



Universitetet
i Stavanger

FAKULTET FOR UTDANNINGSVITENSKAP OG HUMANIORA


MASTEROPPGAVE

Studieprogram: Master i Idrettsvitenskap

Høstsemesteret, 2021

Åpen

Forfatter: Daniël Angelo Meijers


(signatur forfatter)

Veileder: Førstemanuensis Sebastian S. Sandgren

Tittel på masteroppgaven: Kvinners synspunkter om samfunnets tiltak og tilbud i forebygging av stillesitting.

Engelsk tittel: Women's views on societies measures and services offered in the prevention of sedentary behavior.

Emneord: Fysisk aktivitet, inaktivitet, health literacy, sedat atferd

Antall ord: 24709
+ vedlegg/annet: 5

Stavanger, 31.05.2022
dato/år

Forord

Å starte på studiet Master i Idrettsvitenskap, var ikke planlagt for et par år siden. Jeg tenkte at jeg hadde mine akademiske år bak meg etter fullført bachelorgrad, og oppnådd jobb i fulltids undervisningsstilling. Selv om det var tanken, våknet en interessert og nysgjerrighet i meg, som ønsket å utforske fagfeltet dypere. Så tok jeg steget og satt arbeidslivet på pause, for å følge mine interesser i idrettsvitenskap.

Som følge av dette har årene vært krevende og hektiske, men samtidig lærerike og tankevekkende. Dette på grunn av gode og dyktige lærere på universitetet, som var engasjerte i det de videreformidlet til oss studenter.

Etter mye lesing og skriving, hadde jeg endelig gjennomført alle eksamener som krevdes for å starte på å skrive masteroppgaven. Jeg har lært mye nytt og nyttig gjennom hele skrive- og forskningsprosessen. Ønsker spesielt å takke min veileder Sebastian S. Sandgren, som har vært en trygg og kunnskapsrik veileder. Takk for all tid du har brukt på veiledning, og for de gode konstruktive tilbakemeldingene jeg fikk som ga meg mulighet til forbedring.

Jeg vil takke alle deltagerne som tok tiden til å delta i min studie, uten dere kunne jeg ikke gjennomført dette. Ønsker også å takke familien min som har støttet meg gjennom prosessen hele veien. Sist, men ikke minst vil jeg takke min samboer, som har hørt på all min frustrasjon og ustoppelige refleksjoner, uten deg hadde ikke studien vært mulig. Tusen takk for hjelpen!

Sandnes, mai 2022

Daniël A. Meijers

Sammendrag

Samfunnet utvikler seg i en retning med økt grad av stillesittende atferd. Dette har ført til hyppig forekomst av livsstilssykdommer. Masteroppgavens formål er å belyse kvinners synspunkter rundt samfunnets bidrag i reduisering av stillesitting, men også å legge fram tanker og meninger om samfunnets innsats i tilrettelegging for fysisk aktivitet ved hjelp av tilbud og tiltak.

For å undersøke problemstillingen benyttes kvalitative forskningsintervju, der det ble gjennomført semi-strukturerte individuelle intervju med åtte kvinner i alder 30-60 år bosatt i et fylke i Norge. Videre har det blitt brukt tematisk analyse.

Funn viser at deltagerne mener samfunnet har en stor rolle i å fremme fysisk aktivitet og redusere inaktivitet. De mener dette gir positiv effekt på helsen. Deltagerne er delvis fornøyde med innsatsen samfunnet gjør. Det mangler tiltak og tilbud, noe de ønsker å ha tilgjengelig både på arbeidsplassen og på fritiden. Deltagerne opplever også lite arbeid med å fremme forståelsen rundt problematikken, og mener økt kunnskap vil kunne redusere stillesitting.

Studien konkluderer med at tilbud og tiltak må bedres, og siktes inn på rett målgruppe. Kunnskap rundt fysisk aktivitet og fordelene med større grad av fysisk aktivitet i hverdagen bør økes. Videre forskning bør rettes mot hvilke tiltak som treffer de ulike målgruppene og hvorfor tiltak treffer ulike grupper i så varierende grad, hvordan fysisk aktivitet påvirker sykefravær på arbeidsplasser, og hvordan samfunnet skal snu den økte tendensen til stillesitting.

Nøkkelord: Fysisk aktivitet, inaktivitet, health literacy, sedat atferd

Abstract

There is an increased degree of sedentary behavior in society. This is leading to the frequent occurrence of lifestyle diseases. The purpose of this study is to shed light on women's views on societies contribution to reducing sedentary behavior, and to present thoughts and opinions on societies efforts in facilitating physical activity through measures and services offered.

To investigate the problem, qualitative research is used, where semi structured individual interviews were conducted with eight women aged between thirty and sixty years old living in Norway. Thematic analysis has been used to analyze the data material.

Findings show that the participants believe that society has a major role in promoting physical activity and reducing inactivity. The participants are partly satisfied with the efforts society is making. There is a lack of measures and services offered, something they want to have available both in the workplace and in their leisure time. The participants also experience that little is being done promoting knowledge to understand the problem and believe that increased knowledge will be able to reduce inactivity.

The study concludes that measures and offers must be improved and aimed at the right target group. Knowledge about physical activity and the benefits of a greater degree of physical activity in everyday life should be increased. Further research should be directed at which measures affect the different target groups and why measures affect different groups to such a varying degree, how physical activity affects sick leave in the workplace, and how society should reverse the increased tendency of inactivity.

Keywords: Physical activity, inactivity, health literacy, sedentary behavior

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Innholdsfortegnelse	iv
Oversikt over operasjonelle definisjoner, figurer og tabeller	vi
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tematikken.....	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Forskningsspørsmål	3
1.4 Oppgavens struktur	4
2.0 Teori	5
2.1 Fysisk aktivitet	5
2.1.1 Fysisk inaktivitet og sedat atferd.....	7
2.1.2 Den historiske utviklingen av fysisk aktivitet	7
2.2 Anbefalinger for fysisk aktivitet i Norge	8
2.2.1 Statusen på befolkningen med tanke på fysisk aktivitet dagen i dag	9
2.3 Forebygging av livsstilsykdommer ved hjelp av fysisk aktivitet	11
2.3.1 Hjerte- og karsykdom.....	12
2.3.2 Diabetes type II	13
2.4 Implementering av tiltak og tilbud.....	14
2.4.1 Aktiv transport og viktigheten av nærområder for fysisk aktivitet	15
2.4.2 Forskning rundt tiltak for å øke fysisk aktivitet på arbeidsplassen	16
2.5 Health Literacy, kunnskap som forebygging	17
2.6 Oppsummering.....	19
3.0 Metode	20
3.1 Metodisk tilnærming og forskningsdesign.....	20
3.1.1 Maxwells Forskningsdesign Modell	21
3.2 Forskerens forkunnskap og forforståelse	22
3.2.1 Hermeneutikk.....	22
3.2.2 Forskerens forkunnskap	23
3.3 Etske vurderinger	23
3.4 Utvalg og Rekruttering.....	26
3.4.1 Rekruttering.....	26
3.4.2 Deltagere	26
3.4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	27
3.5 Prosedyre.....	27
3.5.1 Datainnsamlingsmetoden	27

3.5.2	Utvikling av intervjuguide	29
3.5.3	Pilottesting.....	30
3.5.4	Gjennomføring av intervju	31
3.5.5	Transkripsjon.....	32
3.6	Dataanalyse	33
3.7	Datakvalitet	36
3.7.1	Validitet	36
3.7.2	Reliabilitet	37
3.7.3	Overførbarhet	39
4.0	Resultat.....	40
Tema 1:	Samfunnets rolle for å fremme fysisk aktivitet og redusere stillesitting.....	40
Undertema 1:1:	Tanker rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting og øke fysisk aktivitet.....	41
Undertema 1:2:	Eksisterende tilbud og tiltak	42
Undertema 1:3:	Meninger rundt å forbedre tilbud og tiltak som vil være tilstrekkelig for folk flest for å redusere stillesitting.....	43
Tema 2:	Kunnskap om hvordan fysisk aktivitet og stillesitting påvirker egen helse.....	45
Undertema 2:1:	Opplevelser rundt hvordan samfunnet fremmer forståelse rundt stillesitting	46
Undertema 2:2:	Økt kunnskap som metode for å redusere stillesitting	48
5.0	Diskusjon	49
5.1	Samfunnets rolle rundt å fremme fysisk aktivitet og redusere stillesitting	49
5.1.1	Konsekvenser samfunnet vil få ved å ikke prioritere promotering av fysisk aktivitet.....	50
5.1.2	Inntrykket av samfunnet bidrag for å fremme fysisk aktivitet	52
5.2	Tiltak og tilbud som er tilstrekkelig for folk flest	54
5.2.1	Nærområder	54
5.2.2	Arbeidsplassen	56
5.3	Økt health literacy hos individer kan endre livstil	58
5.4	Styrker, svakheter og begrensninger med studien.....	60
5.5	Praktiske implikasjoner.....	61
5.6	Anbefalinger for videre forskning.....	62
6.0	Konklusjon.....	63
7.0	Litteraturliste.....	65
Vedlegg	1
Vedlegg 1:	Intervjuguide	2
Vedlegg 2:	Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.....	4
Vedlegg 3:	Kvittering og godkjenning fra NSD	8
Vedlegg 4:	Vurdering av REK.....	11
Vedlegg 5:	Risikoanalyse/Vurdering	12

Oversikt over operasjonelle definisjoner, figurer og tabeller

Operasjonelle definisjoner:

Tabell 1

Operasjonelle definisjoner

Begrep	Forklaring
Fysisk aktivitet	Den kroppslige bevegelsen som setter i gang skjelettmuskulatur som øker energiforbruket i kroppen (Caspersen et al., 1985; Herda & Cramer, 2016).
Health literacy	Individets utgangspunkt til å forstå, ta viktige avgjørelser angående sin helse, og forebygging av sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Sørensen et al., 2012).
Inaktivitet	En person som ikke oppnår det fysiske aktivitetsnivået som er ukentlig anbefalt (Tremblay et al., 2017).
Sedat atferd	Atferd i våken tilstand, men med et lavt energiforbruk som tilsvarer 1.5 METs eller mindre (Tremblay et al., 2017).
Stillesitting	Inaktiv aktivitet i våken tilstand, der en er i en liggende eller sittende posisjon med lavt energiforbruk. 1.5 METs eller mindre (Tremblay et al., 2017).
Voksne	Personer med en alder ≥ 20 år.

