir økt styrke (18, 19). Prinsippene fra yoga kan gjenfinnes innenfor flere fagfelt, deriblant fysioterapi (20, s.332).

I søkeprosessen ble det funnet et casestudie som undersøkte om åtte ukentlige yoga leksjoner ville gi bedre balanse, mobilitet og livskvalitet til en person med Parkinson sykdom (21). Det ble anvendt Time Up and Go (TUG), Bergs Balanse Skala (BBS) og Parkinsons Disease Questionnaire-39 (DQ39), som måler henholdsvis oppreisning og gange, funksjonell balanse og livskvalitet (22-24). Resultatet viste en bedring i TUG og BBS, men resultatene var ikke signifikante. Ingen endring i PDQ-39 ble notert. Forskerne avslutter likevel i konklusjonen med å si at deltageren i studien subjektivt uttrykte stor glede og avslapping ved å delta på yoga-leksjonene (21). Studiet har en begrenset overføringsverdi da det er et singel-subjekt studie, men det er viktig fordi det gir en subjektiv tilbakemelding fra pasienten. Dette viser at det burde forskes mer på yoga til personer med Parkinson, men eventuelt med en annen innfallsvinkel. En annen studie fra 2014 med pretest/posttest design undersøkte om et 12 ukers terapeutisk yogaprogram for eldre økte balanse og ganghastighet (25). Posttestene viste en fremgang i mobilitet, postural kontroll og ganghastighet (25).

Andre studier som har sett på Parkinson og yoga er bl.a. et mindre randomisert kontrollert pilotstudie fra 2012. De så på effekten av yoga til forbedret motorfunksjon til personer med Parkinson sykdom (26). Det var en intervensjonsgruppe som fikk yoga som behandling og en kontrollgruppe uten intervensjon. Intervensjonsgruppen deltok på 60 minutters yogatime som inkluderte fysiske stillinger, pusting og meditasjon to ganger i uken i 12 uker. Resultatene viste en signifikant forbedring i den motoriske delen av Unified Parkinson`s Disease Rating Scale (UPDRS), score ($p=0,004$), og en signifikant forbedring på balanse testen BBS score ($p= 0,04$) hos yogagruppen. Det viste også en generell fysisk forbedring i yogagruppen på range of motion (ROM), styrke og fleksibilitet ($p= 0,05$) (26). På bakgrunn i denne studien kan man se en tendens til at yoga har effekt på forbedret motorisk funksjon, bevegelighet og balanse hos personer med Parkinson sykdom, men det gir ingen innblikk i hvorfor det gir effekt.

I et review fra 2008, ble det sett på alternativmedisin og alternativbehandling for personer med nevrologiske sykdommer, deriblant yoga, Tai-Chi, meditasjon og pusteteknikker. Det ble konkludert med at flere alternative behandlingsmetoder viste seg å ha god effekt til nevrologiske lidelser, særlig viste det at migrene ble redusert (27). I et annet studie så de at yoga hadde positiv effekt på fatigue til personer med Multippel Sklerose, og det ble undersøkt om det har effekt på personer med Parkinson også, men det var for lite materialet til å komme med en konklusjon (28).

En kontrollert studie som tok for seg tre ulike intervensjoner for å forebygge fall hos personer med Parkinson, sammenlignet styrketrening, tøyninger og sittende øvelser og Tai Chi. Intervensjonene de mottok innebar 60 minutters økter 2 ganger i uka i 6 mnd. Gruppen som hadde Tai Chi som intervensjon viste bedring i postural stabilitet, økt skrittlengde og færre nye fall sammenlignet med de to andre gruppene (29). Tai Chi springer ut fra yoga, og bygger på yogaprinsipper (20, s.365), og inneholder i likhet med yoga en kombinasjon av dyp pust og avspenning, med rolige rytmiske øvelser i mønster. I Tai Chi skal man hele tiden sikte på store eksplosive bevegelser (2, s.76).

I en nylig publisert RCT pilot studie mottok intervensjonsgruppen medisinsk yoga i tillegg til standard behandling (30). De konkluderte med at yoga utført med lette bevegelser i kombinasjon med dyp pust kan føre til økt livskvalitet, lavere blodtrykk og hjertefrekvens

til pasienter med Paroksyttisk arterieflimmer sammenlignet med en kontrollgruppen. Det foreslås på bakgrunn av dette at yoga kan være en supplerende behandlingsmetode i kombinasjon med standard behandling (30).

Litteratursøket viste at fysioterapi er et viktig tiltak for å bremse sykdomsutviklingen ved Parkinson sykdom, men at det ikke foreligger nok forskning på hvilken intervensjon som er den beste. Det viser seg også at det innenfor fysioterapien anvendes alternative behandlingsformer som blant annet dans, Tai Chi og yoga som intervensjon til Personer med Parkinson sykdom. Forskerne konkluderer i flere studier med at det trengs mer forskning på området (2, 15, 17). Det foreligger lite forskning på yoga til personer med Parkinson, og studiene er av varierende kvalitet. Men de viser en tendens til at yoga trolig har effekt på bevegelighet, balanse, livskvalitet og motorisk funksjon for personer med Parkinson sykdom. Det foreligger ingen kjente studier som tar for seg pasient perspektivet og som kanskje kan gi et innblikk i hva det er som eventuelt ser ut til å fungere for den enkelte. Dette viser at det er relevante kunnskapshull omkring problemstillingen (12, kap.15).

3.0 Hensikt og problemstilling

3.1 Hensikt med studien

Hensikten med studien har vært å innsamle erfaringsviten om hvordan personer med Parkinson sykdom erfarte å delta i medisinsk yogagruppe i ett år. Alternative behandlingsformer er en del av tilbudet til Parkinson sykdom, og som de ofte benytter seg av. I tillegg viser forskningen at fysioterapeuter ofte integrerer alternative behandlingsformer i sin kliniske praksis i behandling av personer med Parkinson sykdom. Det vil på bakgrunn av dette være interessant å se nærmere på hvordan personers med Parkinson erfarer å delta på et sånt tilbud. Som fysioterapeut innenfor fagfeltet nevrologi synes det viktig at vi vet hva som tilbys til personer med nevrologiske lidelser, og eventuelt hva slags innsikter og erfaringer pasientgruppen vi behandler har med ulike intervensjoner de får tilbudt.

3.2 Problemstilling

Følgende problemstilling er valgt:

"Hvilke erfaringer har personer med Parkinson med medisinsk yoga som treningsform"?

Herunder er det vekt på kvaliteter ved øvelsesutvalget, omgivelsene, instruksjonene og målene for treningen som skal undersøkes.

4.0 teori og utdyping av feltet

Den teoretiske forankringen i oppgaven og bakgrunnen for analyse og diskusjon vil ta utgangspunkt i to ulike forståelsesperspektiver; et naturvitenskapelig for å forstå patologien ved sykdommen, fysiologien ved bevegelsene, samt å relatere det til nevrologisk fysioterapi. Samtidig ønskes et rammeverk for å forstå menneskenes levde liv og erfaringer. Jeg er ute etter å få deres erfaringer fra feltet, herunder er det valgt å anvende fenomenologi og kroppsfenomenologi som teoretisk perspektiv i analysen.

Disse perspektivene er valgt fordi de bidrar til å belyse problemstillingene på hver sin måte, og fordi de sammen vil være utfyllende og hjelpe til med å skape en utvidet forståelse av forskningsfeltet.

4.1 Nevrobiologisk perspektiv

4.1.2 Parkinson sykdom og basalgangliene

Parkinson sykdom er en del av sykdomsgruppen under nevrodegenerative sykdommer som gir bevegelsesforstyrrelser. Årsaken til at sykdommen gir bevegelsesforstyrrelser er en funksjonssvikt i basalgangliene. Basalgangliene er en samling kjerner dypt i storehjernen som er forbundet innbyrdes med thalamus og mange andre deler av hjernen gjennom et nett av nervebaner. Man vet at basalgangliene er viktig for motorisk kontroll samt både for start og opprettholdelse av sentralnervøse funksjoner (31). Basalgangliene har vist seg å ha betydning for læring, og særlig automatisering av bevegelser, og skade i dette område vil ha innvirkning på automatiserte bevegelser. Basalgangliene bidrar også til koblingen mellom emosjoner og motivasjon til bevegelse (5, s. 373, 31).

Bevegelsesproblemene som kommer av sykdommen skyldes forandringer i dopaminerg aktivitet. Forandringer i dette henseende peker på at dopamin produksjonene går ned, dette fører til en rekke bevegelsesforstyrrelser fordi dopamin er et transmittersubstans som er viktig for å igangsette en bevegelse. Parkinson sykdom gir en del motoriske problemer som akinesi og bradykinesi. Viljestyrte bevegelser initieres ved at motorisk cortex gjennom pyramidebanen sender signaler til hjernestammen (truncus encephalis) og ryggmargen (medulla spinalis). Mange andre områder er dog også involvert i prosessen av

planlegging og kontroll av bevegelsene. Basalgangliene og lillehjernen (cerebellum) er særlig viktige, og de fleste av bevegelsesforstyrrelsene og nevrodegenerative sykdommene rammer basalgangliene og/eller lillehjernen (31).

4.1.3 Symptomene ved Parkinson sykdom

Basalganglienes forbindelse til retikulærsubstansen i mesencephalon muliggjør påvirkning av bevegelser og muskeltonus via retikulospinale baner. Brodal viser til at det er holdepunkter for å si at denne forbindelsen har betydning for økningen i muskelspenning/rigiditet, og kanskje også den karakteristiske gangforstyrrelsen ved PS grunnet bevegelsesfattigdommen- akinesi (5, s.366). Rigiditet brukes om den økte spenningen i muskulaturen hos personer med PS. Selv langsomme passive bevegelser fremkaller en tannhjulaktig motstand mot bevegelsen (5, s.329). Et annet symptom som ses ved Parkinson sykdom er tremor. Tremor er en ufrivillig og ukontrollerbar skjelving. Tremor hos personer med PS har en frekvens på 3-6 sekunder, og den er mest uttalt i hvile (5, s. 169 og 374)

Smerter, nervøsitet eller stress er en kjent årsak til økt muskeltonus eller spastisitet, og det er grunn til å tro at det også vil øke rigiditet hos personer med Parkinson (5, s.366). Man kan tenke at dette kan skyldes at det blir økt eksitatorisk aktivitet grunnet økt oppmerksomhet mot det vonde eller ubehagelige. Spesielt kan dette tenkes i forhold til hypereksitabile motonevroner (5, s.420). Oppmerksomhet moduleres i stor grad av retikulærsubstansen. Ved stimulus som vekker vår oppmerksomhet vil retikulærsubstansen sende signaler som aktiverer motoriske enheter for muskulatur som orienterer kroppen og hodet mot stimulus (5, s.420).

4.1.4 Forstyrrelser i basalgangliene og læring

Formålet med trening er i hovedsak å skape læring. Kontroll av bevegelse, som ofte assosieres med fagbegrepet ”motorisk kontroll”, forutsetter et samspill mellom individ, oppgave og miljø. Bevegelse skapes i et dynamisk samspill mellom persepsjon, kognisjon og motoriske systemer (6, kap.1, 32, kap.2).

Læring av bevegelse kan assosieres med begrepet motorisk læring. Motorisk læring defineres som læring av en ferdighet med relativt permanent endring (6, kap.2). Læring defineres som en relativ varig endring av opplevelse og atferd som følge av tidligere

opplevelser (33, kap.1). Det finnes ulike måter å lære seg nye ferdigheter på, og det er viktig at vi vet hvilke deler av hjernen som er relevante for den spesielle formen for læring. Strukturer i hjernen som er svært viktige for innlæring av bevegelse er cerebellum og basalgangliene (5, kap 14, 6, kap 2). Ulike former for læring lagres i - og rekrutterer ulike deler av hjernen. Det nevrobiologiske grunnlaget for læring er det som er interessant i denne oppgaven. Implisitt læringsstrategi som begrep i dette henseende går på at man ønsker å automatisere en ferdighet så det blir som vane, eller er en ferdighet som går automatisk uten bevisst tilstedeværelse. Implisitte læringsstrategier kan være å gjenta en bevegelse flere ganger, denne formen for læring anvendes ofte i fysioterapi. Ved læring av fysiske ferdigheter som en bevegelse er det typisk skjelettmuskulatur som rekrutteres, og læring av ferdigheter med skjelettmuskulatur lagres i cerebellum, dyp cerebellær nukleus og premotorisk korteks og basalgangliene (5, 6, s.22-26). Eksplisitt læring derimot er en type læring som resulterer i kunnskap som kan bli bevisst påkalt, og som krever tilstedeværelse, oppmerksomhet og refleksjon. Eksempler på dette i praksis kan være at man gir pasienten kunnskap om hvordan på best mulig måte steg for steg skal reise seg fra en stol. Når oppgaven ikke lenger trenger bevisst tilstedeværelse så er den programmert. Andre eksempler kan være mental trening/visualisering, hvor man ser for seg hvordan man skal løse oppgaven uten å fysisk gjøre det. Denne formen for læring lagres i mediale lobe områder, sensorisk assosiasjons områder og hippocampus (6, s. 22-26 og 37). Hvilken form for læring vi bør anvende i terapien avhenger derfor veldig av hvilken pasienten du har og hva slags bakenforliggende patologi som er rammet hos den aktuelle pasienten (34). Amygdala spiller også en rolle i forbindelse med læring av bevegelser, den er viktig for følelser knytte til bevegelser, for eksempel frykt for svimmelhet (6, kap.1, 33).

4.1.5 Plastisitet

Et viktig aspekt når det kommer til læring er nervesystemets plastisitet. Plastisitet er bruksavhengig endring av struktur og funksjon (5, 32, s.5) Dette er den største forutsetningen vi har for læring av nye ferdigheter. Den er størst i de sensitive periodene og når systemet er i utvikling som hos barn og ungdommer, men nervesystemets plastisitet vedvarer hele livet og er en forutsetning for læring (5, kap 4). Menneskets sentralnervesystem er mer eller mindre etablert allerede ved fødselen, men nervesystemets utvikling og funksjonelle ytelse av de ulike systemene avhenger av at de tas i bruk til riktig tid og på riktig måte. Når det snakkes om systemer er dette for eksempel syns- og hørsel

systemet (5, kap 4). Nervesystemet har uante muligheter for endring og læring, som kan sees både hos barn og voksne som lærer seg nye oppgaver, og hos personer med lesjoner i sentralnervesystemet. Vi har i perioder av vår utvikling større forutsetning for å lære oss en gitt ferdighet eller utvikle et gitt system. Når man studerer spedbarns utvikling og læring av bevegelse ser man at barna persiperer omgivelsene, bruker alle sansene til å ta innover seg miljøet rundt før de tar overveielser om bevegelse, på den måten skapes bevegelse på bakgrunn av sanseinformasjon (35). Herunder ser man at de plastiske endringen som skjer kan være både som ledd i normal utvikling og som tilpasninger og forandringer som foregår etter en skade eller sykdom (5, kap 4).

4.1.6 Respirasjon og Parkinson sykdom

Respirasjon er en autonom funksjon som stort sett foregår utenfor vår bevissthet, men respirasjonsmuskulatur er dobbeltinnervert og under både viljestyrt og ikke viljestyrt kontroll via sentralnervesystemet (36, s.13). Det gjør at vi kan overstyre den automatiserte respirasjonen ved bruk av vår tverrstripede muskulatur i kortere øyeblikk (20, s.100). Respirasjonssenteret ligger i retikulærsubstansen i medulla oblongata og består av en dorsal gruppe som innnerverer diafragma, og en ventral gruppe som innnerverer de accessoriske muskler og intercostalmusklene (3, s.21, 5, s.421, 20, s.100).

Parkinson sykdom gir som sagt en del motoriske symptomer, og på grunn av rigiditet og foroverlut holdning blir de respiratoriske forholdene ofte endret når man har sykdommen (2).

4.1.7 Yoga

Yoga har i de seneste år blitt en populær treningsform i vesten. Yoga har som hensikt å forene kropp og sinn ved hjelp av dynamiske øvelser som utfordrer balanse, styrke og bevegelighet. Alle øvelsene utføres også samtidig som man har fokus på pusten sin, og det anvendes kun nesepest i yoga (18, 19). Yoga omfatter en form for bearbeidelse av sinn, kropp og ånd, som skal smelte sammen via rene tanker, meditasjon og væremåte, og benyttes ofte mot stress. Systemet inneholder stillinger som skal holdes, og som derfor har en stabiliserende effekt på kropp og sinn. I yoga har man fokus på en god holdning og fullt bevegelsesutslag, som også gjør treningen til en fleksibilitetstrening (20, s.331-332). Yoga omfatter 8 tilnærminger:

- Yama, etiske disipliner
- Niama, regler for atferd
- Asanas, holdninger som bidrar til stabilitet, helse, letthet i kroppen og samlende for sinnet.
- Pranajama, pusteøvelser som viser til respirasjon, liv, vitalitet, energi og styrke. Begrepet viser til utvidelse av pusten og kontroll av den, og viser mer til sjelen enn til kroppen.
- Pratyahara, som viser til selv-observasjon
- Dharana, som viser til fokusering på enkelte forhold
- Dhyana, som omfatter meditasjon, og som har et gudommelig perspektiv
- Damadi, som har med illuminasjon og gjøre, dvs at yoga utøveren oppnår innsikt (20, s.332).