Note: Tabellen viser en oversikt operasjonelle definisjoner som har blitt brukt i oppgaven.

Forkortelser:

FHI	Folkehelseinstituttet
MET	Metabolsk ekvivalent
NSD	Norsk Senter for Forskningsdata
REK	Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk
TV	Televisjon
WHO	The World Health Organization

Figurer og tabeller:

Figurer:

Figur 1 <i>Prosentandel av oppnådd fysisk aktivitsanbefalingene i voksen alder</i>	10
Figur 2 <i>Antall timer med stillesittende atferd per dag, i voksen alder</i>	11
Figur 3 <i>Hovedtemaer og deres undertema underveis i arbeidet</i>	35

Tabell:

Tabell 1 <i>Operasjonelle definisjoner</i>	vi
Tabell 2 <i>Oversikt over gjennomføring</i>	32
Tabell 3 <i>Oversikt over tema og undertema</i>	40

1.0 Innledning

I dette kapittelet vil det bli presentert bakgrunnen for valg av tema til studiet, og hvorfor akkurat dette temaet er viktig. Deretter vil problemstilling til forskningsprosjektet fremstilt og beskriv, sammen med forskningsspørsmålene som er utarbeidet. Avslutningsvis vil kapitelet vise til oppbyggingen på oppgavens videre struktur.

1.1 Bakgrunn for valg av tematikken

I de siste 60 årene har folkehelsen til den norske befolkningen endret seg drastisk. Levealderen har økt både for kvinner og menn, og spedbarnsdødelighet har blitt redusert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Statistisk sentralbyrå, 2013). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2009), er den norske forventede levealderen bant de ti høyeste i verden. Selv om det er sagt så har fokuset på folkehelse endret seg fra sykdom som kommer fra infeksjoner, til ikke- smittsomme sykdommer (Øverby et al., 2011). Ikke- smittsomme somatiske sykdommer blir definert som diabetes, kreft, kroniske lungesykdommer og hjerte- og karsykdommer. Disse sykdommene gir prematur dødelighet, og utgjør en større andel av sykdomsbildet dagen i dag (American Diabetes Association, 2014; Forouzanfar et al., 2016; Ulset et al., 2007). Det er en økende forekomst av livsstilssykdommer i hele verden (Wild et al., 2004). Inaktivitet og økning i overvekt har resultert i økning av langvarige livsstilssykdommer, blant annet diabetes type II og fedme (Lohne-Seiler & Torstveit, 2012). Ifølge The World Health Organization (2021) har livsstilssykdommer hatt en økende trend de siste 30 årene, og de mener denne utvikling kan kalles en epidemi. I 2014 ga dette et utslag på 422 millioner mennesker som hadde diabetes type II, og forekomsten er ifølge World Health Organization (2021) hyppigere i land med en høy grad av lav-middel sosioøkonomisk folkeklasse (Meijers, 2021, eget arbeid). Dette er en stor økning fra 108 millioner i 1980 (World Health Organization, 2021). Helsedirektoratet (2015) forteller at fem millioner mennesker dør hvert år grunnet komplikasjoner etter fysisk inaktivitet. 1.5 millioner mennesker døde med diabetes som direkte dødsårsak i 2019, noe The World Health Organization (2021) mener kunne blitt unngått ved å blant annet endre individets kosthold og øke det fysiske aktivitetsnivået (Meijers, 2021, eget arbeid).

Ser vi på stillesitting som fenomen, viser Dunstan et al. (2009) til en økning i antall stillesittende timer i befolkningen (Meijers, 2021, eget arbeid). En livsstil med anbefalt grad av fysisk aktivitet, samt et næringsrikt kosthold, vil forebygge livsstilssykdommer som diabetes

type II, hjerte- og karsykdommer og fedme. Dette er godt dokumentert, der Clarke et al. (2009) viser til at ved å ha et fysisk aktivt liv, med lite inaktivitet og et sunt kosthold, vil dette øke livslengden med flere år. Flere forskere er enig i at inaktivitet er direkte konsekvens for livsstilsykdommer, og at fysisk aktivitet og et godt kosthold også vil øke livskvaliteten til den enkelte (Bize et al., 2007; Pisninger et al., 2009). Inaktivitet er en stor faktor som forårsaker økningen i livsstilsykdommer (Clarke et al., 2009). Stillesitting i seg selv er et relativt nytt fenomen i denne problematikken, og Van der Berg et al. (2016) sier at stillesitting kan være en stor risikofaktor i utviklingen av livsstilsykdommer (Meijers, 2021, eget arbeid). Forskning viser at det er en stor sammenheng mellom å forebygge sykdom ved å være fysisk aktiv, som igjen gir økt livskvalitet (Lohne-Seiler & Torstveit, 2012; Taylor et al., 2004). Derfor vil det være viktig å fremme fysisk aktivitet for både barn, voksne og eldre. Dette ved å gi gode tiltak og tilstrekkelige tilbud som er effektive.

Å fremme fysisk aktivitet og å redusere inaktivitet som stillesitting gjennom hele livsfasen, krever et samspill i tiltak og tilbud på områder som skole, arbeid og nærmiljø (Heath et al., 2012). Selv om den norske befolkningen ligger godt an i forhold til kosthold og det gjennomsnittlige fysiske aktivitetsnivået, har likevel mer enn halvparten av befolkningen et lavere fysisk aktivitetsnivå enn anbefalt (Ulset et al., 2007). I 2012 ble Norge en del av tilslutningen til The World Health Organization (WHO) sin målsetting, der målet er å redusere dødeligheten av ikke-smittsomme sykdommer med 25% innen 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). For fysisk aktivitet vil det si en reduksjon på 10% i fysisk inaktivitet innen 2025, og 15% innen 2030 i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Det er store forskjeller fra de mest aktive til de som er minst aktive i samfunnet. Blant voksne i Norge, oppfyller en av tre anbefalingene for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Forskjeller mellom kjønn finnes også. For eksempel, i 2009 var det 29%, mens i 2015 var det 34% av kvinner som oppfylte anbefalingene, mens det for menn lå på 26% i 2009, og på 29% i 2015 (Helsedirektoratet, 2015). Dette viser til at det blant kvinner i voksen alder var en større andel som oppfylte disse kravene. Med tanke på at fysisk aktivitet har stor betydning for folkehelsen, vil det være viktig å få oversikt over om tilbud og tiltak strekker til.

1.2 Problemstilling

Hensikten med denne studien er inspirert av WHO sine mål for å redusere dødeligheten av ikke-smittsomme sykdommer med 25% (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), og Helse-

og omsorgsdepartementet (2020) sin handlingsplan for fysisk aktivitet for å redusere inaktivitet. Som nevnt er det forskjeller i aktivitetsnivået hos norske kvinner og menn, og kvinner har hatt en større prosentvis økning i antallet som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet fra 2009 til 2015 (Helsedirektoratet, 2015). Samtidig viser tallene at flere kvinner oppfyller kravene enn menn. Derfor er det interessant å få innsyn i kvinner sine synspunkter rundt samfunnets nåværende bidrag til å redusere inaktivitet og å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen, slik at man får inntrykk av det som har fungert, og hva som må forbedres. Studiet ønsker dermed å belyse følgende problemstilling:

«Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?».

Studien legger vekt på synspunkter, meninger og tanker, som videre kan avdekke kunnskap rundt tematikken. Derfor ble det valgt å utføre kvalitative forskningsintervjuer, da dette vil være et godt hjelpemiddel med tanke på hensikten til studiet (Kleven & Hjordmaal, 2018; Thalgaard, 2019). Formålet med studiet var ikke direkte å finne like synspunkter i befolkningen, men heller å få frem ulike erfaringer og meninger rundt deres tanker om samfunnets bidrag.

1.3 Forskningsspørsmål

For å belyse temaet har det blitt valgt å se nærmere på blant annet kjernebegrepene som er skrevet i problemstillingen, men også begrep som har stor betydning rundt tematikken studien retter seg mot. Disse er «*Redusere stillesitting*», «*Tilrettelegging av tilbud og tiltak*», «*Øke fysisk aktivitet*», «*Anbefalinger for fysisk aktivitet*», «*Fremme forståelsen*» og «*Health Literacy*». Ved hjelp av disse begrepene har det blitt formulert tre forskningsspørsmål, som vil hjelpe studiet å avdekke tanker, meninger og opplevelser målgruppen har rundt samfunnet og forebygging av inaktivitet.