Øvelsene som anvendes i yoga er meget forutbestemte og foretas synkronisert med et dirigert åndedrett og i langsomt tempo. Bevegelsene foregår gjerne langsomt, og utøveren skal hengi seg helt til bevegelsene. Kroppen skal ikke presses, og det skal ikke gi smerter. Bevegeligheten vil øke ved gjentakelse, da man hele tiden jobber med fullt bevegelsesutslag. Det legges vekt på holdefunksjon, og ingen øvelser skal utføres om ikke pusten kan gå fritt (20, s.333).

Det finnes mange former for yoga, og alle har samme mål: Å skape forening mellom pust og bevegelse, kropp og sjel, mellom deg som person og universet. Medisinsk yoga bygger på en retning innenfor yoga tradisjonen som heter Kundaliniyoga (1, 30) Kundaliniyoga er trening for kropp, sinn og sjel, og hensikten er å åpne for strømmen av energi gjennom kroppen (37, s.12).

4.1.8 Kroppsfenomenologisk perspektiv

Kroppsfenomenologi gir subjektstatus til menneskekroppen, og man tenker at kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse. Kroppsfenomenologien bygger på at grunnlaget for forståelse er å se på menneskers erfaringer og levde verden, utforske de ting som vi mennesker tar for gitt. Merleau-Ponty ønsket å vise at menneskekroppens forhold til verden hverken er mekanisk, biologisk eller intellektuelt, men eksistensielt. Begrepet intensjonalitet er et relevant begrep når man skal forstå de tingene vi mennesker tar for gitt. Menneskers bevissthet er alltid rettet mot noe, den er aldri rettet imot ingenting. Kroppen er intensjonal, den er alltid rettet imot noe, den uttrykker et ”jeg kan”.

Kroppsfenomenologi handler om at hvert subjekt har en kroppslig forankring. Herunder menes det at vi mennesker som subjekter, med egne subjektive handlinger eksisterer sammen med sin levde, bevegede, og lærte kropp (38, s. 118).

Innsikter i kroppsfenomenologi kan bidra til økt forståelse av hvordan mennesker med Parkinson sykdom erfarer å trene medisinsk yoga. I kroppsfenomenologien beskrives mennesker som kroppslige subjekter som eksisterer og deltar i denne verden. Merleau-Ponty tar utgangspunkt i den levde kroppen, og det er den som er vårt utgangspunkt til det vi møter i verden. Den levde kroppen er vår tilgang til verden, og all forandring av kroppen som sykdom, vil medføre forandringer i den levde verden (38, s.130).

Intersubjektivitet, intensjonalitet, levd liv og væren i verden er begreper som anvendes i fenomenologien for å forstå menneskelige erfaringer (38, s. 130). Intersubjektiviteten beskrives som måten vi mennesker omgås hverandre på. Her tenkes det at kroppen danner ens synspunkt på verden, og at det er ved hjelp av vår kropp vi forstår andre mennesker. Ifølge Merleau-Ponty er enhver kropp synlig for andre, og vi ser ikke andres kropper som rene objekter eller ting, vi ser derimot uttrykksfulle, meningsfulle subjekter som inviterer til kommunikasjon (38, s. 111-114). Intensjonalitet forstås som individets rettethet, individets rettethet er meningsfull og målrettet. Kroppen er intensjonal, den er alltid rettet imot noe, den uttrykker et ”jeg kan” (38, s. 118). Vi tolker andres intensjonalitet som en ”operativ intensjonalitet”, det vil si at subjektet som er gjenstand for erfaring er forbundet med verden gjennom en intensjonalitet, som ikke bare er redusert til mentale stadier, men en intensjonalitet som er motorisk og kroppslig (39, kap.4). Væren-i-verden defineres som den verden subjektet oppfatter, og er den helhet som tingene fremtrer og får sin mening i (38, s.116-118). Med ”levd liv” menes det at vi mennesker som subjekter, med egne subjektive handlinger eksisterer sammen med våre levde, bevegede, og lærte kropp (38, s.118).

Fenomenologien beskriver hvordan kroppen og kroppsopplevelsen forandres når man blir syk. Personer med en sykdom har en mye større kroppsopplevelse enn friske individer, og dette medfører at de blir mer innadrettet mot sin egen kropp og mindre rettet ut mot verden (20, s.53). Dette er viktig å ha i bakhodet når fenomenet som skal undersøkes er personer med en sykdom. Kroppen forandres når man er syk, før sykdommen er kroppen som regel bare noe ”ved hånden værende”, men i forbindelse med sykdom kan kroppen vår bli noe

objektivert og fremmedgjort (40, 106-107). Når det i denne oppgaven søkes etter en forståelses ramme som integrerer det biomekaniske perspektivet sammen med kroppsfenomenologien er arbeidet til Gallagher sentralt (41, kap 1.).

4.1.9 Embodiment- opplevelse av egen kropp

For å forstå informantenes livsverden, deres opplevelse og erfaringer ønskes det å anvende embodiment som teori. Embodiment er en teoretisk tilnærming i kognitiv vitenskap som omfatter rollen av embodiment- et vidt spekter av kroppsprosesser, inkludert sensorisk-motoriske og affektive prosesser i kognisjon (41, kap.1, 42). Viktige begreper som anvendes i emobodiment er sense of ownership, sense of agency, kroppsbilde og kroppsskjema.

Herunder presenteres ”Kroppsskjema” og ”Kroppsbilde”. Kroppsskjema (body schema) er et ubevisst system bestående av sensorisk-motoriske kapasiteter som fungerer uten bevissthet eller nødvendigheten av perseptuell overvåking på et prerefleksivt nivå (41, s. 24). Endringene i kroppens funksjoner og anatomi etter en skade i sentralnervesystemet medfører at kroppsskjema, ens automatiserte bevegelser, som å gå, hente et glass vann og så videre er forandret. Dette innebærer alle prosessene som er nødvendig, men uten bevisst erkjennelse for å utføre målrettede bevegelser. Forstyrrelser i kroppsskjema gjør at personens automatiske bevegelser tar plass i mer bevisst tilstedeværelse og tankevirksomhet (33, 42, s.35, 43, s.290). Et annet viktig begrep er ”Kroppsbilde”. *Kroppsbilde* er individets bevisste perseptuelle oppfatninger, erfaringer og holdninger knyttet til ens egen kropp, hvor det intensjonelle objektet er ens egen kropp (41, s.25). Brodal anvender også begrepet kroppsbilde om vår subjektive opplevelse av eller forestilling om egen kropp, men han skiller ikke mellom kroppsbilde og kroppsskjema (5, s.290). Kroppsbildet i denne oppgaven forstås som personenes oppfatning av egen kropp (41, s.25).

For å forstå bevegelse og individets eierskap til perspektivet anvendes begrepene Sense of ownership og Sense of agency. *Sense of ownership* forstås som individets eierskap til kroppen, bevegelsen eller bevegelsen selv. Og begrepet *Sense of agency* forstås som subjektets eierskap til selve bevegelsen, at subjektet initierer bevegelsen. Ved normal tilstand så flettes disse to begrepene ofte inn i hverandre, men ved en patologi så kan de ofte bli adskilt (42).

Et annet begrep som anvendes i fysioterapi er ”hands on”, dette forstås som terapeutens hender på pasientens kropp, og kan initiere subjektets sence of agency til bevegelsen (42).

5.0 Metode

5.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studien er forankret i en fenomenologisk kunnskapstradisjon, for å undersøke den levde erfaringen personer med Parkinson har med medisinsk yoga (12, s.26-29, 44). Det fenomenologiske perspektivet tilbyr en forståelsesramme hvor man fokuserer på erfaringsorientert kunnskap (38, kap.4). Fenomenologi er en filosofisk tradisjon som anvendes for å forstå menneskers hverdagslige levde erfaringer og liv, og erfaring forstås slik den oppleves for det subjektive mennesket (13, s.494-495, 38, kap.4). Fenomenologi er nyttig når man søker etter utvikling og forståelse av et fenomen (12, s.45, 45). Forforståelsen er menneskets bagasje, hva man har med seg inn i ulike situasjoner. Menneskets subjektive opplevelse er påvirket av forforståelsen en allerede har med seg, og den er påvirket av subjektets intensjon, altså hva en har rettet sin oppmerksomhet mot (12, s.40, 38, kap.4). Ved å ha et fenomenologisk perspektiv får man tilgang til å studere intervjuobjektets erfarings- og meningsverden med fokus på deres opplevelser, forståelse og erfaringer (12, s.129, 38, s.210).

Det fenomenologiske perspektivet er grunnleggende for masteroppgaven på flere punkt. For det første er det i dette prosjektet personer med Parkinson sin levde erfaring med medisinsk yoga som treningsform som blir fenomenet som skal undersøkes, og det er informantenes erfaringer med dette som er hovedfokuset. Målet ved å bruke fenomenologi vil være å omforme levde erfaring og levde liv, som Merleau-Ponty beskriver i sin kroppsfenomenologi, til å forstå og få frem essensen i det informantene sier (46). For det andre er det viktig å anerkjenne at kunnskapen som skapes er et produkt av menneskelig tolkning, persepsjon og samhandling. Som forsker er jeg en deltager i feltet og min tolkning/forståelse av informantenes intervjuer som i siste omgang er avgjørende for resultatpresentasjonen. Forskerens subjektivitet er derfor også av stor betydning for kunnskapsutviklingen (12, s.38).

Som en naturlig del av at dette er en kvalitativ studie så anvendes det et hermeneutisk

perspektiv til å skape forståelse og tolkninger av materialet. Informantenes ”informasjon” åpner for mange ulike betydninger og fortolkningsmuligheter (12, s.44). I hermeneutisk tradisjon forstås alle fenomener som meningsfulle og intensjonale (38, s.129). Den hermeneutiske erkjennelesetradisjonen handler om tolkninger av meninger i det menneskelige uttrykk (12, s.42). Hvordan vi forstår og fortolker materialet vil alltid være påvirket av vår forforståelse som vi ikke fullt og helt kan fri oss fra, den vil hele tiden påvirke måten vi samler og leser våre data på (12, s.40, 38, s.142). I fortolkningsprosessen av menneskelige fenomener så anvendes et fortolkningsprinsipp som i hermeneutikken heter ”den hermeneutiske sirkel”. Dette beskriver et fortolkningsprinsipp hvor vi forstår ”delene ut av helheten og helheten ut av delene” (38, s.142). En slik type prosess har vært kjennetegnene ved min analyseprosess, hvor jeg stadig har pendlet mellom del og helhet for å etterstrebe en større forståelse av begge deler (38, s.142).

5.2 Valg og beskrivelse av metode

Oppgaven har en fenomenologisk vitenskapsteoretisk forankring, og problemstillingen er undersøkende hvor målet er å innsamle erfaringsviten, derfor vil kvalitative metoder egne seg best. Prosessen i kvalitative metoder er sirkulær, der forskeren hele tiden prøver å ta beslutninger om hvordan man skal komme videre ved å se på hva som allerede har blitt funnet. Materialet består av tekst, som kan representere samtaler eller observasjoner. I motsetning til de kvantitative metodene hvor prosessen er lineær, og forskeren skal følge stegene så nøyaktig som mulig hvor materialet bygger på numeriske data i form av tall. (12, s.31).

Kvalitative metoder henspeiler til at de dataene vi samler inn og analyserer ikke er numeriske, men meningsbærende ord og setninger. Kvalitative metoder er godt egnet når vi i utgangspunktet har en begrenset forståelse av det fenomenet vi skal undersøke. Kvalitative metoder anvendes til å styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (12, s.26, 13, s.55-60).

5.3 Utvalg

Problemstillingen er avgjørende for valget av studiens utvalg. I denne studien er målet å få erfaringsviten fra en bestemt gruppe, altså personer med Parkinson som har deltatt i medisinsk yogagruppe.

Det ble i denne oppgaven bli brukt strategisk utvalg for å få tak i den rikeste dataen til innsamlingen. Strategisk utvalg anvendes for å få tak i det materialet som har best mulig potensialet til å belyse problemstillingen (12, kap 5). Utvalget i denne oppgaven var derfor være personer med Parkinson sykdom var inkludert i en treningsgruppe med medisinsk yoga. Inklusjon- og eksklusjonskriterier ble anvendt for å unngå at utvalget ble for homogent, da målet med strategisk utvalg vil være å ha vekt på mangfold (12, kap 5). Inklusjonskriteriene var pasienter med idiopatisk Parkinson sykdom (ikke kun Parkinsonisme). Det var ønskelig at begge kjønn er representert, og det fikk jeg. Det ble satt som en forutsetning at de som deltok som informanter hadde samtykkekompetanse og at de ga sitt informerte samtykke. Personene måtte ha gjennomført kurset. Eksklusjonskriterier er personer med andre konkurrerende nevrologiske sykdommer som også gir bevegelses forstyrrelser som for eksempel Multippel sklerose og hjerneslag. På bakgrunn av studiets størrelse var det ønskelig å intervju tre informanter. Det var ikke forventet at studien ville medføre noen ekstra belastning for informantene, foruten at de må sette av tid til en times intervju.

5.3.1 Rekruttering av utvalg

En person uten tilknytning til Medisinsk yoga nord og Parkinsonforeninga i Bodø formidlet informasjonsskriv og samtykkeerklæringen samt utvalgskriteriene muntlig og skriftlig. Det ble informert om at det vil bli valgt ut tre personer fra de som ønsker å delta. Deltagerne ble gitt anledning til betenkningstid etter at de hadde fått informasjons- og samtykkeskjema.

Samtykkeerklæringen ble samlet inn av tredjeperson etter instruksjoner, og sendt i en ferdig frankert konvolutt til mastergradsstudenten/forskeren. Informantene ble opplyst om at de til enhver tid hadde anledning til å trekke seg fra studien, dersom materialet ikke hadde inngått i analysen. Informasjon- og samtykkeerklæringen kan ses som vedlegg 1.

5.4 Datainnsamling – Intervju som forskningsmetode

Det ble i denne oppgaven valgt å anvende semistrukturerte intervju som metode for innsamling av materialet. Formålet med intervju som metode er å få vitenskapelig kunnskap gjennom samtaler mellom mennesker. Denne metoden ble valgt fordi det gir forskeren mulighet for å stille de spørsmålene man ønsker svar på. Ved intervju får man levende kunnskap fra samtaler med informantene som kan bidra til å belyse problemstillingen. De semistrukturerte intervjuene ble anvendt for å innhente beskrivelser

fra informantens livsverden, med henblikk på å fortolke betydningen av de beskrevne fenomener, herunder personer med Parkinson sin erfaring med medisinsk yoga som treningsform (12, s.129-130).

Som intervjuer var min oppgave å motivere informantene til å snakke fritt om alle temaene i intervjuguiden, og oppfordre de til å fortelle personlige historier og opplevelser (13, s.536). Det ble valgt å intervju en og en informant for å skape variasjoner og bredde i intervjuene (45, 47, s.124-126). Samtidig som en til en intervju ivaretar den enkelte informants integritet.

Et fenomenologisk orientert intervju forutsetter at intervjueren legger vekt på å få fram informantens egne fortellinger og opplevelser, ofte kalt narrativer. Dette gjøres ved å spørre fortellende spørsmål som: Kan du fortelle om en gang da... Kan du fortelle hvordan det føltes da...?. For å få rike beskrivelser er det også viktig å stille oppfølgende og utdypende spørsmål til det informantene sier. Det er narrative som gir et rikt materiale til å forstå informantenes livsverden (12, s.129-131).

5.4.1 Utforming av intervjuguide

Malterud beskriver viktigheten av å forholde seg åpen til det informantene har å fortelle, samtidig som du må ha en viss struktur for retningen av samtalen, slik at du som intervjuer sørger for at det som kommer frem er av relevans for problemstillingen (12, kap.11).

En intervjuguide kan ses som et skript som mer eller mindre strukturerer intervjuforløpet. Den kan inneholde emner som man skal inn omkring eller mer formulerte spørsmål. I dette tilfellet med semistrukturert intervju inneholdt min intervjuguide en oversikt over noen emner en skulle komme omkring, samt forslag til spørsmål (12, kap.11).

Jeg hadde som mål å forholde meg mest mulig åpen for å forfølge det informantene formidlet, og forberedte derfor en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden besto ikke av standardiserte spørsmål, men av temaer og stikkord til temaene for å komme omkring problemstillingen (12, s.129-131).

Intervjuguiden ble revidert fortløpende. Etter første intervju hadde jeg noen nye innsikter, bla annet som angikk pårørendes tilstedeværelse på kurset, dette ble tilføyd som et spørsmål. Det ble ikke utført pilotintervju, men det første intervjuet ble brukt til å øke

kvaliteten på resterende (12, s.219-131). Intervjuguiden, slik den ble bearbeidet til tredje og siste intervju kan ses som vedlegg 2.

Intervjuguiden var delt opp i fire hovedtemaer basert på oppgavens problemstilling.

Hovedtemaene var:

- Gruppetrening
- Yoga
- Omgivelser
- Øvelser
- Samt utdypende spørsmål om faktorer som omhandlet livskvalitet, funksjon og sykdomshåndtering.

5.4.2 Båndopptaker

Intervjuene ble tatt opp på en båndopptaker, uten tilgang til internett sånn at de var lagret sikkert. Det var rolige og uforstyrrede lokaliteter hvor intervjuene fant sted for å unngå ytre støy, som kunne ødelegge for kvaliteten på lydopptaket (13, s.534) .

5.5 Datainnsamling

5.5.1 Utførelse av intervju

Alle intervjuene ble gjennomført i januar 2014. Jeg dro til Bodø for å gjennomføre intervjuene. Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker, sånn at man kan gå tilbake til materialet flere ganger. Jeg hadde på forhånd rekruttert 3 deltagere som passet mine inklusjonkriterier. Onsdags kveld da jeg ankom Bodø hadde jeg planlagt første intervju. Det ble et rikt intervju og ga mere innsikt i temaet sånn at jeg forandret litt på noen av spørsmålene i intervjuguiden og la til noen som kom opp som overraskende. I sammenheng med Bodø reisen deltok jeg på en todagers konferanse i regi av Bodø Parkinson forening. Konferansen omfattet blant annet Bodø Parkinson forenings pågående samarbeid med Medisinsk Yoga Nord. Der ble prosjektet deres beskrevet, og vi fikk en minidemonstrasjon i avspenning, og noen sittende øvelser, samt pusteøvelser. Etter demonstrasjonene tenkte jeg at det kanskje hadde vært nyttig å ha ventet med alle intervjuene til etter at jeg hadde deltatt på konferansen, men igjen kan det ha farget for mange av spørsmålene mine til at de ble stilt åpne nok. Jeg gjennomførte de to resterende intervjuene siste dag på kurset, med bare en times pause i mellom. Dette fordi jeg skulle

fly tilbake samme dag. Ved siste intervju fikk jeg stadig noe nytt, men det var samtidig mange skildringer av samme tema, så jeg fant det derfor at det var tilstrekkelig materialet til å belyse min problemstilling.

5.5.2 Erfaringer med intervjuene

Intervjuene ble innledet med en introduksjon omkring temaet for å sette rammene rundt intervjusituasjonen. Jeg presenterte meg selv, og klargjorde på den måten min rolle. Jeg informerte om at jeg tok opp intervjuet på båndopptaker sånn at jeg senere kunne gå tilbake til samtalen for videre analyse. Jeg uttrykte min takknemlighet for informantenes deltagelse i prosjektet, og fortalte om studiens hensikt og formål, samt deres rettigheter til å trekke seg fra studien (13, s.541). Det ble gjort rede for dokumentasjonsprosedyren og hvordan informantenes anonymitet skulle bli ivaretatt, samt at studien var meldt og godkjent av nødvendige instanser, som i dette tilfellet var Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Jeg prøvde hele tiden å invitere informantene til å dele sine erfaringer i form av konkrete eksempler og hendelser. For å validere hva informantene snakket om og om vi skjønnte hva hverandre snakket om gjentok jeg gjerne det informanten fortalte for å presisere at jeg hadde forstått innholdet riktig (12, s.130).

I første intervju merket jeg at informanten stusset over at jeg ville ha presiseringer på enkelte områder. Jeg innså at det kanskje virket som om jeg hadde svært lite kunnskap om feltet, og forstod at jeg måtte presisere at disse utdypende spørsmålene handlet om at jeg ville unngå misforståelser.

Jeg opplevde i det ene intervjuet at jeg fikk veldig korte svar, og at informanten var litt redd for å fremsette ”sannheter”. Jeg merket fort at informanten var veldig redd for å si noe som ikke var ”riktig”, i dette intervjuet måtte jeg presisere flere ganger at jeg ikke var ute etter noe rett og galt men at informantens opplevelser og erfaringer med Medisinsk Yoga som var mitt ønske. Jeg følte likevel at vi fikk avklart det ganske tidlig i intervjuet (12, s.130, 14, s.68).

Etter intervjuene satt jeg litt for meg selv og skrev ned noen stikkord fra situasjonene og fra intervjuet. Intervju en ble lyttet til før jeg gjennomførte intervju to og tre, dette for å ha

et kritisk blikk på meg selv som intervjuere og for å ha mulighet til å forbedre meg, og eventuelt stille spørsmålene på en annen måte i neste intervju (13, s.543).

5.5.3 Transkribering

I kvalitativ forskning skal materialet fra datainnsamlingen omgjøres fra observasjon eller tale til tekst. Det er nødvendig at materialet bearbeides på en systematisk måte, men det er derimot viktig å understreke at teksten kun gir et indirekte bilde av virkeligheten. Malterud påpeker at det er viktig å huske på at transkripsjonen aldri kan gi mer enn et avgrenset bilde av virkeligheten, og at oversettelsesleddene alltid innebærer former for filtrering hvor meninger blir forvrengt eller går tapt (12, kap 7).

Transkriberingen av intervjuene ble gjennomført av forskeren. Lydfilene fra båndopptakeren ble overført til PC, og lyd kvaliteten på filene var av god kvalitet. Det ble transkribert ordrett, med unntak av småord som ”ehm” og ”hmm”, kun der jeg oppfattet det som av betydning for innholdet. Jeg valgte å transkribere på dialekt for å få med mer av essensen i teksten, da jeg var redd noe av innholdet mistet mening om det ble forandret til bokmål, særlig siden deltagerne snakket på en annen dialekt en forskeren. Sitatene som ble anvendt inn i resultat presentasjonen ble dog skrevet om til bokmål for å gjøre det mer leservennlig og for å sikre informantenes anonymitet og integritet (12, kap.7).

Der informantene holdt en pause eller gjorde et skifte i språket har jeg markert det med ... Informantens utsagn er markert med O: for Objekt og forskeren er markert som I for Intervjuer. Etter å ha transkribert alle intervjuene lyttet jeg igjennom alle lydopptakene på nytt for å forsikre meg om at jeg hadde fått med meg alt på en god måte. Det å transkribere opplevdes som greit å gjennomføre og teknisk lite utfordrende, selv om det var tidsmessig krevende. Ved første transkripsjon skrev jeg ned ordrett det informantene sa uten noen form for refleksjon og med i liten grad fokus på innhold og mening. Ved gjennomgang av transkripsjonene sammen med lydopptakene tok jeg meg mer tid til å være oppmerksom på innholdet. Transkripsjons arbeidet er en unik mulighet for forskeren til å bli kjent med materialet på en annen måte, og er en prosess som åpner for å refleksjon og ettertanke (12, kap.7).

Jeg brukte linjenummerering for å skape et system i teksten, sånn at jeg kunne gå tilbake i teksten og vise til teksten når jeg senere bryter opp teksten i biter.

Etter å ha transkribert et intervju hørte jeg gjennom intervjuet samtidig som jeg leste gjennom det transkriberte intervjuet for å validere transkripsjonen. Intervju 1 varte i 56 minutter, og ga 14 sider transkribert materialet, intervju 2 varte i 50 minutter og ga 11 sider transkribert materialet og intervju 3 varte i 42 minutter og ga 11 sider transkribert materialet. Alle transkripsjonene hadde linjeavstand på 1 ½ . Det vil si at jeg tilslutt satt igjen med 36 sider transkribert stoff som ble utgangspunktet for min videre analyseprosess.

5.6 Analyse av data

5.6.1 Systematisk tekstkondensering

Malterud har utviklet en systematisk tekstkondensering inspirert av Giorgi (12, s.96-110). I analysen blir materialet organisert, fortolket og sammenfattet sånn at det blir bygget en bro mellom rådata og resultater. Ved å ta utgangspunkt i problemformuleringen blir det stilt spørsmål til materialet. På denne måten blir svarene de mønstrene og kjennetegnene som gjennom kritisk refleksjon kan identifiseres og gjenfortelles. Materialet skal avklare betydningen av forforståelsen og den teoretiske referanseramme i forhold til empiriske funn, og resultatene skal drøftes mot eksisterende teori (12, 96-110).

Analysen Systematisk tekstkondensering beskrives gjennom fire trinn. Man starter med å tematisere for å få et helhetsinntrykk og bli kjent med materiale og vurdere mulige temaer. Neste trinn er dekontekstualisering hvor man tar teksten fra hverandre og identifiserer meningsdannende enheter ved å organisere og sorterer data i kodegrupper etter tema. I trinn 3 kondenserer man, dvs at man abstraherer innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene ved å sortere kodegruppene i subbgrupper som heretter blir analyseenheter. Hver subbgruppe får et kunstig sitat for å bære med seg det konkrete innhold. Siste trinn i prosessen er rekontekstualisering, hvor man setter teksten sammen igjen. I rekontekstualiseringen sammenfatter en tekst ved å danne innholdsbeskrivelse for kodegruppene og subbgruppene, og validerer dem med sitater fra den opprinnelige teksten. Til slutt gis en overskrift til hver av kategoriene eller et fellesbegrep (12, kap.9, 48).

Jeg valgte så å bruke Malteruds modifiserte utgave av systematisk tekstkondensering, som er en analyseprosess i fire trinn (12, kap 9, 49):

1. Helhetsinntrykk – Tematisering, fra kaos til temaer

I analysen første trinn startet jeg med å lese igjennom de 36 sidene med transkribert materialet. Jeg prøvde i denne delen av analysen å ha et åpent sinn, og legge min forforståelse til side. Jeg brukte god tid på å lese hvert intervju nøye, og hørte også igjennom opptakene når jeg var ute å gikk en tur for å se om jeg kanskje hørte noe annet enn jeg leste, og kanskje noe nytt. Deretter skrev jeg ned for meg selv et helhetsinntrykk av de tre intervjuene, og merket at det allerede var flere temaer som hadde startet å forme seg i hodet mitt. Jeg kom til slutt frem til 8 temaer- som i utgangspunktet var alt for mange, men det var en start. Temaene jeg valgte la føringen for hvilke meningsbærende enheter jeg i neste prosess valgte.

Kodene eller temaene jeg satt igjen med etter gjennomlesing var : *"Fokus på pusten gir kontroll over kroppen"* , *"Støtte og forståelse når man er sammen med andre i samme båt"* , *"En bevegelig kropp"* , *"Gå inn i deg selv"* , *"Opplevelsen av en avspent kropp"* , *"Flere hender tilstede for å hjelpe"* , *"Rolig behagelig musikk og mykt underlag"* , *"Individuell tilnærming"* .

2. Meningsbærende enheter/ systematisk dekontekstualisering – koder

I analysens andre trinn ble transkripsjonene mer systematisk gjennomlest, og materialet som skulle analyseres videre organisert under temaene fra første trinn, i så kalte meningsbærende enheter. Hver meningsbærende enhet får en slags kode.

I dette trinnet tar man ut deler av teksten som er relevant for å belyse problemstillingen- skålte meningsbærende enheter. Jeg valgte å ta med større deler av teksten på de "meningsbærende enhetene" jeg var usikker på i dette trinnet, for å sikre at jeg ikke gikk glipp av noe. Malterud kaller dette trinnet for: fra tema til kode. Så de meningsbærende enhetene blir markert, og deretter sorter ved å gi dem en kode. Kodene utspringer fra de opprinnelige temaene fra trinn 1, men man er i denne prosessen veldig fleksibel og endrer stadig på kodene.

Jeg laget meg en tabell som viste temaene nedover, og som sorterte inn i hver enkelt informant bortover. I denne delen av analysen skal man dekontekstualisere teksten- dvs at man bryter den opp i biter og tar ut det som er relevant for videre analyse, og foreløpig forkaster man det andre (49). Her dukket det også opp andre temaer, og flere av temaene kunne slås sammen. Jeg forsøkte først og fremst å identifisere "snakk" som var relevant til

å belyse min problemstilling, men valgte å inkludere mer tekst enn kanskje nødvendig i frykt for å gå glipp av noe viktig så tidlig i prosessen. Jeg identifiserte meningsbærende enheter ved å markere de med en farge. Deretter klassifiserte jeg dem ved å kode dem under en av temaene fra første trinn (49). I dette trinnet leste jeg hvert transkriberte intervju linje for linje, med temaene i bakhodet. I denne prosessen går man fra tema til kode- kodingen er en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra den opprinnelige sammenhengen (12, s.104).

Jeg valgte og gjøre denne delen på dataen, der jeg markerte de meningsbærende enheter fra teksten med en farge, for så å kode dem ved å lime dem inn på et nytt ark under de foreløpige temaene. I dette trinnet ble jeg litt forvirret over endring av begrep, da Malterud sier man går fra tema til kode. Kodene som for meg ble mer presise og fikk et innhold etter trinn 2, gjennomgikk en prosess hvor jeg laget en begrepsavklaring på hver kodegruppe/kode.

Jeg hadde etter trinn 1, 8 temaer, flere av temaene ble slått sammen og jeg havnet på foreløpig 5 koder under trinn 2. Disse kodene var: ”Fokus på pusten gir kontroll over kroppen”, ”Støtte og forståelse når man er sammen med andre i samme båt”, ”En bevegelig kropp”, ”Gå inn i deg selv”, ”Individuell tilnærming og god atmosfære”.

3. Kondensering – Fra kode til mening

Ved kondensering så menes det å ta ut essensen av teksten. Dette gjøres gjerne ved å sammenfatte betydningen av en kodegruppe. Man skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (12, s.140).

Jeg leste igjennom de meningsbærende enhetene under hver kode fra trinn 2. Og så at flere av kodegruppene kunne slås sammen til overordnet større kodegrupper. Det dannet seg samtidig et bilde av ulike subgrupper innad i kodegruppene, og det var disse subgruppene som ble gjenstand for nærmere undersøkelse og analyse i trinn 3. Jeg laget en tabell hvor jeg sorterte i kodegruppe, subgruppe, kondensat fra gjeldene subgruppe og tilslutt ekte sitat fra gjeldene subgruppe. Jeg jobbet veldig mye i trinn 3 og syntes dette trinnet var vanskelig å forstå og ha oversikt over. Så jeg tok prosessen i flere deler. Jeg hadde

arbeidsnotater hvor jeg hadde alle de meningsbærende enhetene fra trinn to satt inn under hver subgruppe. I den endelige arbeidsnotatet er ikke de meningsbærende enhetene i sin helhet oppført- kun subgruppen, kondensatet og ekte sitater.

Etter nærmere lesning i de meningsbærende enheter trådte en kodegruppe tydeligere frem. Mye av det informantene fortalte at MY handlet om uansett om, verktøyet var fysiske øvelser, pust eller avspenning så handlet det om å ”gjenvinne kontroll over kroppen”. Denne kodegruppen ble så nyansert i ulike kodegrupper som jeg i tabellen går nærmere i sømmene.

Jeg sorterte videre meningsbærende enheter fra en kode inn under flere kodegrupper. så leste jeg gjennom alle meningsbærende enheter inn under denne kodegruppen for seg , og laget videre ett eller flere kondensat ut i fra det – et slags kunstig sitat. Tilslutt ble det validert opp imot den opprinnelige teksten og underbygget ved å trekke ut ekte sitater fra de meningsbærende enhetene (49). I denne delen av prosessen tolker vi teksten ut i fra vårt faglige perspektiv og ståsted, i mitt tilfellet vil det være som nevrologisk fysioterapeut. En utdrag fra matrisen til trinn 3 kan ses i vedlegg 3.

4. Sammenfatning – systematisk Rekontekstualisering

I analysens fjerde trinn, foregikk rekontekstualisering, altså å sette bitene sammen igjen. Det ble her forsøkt å sammenfatte funnen i form av gjenfortellinger som kan danne grunnlag for nye beskrivelser. Her skriver man i tredjeperson hva informantene har opplevd og underbygger med reelle sitater (12, kap.9, 49). I denne delen av analysen så endret jeg navn fra kode og kodegruppe til hovedtema og subtema, da dette er mer kjente begreper på tvers av analysemodeller. Jeg havnet tilslutt på to hovedtema og fire subtema.

Hovedtema 1: ”Gjenvinne kontroll over egen kropp”, med tilhørende subtema 1: ”Økt bevissthet mot egen kropp” og subtema 2: ”Pusten som verktøy til kroppskontroll”.

Hovedtema 2: ”Et fellesprosjekt” med tilhørende subtema 1: ”Å være sammen om det” og subtema 2: ”God atmosfære”.

5.7 Egen forforståelse

Forforståelsen er den bagasjen forskeren bringer med seg inn i forskningsprosessen (12, s.40-42). I dette tilfellet er det at jeg er fysioterapeut og masterstudent i klinisk nevrologisk fysioterapi. Jeg er i tillegg yogalærer og jobber i min kliniske hverdag mye med Parkinson pasienter. Dette danner grunnlaget for hvordan jeg stiller spørsmål og hvorfor jeg synes denne studien er relevant. Som fysioterapeut har jeg mye erfaring med anamneseopptak som kan ligne litt på en intervjusituasjon, noe som kan være en fordel. Man skal også være obs på at dette kan gjøre at informantene ser på dette som en pasient behandler situasjon og de kan komme til å stille spørsmål som vedrører deres helsesituasjon, men som ikke er relevant for studien (12, s. 40, 13, kap 22).

5.8 Ethiske betraktninger

Menneskene som deltok i studien må aldri bli et middel for å oppfylle et formål (14, s.62). I denne oppgaven var det viktig å være bevisst på at informantene, altså personer med Parkinson sykdom kan være en sårbar gruppe. Pkt. 17 i Helsinki deklarasjonen omhandler forskning på sårbare grupper som for eksempel handikappede. Dette punktet er med på å sikre at forskning på sårbare grupper må rettferdiggjøres og være til fordel for samfunnet og for denne gruppen (50, s.3). Dette prosjektet som anses som betydningsfullt for personer med Parkinson, ettersom det kan bidra til økt innsikt i deres levde erfaringer.