Det blir også sett på informasjonstilgjengelighet og forståelig formulering av de gode sidene av fysisk aktivitet og de negative konsekvensene en kan få av inaktivitet. Selv om tiltak og tilrettelegging for fysisk aktivitet er gode grep for å øke det generelle aktivitetsnivået i samfunnet, vil også forståelsen av informasjon rundt viktigheten av fysisk aktivitet ha stor betydning (O'Meara et al., 2019; Salimi et al., 2017). Forskningsspørsmålene er formulert slik:

- Forskningsspørsmål 1: Hva tenker kvinner i 30-60 årsalder er samfunnets rolle rundt å fremme fysisk aktivitet og å redusere stillesitting?
- Forskningsspørsmål 2: Hvordan finner kvinner i 30-60 årsalder frem informasjon angående de fysiske anbefalingene, og hvilken forståelse opplever de rundt informasjonen?
- Forskningsspørsmål 3: Hva opplever kvinner i 30-60 årsalder samfunnet gjør for å fremme forståelsen rundt stillesitting?

1.4 Oppgavens struktur

I dette kapitlet har det blitt presentert både bakgrunn for valg av tema, formålet med studiet, problemstilling og forskningsspørsmålene. I kapittel 2 blir det teoretiske rammeverket for studien gjort rede for. Her presenteres de fysiske aktivitetsanbefalingene for befolkningen, hva fysisk aktivitet og inaktivitet er, nasjonale handlingsplaner for fysisk aktivitet, konsekvenser ved inaktivitet og stillesitting, implementering av fysisk aktivitet, tilrettelegging og tiltak for å fremme fysisk aktivitet og fordelene med kunnskap/Health Literacy. Deretter, i kapittel 3, vil valg av forskningsdesign og metode bli presentert og gjort rede for, etterfulgt av en beskrivelse av forskningsetiske vurderinger, styrker og svakheter i forhold til validitet og reliabilitet. I kapittel 4 vil resultatene bli presentert, og i kapittel 5 blir disse diskutert opp mot tidligere forskning, fremtidige anbefalinger og praktiske applikasjoner. Til slutt vil studien bli oppsummert.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil det teoretiske fundamentet som blir brukt videre i denne oppgaven bli lagt frem. Dette kan bli sett på som en oversikt over både teoretisk perspektiv og relevante teoribidrag. Det blir tatt frem teorier rundt fysisk aktivitet, inaktivitet og sedat atferd. Deretter vil historien rundt fysisk aktivitet bli presentert. Videre vil de fysiske anbefalingene for voksne i Norge, og status på befolkningen i forhold til disse bli lagt fram. Det vil så bli sett nærmere på viktigheten av fysisk aktivitet som et forebyggende tiltak for livsstilsykdommer, som hjerte- og karsykdommer og diabetes type II. Deretter vil kapitelet se nærmere på implementering av tiltak som samfunnet gjør for å redusere stillesitting og øke den fysiske aktiviteten i samfunnet, og hva forskningen viser som fungerende tiltak. Til slutt vil viktigheten av «*Health Literacy*» som et forebyggende element for utvikling av livsstilsykdommer legges fram.

2.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blir definert som kroppslige bevegelser som setter i gang skjelettmuskulatur som videre gir en økning i kroppens energiforbruk (Caspersen et al., 1985; Herda & Cramer, 2016). Dette kan foregå i form av for eksempel trening, lek og mosjon. Begrepet fysisk aktivitet blir brukt for å dekke all bevegelse og alle mennesker utøver en viss grad av fysisk aktivitet i deres hverdag. Selv om det er sagt så vil det fysiske aktivitetsnivået variere fra person til person, og hvor lenge den enkelte utfører den fysiske aktiviteten over tid. Graden av fysisk aktivitet blir bestemt av blant annet varighet, intensitet og frekvens (Howley 2001; Nerhus et al., 2011). Disse tre dimensjoner defineres av Caspersen et al. (1985) og Nerhus et al. (2011) på følgende måte:

- **Varighet:** Tid brukt på fysisk aktivitet, eller hvor lenge gjennomføringen av aktiviteten er.
- **Frekvens:** Total summen av aktivitetens utføring. For eksempel, hvor mange ganger eller antall økter blir gjort per uke.
- **Intensitet:** Et mål på hvor mye energi det kreves for valgt aktivitet, eller aktivitetens belastning.

Setter vi sammen disse tre dimensjonene vil det utgjør totalt volum på aktiviteten, og kan videre brukes for å beskrive personens aktivitetsnivå. Hvis det blir en økning i en eller flere

av disse dimensjonene, vil det gi et resultat av økt energiforbruk og aktivitetsnivå hos den enkelte (Caspersen et al., 1985; Herda & Cramer, 2016). Videre kan fysisk aktivitet deles opp i forskjellig type aktiviteter, som direkte forklarer hvilken aktivitet som utføres. Dette kan være aktiviteter som for eksempel skøyter, volleyball, tennis eller løping. I følge (Katzmarzyk et al., 2017) blir aktivitetene ofte delt inn i forskjellige grupper. De fire forskjellige hovedgruppene det blir skilt mellom er transport, arbeid, hjem og fritid.

En kan måles fysisk aktivitet ved å beregne energiforbruket eller ved direkte og indirekte registrering av bevegelse. Energiomsetningen til et menneske består av tre ting, energiforbruket i hvile som kalles for hvilestoffskiftet, energiforbruket ved fordøying av mat og energibruken når vi er fysisk aktive. Hvilestoffskiftet står vanligvis for 60-70 prosent av energiomsetningen (Herda & Cramer, 2016; Kolle & Grydeland, 2018). Dette tallet varierer ved for eksempel alder, størrelsen på kroppen og den fysiske formen. Maten som fordøyes, lagring av næringsstoffer, krever 10% av energiomsetningen. Mens de siste 20-30% blir brukt på fysisk aktivitet. Selv om det er sagt vil energibruken av fysisk aktivitet ha stor variasjon fra person til person, forteller Kolle & Grydeland (2018).

Videre, gjennom å måle mengde energi en bruker på aktiviteten, kan vi definere intensiteten av den fysiske aktiviteten. Dette heter ekvivalente av hvilestoffskiftet (Nerhus et al., 2011). Selv om en ligger i ro, så vil energiforbruk fortsatt forekomme, dette kalles for metabolsk ekvivalent (MET). Å regne ut en MET for en voksen person blir gjort på følgende måte. Vi starter med å bruke oksygenopptak i hvile, som er omtrent 3.5ml oksygen per kilogram kroppsvekt, gange vekt, gange minutt ($3,5ml \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$) (Kolle & Grydeland, 2018; Swank & Sharp 2016). Deretter kan en regne ut hvor mye energiforbruket er etter gitt fysisk aktivitet er gjennomført. Lettere intensitets aktiviteter vil ha en MET på tre og lavere, dette er aktiviteter som rolige gåturer og lette husarbeidsoppgaver (Kolle & Grydeland, 2018; Reuter & Dawes, 2016). Ser vi på aktiviteter som krever moderat intensitet som gåturer med rask gange og dans, så vil MET verdien være på tre til seks. Aktiviteter med høy intensitet som krever mer enn seks MET, vil være aktiviteter som sykling, svømming og løping (Kolle & Grydeland, 2018; Reuter & Dawes, 2016). Disse aktiviteter vil ha et stort oksygenopptakskrav for å kunne gjennomføre aktiviteten.

2.1.1 Fysisk inaktivitet og sedat atferd

For å bli betraktet som fysisk inaktiv kreves det at en person er mindre aktiv enn det som er anbefalt. Dette oppstår når det fysiske aktivitetsnivået ikke tilses som minst moderat intensitet i løpet av en dag (Tremblay et al., 2017). Sedat atferd blir definert som å være våken, men ha et lavt energiforbruk som tilsvarer 1.5 METs eller mindre (Tremblay et al., 2017). Det er vanlig at dette foregår i en liggende eller sittende posisjon. Dette inkluderer tid brukt foran skjerm, stillesitting og bilkjøring (Anderssen & Ekelund, 2018). Denne adferden kan oppstå på arbeidsplassen, på skolen, og hjemme til enhver tid (Tremblay et al., 2017).

2.1.2 Den historiske utviklingen av fysisk aktivitet

Helt fra menneskets opprinnelse, har fysisk aktivitet hatt en stor betydning for oss, og vært en stor del av vår hverdag (Berntsen & Anderssen, 2018). For 500 000 år siden ble fysisk aktivitet regelmessig brukt for både jakt på dyr og sanking av mat. Menneskene var ikke raskere enn dyrene de jaktet på, men samarbeid, planlegging og våre utholdenhetssevner ga menneskene en fordel overfor byttedyret. Dette førte til at vi kunne følge dyret i timevis og i enkelte situasjoner dagevis (Berntsen & Anderssen, 2018). Videre spilte fysisk aktivitet også en stor rolle for kultur, der dans, lek og andre fysiske aktiviteter ble en del av det sosiale dagliglivet (Berntsen & Anderssen, 2018). Etter flere tusen år med jakt, sanking og forflytning rundt store deler av jordkloden, utviklet det seg til gårdsdrift og dyrking av jord. Måten fysisk aktivitet ble brukt var nå endret (Berntsen & Anderssen, 2018). Fra å løpe uendelige distanser, har det nå blitt erstattet med fysisk hardt arbeid. Matforsyninger ble mer forutsigbar, noe som førte til populasjonsvekst og la til rette til utvikling av de første tettstedene (Berntsen & Anderssen, 2018).