I første omgang ble prosjektskissen, informasjon- og samtykkeerklæring for deltagelse i studien, samt intervjuguiden oversendt til Regional Etisk Komite (REK), for godkjenning av studien. Det ble oversendt REK med bakgrunn i telefonsamtale med saksbehandler vedrørende forskning på en sårbar gruppe. REK konkluderte på bakgrunn av studiens formål at prosjektet falt utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven. Vedlegg av vedtak fra REK kan ses som vedlegg 4. I neste omgang ble det derfor søkt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) til behandling av personopplysninger. Vedtaket fra NSD godkjente prosjektets gjennomførelse i behandling av personopplysninger regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudets tilrådning av prosjektet forutsa at prosjektet ble gjennomført i tråd med opplysningene gitt i meldeskjema. Og konkluderte med at behandlingen av personopplysninger kunne settes i gang. Hele vedtaket fra NSD kan ses som vedlegg 5.

Når studiet var godkjent startet jeg rekrutteringen av informantene. Jeg sendte ut

informasjonsskriv og samtykkeerklæring til en tredje person som muntlig og skriftlig informere om studien. Før studiets oppstart skrev underskrev informantene et informert samtykke. Herunder ble det tatt utgangspunkt i Helsinki deklarasjonens retningslinjer ved utarbeidelse av samtykket til informantene. Dette for å sikre deres etiske rettigheter i forskningsprosessen (13, s.150, 50). Ved ønske om å delta, skrev informanten under på samtykkeerklæringen. Informantene ble opplyst om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi årsaken til dette, så lenge materialet ikke hadde inngått i analysen. Materialet har blitt oppbevart på en PC med kode i et låsbart skap, og all informasjon ble anonymisert. Når analysen var ferdig ble all data fra transkriberingen slettet. Mastergradsstudenten vil forøvrig forholde seg til de reglene som er underlagt taushetsplikten.

6.0 Metodediskusjon

6.1 Pålitelighet og gyldighet

For å sikre påliteligheten til studien er det viktig å gi en så nøyaktig som mulig beskrivelse av hvordan data er utviklet. Det er derfor forsøkt å gi en grundig beskrivelse av forskningsprosessen fremgangsmåte og beslutninger (12, s.20, 13, s.527). Når det gjelder studiens gyldighet av forskningens tolkninger, har jeg forsøkt å forholde meg kritisk og refleksivt til egne fremgangsmåter og konklusjoner. En av tingene som ble gjort var å klargjøre min egen forforståelse og egne hypoteser for at de skulle bli synlige. Under intervjuene forsøkte jeg å forholde meg bevisst til min mulighet for påvirkning gjennom spørsmålsformuleringer, og forsøkte å unnlate tilfeller av ledende spørsmål, men hadde istedenfor åpne spørsmål som inviterte informantene til å dele av sine erfaringer. I de fleste spørsmålene hørte jeg etterfølgende at jeg lyktes med dette, men i noen tilfeller hvor informantene kanskje ikke forstod hva jeg egentlig spurte etter eller svarte på noe som ikke var relevant for problemstillingen, kan jeg se at stilte ledende spørsmål.

Da det ikke foreligger noen studier på bruken av medisinsk yoga til personer med Parkinson syntes det interessant å studere dette nærmere. På bakgrunn av dette ble Medisinsk Yoga Nord og Parkinson foreningen i Bodø kontaktet, for å høre om undertegnede kunne få ta del i prosjektet og å fremskaffe materialet for å se på hvilke erfaringer Personer med Parkinson har med medisinsk yoga, dette var de svært positive til.

Jeg inviterte meg på eget initiativ inn i prosjektet. Jeg ble godt tatt imot når jeg spurte om jeg kunne få intervjuer noen av deltagerne som hadde deltatt på medisinsk yoga for personer med Parkinson. Målet med min studie har hele tiden vært å få frem informantenes erfaringer med medisinsk yoga, men prosjektet har ikke omhandlet medisinsk yoga i den forstand. Jeg har ingen tilknytning til medisinsk yoga for øvrig, og på ingen måte noen forpliktelser ovenfor de. Medisinsk yoga er en yoga form som tilbys av kommersielle aktører, og er ikke en del av helsevesenets offentlige tilbud. Det at det anvendes navnet ”medisinsk” kan være noe misledende i den henseende. Medisinsk yoga tilbyr kurs til helsepersonell for å bli instruktører og tilbyr også kurs til en rekke ulike diagnosegrupper, men også til friske individer (1). Jeg har i arbeidet med studien forsøkt å ta i betraktning at medisinsk yoga er en kommersiell aktør som tar betalt for sine tjenester.

Flere ganger under analysearbeidet har jeg ønsket at jeg kunne spørre instruktørene inn til valg av øvelser, fremgangsmåte, ordbruk og så videre. Dette er en svakhet ved prosjektet, da det kun gir innsikter i hvordan informantene som deltager opplevde og erfarte å delta på medisinsk yoga. Det gir ingen innsikt i den teoretiske bakgrunnen for kurset. Men på bakgrunn av prosjektets størrelse og mitt formål, så var det mer interessant å få ta del i pasient perspektivet, for å se om de hadde noen innsikter som kunne være interessant å drøfte opp imot fysioterapi praksis.

I påfølgende kapittel som omhandler resultater og drøfting er det lagt vekt på å skille mellom informantenes utsagn og forskerens tolkninger av disse. Dette er gjort ved å presentere tolkningene og underbygge dem med sitater fra informantene. Dette fordi målet ved prosjektet er at de empiriske dataene på best mulig måte skal reflektere informantenes opplevelser og erfaringer. En slik redegjørelse åpner for at leseren selv kan bedømme om presentasjonen oppfattes som relevant og gyldig (12, kap.1).

I kvalitativ forskning er det forskeren selv som er det viktigste redskapet for innhenting og analyse av dataen. Tolkning er dog en sentral aktivitet i den kvalitative forskningsprosessen, og forskerens refleksivitet, erfaring, kunnskap og ærlighet er avgjørende for kvaliteten på den kunnskapen som kommer frem. I forskningsprosessen har jeg forsøkt å forholde meg til betydningen av min egen forforståelse og den teoretiske referanserammen som er valgt, da det er i samspillet mellom empirisk data og teoretiske perspektiver disse at den nye kunnskapen vokser frem (12, kap.3).

Innsiktene som er fremkommet kan derfor være av interesse og klinisk relevans for både fysioterapeuter som jobber med Parkinson sykdom og fysioterapeuter som jobber med andre alvorlige progredierende lidelser. Det er også aktuelt for personer som har Parkinson og deres pårørende.

6.2 Økonomi og ressurser

De økonomiske utgiftene vil være transport til og fra Bodø og overnatting i Bodø. Printing av informasjonsskriv og samtykkeerklæringen, samt frimerker og konvolutter til innsending av samtykkeerklæringen. Ressursene forøvrig vil være en båndopptaker, notatbok, tidtaker og et rom.

7.0 Resultater

I følgende kapittel vil resultatene som er kommet frem i studien presenteres og drøftes. Resultatene er en tematisk beskrivelse av fenomener gitt på tvers av det empiriske materialet fra de tre informantene. Utvalgte sitater er valgt ut til å belyse de aktuelle temaene. Informantenes sitater er anført med anførselstegn og står uthevet med fet skrift og i kursiv. Pauser og gjentakelser er fjernet i sitatene der det etter min vurdering ikke har endret betydning for innholdet. Der det i sitatet er med uttalelser fra meg som intervjuer står dette i normal skrift.

Problemstillingen og analytiske spørsmål til teksten har vært ledende i utvikling av resultatene. Analytisk spørsmål til teksten har vært basert på en fenomenologisk vitenskapsteoretisk forankring, der målet har vært å danne nye beskrivelser omkring problemstillingen basert på informantenes opplevelser og erfaringer. Materialet fra de tre informantene gir ulike nyanser og beskrivelser til problemstillingen (12, kap.9).

På bakgrunn av analysen er det kommet frem til to hovedtema som gir innsikt og beskrivelser til problemstillingen. De to hovedtemaene er: 1. *”Gjenvinne kontroll over kroppen”* og 2. *”Et fellesprosjekt”*. I kapittel 7.2 gir jeg først en presentasjon av hovedtema 1: “Gjenvinne kontroll over kroppen”. Deretter presenteres de to subtemaene til Tema 1 i 7.2.1 *”Økt bevissthet mot egen kropp”* og 7.2.2 *”Pusten som verktøy til kroppskontroll”* i hvert sitt avsnitt. Subtemaene presenteres hver for seg med beskrivelser

av funnene og sitater for å formidle til leseren hva materialet forteller om prosjektets problemstilling, og avslutningsvis en tekstnær fortolkning som viser en allmenngjøring av funnene. Deretter drøftes resultatene av hovedtema 1 med tilhørende subtema i lys av den teoretiske referanserammen. Det samme gjøres deretter for hovedtema 2 i kapittel 7.4 ”Et fellesprosjekt”, og dens subtema avsnittene 7.4.1 ”Å være sammen om det” og 7.4.2 ”God atmosfære”. Avslutningsvis vil funnene fra begge hovedtemaene og alle undertemaene drøftes samlet i kapittel 8.0 (12, kap.9).

7.1 Presentasjon av informantene

Utvalget i denne studien bestod av tre personer med Parkinson sykdom. Alle hadde gjennomført og deltatt på medisinsk yoga kurs for personer med Parkinson i ett år, og begge kjønn var representert i utvalget (13, s.526). De tre informantene presenteres med fiktive navn. Alle informantene var i 60-årene. De hadde god innsikt i egen sykdom og hadde mange refleksjoner og tanker omkring håndtering av sykdommen, og det å leve med Parkinson. De hadde alle en del erfaring med fysioterapibehandling og rehabiliteringstilbud fra tidligere, og anvendte en del medisinske begreper og termer under intervjuene. For å anonymisere og samtidig gi nærhet til stoffet har jeg valgt å presentere de tre informantene med fiktivt navn og alder. Informant 1, Anna , informant 2, Tora, informant 3, Klaus.

7.2 Hovedtema 1 : ”Gjenvinne kontroll over egen kropp”

Informantene fortalte og beskrev en økt gjenvinning av kontroll over egen kropp ved å jobbe bevisst med pusten sin, og med fysiske øvelser som gjorde kroppen mer bevegelig. Informantene opplevde at det å jobbe med pust, avspenningsteknikker og tøyninger fikk frem kroppslige endringer som at de sluttet å skjelve, taklet stress bedre, eller fikk til å ta på jakken selv. Hovedtemaet ble nyansert med to subtemaer. Subtema 1 tar for seg de fysiske øvelsene og kroppslige endringer informantene opplevde ved å trene medisinsk yoga. Subtema 2 gir beskrivelser av informantenes opplevelse og erfaringer med å jobbe med pusteøvelser og kontroll av pusten, samt avspenningsøvelser og tilstedeværelse i egen kropp.

7.2.1 Subtema 1 ”Økt bevissthet mot egen kropp”

Subtema 1 ”Økt bevissthet mot egen kropp” ble formet på bakgrunn av det informantene fortalte om ulike fysiske øvelser de gjorde i yogaen. Informantene fortalte at de under alle de fysiske øvelsene skulle ha fokus på en god holdning ved å holde ryggen rett. De hadde fysiske øvelser hvor de lå på gulvet, satt på gulvet i yogastilling, satt på en stol, eller stod oppreiste. Det var øvelser som innebar balanse hvor de skulle stå på en fot, sittende øvelser med armene oppå skuldrene og vri seg fra side til side, eller bøye seg fra side til side. Om de jobbet med vridninger, så vridde de seg mot høyre og pustet inn, og mot venstre og pustet ut. De hadde flere ulike varianter av det å reise seg opp fra en stol- både hurtig og med armene bak på ryggen. De brukte noe som de kalte rotlås- og beskrev at de strammet musklene i mage, bekkenbunn og rundt endetarmen i ulike øvelser. Det var gjennomgående i alle øvelsene at de alltid skulle ha fokus på pusten, men dette beskrives mer inngående i neste subtema.

Informantene fortalte at de syntes programmet og øvelsene var godt tilrettelagt for å adressere problemene man får ved å ha Parkinson sykdom. Tora sa at det var øvelser som gikk på å komme ut av fleksjonspreget mønster, som gjør at man blir foroverlut og stram på forsiden. Informantene fortalte at dette ble forsøkt motvirket ved å ha fokus på tøyninger av musklene på forsiden av kroppen, og at de hadde vridninger for å øke bevegeligheten i ryggen. Tøyninger og strekking ble beskrevet med en følelse av velvære og letthet i kroppen.

Tora: ”Ja, jeg var jo litt spent på det, jeg trodde jo det var bare, at det var, at det ikke var disse her øvelsene som var så viktige for oss. For vi er jo som nevnt forkortet i muskler i både armer og ben, i fleksorene og fleksorsenene, og det var spesielt godt å få gjort noe for det. Og det opplevde jeg at var spesielt lagt opp for Parkinson”.

De fortalte også at individuelle forskjeller ble hensyntatt ved å tilrettelegge. Dette ble for eksempel gjort ved å sitte på en stol istedenfor å stå når man utførte en øvelse, sitte på stol istedenfor å sitte i yogastilling på gulvet, holde seg i noe når man hadde balanseøvelser eller ved at de hjalp hverandre.

Alle informantene fortalte at det ble jobbet mye med øvelser som innebar rotasjoner av ryggen. En av øvelsene var en ryggliggende øvelse hvor de vridde høyre kne over mot venstre, mens høyre arm lå igjen i gulvet på høyre side. Tora forklarte betydningen av vridningsøvelser:

Tora: "... Tidligere så hadde jeg problemer med å få på meg jakken. Jeg fikk den ene armen inn, men ikke den andre, så den andre siden, det var jo smertefullt å bøye armen bakover, men det er jo ikke noe problem i dag, så man kan trene seg opp til det utroligste".

Andre øvelser som var en del av programmet var finmotoriske øvelser, finger mot finger, samtidig skulle de si mantraet SA, TA, NA for eksempel "SA" mens de tok pekefinger mot tommel, "TA" mens de tok langfinger mot tommel, fortere og fortere. De brukte stemmen en del i treningen gjennom noe som i medisinsk yoga kalles for "mantra". Dette var noe som opplevdes som gunstig og gjenkjennbart fra logopedtrening for flere av informantene.

Informantene fortalte at instruktørene gikk rundt og veiledet ved å legge en hånd i ryggen for å få en til å rette seg mer opp, eller senke skuldrene. Det ble løftet frem fra flere av informantene at det å få en hånd i ryggen gjorde at man følte seg sett, og at tilnærmingen opplevdes som å være individuell.

Avspenningen innebar at informantene skulle sitte på en stol eller ligge på gulvet, de ble instruert i å lukke øynene og fokusere på pusten sin. De skulle prøve å være tilstede i kroppen, og ble guidet gjennom kroppen. Instruktøren sa f.eks. at nå skal du kjenne på foten din, den er tung og avspent, og sånn beveget de seg gjennom hele kroppen.

Informantene sa at sykdommen gjør at man blir stiv i kroppen og spent i muskulaturen. Når de anvendte avspenningsteknikkene og fokuserte på pusten så opplevde informantene at de slappet helt av og at spenningene i kroppen slapp taket.

Tora: "Noen i gruppen som hadde, altså på Parkinsonmøtet, som hadde problemer med skjelvinger sa det at de sluttet og skjelve når de slappet helt av, under den der yoga testen. Og det merket jo jeg også, for jeg har ikke hatt noen sånn skjelvinger, men jeg kunne ha merket litt sånn uro i bena, og jeg merket at jeg ble helt rolig når man slappet av."

Informantene fortalte at fokuset ble rettet innover mot kroppen ved å lukke øynene. Klaus fortalte at dette gjorde at man ikke hadde så mye fokus på hvor godt man gjorde det sammenlignet med naboen, men at man heller kjente etter i kroppen når de gjorde øvelsene, og hadde fokuset innover i seg selv, ikke på sidemannen. De ble også instruert i å tenke på øvelsen om de ikke klarte å utføre den fysisk, så ville de uansett få noe utbytte av det. Informantene fortalte at de opplevde det å trene medisinsk yoga gjorde dem mer bevisst tilstede i kroppen, og man fikk bedre konsentrasjon og tilstedeværelse, som de følte ble bedre i hverdagen også. Informant 1, Anna fortalte at det å leve med sykdommen Parkinson gjør at man tåler stress og nye situasjoner dårligere. Hun fortalte videre at hun synes medisinsk yoga har hjulpet på dette også, fordi man jobber med å gå inn i seg selv og bli bevisst hvordan man tenker og er i ulike situasjoner. Hun forklarte at denne bevisstheten gjorde at det ble lettere å stoppe opp, gi seg selv tid og roe ned.

Tekstnær fortolkning

I dette subtemaet fremhever informantene betydningen av vridningsøvelser, tøyninger og introvert oppmerksomhet for å få en mer bevegelig kropp. Resultatene aktualiserer betydningen av hands on korreksjoner. Og at hands on korreksjoner oppleves å gi en individuell tilnærming og økt bevissthet til kroppen. Vridningsøvelser gjorde ryggen mer bevegelig, og det å jobbe med lukkede øyne gjorde at fokuset ble rettet innover til kroppen og mot en selv. Det å arbeide med seg selv gjorde at man håndterte stress og andre kognitive utfordringer bedre. De kroppslige endringene som ble løftet frem var at medisinsk yoga gir bedre bevegelse, tilstedeværelse og bevissthet i egen kropp, samt reduksjon av skjelvninger og uro i kroppen ved hjelp av avspenning.