Videre har fysisk aktivitet utviklet seg på denne måten, fra århundre til århundre. For eksempel rundt 4000 f.Kr. til 500 e.Kr. var fokuset i større grad på krigføring (Berntsen & Anderssen, 2018). Da ble fysisk aktivitet brukt for å gjøre unge gutter og menn krigsdyktige, spesielt med tanke på blant annet den romerske og greske kulturen. De olympiske leker ble et fenomen på denne tiden, der fokuset ble rettet mot å prestere best mulige i for eksempel løping, bryting og bueskyting (Berntsen & Anderssen, 2018). Allerede da var man klar over at fysisk aktivitet hadde en positiv effekt på den enkeltes helse (Berntsen & Anderssen, 2018). Hippokrates mente at det var viktig med varierte fysiske aktiviteter som hadde ulike grad av intensitet. Han la vekt på en balanse mellom et godt kosthold og fysisk aktivitet (Berntsen &

Anderssen, 2018). Det var også fokus på inaktivitet som årsak til sykdom, der bandt annet Aristoteles mente at en inaktiv livstil vil føre til sykdom (Berntsen & Anderssen, 2018).

Da datamaskinen ble introdusert for 25 år siden, ble dette verktøyet en stor del av våre dagligliv (Hallal et al., 2012). Datamaskinen ble brukt i arbeidssammenheng, men også senere for sosiale fritids behov. Arbeidsplasser blir automatisert, mange arbeidsoppgaver blir nå gjort av maskiner, og det har blitt mer uvanlig å utføre tungt fysisk arbeid (Hallal et al., 2012). Videre har dette ført til at befolkningen de siste 20-30 årene har blitt mindre fysisk aktive, på grunn av teknologiske samfunn (Lohne-Seiler & Torstveit, 2012; Hallal et al., 2012). I dag har vi ikke behov for å bruke like mye fysisk aktivitet for å anskaffe oss mat eller til transport i lik grad som før. Dette kan vi i dag fort gjøre ved å kjøpe det vi trenger på en matbutikk, og ved å bruke transportmidler som bil, buss, trikk, tog og fly (Lohne-Seiler & Torstveit, 2012; Torstveit et al., 2018). Vi har også anskaffet oss vaner i forhold til underholdning, der datamaskiner og TV blir stadig mer brukt. Det har blitt vanligere at en må sette av tid for å være fysisk aktiv, der aktiviteter på fritiden blir aktuelt. Dette i form av både organiserte og uorganisert trening, friluftsliv og mosjon (Torstveit et al., 2018). I sin helhet har et mindre fysisk tungt arbeid og lite fysisk aktivitet-relaterte aktiviteter i hverdagen, ført til mer inaktivitet blant befolkningen (Hallal et al., 2012; Torstveit et al., 2018).

2.2 Anbefalinger for fysisk aktivitet i Norge

De anbefalingene for fysisk aktivitet som vi har i dag ble utgitt i 2014, i samarbeid med Nordic Nutrition Recommendations (Anderssen & Ekelund, 2018). Dette er en utgave som har blitt revidert fra 2000, da de første anbefalingene ble utgitt av Anderssen & Strømme (2001), for så å ha blitt revidert igjen i 2004. Den endelige utgave av anbefalinger for fysisk aktivitet utgitt av Helsedirektoratet (2014), forteller at det for å oppnå betydelig helsegevinst vil være gunstig å følge disse anbefalingene (Helsedirektoratet, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

De norske anbefalingene for voksne er at det fysiske aktivitetsnivået er på minimum 150 minutter med moderat intensitet per uke. Som alternativ vil 75 minutter med høy intensitet per uke være tilstrekkelig. Aktivitetsnivået kan deles opp i for eksempel bolker med minimum varighet på ti minutter. Videre forteller Helsedirektoratet (2014) og Helse- og omsorgsdepartementet (2020) at å øke dosen med fysisk aktivitet, vil gi en større helsegevinst. Dette kan oppnås ved at voksne øker det fysiske aktivitetsnivået til minimum 300 minutter

moderat intensitet per uke, eller ved bruk av høy intensitet minimum 150 minutter. Det bør også utføres trening eller øvelser to eller flere dager i uken, som øker muskelstyrken for de større muskelgruppene. Balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken, er også anbefalt for de eldre med nedsatt mobilitet. Til slutt anbefales det en reduksjon av sedatid i hverdagen, som vil ha en stor betydning.

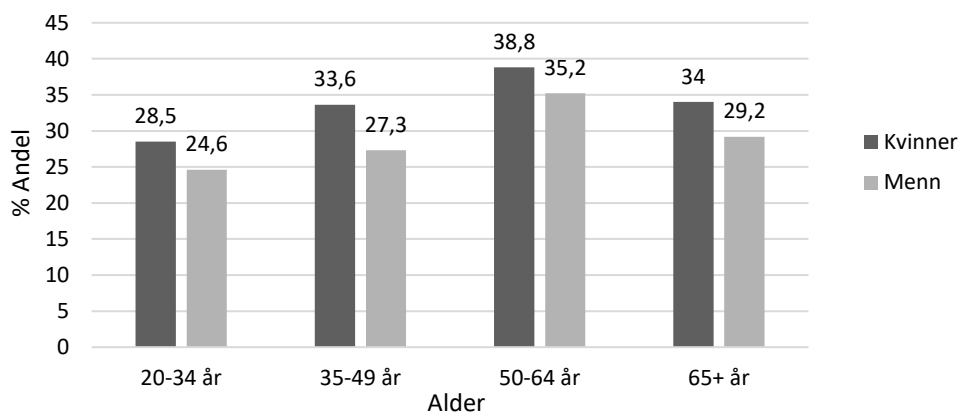
2.2.1 Statusen på befolkningen med tanke på fysisk aktivitet dagen i dag

Det har vært utfordrende å måle det generelle aktivitetsnivået i befolkningen (Hansen et al., 2018). Dette skyldes at målemetodene har vært ulike, begrepsavklaringene og definisjonen for fysisk aktivitet varierer, den ønskelige fysiske adferden ble registret i stedet for den aktuelle, og det ble brukt mye tid på kartlegging av forskningsdeltageren fortid (Hansen et al., 2018). Som resultat ble det for vanskelig å sammenligne studier og komme med en endelig konklusjon. I 2004 samarbeidet åtte departementer sammen for å en fysisk aktivitetshandlingsplan, som skulle være med å hjelpe å øke befolkningens aktivitetsnivå. Aktivitetshandlingsplanen inneholdt flere tiltak, der en av tiltakene hovedsakelig var å få bedre kunnskap rundt hvor aktivitetsnivået i befolkningen ligger (Hansen et al., 2018). Videre ble det gjennomført kartleggingsundersøkelser over hele landet per 2017. Disse skulle måle fysisk aktivitet og stillesittende tid gjennom en objektive målemetoder (Hansen et al., 2018). For å oppnå gode kartleggingsmuligheter rundt fysisk aktivitetsnivået hos barn, voksne og eldre, ble det brukt både aksimeter og spørreskjema. Kartleggingen ble delt i fire og ble kalt for UngKan1, Kan1, UngKan2 og Kan2 (Hansen et al., 2018).

Ser vi på den fysiske aktivitetsanbefaling for voksne og eldre i samfunnet, viser tall fra Kan2 (Figur 1) at en av tre personer, eller 32%, tilfredsstill minimumanbefalingene for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Videre viser tall fra Kan2 at det er flere kvinner enn menn som oppfyller anbefalinger for fysisk aktivitet, 34% av kvinner og 29% av menn (Helsedirektoratet, 2015). Det viser at kvinner holder et mer stabilt fysisk aktivitetsnivå med høyere intensitetsnivå over lang tid, enn det menn gjør. Eksempel på dette kan være å jogge, gå turer, være aktiv på treningssenter og engasjerer seg i treningstimer (Helsedirektoratet, 2015). Tar vi alderen i betraktning, viser resultat fra Kan2 at 37% av de i alderen 50-64 år oppfylte anbefalingene. Denne aldersgruppen hadde størst prosentdel innenfor anbefalingene. I aldersgruppen 20-37 år oppfylte 27% anbefalingene (Helsedirektoratet, 2015).

Figur 1

Prosentandel av oppnådd fysisk aktivitetsanbefalingene i voksen alder.



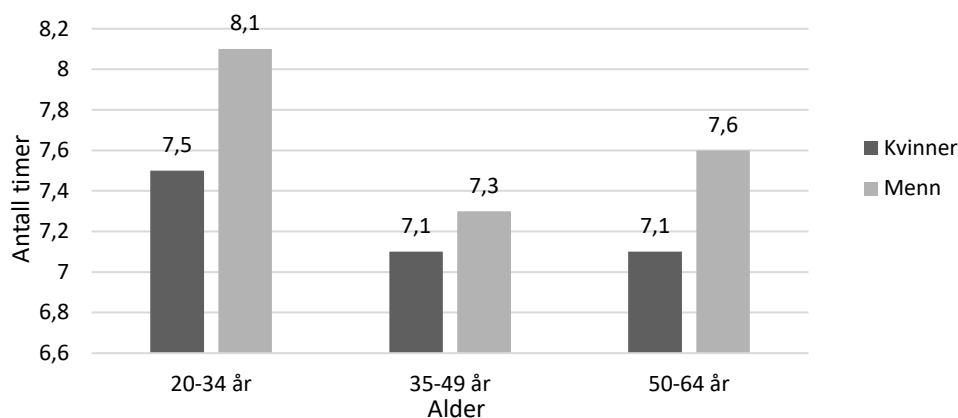
Note. Figur 1 viser, ved bruk av tall fra Kan2 (Helsedirektoratet, 2015), prosentandelen av befolkningen som nådde de fysiske anbefalingene. Dette delt på både kjønn og aldersgrupper.

Tallene til de som har økt fysisk aktivitet i tillegg til minimum anbefalingene, noe som gir flere helsegevinster, ved å øke det fysiske aktivitetsnivået med moderat intensitet til 300 minutter eller 150 minutter med høy intensitet per uke, er lave. Der kommer det frem at kvinner oppfyller disse kravene med 12%, mens menn gjør dette med 9% (Helsedirektoratet, 2015).

Ved å se nærmere på tallene i forhold til sedat tid fra Kan2 (Figur 2), ser vi at sedat tid for de i voksen alder tilsvarer sju til åtte timer per dag. Det vil si cirka 60% av våken tilstand (Helsedirektoratet, 2015). Sammenligner vi kvinner og menn, så viser det seg at kvinner har mindre prosentdel enn menn. Selv om det er sagt så utgjør denne forskjellen omtrent 20-50 minutter per dag. Sedat tid inkluderer tiden en tilbringer i den lave intensitetssone, 1.5 METs eller mindre, som å sitte stille, kjøre bil eller ved skjermtid (Tremblay et al., 2017).

Figur 2

Antall timer med stillesittende atferd per dag, i voksen alder.



Note. Figur 2 viser, ved bruk av tall fra Kan2 (Helsedirektoratet, 2015), antall timer som blir brukt på stillesitting i løpet av en dag. Dette delt på både kjønn og aldersgrupper.

2.3 Forebygging av livsstilssykdommer ved hjelp av fysisk aktivitet

Ikke-smittsomme sykdommer, altså kalt livsstilssykdommer, som diabetes type II, kreft, kroniske lungesykdommer og hjerte- og karsykdommer, har en stor sammenheng med fire underliggende faktorer (American Diabetes Association, 2014; Forouzanfar et al., 2016; Ulset et al., 2007). Disse er bruk av tobakk, alkohol, usunt kosthold og fysisk inaktivitet (World Health Organization, 2021). Alle de fire nevnte er risikofaktorer for utvikling av overvekt, fedme og høyt blodtrykk, som gir et grunnlag for utvikling av videre sykdom (American Diabetes Association, 2014; Forouzanfar et al., 2016; Ulset et al., 2007). Mens alkoholforbruket og antall fysisk inaktivitet har økt, har i de siste årene antallet på mennesker som røyker minsket (Forouzanfar et al., 2016). Tar vi utgangspunkt i fysisk inaktivitet, så viser det seg at inaktivitet har stor betydning for risikofaktorer av livsstilssykdommer (Lee et al., 2012; Wilmot et al., 2012). Ifølge Lee et al. (2012), utgjør fysisk inaktivitet mellom seks til ti prosent av livsstilssykdommer. Videre viser Lee et al. (2012) til at 5.3 millioner av 57 millioner dødsfall i verden har sammenheng med fysisk inaktivitet. The World Health Organization (2021) mener at fysisk inaktivitet er en av de største risikofaktorer for sykdom. Forskningen til Chau et al. (2013) og Rezende et al. (2016) vise til at 3.8-5.9% av dødsfallene har sammenheng med

stillesitting (Meijers, 2021, eget arbeid). Derfor sammenlignes adferden fysisk inaktivitet med risikofaktorer som røyking og overvekt.

Stillesitting blir definert som en inaktiv aktivitet i våken tilstand der en er sittende eller i liggende posisjon med lavt energiforbruk, 1.5 METs eller mindre (Ainsworth et al., 2000; Tremblay et al., 2017). Forskningen viser til at barn og voksne i Amerikas forente stater bruker 55%, eller 7.7 timer per dag på stillesittende atferd (Matthews et al., 2008). Europeere har et gjennomsnitt på 40%, der det meste av denne tiden bruke til å se på televisjon, også kalt TV (Eurostat, 2003), som er den samme tendens som Scholes & Mindell (2012) viser i den Engelske befolkningen (Meijers, 2021, eget arbeid). Forskning viser til at ved å redusere fysisk inaktivitet, vil levealderen i verden bli økt med 0.68 år, som kan sammenlignes med resultatene av å utrydde røyking (Lee et al., 2012). Videre vil fysisk inaktivitet, ifølge Ekelund et al. (2015), doble antall dødsfall sammenlignet med overvekt. Men risikoen for dødsfall i ung alder kan reduseres med 30% ved aktivitet med moderat intensitet (Ekelund et al., 2015).

2.3.1 Hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdom er en fellesbenevning for flere sykdommer, og kan dermed kalles en definisjon for en kategori som samler disse under et navn (Morseth & Andersen, 2018). Årsaken til sykdomsprosessen er for det meste arteriosklerose. Aterosklerose beskrives ved at flekker blir dannet på innsiden av blodåren, ofte avleiringer av kolesterol. Videre vil flekken øker i størrelse, for så å gjøre åren trangere (Jenum, 2011). Oppstår dette, vil blod ikke kunne flyte slik som det skal og blodstrømmen reduseres. Blodpropp vil kunne oppstå som følge av dette, og kan blokkere hele blodtilførselen. Tilhørende vev dør (Jenum, 2011). Noen av disse sykdommene er blant annet hjertesvikt, hjerneslag, hjerteinfarkt, klaffesykdom og blokkering av blodårer. Hjerteinfarkt oppstår ved at for lite blod blir resirkulert til hjertemuskelen slik at muskelen ikke får nok oksygen (Jenum, 2011; Morseth & Andersen, 2018). Dette er ofte på grunn av blokkering eller tetthet i blodårene, som videre skaper skader for hjertemuskelen (Jenum, 2011; Morseth & Andersen, 2018). Hjertesvikt oppstår når hjertet har arbeidet i en lang periode mot en høy motstand, dette kan være dårlige hjerteklaffer eller høyt blodtrykk (Jenum, 2011; Morseth & Andersen, 2018). Disse sykdommene oppstår på grunn av aterosklerose (Jenum, 2011).

Gjennom forskning har hjerte- og karsykdommer blitt knyttet til flere risikofaktorer, som blant annet inaktivitet, og det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har god forebyggende

effekt (Morseth & Andersen, 2018). Det blir i dag anbefalt å bruke fysisk aktivitet som et forebyggingsverktøy og for rehabilitering av hjerte- og karsykdom. Allerede i 1958 gjorde Morris et al. (1958) en studie som gikk ut på å sammenligne konduktørene som var aktive og bussjåførene som var inaktive, for å se forskjell i forhold til utvikling av hjerteproblemer. Det viste seg at de som var inaktive i studien hadde dobbelt så høy risiko for hjertesykdom, som hjertesvikt (Morris et al., 1958).

Videre viser flere studier til like resultater. Blant annet reduseres risikoen for hjerte- og karsykdommer med 14% ved oppfylging av de fysiske aktivitetsanbefalingene, 150 minutter med moderat intensitet per uke (Sattelmair et al., 2011). Øker en den fysiske aktivitet til 300 minutter i uken, så vil en i tillegg få 6% reduksjon på risiko for hjerte- og karsykdom (Sattelmair et al., 2011). Selv om det er sagt, så viste det seg ifølge Sattelmair et al. (2011) at de som tilfredsstilte halvparten av de fysiske aktivitetsanbefalingene, også ville ha 14% lavere risiko enn de som er inaktive. En annet studie viser til at 15 minutter med fysisk aktivitet med moderat intensitet vil minske risiko for død med 14% (Wen et al., 2011).

2.3.2 Diabetes type II

En kronisk metabolsk sykdom som kalles Diabetes mellitus, har sine kjennetegn ved at det forekommer insulinmangel og blant annet kronisk høyt blodsukker (Jenum, 2011; Reid-Larsen & Anderssen, 2018). Vi kan skille mellom diabetes type I og diabetes type II. Når kroppen ikke har evne til å produsere insulin, vil det kalles for diabetes type I. Det vil da være livsnødvendig å få insulin tilført via medikamenter (Jenum, 2011). Ved diabetes type II, som er den vanligste diabetes hos voksne mennesker, har kroppen mangel av insulin til å dekke kroppens behov (Jenum, 2011; Reid-Larsen & Anderssen, 2018). Kroppen vil ikke ha samme produksjonsevnen som vanlig, og insulinet som kroppen lager vil ikke være tilfredsstillende. Risikoen for videre livsstilssykdom ved å ha ubehandlet diabetes er likt som en person som er 15 år eldre uten diabetes, forteller Kim et al. (2002). Lite fysisk aktivitet, dårlig kosthold og genetisk disposisjon vil føre til en sakte utvikling av diabetes type II. (Reid-Larsen & Anderssen, 2018).