7.2.2 Subtema 2 - "Pusten som verktøy til kroppskontroll"

Under subtema 2 ga informantene ulike beskrivelser på bruken av pust med ulike nyanseringer. Det ble beskrevet med at pusten kunne gi stressmestring, kvikke seg opp, roe seg ned eller å få spenninger i muskulaturen til å slippe. Alle informantene sa at pusten var det grunnleggende i alle øvelsene og fokuset i medisinsk yoga.

Anna: "For det første har vi lært oss å puste, bruke pusten kontrollert eller være oppmerksom på pusten".

Informantene fortalte alle at det å jobbe aktivt med pusten sin var den største aha opplevelsen.

Tora: "Jeg tror det at de her teknikkene vi har lært har gjort sitt til at det har blitt lettere å håndtere sykdommen. I: på hvilken måte føler du? Tora: At man lærer å slappe av, man er jo litt spent i hele kroppen, all muskulaturen er helt spent, og når man tenker på pustingene så slapper man av."

Informantene beskrev ulike pusteøvelser. En av informantene fortalte at det opplevdes som å ikke ha pustet før, i hvert fall ikke med magen og at pusten var den største aha opplevelsen. Informantene fortalte at det i medisinsk yoga kun anvendes nesepest, det vil si at man puster inn med nesene og ut med nesene. De fortalte at de lærte å bruke pusten kontrollert og å være oppmerksom på pusten sin. De ble instruert i å trekke pusten helt ned i magen, puste rolig og kontrollert.

Klaus: "At du skulle ta noen dype (pust) og fyll opp ifra magen til kragebenet. Og, også skulle du puste så sakte som mulig, dra inn også skulle du slippe ut luft, pust ut, tøm lungene helt, også skulle du vente til refleksjonen tok luften inn igjen".

Anna fortalte videre at det å puste dypt etterhvert gikk automatisk.

Pusten ble beskrevet av informantene som et fint verktøy til å roe ned kroppen om man er stresset. Informantene påpekte at stress var ugunstig når man har Parkinson sykdom. Informant 1, Anna, utdypet dette da hun fortalte om hennes erfaringer når hun for eksempel skulle å fly eller gruet seg til en ny situasjon. Da anvendte hun pusten bevisst i hverdagen for å roe ned kroppen. Klaus fortalte at puste teknikkene ble brukt i hverdagen for å roe ned om man var stresset, ønsket å slappe av eller kvikke seg opp. Informantene påpekte at det å jobbe med pusten ga en følelse av velvære og hadde positiv virkning på hele kroppen. Informant 1 fortalte også om hvordan det å arbeide med dyp pust har gjort det lettere å hente kraft i stemmen ved for eksempel synging.

På spørsmål om hva målet med kurset var beskrev alle informantene at de opplevde det som at målet med yogakurset hadde vært å lære seg pust og avspenningsteknikkene. I tillegg sa Klaus at ”veien var målet”, og at han jobbet hver dag for å få disse teknikkene til å bli en integrert del av hverdagen.

Tora beskrev hvordan de lærte å avspenne, hvor de la seg ned på en matte og målet var å slappe fullstendig av. Det ble spilt beroligende musikk og instruktørene ga instruksjoner som: ”du har ingenting du skal nå eller rekke du skal bare slappe av og tenke på pusten din”. Så gikk de igjennom hele kroppen og sa at man skulle kjenne at foten var tung, at leggen er tung osv., og sånn beveget de seg helt opp til ansiktet. Informant 3 sier at når de sa tilslutt at nå skal man slappe av i ansiktet så kjente en at man slappet av. Og det var en ny opplevelse for informanten, fordi informanten beskrev seg selv som en spent type som aldri har hatt lett for å slappe av. De fikk også instruksjoner om at hvis man kjente på noen spenninger et sted så skulle man prøve å fokusere pusten til dette området, for så å kjenne at spenningen slapp taket. En annen informant forteller at det å lære disse pust og avspenningsteknikkene, og det å ha fokus på en rett rygg var målet med yoga kurset. Den andre informanten, Tora fortalte at hun ubevisst puster annerledes i hverdagen etter å ha ”trent” på det.

Tora: ”..målet var å lære seg å styre pusten og det var å lære seg avspenning, og selvfølgelig det å strekke og være bevisst på hvordan man har kroppen”.

Tekstnær fortolkning

Informantenes beskrivelser aktualiserer sammenhengen mellom en mer avspent kropp med bedre sykdomshåndtering i hverdagen til personer med Parkinson. Informantene pekte på at pust- og avspenningsteknikkene ikke bare hadde betydning for dem i treningstimene, men at de opplevdes som relevante å anvende som verktøy også i hverdagssituasjoner. Dette kan forstås i lys av et helhetlig pasientperspektiv, der informantene beskrev at dyp rolig magepust påvirket spennings nivået i kroppen, slik at kroppen ble avspent og mer bevegelig. Ved å rette bevisstheten mot kroppen sammen med pusten, kan man få til en muskulær avspenning. Målet i medisinsk yoga opplevdes av informantene til å være å lære disse pust og avspenningsteknikkene, og at de kunne anvendes som verktøy i hverdagssituasjoner også. Dette aktualiserer pust og avspenning som verktøy til å få en mer bevegelig kropp samt for å kunne gå inn i seg selv og håndtere stress og dermed også

håndtere sykdommen bedre.

7.3 Drøfting av hovedtema 1 med underliggende subtema

I dette kapittelet vil resultatene fra hovedtema 1 med underliggende subtemaer bli diskutert og drøftet i lys av den teoretiske referanserammen. Hovedtemaet 1 hadde to hovedfokus som skilte seg ut med tanke på å gjenvinne kontroll over kroppen. Det var fokus på å oppnå avspenning og tilstedeværelse i kroppen gjennom fysiske øvelser og fokus på pusten, gjerne i samarbeid. Ved å kontrollere pusten sammen med fysiske øvelser gjenvant de kontroll over kroppen og ble avspente. De lærte ulike verktøy for å få til dette, og uansett om verktøyet var fysiske øvelser, pust eller avspenning så handlet det om å ”gjenvinne kontroll over kroppen”. Det som skilte seg ut i yogaen og i denne sammenhengen medisinsk yoga fra annen trening var at verktøyene: Pust, avspenning og utvalgte fysiske øvelser ble vektlagt gjensidig og samtidig av instruktørene, noe som informantene opplevde som gunstig.

Sammenheng mellom pust og øvelser

Informantene beskrev at pusten var det sentrale i alle øvelsene og i den medisinsk yoga. Respirasjon eller pusten er dobbeltinnvert. Det er en autonom funksjon som foregår helt utenfor vår bevissthet, men det er samtidig den eneste autonome funksjonen vi kan overstyre med viljekontroll og som vi kan styre selv med vår tverrstripede muskulatur i kortere øyeblikk (20, s.100). Informantene fortalte at det å jobbe bevisst med pusten gjorde at kroppen roet seg ned, skjelvinger stoppet og de håndterte stress bedre. Dette har trolig sammenheng med at man gjennom kontrollert pust får en inngangsport til det autonome nervesystemet via respirasjonssenteret i retikulærsubstansen i medulla oblongata. Dette vil trolig påvirkes av økt parasympatisk aktivitet som gir roligere hjerterytme, dypere pust og lavere muskeltonus (3, s.21, 20, s.100).

Retikulærsubstansen styrer muskelspenning og er nært knyttet til det parasympatiske nervesystemet. Angst, stress eller smerter aktiverer retikulærsubstansen, og en påvirkning av retikulærsubstansen ved for eksempel stress vil gi økt muskeltonus i kroppen, hjertebank og utskillelse av stresshormoner. (20, s.29). Det er forbindelser mellom basalgangliene og retikulærsubstansen i mesencephalon, denne forbindelsen muliggjør påvirkning av bevegelser og muskeltonus via retikulospinale baner. Flere forfattere blant

annet Brodal viser til at det er holdepunkter for å si at denne forbindelsen har betydning for økningen i muskelspenning hos personer med Parkinson sykdom, det man kaller rigiditet, og kanskje også den karakteristiske gangforstyrrelsen ved Parkinson sykdom (5, s.366, 51). Det vil si at personer med Parkinson i utgangspunktet har en ”forstyrrelse” i de retikulospinale banene som gjør kroppen mer rigid/stiv. En påvirkning av de retikulospinale banene i form av pusteøvelser kan muligens bidra i positiv retning med tanke på sykdommens særtrekk. Dette peker på at ved å få ned aktiviteten i retikulærsubstansen gjør man kroppen mer bevegelig under øvelsene.

En litteraturgjennomgang på yogisk pust førte til en oversiktsartikkel som forsøkte å forklare teorien bak hvordan yogisk pust påvirker det autonome nervesystemet (52). Det finnes mange forskjellige yoga praksiser, men forholdet mellom yoga og det parasympatiske nervesystemets aktivitet kan best ses ved pusteøvelsene som benyttes i yoga (52). Pusteøvelser var også noe informantene beskrev at ble anvendt, og de ble lært i medisinsk yoga. Det er kjent at følelsesmessig tilstand påvirker pustens rytme, dybde og lengde, dette skriver både Brodal og Bunkan (20, kap.2). Litteratur fra lungefysioterapi peker på at mennesker med respirasjonsvansker kan trene opp styrke og utholdenhet i respirasjonsmuskulaturen ved hjelp av kontrollerte pusteøvelser, og motstand mot pusten (36, s.38). Pusten kan kontrolleres, og kontrollert pust menes å kunne påvirke det autonome nervesystemet, og dermed kroppens evne til å være i homøostase (5, kap 18). Hypotesen bak virkningen av yogisk pust er at man gjennom kontrollert pust kan påvirke sin følelsesmessige tilstand i så stor grad som 40% (52). På den måten kan kontrollert pust trolig påvirke forholdet i det autonome nervesystemet.

Brown og Gerbarg har gjennomgått forskning på Yogisk pust (52). På bakgrunn av dette har de fremmet en hypotese om at pusteteknikker i yoga øker og forbedrer sympatho-vagal balanse og fremmer stressmestring. Eksempler på pusteøvelser er dyp basal pust, hvor man fikserer et pustemønster og puster på en frekvens fra tre og en halv til seks pust pr minutt. Denne typen dyp rolig pust ble beskrevet av informantene. Og denne teknikken øker trolig aktiviteten i det parasympatiske nervesystemet. Når teknikkene ble kombinert med motstand mot pusten, eller hvor man holdt pusten imellom innpust og utpust så økte trykket i thoraxhulen, og parasympatisk aktivitet ble enda større (52, 53). Motstand mot pusten, eller pustepause mellom innpust og utpust ble beskrevet av informantene når de jobbet med pusteteknikkene. Denne hypotesen viser likhetstrekk mellom informantenes

beskrivelser av pusteteknikkenes betydning for stressmestring, og de mekanismene som fremheves i denne hypotesen (52). Det fremhever også mulige forklaringer på hvorfor de opplevde å håndtere kognitive situasjoner bedre, samt at de opplevde å ha bedre kontakt og kontroll over egen kropp.

Informantene trakk frem at det å gjøre medisinsk yoga gjorde at de håndterte sykdommen bedre. Anna sa blant annet at pusteteknikkene og den bevisste tilstedeværelsen i kroppen hjalp henne i stressede situasjoner, og gjorde at hun ga seg selv mer tid og planla på en bedre måte. Det ble beskrevet ulike tilnærminger til hvordan oppnå mer kontroll over kroppen, men pusten var involvert i alle. Avspenning var alltid en del av timen, og det kunne foregå sittende eller liggende på en matte. Da gikk de igjennom kroppsdel for kroppsdel og rettet oppmerksomheten dit instruktøren ledet dem. Målet var at de skulle klare å være 100 % tilstedeværende i pusten og i kroppen, og ikke la tankene fly. Det er kjent at kroppslige forhold virker inn på psyken, så en rolig kropp vil også gi et rolig hode. Brodal skriver at en behandling som fører til muskelavspenning, veldig likt det informantene beskriver som avspenning, fører til psykisk avspenning. Det er sannsynlig at dette skjer, i hvert fall delvis fordi man reduserer aktiviteten i retikulærsubstansen (5, s.420). En av informantene beskrev også avspenningen som en slags meditasjon, hvor målet var å være bevisst tilstede i kroppen sin. Informantene fortalte at fokuset ble rettet innover mot kroppen ved å lukke øynene. Meditasjon betegnes som ulike systemer som skal gi selvfordypelse (20, s. 251-253). Forskning viser at fysiske prosesser som hjertefrekvens, blodtrykk, hormONSEKRESJON, hjertesvingninger og respirasjon blir påvirket i gunstig retning ved meditasjon (20, s.251-253, 52). I de europeiske retningslinjene pekes det også på konsekvensene Parkinson sykdom har på ikke-motoriske symptomer, som oppmerksomhet, planlegging, konsentrasjon, dual task, løsningsorientering, beslutningstaking og sosial interaksjon. Dette er trolig en av årsakene til at personer med Parkinson kan ha lav livskvalitet. Det ble påpekt at det er essensielt med tiltak som fremmer mental kontroll. Det inkluderer aktiviteter som krever konsentrasjon til å følge med, planlegge, organisere, huske detaljer og organisere tid og rom (2, s.23). En nylig publisert studie (10), studerte mulige nevrobiologiske kognitive forandringer til personer med Parkinson ved bruk av mindfulnessbaserte intervensjoner(MBI). Mindfulness er et meditasjonssystem som blir brukt for stressreduksjon og til pasientpopulasjoner for bedre håndtering ved kronisk sykdom. MBI bestod av mindfulness øvelser, meditasjon og yoga. Studien viste at MBI gruppen hadde signifikant fremgang på motorisk funksjon og

kognitive håndteringsstrategier (10). Dette er interessant sett i sammenheng med resultatene fra denne studien, der informantene også trakk frem at det å gå inn i seg selv og jobbe med bevisst tilstedeværelse, meditasjon eller avspenning fremmet mental kontroll. Og var også noe informantene mente bidro til økt tilstedeværelse i egen kropp, og som gjorde at de ble mer bevisste på hvordan de var i ulike situasjoner også i hverdagen.

Øvelsene hadde som fokus å fremme en god kroppsholdning ved å jobbe med de typiske problemområdene til en person med Parkinson sykdom. Øvelsene gikk på å motvirke en typisk flektert kroppsholdning, med forkortninger på forsiden av kroppen, stivhet i kroppen og dårlig balanse. Øvelsesutvalget som ble anvendt i medisinsk yoga - øvelser som ”å holde ryggen rett”, utspenning, tøyning, balanse og vridninger er gjenkjennbart til hva som anbefales i fysioterapi av øvelser til personer med Parkinson sykdom (2). Målrettede bevegelser og øvelser kan også fremme individets intensjonalitet. Subjektets rettethet eller intensjonalitet er kroppslig og motorisk, så det å gjøre målrettede oppgaver som å reise seg fra en stol vil mest sannsynlig oppleves som meningsfullt for subjektet (39, kap.4). Det har også vist seg at gode strekkebevegelser på basis av god balansekontroll løser spontant ut pusten (33, kap.2). Så det at det ble anvendt tøyninger og gode strekke bevegelser var sannsynligvis en god strategi for å fremme en friere pust. I psykomotorisk fysioterapi trekkes det frem at kroppsholdning, bevegelse, pustebvegelser og muskulatur er avhengige faktorer. Bunkan viser til at hvis kroppsforholdene er tilfredsstillende, så vil kroppsaksene være rett og belgen vil kunne utvide seg i alle retninger og optimere sjansene for en fri pust (20, s.107). Tanken og filosofien i yoga generelt er at man utfører øvelsene sammen med et økt fokus på pusten, samtidig som man skal utføre øvelsen så lenge man kan ha flyt i pusten, og ikke stopper å puste (20, s.332). Dette ble også beskrevet av informantene. Man kan på bakgrunn av dette fremheve en mulig sammenheng mellom en god kroppsholdning og en dyp, fri pust vil gi redusert aktivitet i retikulærsubstansen. Fadnes med flere skriver i læringsnøkkelen at man som psykomotoriske fysioterapeuter har arbeidet for å løse på pusten hos pasienter med øvelser og massasje (33, kap.2). Pusten var deres ledetråd inn til følelsene. I læringsnøkkelen viser de til at de ikke veileder til direkte regi av pusten, men indirekte via bevegelser og bevisst balansekontroll. Deres påstand er at det verken er tanker eller følelser kan styre et ”optimalt” samarbeid mellom nettverkene i hjernen, men nettopp subjektets viljestyrte meningsfulle bevegelser og handlinger (33, kap.2). I medisinsk yoga derimot skulle informantene bli bevisst sin egen pust og de anvendte viljestyrte pusteøvelser. Man kan muligens anta at siden pusten er en

autonom funksjon som også kan være viljestyrt, kan den bli anvendt som en målrettet viljestyrt bevegelse?

I boka læringsnøkkelen beskriver forfatterne hvordan de i psykomotorisk og læringsorientert fysioterapi anvender fysiske øvelser for å få en friere pust, uten at man griper inn direkte på pusten (33). Bunkan er også kritisk til det "gripe inn bevisst" og styre pusten. Dette var dog nettopp det informantene opplevde som svært nyttig, det å kunne gå inn å bli bevisst sin egen pust, og styre den. I psykomotorisk forskning er det stort sett analysert på individer med psykiske plager, og dette gir stort sett nedsettelse på kroppsbilde, mens deres kroppsskjema er intakt. Hos personer med Parkinson sykdom er stort sett deres kroppsbilde intakt, men de har nedsettelse på kroppsskjema. Derfor kan det kanskje virke positivt for dem å overstyre en funksjon som egentlig er underlagt kroppsskjema, ved å gjøre den bevisst- altså pusten, for på den måten å få bedre kontroll over kropp. Man kan tenkes at dette er en kroppsbildeorientert tilnærming (42).