Gjennom dokumentert forskning viser det seg at fysisk aktivitet har en god forebyggende effekt mot diabetes type II. Ved bruk av aktivitet som transport vil risikoen for utvikling av diabetes type II bli redusert (Rasmussen et al., 2016). Eksempler på disse aktiviteter er å gå eller sykle til arbeid. Det vil også ha en lik forebyggende effekt å utføre styrketrening

eller å gå på turer (Grøntved et al., 2014; Smith et al., 2016). En studie viser til at i pauser med to minutter fysisk aktivitet, etter 20 minutter med stillesittende adferd, vil både glukose og insulinverdiene bli redusert med 24% (Dunstan et al., 2012). Dette ser man ved både lett og moderat fysisk aktivitet. Henson et al. (2016), er enig i at det vil være viktig å ha jevnlig pauser i stillesittende perioder, ved å stå eller gå, da dette kan minske sykdomsrisikoen. Van der Berg et al. (2016) viser i sin forskning til at en ekstra time med stillesittende atferd var assosiert med en risiko økning av 22% for diabetes type II.

Videre viser studien til Smith et al. (2016) at et høyt aktivitetsnivå gir gunstige utslag i forebygging av diabetes type II. Blir den ukentlige fysiske aktivitetsanbefalingen på 150 minutter tilfredsstilt, vil det forekomme en risikoreduksjon på 26%. En studie fra Kina hadde fokus på sammenhengen mellom kosthold og fysisk aktivitet, i forhold til forebygging og utvikling av diabetes type II. Når den fysiske aktivitetsgruppen ble sammenlignet med kontrollgruppen, er resultatet en reduksjon på 46% i utvikling av diabetes hos den fysisk aktive gruppen. (Pan et al., 1997). En lik konklusjon trekker forskningen til Fan et al., (2015), der det er en stor sammenheng med nedgang i fysisk aktivitet og utviklingen av diabetes type II (Meijers, 2021, eget arbeid).

2.4 Implementering av tiltak og tilbud

Ønsker vi å fremme fysisk aktivitet i samfunnet, vil det være nødvendig å fremme fysisk aktivitet på flere arenaer, dette ved hjelp av gode tiltak og tilbud (Heath et al., 2012). I forhold til implementering av tiltak og tilbud, vil det bli lagt vekt på forskning rundt implementering av tiltak for å fremme fysisk aktivitet i både arbeidslivet og nærmiljøet. Helse- og omsorgsdepartementet sine tiltak for å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen i Norge kommer fram i handlingsplanen for 2020-2029 «*Sammen om aktive liv*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Voksene mennesker har en tendens til å oppholde seg på flere arenaer i sin hverdag. Dette er områder som blant annet arbeidsplassen og nærområder. Derfor vil det være viktig å øke den fysiske aktiviteten ved å legge til rette for effektive tilbud og tiltak på disse arenaene (Heath et al., 2012). I handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029 «*Sammen om aktive liv*», legges et fundament for veien videre for økningen av fysisk aktivitet i samfunnets hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I handlingsplanen blir det beskrevet flere tiltak og tilbud for å redusere stillesitting og øke fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet,

2020). Noen av disse vil handle om mosjon og aktivitet i nærmiljøer, aktivitet på fritiden, en økning av aktivitet på hverdagsarenaene, i tillegg til blant annet kunnskapsutvikling.

2.4.1 Aktiv transport og viktigheten av nærområder for fysisk aktivitet

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) ønsker å fremme gåing og sykling som et godt alternativ for transport til og fra arbeid og andre ærender. Det legges klare forventninger om tilrettelegging for mer gå-aktivitet og aktivitetsvennlighet i nærområder til regional og kommunale planlegging. Dette vil gi flere gode resultater for både folkehelse og klima, der befolkningen holdes fysisk aktive, spare klima og minsker forstøying. Videre kan det gi befolkningen som benytter seg av turområder positiv innvirkning på humør og psyke. Derfor vil en av tiltakene som Helse- og omsorgsdepartementet (2020) beskriver, være å gjøre dette mer attraktivt for at flere skal benytte seg av å gå turer og mosjonere. Når det gjelder bruken av sykkel, vil dette også gi en positiv effekt, der utbyttene og nytten av å bygge gang- og sykkelveier i mindre byer vil ha fire-fem ganger så stor betydning enn kostnadsprisen i seg selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Likevel går utviklingen og økningen av gå- og sykkelveier, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2020) sin kartlegging, for langsomt.

For å tilrettelegg for et samfunn der fysisk aktivitet en stor del av hverdagen, må det tilrettelegges for bruk av aktiv transport (Giles-Corti et al., 2016). I følge Giles-Corti et al. (2016) må det gjennomføres tiltak og intervensjoner for å få dette til. Noen av intervensjoner som kan bidra til å fremme gå- og sykkelkultur, er å gjøre destinasjoner lettere tilgjengelig, gjøre aktive reisemuligheter attraktive og legge til rette for gå- og sykkelstier eller områder (Giles-Corti et al., 2016). Et samarbeid mellom flere sektorer vil være avgjørende for folkehelsearbeidet, ifølge Giles-Corti et al. (2016). Forskningen viser videre til god effekt av å bruk fysisk aktivitet som aktiv transport, for å øke det fysiske aktivitetsnivået og bedre helse (Heath et al., 2012; Oja et al., 2011). Dette kan være i form av å gå eller sykle. En undersøkelse for å avdekke forskjellen mellom det fysiske aktivitetsnivået barn har som bruker sykkel som transport til skolen, mot barn som ikke benytter seg av dette, ble gjennomført av Denstel et al. (2015). Resultatet her viser til at barn som enten syklet eller gikk til og fra skolen, hadde et høyere aktivitetsnivå i løp av dagen og var i bedre form fysisk, enn de som ikke benyttet seg av aktiv transport (Denstel et al., 2015).

Nærområder som parker, grøntområder, badeplasser og turområder vil fremme både fysisk aktivitet og friluftslivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Det gjelder også

arealer som skateparker, parkouranlegg og gatetun som også er viktig å gjøre lett tilgjengelig for folk flest, som igjen fremmer fysisk aktivitet. Derfor er det å utvikle flere nærnaturområder også en av tiltakene for å fremme en mer aktiv hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Grøntområder er ekstra viktige for barn, eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse, og tilgang til disse områdene vil være nødvendige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Ifølge Helsedirektoratet (2015) er det å gå turer den mest brukte formen av fysisk aktivitet hos de voksne i Norge. Derfor vil det være viktig at kommuner tilrettelegger for dette i nærområdet. Helsedirektoratet (2015) forteller også at den hyppigste grunnen til inaktivitet er mangel på tid, derfor må disse områder være lett tilgjengelige for folk flest. Turområder, parker og sykkelveier vil være noen av eksempler på tiltak for å fremme dette, og vil være viktige for å øke det fysiske aktivitetsnivået for de voksne i samfunnet (Heath et al., 2012).

2.4.2 Forskning rundt tiltak for å øke fysisk aktivitet på arbeidsplassen

Med utgangspunkt i at voksne tilbringer store deler av sine hverdager på arbeid, gjør dette til en arena det er fullt mulig å påvirke når det gjelder å fremme fysisk aktivitet (Malik et al., 2014). Helse- og omsorgsdepartementet (2020) påpeker også økningen i stillesittende arbeid, og viktigheten av å ha et mer aktivt arbeidsliv. Ser vi på arbeidslivet i et folkehelseperspektiv, vil vurdering av tiltak for å fremme fysisk aktivitet til sine arbeidstakere være arbeidsgiverens plikt. Det vil si at arbeidsgiver ikke har plikt til å tilrettelegge for fysisk aktivitet, men arbeidstakeren har heller ikke plikt til å benytte seg av tiltak som har som formål å bedre den fysiske formen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Et par eksempler på slike tiltak er å gi tilbud for trimrom, bruk av trapper og sykkelparkering. Helse- og omsorgsdepartementet (2020) konkluderer med at tilbud og tiltak i forhold til arbeidsplass trenger mer forskning for å kunne avklare sammenhengen mellom kostnader og fordelene av folkehelse tiltak. Vider forteller Helse- og omsorgsdepartementet (2020) også at det er nødvendig med mer kunnskap rundt hvordan fysisk aktivitet har et resultat på å minske sykkelmeldinger og frafall fra arbeidslivet.

En forskningsartikkel av Malik et al. (2014), som ønsket å undersøke og belyse helsefremmende tiltak og intervensjoner på arbeidsplasser, er en samlet systematisk oversiktsartikkel av 58 studier. Denne artikkelen inkluderte seks studier med fysisk aktivitet og trening som intervensjon, 13 studier med intervensjoner i samtale og oppfølging, og 39 studier med intervensjoner i økt informasjon rundt helse. Resultatet viser til at 32 av studiene har en

positiv utvikling av fysisk aktivitet på arbeidsplassen. Dette i sammenligning med kontrollgruppen. På grunn av metodisk svakheter i studiene mener Malik et al. (2014), at det er behov for mer forskning på området. Dette ved å ha forskning med god kvalitet for å styrke kunnskapen rundt tiltak som fungerer på arbeidsplasser (Malik et al., 2014).

Videre viser en annet oversiktsartikkel til at intervensjoner som bruker skrittellere som verktøy, gir et bedre resultat og viser til en større økning i fysisk aktivitet enn intervensjoner som ikke ta det i bruk (Heath et al., 2012). En kombinasjon mellom å bruke skrittellere og informasjon eller veiledning rundt fysisk aktivitet viser seg også å gi gode resultater ifølge Ribeiro et al. (2014). Dette var en studie der det viste seg at kvinner i sykehusstillinger økte sitt daglige antall skritt betydelig. Studiet gikk ut på å gjennomføre forskning på 195 kvinner i en alder av 40-50 år. Disse ble randomisert i fire grupper, der de skilte mellom gruppe en som brukte individuell veiledning, gruppe to med veiledning og skritteller, gruppe tre med veiledning i gruppe og skritteller, og til slutt gruppe fire som gjennomførte utholdenhetstrening (Ribeiro et al., 2014). Det viste en økning i skritt per dag i både gruppe to og tre, men det beste resultatet ble funnet i gruppe tre der kvinnene fikk en skritteller og veiledning i gruppe, forteller Ribeiro et al. (2014). Selv om det er positive resultater tilknyttet tiltak på arbeidsplassen, er det viktig at disse kombineres for best mulig resultat.

2.5 Health Literacy, kunnskap som forebygging

Som skrevet tidligere i kapitlet har urbanisering og mer stillesittende hverdag påvirket det enkelte menneskets aktivitetsadferd drastisk (Lohne-Seiler & Torstveit, 2012; Hallal et al., 2012; Torstveit et al., 2018). Derfor vil det være gunstig med nye strategier som kan forebygge stillesitting og øke det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen. Det er flere risikofaktorer for utvikling av livsstilssykdommer, og derfor vil det være viktig å endre på disse (Tajdar et al., 2021). En av endringene som kan gjøres er å øke «*Health Literacy*» blant befolkningen. Begrepet «*Health Literacy*» har blitt oversatt til «*Helsefremmende allmenndannelse*», før det senere ble revaluert og Jenum & Pettersen (2014) forslår et alternativ for begrepet, nemlig «*helseinformasjonsforståelse*». Videre viser Helse- og omsorgsdepartementet (2019) til en ny oversettelse for «*Health Literacy*», dette begrepet er «*Helsekompetanse*». Med tanke på at begrepet har vært under utvikling, vil det engelske begrepet «*Health Literacy*» brukes videre gjennom denne oppgaven. Dette for å ikke skape forvirring, men heller å skape en tydelig ramme rundt begrepets bruk.

Begrepet i seg selv omhandler individets utgangspunkt til å forstå, og ta viktige avgjørelser angående sin helse, og forebygging av sykdom (Sørensen et al., 2012). Helse- og omsorgsdepartementet (2019) definerer begrepet slik: «*Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbasert beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse og omsorgstjenesten*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5).

I følge Tajdar et al. (2021) har utvikling av livsstilsykdommer ofte en sammenheng med livsstilen til enkeltpersoner. Det vil si vaner som å røyke tobakk, drikke en stor mengde alkohol, dårlige kostholdsvaner og en inaktiv livstil. Disse vanene har ofte en sammenheng med lav health literacy (Tajdar et al., 2021). Forskingen til O'Meara et al. (2019) og Tajdar et al. (2021) viser til at health literacy kan ha en sammenheng med økt risiko for utvikling av diabetes type II (Meijers, 2021, eget arbeid). O'Meara et al. (2019) viser i sin forskning funn i en sammenheng mellom lav health literacy og økt utvikling av livsstilsykdommer. Derfor vil det være viktig å bruke health literacy som et forebyggende tiltak for utvikling av diabetes type II. Videre påpeker O'Meara et al. (2019) at det må utvikles intervensjoner som øker individets health literacy. Dette for å utvikle ferdigheter til å gjøre riktige valg rundt livstil og ha en forståelse for helseinformasjon som den enkelte blir eksponert for. Det legges også vekt på helsepersonell, der helseinformasjon må bli tilrettelagt, gjort ukomplisert og lett å forstå for mottakeren. Forskningsstudiet til Tajdar et al. (2021), gjennomført i Tyskland, viser like funn. De viser til at risikoen for diabetes type II øker hos mennesker med lavt eller ikke tilstrekkelig health literacy. For å hindre utvikling av livsstilsykdommer som blant annet diabetes type II, anbefales å rette fokuset på blant annet å øke health literacy hos den enkelte (Tajdar et al., 2021).

Å øke og utvikle kunnskap rundt helse vil være viktig for å minske risiko for livsstilsykdommer. Dette kan være kunnskap rundt risikofaktorer som inaktivitet, og videre konsekvenser av faktorene (O'Meara et al., 2019; Salimi, et al., 2017; Tajdar et al., 2021). Dette kan gjøres ved å ha undervisning rundt tematikken og øke oppmerksomheten rundt ugunstige livstilvaner og konsekvenser av disse (O'Meara et al., 2019; Salimi, et al., 2017; Tajdar et al., 2021). Det vil også være gunstig å gi pasienter økt health literacy kunnskap, rundt forebygging av diabetes type II når diagnosen har blitt tildelt som en videre forebyggede tiltak (Salimi et al., 2017).

2.6 Oppsummering

Med tanke på problematikken og problemstillingen til denne oppgaven er det hensiktsmessig å ta frem aktuelle teoretiske tema. I kapittelet ble teoretisk grunnlag for fysisk aktivitet, inaktivitet og sedat atferd gjennomgått. Dette er viktig for å ha en grunnleggende forståelse for å hva oppgaven bygger på. For å forstå hvorfor verden befinner seg i en situasjon der stillesitting har blitt et vanlig fenomen, er det viktig å forstå historien bak det bevegende mennesket. Fortiden viser til et menneske som er i bevegelse store deler av dagen, og der fysisk aktivitet forekom ofte, i motsetning til i dag hvor det har blitt mer sjeldent å bevege seg og der stillesitting har en økende trend. Videre blir det lagt vekt på hva anbefalingene for fysisk aktivitet er for voksne mennesker i Norge, og hvor mange i samfunnet som når disse anbefalingene. Her kom det frem at det er fåtallet som tilfredsstillende anbefalingene. Grunnen til at dette er så viktig for oppgaven, er det det gir et bilde av hva status er nå, og vise at problematikken i oppgaven er viktig, da det er så mange som ikke innfrir anbefalingene.

Inaktivitet er en risikofaktor som resulterer i økt sjanse for livsstilsykdommer, derfor legges det videre vekt på å vise til om forskning mener fysisk aktivitet kan være et forebyggende tiltak for livsstilsykdommer. Gjennom rapporter og tiltaksplaner fra Helse- og omsorgsdepartementet (2019), viser det seg at samfunnet gjør en innsats for å øke det fysiske aktivitetsnivået i samfunnet generelt. Forskningen støtter forslagene rundt tiltak, lagt frem av Helse- og omsorgsdepartementet, og viser at deres tiltak kan gi en økning av fysisk aktivitet. Kapittelet avslutter med å vise frem forskning rundt health literacy, og begrepets betydning for utvikling av livsstilsykdommer, og at det vil være gunstig å øke kunnskap rundt helse som et forebyggende tiltak.

3.0 Metode

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for forskningsdesign og metodevalget som har blitt brukt i dette forskningsprosjektet. Deretter vil fremgangsmåte bli presentert, hvor innsamlingen av data fra intervjuene og måten denne dataen har blitt behandlet og analysert legges frem. Dette kapittelet vil også gå inn på styrker og svakheter ved å drøfte reliabiliteten og validiteten ved dette forskningsprosjektet. Etske vurderinger vil også bli lagt frem og hvordan disse vurderingene har blitt ivaretatt gjennom forskningen.

3.1 Metodisk tilnærming og forskningsdesign

Forskningsprosjektet ønsket å øke forståelse for kvinners synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, samtidig som man får inntrykk av hvilke tiltak som har fungert og hva som må forbedres. Kvalitativ forskningsmetode er nyttig i forskning hvor man ønsker økt forståelse for sosiale fenomener (Thalgaard, 2019). Derfor blir det valgt å forske på dette området, ved hjelp av en kvalitativ tilnærming og forskningsdesign. Målet til en forsker vil være å kunne tolke datamaterialet for å skape forståelse og nye meninger rundt temaet (Thalgaard, 2019). Kvalitativ metode prioriterer nærhet mellom forskeren og intervjudeltageren, mens kvantitative metoder holder en avstand og heller ønsker å objektivisere prosessen (Kleven & Hjordmaal, 2018). En kvalitativ metode gir også en dypere kunnskap, mens enkle kvantitative metoder ville gitt mere overflatekunnskap, mange svar, og et mønster i besvarelsene (Kleven & Hjordmaal, 2018). Eksempler på kvalitativ forskning er observasjon og intervju. Hvilken måte en forsker velger å benytte, avhengig fullstendig av formålet med forskning som blir gjennomført (Thalgaard, 2019).