Å ta kroppen sin tilbake

Informantenes beskrivelser ga innsikter om at det å jobbe bevisst med pusten kan for personer med Parkinson oppleves å gi bedre sykdomshåndtering fordi de fikk bedre kontroll og eierskap over kroppen. Det virket som om de gjennom medisinsk yoga jobbet med sammenhengen mellom kropp og sinn. Dyp rolig magepust påvirket spenningsnivået i kroppen sånn at kroppen ble avspent og mer bevegelig. Altså at man ved å rette bevisstheten mot kroppen sammen med pusten, kan få til en muskulær avspenning. Målet i medisinsk yoga opplevdes av informantene til å være å lære disse pust og avspenningsteknikkene, og at de kunne anvendes som verktøy i hverdagssituasjoner også.

Når man opplever å få en sykdom som Parkinson får det noen konsekvenser sett i et kroppsfenomenologisk perspektiv for personens væren-i-verden. Vi møter verden som kroppslige subjekter. Ens væren-i-verden defineres som at verden er den helhet som tingene fremtrer i og får sin mening i (38, s.116-118). Sykdom gjør at ens kropp blir forandret, det forandrer også hvordan vi møter verden. I et kroppsfenomenologisk perspektiv kan det tolkes som at deltagerens bevisste oppmerksomhet mot kroppen og dens funksjoner, som for eksempel pusten, ble brukt som en kroppsbildeorientert tilnærming der man ved å legge brukspress på det bevisste kroppsbilde kan tenkes å kompensere for nedsettelse i kroppsskjema (42). Dette kan ses som en slags kroppsbildedrevet aktivitet,

hvor informantene drev frem en bestemt bevegelse, eller muskulær avspenning ved bevisst handling som viljestyrt pust, da deres ”nedsettelse i kroppsskjemaer” som følge av diagnosen Parkinson gjør at de ikke klarer dette automatisk (41, s.24-25).

Informantene trakk frem at det å få en hånd i ryggen som korreksjon av instruktørene opplevdes som godt, veiledende og gjorde treningen og tilnærmingen mer individuell. Dette ble kun gjort i enkelte sammenhenger og ble etterspurt av informantene i større grad. Man tenke at man adresserte eller la brukspress på det bevisste kroppsbilde for å kompensere for nedsettelse i kroppsskjema (41, kap.2). Øberg med flere viser til en klinisk resonneringsmodell som hvor man benytter en kroppsbildeorientert tilnærming hos pasienter med nedsettelse på kroppsskjema. Både i form av økt bevissthet til kroppen som de gjorde i medisinsk yoga ved at de skulle kjenne etter, lukke øynene, eller ved hands on fasilitering, som de til en viss grad benyttet ved at en av instruktørene gikk rundt å ga korreksjoner ved hjelp av hendene (42).

Instruktørene ga korreksjoner til informantene med hendene sine, også kalt hands on. Det kan tenkes at dette var med på å øke informantenes sense of agency, altså eierskap til bevegelsen. Ved hands on fasilitering kan en gi individet delt sense of agency med terapeuten, sammenlignet med å kun bevege for eksempel foten til en fremmed passivt, så kan man ved hjelp av hands on korrigerer invitere subjektet til å aktivt delta på å styre bevegelsen. I fysioterapi anses det som et mål at subjektet skal ha sense of agency til bevegelsene, siden dette fremmer selvstendighet (42). Hands on fasilitering er et kjent fenomen blant fysioterapeuter og i fysioterapeut praksis. Det er viktig at den som veileder er kyndig på området og kan veilede på en trygg og kyndig måte.

Det ble anvendt ulike tilnærminger for å lære seg øvelsene. Om man ikke klarte å utføre en øvelse fikk informantene beskjed om å se for seg øvelsen/visualisere den i hodet, så ville den likevel ha virkning. Det har vist seg at visualisering forut for bevegelsen kan forbedre utførelsen i atletisk kontekst, noe som også har fått oppmerksomhet innen fysioterapifaget i senere tid (42). Dette kan ses som en form for kroppsbildeorientert strategi hvor man bevisst får pasienten/informantene til å se for seg noe. Visualisering er også en form for eksplisitt læringsstrategi (6, s.22-26).

Både basalgangliene og cerebellum er ansett for å ha stor innvirkning på innlæring av

bevegelser (34). På grunn av basalganglienes store innflytelse på læring av bevegelse, så kan det antas at implisitt læring vil kreve mer øving før en bevegelse er innlært til personer med Parkinson enn hos friske. Det foreligger forskning som viser at personer med skader i cerebellum eller basalgangliene kan ha større utbytte av å benytte seg av andre former for læring, som rekrutterer andre deler av hjernen som for eksempel deklarativer eller eksplisitte læringsstrategier. Samtidig påpekes det at treningen bør være målrettet og gi mening for individet (2, s.78-79, 34). Visualisering er et eksempel på denne formen for læring, og ble i stor grad beskrevet av informantene. Dette kan synes å være en god læringsstrategi for personer med Parkinson med deres bakenforliggende patologi (6, s.22-25). På en annen side er det viktig å få frem at implisitt læring har vist seg å ha større effekt på innlæring og automatisering av en bevegelse, og det kan diskuteres om informantene ville ha hatt enda større effekt om de prøvde igjen og igjen å utføre bevegelsen for å få den til, og ikke bare satt å forestilte seg den. En kombinasjon av disse to strategiene har vist seg å ha stor effekt, noe som er interessant og relevant viten for fysioterapeuter (6, s.22-25) .

Drøftingen fra hovedtema 1 viser at den forskningen som foreligger gir grunn til å tro at det er en sammenheng mellom pust og muskeltonus. Det foreligger kunnskap som kan peke på at man via bevisste pustøvelser kan få bedre kontroll over kroppen sin, og dermed øke sense of agency til kroppen i større grad. Man kan på den måten legge brukspress på de ressursene man har for å kompensere for nedsettelsene man har på kroppsskjema, og bevisst påkalle strategier eller anvende en kroppsbildeorientert tilnærming for å kompensere for sine nedsettelsener på kroppsskjema. Valget av læringsstrategier og trening av mental kontroll viser seg både i resultatene og i litteraturen å være av relevans for personer med Parkinson sykdom. Hands on oppleves å gi en mer individuell tilnærming, og kan benyttes i større grad i en gruppe, hvor da informantene fikk en opplevelse av en individuell tilnærming, noe som er et kjent felt for oss fysioterapeuter.

7.4 Resultatpresentasjon hovedtema 2

Hovedtema 2 : ”Et fellesprosjekt”

Noe som syntes å tre frem fra informantenes skildringer var at de satt pris på å trene sammen med andre. Det at de trente i gruppe, og spesielt i gruppe med andre som var i samme situasjon var noe informantene sa at var betydningsfullt for dem. Pårørendes

tilstedeværelse ble beskrevet som trygt, at de hadde noe felles å glede seg til og at det var flere hender tilstede for å hjelpe. Hovedtemaet ble så nyansert med to underliggende subtemaer. Subtema 1 ”Å være sammen om det” og subtema 2 ”God atmosfære”.

7.4.1 Subtema 1 ”Å være sammen om det”

”Å være sammen om det” handlet om at informantene satt pris på å trene i en gruppe sammen med andre som hadde Parkinson sykdom. Alle informantene løftet frem at det sosiale samværet var viktig. Det ble beskrevet som at de hadde en omsorgsfølelse for hverandre, og gledet seg på hverandres vegne. Informantene trakk frem at det var relatert til at de alle var i samme spesielle situasjon ved å ha Parkinson sykdom. Alle informantene dro frem at det var god stemning og at det sosiale samværet ble høyt verdsatt. Det å få være sammen med andre i samme situasjon Alle informantene fortalte samme historie hvor en av de dårligste på gruppen klarte å utføre en øvelse uten hjelp. Og at dette førte til applaus og glede i hele gruppen. Så det å støtte hverandre og se hverandre lykkes og mestre ble påpekt som betydningsfullt for informantene.

Anna: ” Det var en omsorgsfølelse iblant oss. Ja det var det. Det var veldig sosialt og hyggelig og det var det. Og det hadde vel også med det ar vi var en spesiell gruppe i samme situasjon, det hadde nok noe med det å gjøre”.

Informantene fortalte at de etter hvert ble en sammensveiset gruppe som ble veldig trygge på hverandre og hjalp hverandre.

Anna: ”Ehh ja så er vi så fantastisk trygg på hverandre... Og alder har ikke hatt nå å si, og vi hjalp hverandre om man ikke klarte å reise seg opp eller sette seg og.. Ja det var så trygt. Det skapte veldig trygghet”.

Informant 1, Anna forteller å ha blitt tryggere på seg selv gjennom å ha deltatt på medisinsk yoga. Anna trakk frem at det var viktig at det var trygge rammer for man går litt utenfor komfortsonen når man skal ligge tett inntil hverandre på en matte og slappe av.

Informantene fortalte at de syntes det var fint at pårørende kunne delta. Det løftes frem at det er viktig at pårørende behandles som likeverdige, fordi det at partneren får Parkinson, påvirker også den andres liv i stor grad. Informantene løftet frem at pårørendes tilstedeværelse gjorde at det opplevdes som tryggere, og at de hadde flere hender tilstede for å hjelpe. Informant 1 forteller at yogatimene var noe de sammen som ektepar gledet seg til hver uke, og at det var fint at de hadde noe positivt å dele.

Tekstnær fortolkning

Det ble beskrevet av informantene at det å trene og være sammen med andre i samme situasjon hadde betydning for dem. Det ga dem en trygghet og gjorde at man hadde forståelse for hva de andre gjennomgikk. Forståelse, trygge rammer, ekstra hender, motivasjon og lystbetont var stikkord som gikk igjen. Informantene hadde en positiv opplevelse av gruppetreningen, det ga motivasjon og var lystbetont. Dette aktualiser en diskusjon rundt hvilken type behandling man tilbyr personer med Parkinson, som tradisjonelt blir behandlet en til en. Det åpner for å se på om behandling i gruppe kan gi mer motivasjon og dermed høyere læringsutbytte enn ved individuell behandling. Generelt kan det være interessant å se på diagnosespesifikke grupper, da dette gjør tilnærmingen mer spesifikk og synes også å ha stor betydning for motivasjon, forståelse og trygghet til deltagerne.

7.4.2 Subtema 2 ”God atmosfære”

Informantene la vekt på at det under treningen var en behagelig og god atmosfære noe som dem ga ulike innsikter i betydningen av instruktørens væremåte, rommet, lys og musikk.

Informantene la vekt på at medisinsk yoga som ”treningsform” i seg selv hadde mye å si for atmosfæren, i motsetning til annen trening. Det ble trukket frem at det var annerledes enn ”vanlig trening” fordi man i yoga går inn i seg selv og jobber med å slappe av.

Informantene mente at dette var viktig for den gode atmosfæren.

Anna: ”Jeg tror det hadde mye å si at det var yoga, for det skapte sånn rolig.. at man går inn i seg selv å jobbe med å slappe av, for vi trenger det. Og det sammen med at vi pratet før og etter, og møttes der å drakk kaffe etterpå og det varierte litt”.

Informantene beskrev at det varme lokalet og omgivelsene var med på å sette rammene rundt treningen. De hadde myke ullmatter som de kunne ligge på, pute under hode og pledd om det var ønskelig. De hadde stoler og andre ulike verktøy som sakkosekk til å tilpasse øvelsene til hver enkelt. Man kunne velge selv om man ønsket å sitte i yogastilling på gulvet, på stol eller stå. Det ble også anvendt musikk til pusteøvelsene og avspenningen. Informantene sa at musikken var dyp, rolig og behagelig med lyd av hav og bølgeskvulp som fikk en til å slappe av. Klaus fortalte at musikken gjorde noe med helheten:

” Den var veldig behagelig og man får en egen følelse av den der musikken..”

Informantene sa at instruktørene bidro til å skape ”god stemning”. Det ble beskrevet som at instruktørene var veldig behagelige og at de skapte en god atmosfære med sine vesen. De var tilstedeværende og lyttet til deltagerne hvis noen hadde noe å si. De sa at man gjør så godt man kan, og ens beste er godt nok. Informantene sa at de snakket i lavt toneleie med rolig stemme, noe som fikk dem til å stresse ned.

Anna oppsummerte det slik:

”De skapte en god atmosfære der. Ja de var veldig hyggelig, de var veldig blid, de var veldig lun, mild... Og de ventet, og de hadde forståelse av at vi var forskjellig, og ja pratet litt, lyttet.”

Tekstnær fortolkning

Funnene i dette subtemaet aktualiserer hvilken betydning tilrettelegging av omgivelser kan ha for at deltagerne skal komme i riktig stemning til å kunne fokusere på avspenning og stressreduksjon. Det ble poengtert at omgivelsene som varme lokaler, mykt underlag og rolig musikk, samt instruktørenes væremåte var betydningsfullt for treningen og den gode atmosfæren. Videre peker resultatene mot at instruktørenes væremåte spiller en aktiv rolle i å skape denne stemningen. Dette gjorde de igjennom valg av tilbakemeldinger, bruk av toneleie og at de viste oppmerksomhet ovenfor deltagerne. Andre innsikter var at medisinsk yoga som treningsform med rolige bevegelser, fokuset rettet innover i seg selv og på pusten skapte en behagelig rolig atmosfære.

7.5 Drøfting tema 2: ”Et fellesprosjekt”

Tema 2 skildret at informantene hadde glede av og utbytte av å trene sammen med andre i samme situasjon. Omgivelsene og instruktørene var med på å skape trygge rammer omkring treningen/lærings situasjonen som syntes å være betydningsfull for informantene.

7.5.1 Felles skjebne

Informantene poengterte at det å være sammen med andre likesinnede i samme situasjon var viktig for dem. Vår interaksjon med andre subjekter avhenger av sensomotoriske prosesser. Vi tolker andres bevegelse og uttrykk som en form for intensjonalitet- rettethet- som meningsfull og målrettet. Vi tolker andres intensjonalitet som en ”operativ intensjonalitet”, det vil si at subjektet som er gjenstand for erfaring er forbundet med verden gjennom en intensjonalitet, som ikke bare er redusert til mentale stadier, men en intensjonalitet som er motorisk og kroppslig (39, kap.4). Når man får en sykdom kan dette endre ens væren-i-verden. Dette beskrives av filosofen Toombs som selv opplevde å få sykdommen MS. Hun deler erfaringer om hvordan andre endrer syn på en og ens kropp når man blir syk. Dette er innsikter som kan bidra til å forklare hvorfor det føltes godt at man var sammen med andre som hadde samme erfaring som en selv (54, s.18). Man kan tenke at den felles skjebnen man deler i en sånn gruppetrening legger noen andre rammer for en fellesforståelse. Informantene beskrev at de opplevde det som trygt, og at de hadde en gjensidig forståelse av hverandre ved å ha samme sykdom. Dette kan tolkes som at de på bakgrunn av sin egen intensjonalitet tolket andres rettethet. Vi ser andres kropp gjennom våre egne øyne, og det å ha samme sykdom eller det å være i og være i samme situasjon kan muligens føre til at man forstår den andres intensjonalitet mot verden i større grad, og det gjør også at man lettere kan hjelpe hverandre (39, kap.4).

Merleau-Ponty beskriver intersubjektiviteten eller måten vi mennesker omgås hverandre på, som at det er ens kropp som danner ens synspunkt på verden, og at det er ved hjelp av vår kropp at vi forstår andre mennesker. Ifølge Merleau-Ponty er enhver kropp er synlig for andre, og vi ser ikke andres kropper som rene objekter eller ting, vi ser uttrykksfulle meningsfulle subjekter som inviterer til kommunikasjon (38, s. 111-114). Det vil si at intersubjektiviteten, hvordan vi mennesker persiperer eller inntar andres, og vår felles verden på, gjøres gjennom vår kropp og hva kroppen kommuniserer. Dette blir

problematisk hvis ikke kroppen lystre på det du ønsker å uttrykke. Informantene beskrev med store ord at den felles forståelsesrammen ved å trene med andre i samme situasjon skapte trygghet, gjensidig glede og respekt. Trolig fordi de på bakgrunn av å ha samme diagnose har mange like forutsetninger for å se verden på samme måte.

Thornquist skriver at det som for oss er fremmedartet kan være vanskelig å forstå, mens det vi er fortrolig med blir umiddelbart forstått (38, s.129). Informantenes positive opplevelse av gruppetreningen kan forstås som et uttrykk for at deres felles diagnose kan bidra til en fortrolighet og trygghet i en sånn situasjon.

Et annet interessant funn som jeg ikke finner noe litteratur på var pårørendes deltagelse på gruppetimene. Det er grunn til å tro at pårørendes væren-i-verden også endres når ens pårørende blir syk. Informantene trakk frem at det var viktig at pårørende ble inkludert og at det opplevdes som trygt at de var tilstede og kunne hjelpe. Parkinson sykdom har vist seg å ha store konsekvenser for den parkinsonrammede når det gjelder livskvalitet. Personer med Parkinson sykdom har i snitt lavere livskvalitet sammenlignet med både sykdomsgrupper som slag og artritt. Innflytelsen Parkinson sykdom har på livskvaliteten rammer ikke bare den parkinsonrammede med også partnere og familiemedlemmer (2, s.23). Dette var noe som var både overaskende og interessant sett fra et fysioterapeut perspektiv. Informantenes beskrivelser ga innsikter i at pårørendes tilstedeværelse i gruppetreningen var positivt både for de parkinsonrammede og de pårørende. Dette var innsikter som kan være interessante å reflektere over i oppfølgingen av denne pasientgruppen, særlig fordi forskning viser at de pårørende til personer med Parkinson også blir rammet av lavere livskvalitet enn den generelle befolkningen.

7.5.2 Gruppetrening

Det er beskrevet lite i litteraturen om gruppetrening til personer med Parkinson. Informantenes positive opplevelse av dette, er således et interessant funn. På generell basis foreligger det noe forskning om forskjellene mellom individuell trening og gruppetrening. Et randomisert kontrollert pilotstudie så på effekten av gruppebasert versus individbasert trening på motorisk læring til barn med koordinasjonsvansker (55). I studien ble de delt inn i to grupper hvor de alle skulle følge et spesielt motorisk treningsprogram i 8 uker. Den ene gruppen mottok gruppetrening, og den andre gruppen fikk individuell trening.

Resultatene viste at gruppebasert trening ga så å si like stort læringsutbytte som gruppen som mottok individbasert trening. Det ble derfor konkludert med at gruppebasert trening trolig er å foretrekke som behandlingsintervensjon på grunn av kostnadsbesparelsen (55). Bunkan skriver at pasienter som er i samme gruppe bør være på noenlunde samme ressursnivå- dette er også noe som underbygger informantenes beskrivelser av det å være i gruppe sammen med andre med samme sykdom (20, s.404). Dette er en innsikt som kanskje kan være til nytte for helsepersonell og særlig fysioterapeuter når man ser hvilken nytteverdi gruppetrening hadde for informantene i masterstudien. En studie jeg refererte til tidligere hadde gruppebasert intervensjon over 8 uker med mindfulness og yoga til personer med Parkinson. De diskuterer i sine funn om det at pasientene som mottok MBI muligens opplevde stor fremgang også skyldes positive effekter på sosialt nivå ved å delta i en gruppetrening med andre i samme situasjon. De diskuterer også i denne studien at det å delta i en gruppe muligens har hatt en positiv effekt, men siden det var en kvantitativ studie blir dette bare antagelser (10). Men likevel interessante antagelser sett opp i mot funnen fra min studie.

Ved at medisinsk yoga ble tilbudt som gruppetrening så ble det lagt opp til at deltagerne ble utfordret på et sosialt nivå, tillegg til kropp- og individnivå. Samtidig trakk informantene frem at gruppetreningen ble et sosialt møtepunkt, hvor de traff andre i samme situasjon, snakket sammen og kanskje gjorde noe sosialt etter treningen. Man kan anta at det hadde positive effekter på flere ulike ICF nivåer (56). Det finnes en rekke behandlingsgrupper i fysioterapi, så det å arbeide med gruppebehandling er et kjent fenomen. Sosial læring i en gruppe er et vesentlig aspekt ved gruppetrening. Deltagerne lærer å ta hensyn til hverandre og forstå hverandre, de kan gi tilbakemelding til hverandre og oppmuntring, noe man ikke får når man har individuell tilnærming. Dette ble løftet frem av deltagerne som positivt (20, s.401). Negative aspekter med gruppebehandlingen kan være at gruppen kan fort bli for stor og at deltagerne kan forsvinne i mengden og ikke få tilstrekkelig hjelp og veiledning (20, s.401). Informantene løftet blant annet frem at de ved et par anledninger opplevde å få en hånd i ryggen eller andre korreksjoner ved hjelp av terapeutens hender, dette etterspurte de i større grad da det ga en større kroppsbevissthet og muligens eierskap til bevegelsen. Muligens ble ikke dette benyttet mer fordi gruppen var for stor, men det er bare antagelser.

7.5.3 Motivasjon og læring

Informant 1 og 3 fortalte la også vekt på at motivasjonene ble økt ved å trene sammen med andre i samme situasjon og ved å trene i gruppe istedenfor alene. Flere forfattere peker på betydningen av motivasjon for pasienters mestringsevne, autonomi og læring (33, kap.1, 57, 58). Forfatteren Majnemer beskriver ved flere studier hvor viktig motivasjon er for barns læring, mestring og utvikling av ferdigheter (57, 58). Det er grunn til å anta at dette også er innsikter som kan ha overføringsverdi til voksne. Annen litteratur har også vist at det er stor sammenhengen mellom emosjoner, oppmerksomhet, motivasjon og læring (33, kap.1). Betingelsene for læring rask oppsummert er at det skal være tilstrekkelig antall nerveceller som er plastiske og kan endre sine egenskaper ved bruk. Det finnes gode holdepunkter for at læring og hukommelse henger sammen med endring av synapsers egenskaper (5, kap 2, 33, kap 1). Synapsene er kontaktstedet mellom nerveceller hvor de utveksler informasjon og kommuniserer. Nervecellen mottar informasjon til enhver tid, og transmittere bestemmer hvor kraftig den skal reagere på stimuli, altså om den sender det videre eller ikke. Vi har transmittere som hjelper synapsen til å formidle om hvem, hva og hvor vi er. Disse overfører rask og presis informasjon og de viktigste transmitterne er Glutamat (eksitatorisk) og GABA (inhibitorisk). Andre synapser som har langsommere og mindre presis påvirkning, har en såkalt modulerende virkning. Disse er først og fremst med på å øke sensitiviteten eller nedsette synapsens sensitivitet for informasjon fra presise synaptiske påvirkninger. Eksempler på transmittere som har denne typen virkning er serotonin, noradrenalin og dopamin. På cellulært nivå betyr dette at to ulike påvirkninger av nevronet samtidig stimulerer et nevron for at det skal ”huske” påvirkningen. De presise synaptiske påvirkningene gir den presise informasjonen om det som skal huskes for eksempel et ansikt, men det modulerende nevronet forteller om informasjonen er viktig (33, kap.1). Dette er særlig interessant for læring, da disse modulerende transmitterne ses å øke synapsens plastisitet- nemlig dens evne til å endre seg ved bruk. Modulerende transmittere er viktig for oppmerksomhet, stemningsleie og motivasjon. Samt at det ser ut som om modulerende transmittere er viktig for nervesystemets plastisitet og dermed læring (5, kap 2, 33, kap 1). Man kan kanskje anta at motivasjon under trening er ekstra viktig for personer med Parkinson, da de i utgangspunktet har mindre dopamin sammenlignet med friske individer (3, kap.33).

Motivasjon er et viktig stikkord, og motivasjonen avhenger at det som skal læres gir mening for individet. Herunder kan det antas at medisinsk yoga hadde positiv innvirkning

på fysiologiske endringer som skaper læring, da informantene ga uttrykk for at denne formen for trening ga motivasjon og var meningsfull for dem (33, kap.1).

Informantene la vekt på at medisinsk yoga som ”treningsform” i seg selv hadde mye å si for atmosfæren, i motsetning til annen trening. Det ble trukket frem at det var annerledes enn ”vanlig trening” fordi man i medisinsk yoga går inn i seg selv og jobber med å slappe av. Informantene mente at dette var viktig for den gode atmosfæren. Og noe som ble verdsatt høyt av informantene var omgivelsene når de hadde medisinsk yoga. Det ble trukket frem at det var varmt, med mykt underlag, og muligheter for å tilrettelegge med en stol, en pute under hode osv. All form for trening er læring, dette ble også drøftet ved drøfting av resultatene av subtema 1. Motorisk kontroll er et samspill mellom individ, oppgave og miljø. Når informantene opplevde miljøet som tilpasset til oppgaven så kan man anta at de hadde høyere læringsutbytte av treningen, da man hele tiden kunne endre miljøet etter oppgaven og individets utfordringer ved hjelp av underlag, utgangsstilling, tempo osv. (6, kap.1).

7.5.4 Instruktørene

Informantene trakk frem at instruktørens fremtoning som behagelige vesen, at de var lyttende og tilstedeværende var en viktig del av treningen, og var med på å skape trygghet og en god atmosfære. Informantene beskrev at instruktørene snakket rolig og med lavt toneleie. Thornquist har noen interessant poenger angående helsepersonell/terapeut og ens egen intensjonalitet. Som helsepersonell oppfordres man av fenomenologer at man skal prøve å sette seg inn i pasientens ståsted og forstå hva det innebærer å være syk (38, s.129-135). Hva slags refleksjoner har jeg angående min kropp når jeg kommer inn til en syk pasient? Dette er noe fenomenologien ikke bringer nok på bane ifølge Thornquist, som henviser til at det ikke bare er viktig å forstå pasientperspektivet, men at man også som terapeut eller behandler må være bevisst sin egen intensjonalitet og fremtoning (38, s.129-135). En psykologstudie som ser på en terapeuts egenskaper for å lykkes med behandling viser at terapeutens egenskaper har mye å si for resultatet av behandlingen (59). Terapeuter som blir oppfattet som varme, aksepterende, engasjerte, empatiske og interagerende ser ut til å etablere bedre samarbeid med pasientene. Karakteristikk som å være åpen, fleksibel og respektfull og som fasiliterer pasientens følelsesmessige uttrykk ble positivt assosiert med gode scorer i alliansebygging (59). Informantene beskrev instruktørene som

behagelige, lyttende, støttende og empatiske. Dette er et aspekt ved medisinsk yoga-tilbudet som er viktig å løfte frem. Informantene fortalte at de hadde to instruktører til en nokså liten gruppe med mennesker. Det er grunn til å tro at dette gjorde at instruktørene kunne være tett på deltagerne i gruppen. En alliansebygging er viktig i terapeutisk sammenheng (59). Og informantenes beskrivelse av instruktørens betydning for gruppetreningen understreker dette, og er viktige innsikter også for fysioterapi praksis.

8.0 Avsluttende diskusjon

Hensikten med studien har vært å innsamle erfaringsviten om hvordan personer med Parkinson sykdom erfarte å delta i medisinsk yogagruppe i ett år. Alternative behandlingsformer er en del av tilbudet til Parkinson sykdom, og som de ofte benytter seg av. I tillegg viser forskningen at fysioterapeuter ofte integrerer alternative behandlingsformer i sin kliniske praksis i behandling av personer med Parkinson sykdom. Personer med Parkinson sykdom opplever å få nedsettelse på kroppsskjema som både omfatter motoriske og kognitive forandringer. Parkinson sykdom betegnes først og fremst som en motoriske bevegelsesforstyrrelse (31). Dette vises ved at den parkinsonrammede får problemer med å opprettholde og sette i gang bevegelser, samtidig opplever flere at kroppen blir stiv og rigid og at de skjelver ukontrollerbart (2).

Studiens resultater indikerer at personer med Parkinson sykdom har nytte av å jobbe samtidig med pust, øvelser og kroppsbevissthet for å oppnå en mer bevegelig og håndterbar kropp. Informantenes beskrivelser av å trene i gruppe sammen med andre i samme situasjon ga innsikter som viser at diagnosespesifikke grupper kan ha fordeler på flere ulike nivå. Ved å ha diagnosespesifikke grupper kan man skreddersy et opplegg som er tilpasset den aktuelle patologien. Dette samsvarer med den helhetlige forståelsen som presenteres i artikkelen ”The Body and Physiotherapy” (60). De anvender fagbegrepet embodiment, for å forstå hele mennesket. Embodiment er en tredelt måte å se pasienten på. Først ser man etter den aktuelle patologien, så ser man etter personens levde erfaring med helse og sykdom, og tilslutt så ser man etter sosiale normer som former menneskenes kroppslige erfaringer og oppførsel (60). Funnene i studien indikerer at måten medisinsk yoga-gruppen ble strukturert på hadde et helhetlig perspektiv på deltagerne. Det kan forstås ut i fra et kroppsphenomenologisk perspektiv da informantene syntes å ha en gjensidig

forståelse av hverandres intensjonalitet, da de kjenner seg igjen i hverandres væren-i-verden. I et biomedisinsk perspektiv vil det også være hensiktsmessig at personer med Parkinson trener med andre med samme diagnose eller samme type patologi i hjernen, da de i større grad kan ha nytte av eksplisitt læring fremfor den mest valgte implisitte læringsformen ved trening, og i fysioterapi (6, kap.2, 34). Dette argumenterer for å ha diagnosespesifikke grupper, hvor man gir tilrettelagt behandling ut ifra bakenforliggende patologi og for å fremme sense of agency.

Prinsippene fra yoga kan gjenfinnes i blant annet fysioterapi (20, s.330), og mye av det som beskrives av informantene som tilrettelegging av miljø, herunder stå eller sitte på en stol, øvelsesutvalg som reise sette seg fra en stol, tøyninger og balanseøvelser samt instruksjoner som å fokusere på en god holdning er gjenkjennbart til fysioterapi, og ikke unikt for medisinsk yoga. Det som derimot skiller seg ut, og som informantene opplevde å ha nytte av var kombinasjonene av pust og øvelser. Dette er ikke så anvendt i tradisjonell fysioterapi, og heller ikke i nevrologisk fysioterapi. Derimot har kombinasjonen av pust og øvelser lenge vært kjent og anvendt spesielt innenfor psykomotorisk fysioterapi (20). Det som skiller seg fra hverandre er dog at man i psykomotorisk fysioterapi i større grad har fokus på bevegelser for å skape en fri pust. Både Bunkan og Fadnes med flere henviser til at en forsert respirasjon kan gjøre at pasienten blir veldig fokusert på pusten sin (20, 33). I tillegg er de begge kritiske til å kontrollere pusten. Dette var dog det som informantene trakk frem som noe som opplevdes som veldig positivt, da de ved kontrollere pusten kunne kontrollere kroppen i større grad. Et viktig poeng i denne sammenhengen er at man i psykomotorisk fysioterapi primært behandler personer med psykiske plager, noe som i større grad gir forstyrrelser av kroppsbilde, mens Parkinson sykdom primært nedsettelse i kroppsskjema. Dette gjør kanskje at man kan anta at forsert respirasjon som ble anvendt i medisinsk yoga kan ses å være gunstig om man har nedsettelse på kroppsskjema.

Man kan ha et kritisk blikk på om de øvelsene som ble tilbudt informantene kan kalles ”Yoga”? Informantene fortalte blant annet om en øvelse hvor de skulle reise seg så hurtig de kunne fra en stol, dette er ikke noe som er gjenkjennbart til ”normale” yoga øvelser. Men samtidig er det viktig å understreke at dette konseptet kalles medisinsk yoga, og at de hadde valgt ut øvelser spesielt tilrettelagt for gruppen. Det kan virke som om de har tatt litt her og der fra ting de vet og synes fungerer for personer med Parkinson, og deretter kalt konseptet for medisinsk yoga. Øvelsene, gruppesammensetningen og pusten er ikke

eksklusivt for medisinsk yoga, men innsiktene studien har vist er at disse tingene sammen ser ut til å oppleves positivt for personer med Parkinson, og dette er nyttig kunnskap for helsepersonell og særlig fysioterapeuter som jobber med denne pasientgruppen.

De nye innsiktene som er beskrevet i denne studien aktualiserer pustens betydning i terapi og treningssammenheng, trening i gruppe sammen med andre i samme situasjon, omgivelsenes innvirkning og instruktørens rolle. Kontrollerte pusteøvelser kan gi oss et vindu til å påvirke retikulærsubstansens aktivitet og derfor det autonome nervesystemet og som ellers er autonomt styrt. Beskrivelsene gitt i studien viser at sammenhengen mellom det å jobbe med fysiske øvelser og pust for personer med Parkinson sykdom kan gi dem bedre kontroll og styring av kroppens bevegelser og håndtering av stress. Dette er kunnskap som er aktuell ikke bare for personer med Parkinson, men andre med nedsatt sense of agency, eller forstyrrelser i kroppsskjema.

8.1 Videre forskning

Litteraturen viser at det å jobbe med bevisste pusteøvelser også kan påvirke det autonome nervesystemet og parasymptikus aktivitet, og det verserer teorier om at man ved å påvirke dette kan påvirke kroppens evne til å gjenvinne homøostase etter en påkjenning. Dette beskrives i litteraturen som vagal tonus. En høy vagal tonus beskrives som en høyere parasymptisk aktivitet, hvor subjektet har mindre inflammasjon og håndterer stress bedre, mens en lav vagal tonus er forbundet med økt utskillelse av stress hormoner, inflammasjon og dårlig evne til å gjenvinne homeostase i kroppen etter en stressreaksjon. Dette er interessante teorier, som kunne vært diskutert og forsket mer på- særlig i fysioterapi sammenheng, da påvirkning av vagal tonus ses å kan påvirkes gjennom manuelle teknikker, pust, avspenning og meditasjonsteknikker (52, 53).

LITTERATURLISTE

1. **Boll G. Om MediYoga - medisinsk yoga. Available from:**
<http://no.mediayoga.com/?visa=ommy>.
2. **European Physiotherapy Guidelines Parkinson`s disease [database on the Internet]. ParkinsonNet. 2014. Available from:**
<http://www.parkinsonnet.info/euguideline>.
3. **Gjerstad L, Helseth E, Rootwelt T, Dietrichs E, Enström K. Nevrologi og nevrokirurgi: fra barn til voksen : undersøkelse, diagnose, behandling. Høvik: Vett & viten; 2010.**
4. **Thuve Dahm K, M RL. Effekten av fysioterapi for pasienter med Parkinsons sykdom. <http://www.kunnskapssenteret.no>: Norsk Fysioterapeutforbund, 2009.**
5. **Brodal P. Sentral nervesystemet. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.**
6. **Shumway-Cook A, Woollacott MH. Motor control: translating research into clinical practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. X, 612 s. : ill. p.**
7. **Beyer N, Lund H, Klinge K. Træning i forebyggelse, behandling og rehabilitering. København: Munksgaard Danmark; 2008.**
8. **Edwards I, Jones R, Carr J, Braunack- Mayer A, G.M. J. Clinical reasoning strategies in physiotherapy. Physical Therapy. 2004;84(4):312-30.**
9. **Goodwin VA, Richards SH, Taylor RS, Taylor AH, JL. C. The effectiveness of exercise interventions for people with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. Movement disorders. 2008;23(5).**
10. **Pickut B, Vanneste S, Hirsch MA, Van Hecke W, Kerckhofs E, Mari, et al. Mindfulness Training among Individuals with Parkinson's Disease: Neurobehavioral Effects. Parkinson's Disease. 2015;2015:6.**
11. **MediYoga-Medisinsk Yoga og Parkinson Sykdom [database on the Internet]. 2013. Available from: <http://medisinskyoganord.no/kurs/mediyoga-medisinsk-yoga/medisinsk-yoga-og-parkinson-sykdom/>.**
12. **Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. utg, editor. Norge: Universitetsforlaget Oslo; 2011.**
13. **Polit DF, Beck CT. Nursing research. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012.**
14. **Lindahl M, Juhl C. Den sundhedsvidenskabelige opgave - vejledning og værktøjskasse. København: Munksgaard Danmark; 2010.**

15. Tomlinson CL, Patel S, Meek C, Clarke CE, Stowe R, Shah L, et al. **Physiotherapy versus placebo or no intervention in Parkinson's disease. Cochrane Movement Disorders Group. 2001. Epub 21 jan 2009.**
16. Strømme H. **Litteratursøking i evidensbasert praksis og forskning. Fysioterapeuten. 2008;8:30-2.**
17. Tomlinson CL, Patel S, Meek C, Clarke CE, Stowe R, Shah L, et al. **Physiotherapy versus placebo or no intervention in Parkinson's disease. Cochrane Database Systematic Review 2012;7:CD002817. 2012. Epub Epub 2012/07/13.**
18. Birdie SG, Legedza AT, Saper RB, Bertisch SM, Eisenberg DM, RS P. **Characteristics of Yoga Users: Results of a National Survey. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2008;23(10):1653-8. Epub 24 juli 2008.**
19. Wieland LS, Skoetz N, Manheimer E, Pilkington K, Vempati R, BM B. **Yoga treatment for chronic non-specific low-back pain. The Cochrane Library. 2013(7):14.**
20. Bunkan BH. **Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2001.**
21. Hall E, Verheyden G, A. A. **Effect of a yoga programme on an individual with Parkinson's disease: a single-subject design. informahealthcare journals. 2011;33(15-16):1483-9.**
22. Botolfsen P, J.L H. **Reliabilitet av den norske versjonen av Timed Up and Go (TUG) Fysioterapeuten. 2010;5/2010. Epub 16.02.2010.**
23. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Peto V, Greenhall R, N H. **The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39): development and validation of a Parkinson's disease summary index score. Oxford journals, age and ageing. 1996;26(5):353-7. Epub 1997.**
24. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, B M. **Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Canadian Journal of Public Health. 1992;83(2):7-11.**
25. Kelley KK, Aaron DD, Hynds KK, Machado EE, Wolff MM. **The Effects of a Therapeutic Yoga Program on Postural Control, Mobility and Gait Speed in Community-Dwelling Older Adults. Journal of alternative and complementary medicine. 2014.**

26. Colgrove YS, Sharma N, Kluding P, Potter D, Imming K, et.al VdHJ. Effect of yoga on motor function in people with Parkinson's disease: a randomized, controlled pilot study. *Journal of Yoga & Physical Therapy*. 2012;2(112).
27. Wahbeh HNE, Siegward-M MD; Oken, Barry S. MD. Mind-body interventions: Applications in neurology. *Neurology*. 2008;70(24):2321-8.
28. Smith C, L H. The effects of non-pharmacological interventions on fatigue in four chronic illness conditions: A critical review. *Physical Therapy Reviews*. 2007;12:324-34.
29. Fuzhong L, Harmer P, Fitzgerald K, Eckstrom E, Stock R, Galver J, et al. Tai chi and postural stability in patients with Parkinson's disease. *The New England journal of medicine*. 2012;366(6):511-9. Epub 2012/02/10.
30. Wahlstrom M, Rydell Karlsson M, Medin J, Frykman V. Effects of yoga in patients with paroxysmal atrial fibrillation - a randomized controlled study. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2016. Epub 2016/03/16.
31. Dietrichs EE. Bevegelsesforstyrrelser og basalganglienes funksjon. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 2008;128(17):1968-71.
32. Raine S ML, Lynch-Ellerington M. *Bobath Concept Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation*. United Kingdom: Wiley; 2009.
33. Fadnes B. LK, Brodal P. *Læringsnøkkelen*. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
34. Saywell NN, Taylor DD. The role of the cerebellum in procedural learning--are there implications for physiotherapists' clinical practice? *Physiotherapy theory and Practice*. 2008;24(5):321-8.
35. Thelen E. Motor development. A new synthesis. *The American psychologist*. 1995;50(2):79-95.
36. Ulla Ingwersen JBA. *Lungefysioterapi*. Danmark: Munksgaard Danmark, København 2001; 2008. 172 p.
37. Fiennes M. *Yoga for real life*: Cappelen damm AS; 2011.
38. Thornquist E. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
39. Gallagher S. *Phenomenology*. 1 ed. University College Cork, Ireland: Palgrave Macmillan UK; 2012.
40. Birkler J. *Videnskabsteori*. København: Munksgaard Danmark; 2005.

41. **Gallagher S. How the body shapes the mind. oxford, New York: Oxford university press; 2005.**
42. **Øberg GK, Normann B, Gallagher S. Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. Physiotherapy theory and Practice. 2015;31(4):244-52.**
43. **Per Brodal. Det nevrobiologiske grunnlaget for balanse. Fysioterapeuten. 2004;8:5.**
44. **Starks H, Trinidad SB. Choose your methods: A comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. Qualitative Health Research. 2007;17(10):1372-80.**
45. **Skjærven LH, Kristoffersen K, G G. An eye for movement quality: A phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapists' understanding of the phenomenon. Physiotherapy theory and Practice. 2008;24(1):13-27.**
46. **Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax forlag; 1994.**
47. **Olsen H. "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? Sosiologisk tidsskrift. 2003;10:123-53.**
48. **Kvale S, Brinkmann S. InterView: Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels forlag; 2009.**
49. **Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. Scandinavian Journal of Public Health. 2012;40(8):795-805.**
50. **Helsinki Wdo. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 1964, oppdatert i 2008.**
51. **Li S, Francisco GE. New insights into the pathophysiology of post-stroke spasticity. Frontiers in human neuroscience. 2015;9:192.**
52. **Streeter CC, Gerbarg PL, Saper RB, Ciraulo DA, Brown RP. Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. Medical Hypotheses. 2012;78(5):571-9.**
53. **Andersson U, Tracey KJ. Reflex principles of immunological homeostasis. Annual review of immunology. 2012;30:313-35. Epub 2012/01/10.**
54. **Toombs SK. The lived experience of disability. Kluwer Academic Publishers. 1995;Human studies 18:9-23, 1995:15.**
55. **Hung WW, Pang MY. Effects of group-based versus individual-based exercise training on motor performance in children with developmental coordination**

- disorder: a randomized controlled study. Journal of rehabilitation medicine. 2010;42(2):122-8. Epub 2010/02/09.**
- 56. F.Pran. ICF - et felles språk for funksjon. fysioterapeuten. 2007;7(6):3.**
- 57. Majnemer. Mastery motivation in adolescents with cerebral palsy. Elsevier. 2013;34:9.**
- 58. Majnemer. Importance of Motivation to Children's Participation: A Motivation to Change. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 2011;31(1-3).**
- 59. Nissen-Lie HA, Monsen JT, Ronnestad MH. Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach. Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research. 2010;20(6):627-46. Epub 2010/08/26.**
- 60. Nicholls DAD. The body and physiotherapy. Physiotherapy theory and Practice. 2010;26(8):497-509.**

VEDLEGG 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Yoga til personer med Parkinson”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor formålet er å se nærmere på erfaringer med å trene yoga for personer med Parkinson sykdom. Hensikten med studien er å få økt innsikt i hva personer med Parkinson har erfart med medisinsk yoga som treningsform.

Du er valgt ut til studien fordi du deltar i medisinsk yogagruppe for personer med Parkinson. Det vil bli valgt ut tre personer av de som ønsker å delta på prosjektet, disse tre personene velges ut sånn at intervjuene får størst mulig variasjon.

Mitt navn er Ina Kvam Leraand, jeg er fysioterapeut i privat praksis og arbeider hos Heimdal fysikalske Institutt i Trondheim. Dataene samles inn i forbindelse med mitt masterstudie i klinisk nevrologisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Det er Universitetet i Tromsø som er ansvarlig for denne studien.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer et intervju på ca. 1 time. Intervjuet vil rette seg mot hvilke erfaringer du har gjort deg med å delta i en medisinsk yogagruppe. Spørsmålene vil handle om din opplevelse av å trene medisinsk yoga, å delta i gruppe og hvordan øvelsene var. Jeg vil anvende en båndopptaker til å ta opp intervjuet med.

Intervjuet vil finne sted i Bodø i Januar 2013.

Mulige fordeler og ulemper

Studien tar sikte på å gi økt innsikt i hvordan personer med Parkinson erfarer å praktisere yoga. Dette vil være til fordel for personer med Parkinson og for fagpersoner som arbeider med Parkinson. Det er ikke forventet at studien vil medføre noen ekstra belastning for deg, foruten at du må sette av tid til en times intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

Lydopptakene fra intervjuene vil bli oppbevart nedlåst under arbeidet med mastergradsoppgaven. Lydopptakene vil kun bli brukt som hjelp for å gi et mest mulig autentisk bilde av det som ble sagt under intervjuene. Det vil ikke bli anvendt personidentifiserende opplysninger i presentasjonen av resultatene i oppgaven.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til datamaterialet og som kan finne tilbake til deg. Alt materialet, som f.eks. lydopptakene, vil bli slettet etter innlevering og bestått masteroppgave, i utgangen av mai 2016.

Resultatene vil bli publisert slik at du ikke kan identifiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre deltagelse i yogagruppen. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke, så fremt datamaterialet ikke har inngått i analysearbeidet.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte mastergradsstudent Ina Kvam Leraand, tlf: 98013317 eller mail: inakl_88@hotmail.com, eller min veileder Eirik Lind Irgens, mail: eirik.l.irgens@uit.no.

Med vennlig hilsen,

Ina Kvam Leraand

Mastergradsstudent, Klinisk nevrologisk fysioterapi

Universitetet i Tromsø

Samtykke til deltakelse i studien.

Jeg har lest informasjonen om studien, og jeg samtykker til å delta i den.

Sted og dato:.....

Underskrift:.....

Kontaktinformasjon

Navn:.....

Alder:.....

Kontakt(Telefonnummer eller mailadresse):.....

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

Sted og dato:.....

Underskrift:.....

VEDLEGG 2

Intervjuguide

NB: Personens erfaringer/opplevelser står i sentrum i intervjuet

Gruppetrening

Ønsker å stille utdypende spørsmål til informantene om gruppetrening.

- Trening sammen med andre
- Fellesskap
- Individuell tilpasning
- Stemning

Yoga

- Hvilke erfaringer har du gjort deg med Medisinsk yoga etter å ha deltatt på kurset?
- På hvilken måte var kurset tilrettelagt for gruppen
- Hvordan erfarte du å trene yoga? Kan du gi eksempler på treningen?

Omgivelser

Ønsker å stille utdypende spørsmål til informantene om omgivelser, herunder er noen stikkord.

- Musikk
- Lokaler
- Utstyr
- Underlag
- Nytt spørsmål: Pårørendes tilstedeværelse på Yoga kurset, og dets betydning

Øvelser

Ønsker å stille utdypende spørsmål om øvelsene, herunder er noen stikkord.

- Type øvelser
- Hva vektlegges
 - o Pust, rytme, kroppsholdning, bevegelse, balanse/postural kontroll
- Instruksjoner
- Instruktørens rolle

Utdypende spørsmål om hva slags betydning disse faktorene har for personer med

Parkinson:

- Funksjon
- Livskvalitet
- Sykdomshåndtering

VEDLEGG 3

Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat	Ekte sitat
"Gjenvinne kontroll over kroppen"	I. "Bevisst på hvordan jeg beveger kroppen"	<p>I. Målet med yogaen og øvelsene var å få bedre kroppsbevissthet, kontroll over pusten og lære seg å avspenne. Og veien er jo målet så jeg jobber stadig med det. Jeg bruker øvelsene til daglig.</p> <p>Hovedfokuset i øvelsene var å holde ryggen rett og pusten dyp. Vi satt gjerne langt ute på stolen, hadde hendene på knærne og brystkassen frem, så rullet vi bekkenet frem og tilbake- pustet inn når vi hadde brystkassen frem og pustet ut når vi krummet oss. Hele tiden hadde vi øynene igjen. Vi kunne sitte på stol, eller i yogastilling på gulvet. Vi hadde ulike variasjoner hvor vi satt og plasserte armene opp på skuldrene, vi vridde fra side til side, eller bøyde først mot høyre så mot venstre. Da pustet vi inn til en side og ut til den andre siden. Vi brukte rotlås- hvor vi trakk inn og strammet opp magemuskelen, endetarmsmuskelen og bækkenet i øvelsene. Igjen så var fokuset hele tiden på pusten.</p> <p>Det er lett å bli fokusert på om side mannen får til noe du kanskje ikke klarer, men det var ikke noe problem, for vi ble stort sett bedt om å lukke øynene, holde hodet høyt og fokusere på et punkt mellom øyenbrynene.</p>	<p>I. "O: ja ha, målet va å lær sæ å styr pusten og det va å lær sæ avspenning , og selvfølgelig det å strekk og vær bevisst på kossen man har kroppen."</p> <p>I. "O: hovedfokuset.. det trur æ va det å holde ryggen rett, trur æ, det va, det gikk mest på det, å sitte langt ut på stolen og, sitt langt ut på stolen og ha hendern på knærne og ha brystkassa, lukk igjen øyan, se rett frem og trekke pusten samtidig, så du trekke brystkassa frem og opp, også rulla du bakover mens du pusta ut, for da får du den gymnastikken for ryggen som ryggen treng, for vi bli stiv, for vi rulla frem med brystet, så hadde vi øyan igjen, så krumma vi ryggen og rulla bakover, så puste du samtidige som du gjør det der. Og vi hold på ganske mange ganga, det va ikke bare 5-10 ganga, vi holdt på ei ganske bra stund."</p>

VEDLEGG 4



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Gjøril Bergva	Telefon: 22845529	Vår dato: 15.11.2013	Vår referanse: 2013/1854/REK sør-øst D
			Deres dato: 01.10.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Til Eirik Lind Irgens

2013/1854 Medisinsk yoga til personer med Parkinson

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

Forskningsansvarlig: Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet

Prosjektleder: Eirik Lind Irgens

Prosjektomtale (revidert av REK):

Hensikten med studien er å samle inn erfaringsviten om hvordan personer med Parkinson erfarer øvelsesutvalget og teknikkene som benyttes i yoga. Følgende problemstilling er valgt: "Hvilke erfaringer har personer med Parkinson med medisinsk yoga som treningsform?". Utvalget vil være personer med Parkinson sykdom som er inkludert i en treningsgruppe som praktiserer medisinsk yoga. For å belyse den levde erfaringen disse har med medisinsk yoga, velges en fenomenologisk innfallsvinkel. Tre deltagere inngår i studien og hver av dem skal intervjues i 1 time.

Vurdering

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer personer med Parkinson har med medisinsk yoga som treningsform. Slik komiteen oppfatter søknaden, er hovedfokus på kvaliteter ved øvelsesutvalget, omgivelsene, instruksjonene og målene for treningen. Komiteen vurderer at prosjektet, slik det er presentert i søknad og protokoll, ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven.

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde da det ikke oppfyller formålet, jf. § 2. Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Gjøril Bergva
Rådgiver

Kopi til: gyrd.thrane@uit.no; postmottak@uit.no

VEDLEGG 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Eirik Lind Irgens
Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 18.12.2013

Vår ref: 36389 / 2 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.11.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 11.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36389</i>	<i>Medisinsk yoga til personer med Parkinson</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Eirik Lind Irgens</i>
<i>Student</i>	<i>Ina Kvam Leraand</i>

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

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 14.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ina Kvam Leraand inakl_88@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36389

Formålet med studien er å undersøke hvordan personer med Parkinson (PMP) opplever og erfarer å trene medisinsk yoga.

Utvalget består av personer med Parkinson sykdom som er inkludert i en treningsgruppe med medisinsk yoga. Prosjektet er avklart med Medisinsk yoga nord og Parkinsonforeninga i Bodø. Student/ tredjeperson inviteres til gruppe/kurs for å presentere prosjektet og formidle forespørsel om deltakelse.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 14.05.2016 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingssøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.