Det ble valgt å bruke kvalitativt forskningsintervju. Dette fordi problemstillingen i forskningsprosjektet er avhengig av en form av tillit mellom forsker og intervjupersonen (Thalgaard, 2019). Målet med å bruke en kvalitativ metode i et forskningsprosjekt er å kunne vise frem mening og innhold fra datamaterialet i forskningen, heller enn å vise frem tall (Kvale & Brinkmann, 2019). For å nå dette datamaterialet mener Thalgaard (2019) at forskeren er avhengig av å kunne komme tett inn på deltakerne, der forskeren får innsyn i deltagerens sine verdier, holdninger eller reaksjoner (Meijers, 2021, eget arbeid). Det å velge kvalitative forskningsmetoder vil også være avgjørende for tilgjengeligheten til deltagerne. Det kan oppstå vanskeligheter for noen grupper når nærkontakt og åpenhet er et faktum (Thalgaard, 2019). Om en ønsker å forske på disse områdene vil det kreve fleksibilitet og åpenhet. Derfor vil det være

viktig å bruke tid, bygge kontakter og tillit om en forsker ønsker å forske på en marginal gruppe mennesker. (Thalgaard, 2019). Kvalitative metoder er nyttig å bruke hvis en ønsker å forske på temaer som det er lite forskning på fra før (Silverman, 2014), slik som det undersøkte temaet i dette forskningsprosjektet. En kvalitativ tilnærming og forskningsdesign ble derfor iverksatt og gjennomført for det nåværende forskningsprosjektet.

3.1.1 Maxwells Forskningsdesign Modell

Ifølge Maxwell (2009) er det viktig å ha et kvalitativt forskningsdesign som er tydelig formulert før en setter i gang med forskningen. Han mener at forskningsdesign vil bidra med å gi forskningen logikk og en tydelig sammenheng. Videre vil designet være gunstig for å gjøre forskningen, men også skriving og bearbeidingen av data effektivt. Modellen til Maxwell (2009) kan også gjøre forskningsprosessen mer oversiktlig og strukturert, og den er delt i fem kategorier:

1. **Mål:** Hva er hensikten med forskningen? Hvorfor ønsker forskeren å gjennomføre forskningen? Forskeren gjør seg bevisst over grunnlaget for viktigheten av å forske på området.
2. **Teoretisk rammeverk:** Forskeren er bevisst på og forstår hva som forskes på. Tidligere forskning og teori vil spille en viktig rolle, men også om forskeren har tidligere erfaringer på forskningsområdet eller rundt tematikken av forskningen.
3. **Forskningsspørsmål:** Formuleringen av spørsmålene forskeren ønsker å besvare, og som dekker området forskeren forsker på. Forskeren vet hva som skal oppdages.
4. **Metode:** Måten forskeren skal samle inn og behandle datamaterialet ute i feltet.
5. **Validitet:** Er forskningens resultater troverdig. Refleksjoner rundt konklusjoner av datamaterialet og måter å styrke validiteten på vil være viktig her.

Alle disse punktene er viktig å ta hensyn til i det nåværende forskningsprosjektet, og det er en refleksiv prosess. Gjennom hele forskningsprosessen vil forskningsetikk bli tatt hensyn

til, slik Maxwell (2009) legger vekt på, selv om den ikke har et punkt for seg selv (Meijers, 2021, eget arbeid).

Et godt forskningsdesign blir suksessfullt og har en effektiv funksjon, når hele designet samspiller (Maxwell, 2009). Ved å ha studert teorien til Maxwell (2009), ble det valgt å starte forskningsprosessen med å formulere problemstillingen ut fra teori og tidligere forskning: «*Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?*». Videre ble det dannet en oversikt over aktuelle mål og tema som studien skulle avdekke. Noen av målene var å undersøke synspunkter og tanker kvinner i aldersgruppen 30-60 hadde om samfunnet for å redusere stillesitting, meninger rundt tilbud og tiltak som finnes, og hvor informasjonen rundt stillesitting kommer fra. Ved at forskeren bør velge en metode som innhenter datamaterialet på best mulig måte for å sette problemstillingen i lyset, ble det valgt å bruke kvalitativt forskningsintervju. Studiens validitet ble også vurdert og reflektert, og det er gjort rede for hvorfor denne studiet er troverdig senere i dette kapittelet.

Forskningsdesignet er også en refleksiv prosess. Dette ved at en arbeider med alle punktene av designet gjennom forskningsperioden. Det vil si at det å innhente datamateriale, analysering, bearbeiding og utvikling av studiet vil foregå samtidig og påvirke hverandre. Maxwell (2009) legger fokus på at en forsker må kunne være åpen for endringer og justeringer under arbeidet, for at det aktuelle forskningsstudiet oppnår det forskeren ønsker.

3.2 Forskerens forkunnskap og forforståelse

3.2.1 Hermeneutikk

Den filosofiske hermeneutikken beskriver mennesker som et fortolkende vesen, der språk og samtale spiller en stor rolle (Kvale og Brinkmann, 2019). Et fellestrekk i de fleste kvalitative tilnærminger, er at viktige elementer i forskningen omhandler å analysere tekst (Thagaard, 2019). Et eksempel på dette er en forsker som bruker datamateriale, som kommer fra kvalitativ forskning og analyseres ved å skape mening og forståelse, som videre gir svar på forskningsspørsmålet forskeren har utarbeidet (Kvale og Brinkmann, 2019). Begrepet hermeneutikk handler om at det gjennom en kulturell og historisk sammenheng, blir dannet forståelse. Det viser til at menneskers forforståelse, tidligere erfaringer og fordommer alltid påvirker menneskets forståelse av tekster (Kvale og Brinkmann, 2019). Derfor er det viktig at en forsker er åpen for hva teksten i seg selv formidler.

Når en forsker tolker datamaterialet kan en sammenligne dette med at forskeren samtaler med teksten (Thagaard, 2019). Videre vil forskeren studere teksten og utrykke mening. I masteroppgaven vil det være mitt ståsted, i forhold til forforståelse og min forståelse rundt de teoretiske perspektivene som blir brukt, som ligger til grunn for forståelsen av intervjusamtalene og datamaterialet.

3.2.2 Forskerens forkunnskap

Ved at en forsker har forforståelse rundt et tema, gir det forskeren muligheten til å fortolke og forstå et fenomen. Videre vil det gi mulighet for å skape betydning og utvikle kunnskap (Thagaard, 2019). Derfor vil det nå gis en presentasjon rundt forforståelsen til forskeren av det nåværende masterprosjektet.

Forskeren har i fem år som student vært del av et fagfelt der fysisk aktiviteter- og folkehelse relaterte temaer har hatt store betydninger. Gjennom disse årene har man fått en teoretisk bakgrunn med meninger rundt tematikken, noe som har skapt forkunnskap til denne oppgaven. Skrivning av Bachelorsoppgaven omhandlet temaet forebygging av prolaps, der mye av teorier, forskning og informasjon gikk tilbake på viktigheten av fysisk aktivitet, reduksjon av inaktivitet og sedat adferd. Her dannet forskeren en kunnskapsrik bakgrunn for andre forskningsprosjekter innenfor tematikken fysisk aktivitet. Videre har forskeren alltid hatt interesse for fysisk aktivitet og å motivere andre til å ha samme positive syn på fysisk aktivitet som forskeren selv har. Forskeren har selv jobbet som lærer på en barneskole de siste fire årene, der en praktiserer å fremme gleden av å være fysisk aktiv. Som lærer får man fort et inntrykk av at stillesitting har blitt et stort fenomen blant de unge, der de arbeider mye med skjerm på skolen, og bruker skjerm som underholdning på fritiden.

3.3 Ethiske vurderinger

Forskningsetikk spiller en spesiell stor rolle når en forsker studerer et område der forskeren samler data på mennesker og der forskeren er i kontakt med enkeltmennesker og/eller der det er samspill mellom mennesker (Kvale & Brinkmann, 2019). Forskerens ferdigheter i å identifisere og forstå sårbarhet som kan forekomme i en intervjusituasjon er viktig (Kvale & Brinkmann, 2019). Samspillet mellom forskeren og intervjudeltageren påvirker deltageren gjennom hele intervjusituasjonen, og videre har resultatene en påvirkningskraft for leseren (Kvale & Brinkmann, 2019). I kvalitativ forskning, men også i kvantitativ forskning, kan det

være utfordrende å få de resultatene man ønsker. En forsker kan måtte velge mellom ønskelig resultat eller å ta de rette etiske valg (Kvale & Brinkmann, 2019). Dilemmaet kan fort utvikle seg til at forskeren vil ha dype og grundige svar av intervjudeltageren, noe som kan føre til krenking og ubehagelige situasjoner. Forskeren sitt ønske om å være respektfull ovenfor deltageren, der en da ikke går i dybden og mister betydningsfullt datamateriale, er et annet eksempel (Kvale & Brinkmann, 2019). Derfor har forskeren et stort ansvar under hele forskningsprosjektet for å finne en balanse mellom disse (Kvale & Brinkmann, 2019). Etiske problemstillinger vil oppstå gjennom hele forskningsprosjektet, og derfor må en forsker være oppmerksom på problemer som kan oppstå allerede fra begynnelsen av forskningen (Kvale & Brinkmann, 2019).

Personopplysninger defineres som opplysninger der en person kan identifiseres direkte eller indirekte. Dette kan gjøres der navn, fødselsnummer, eller andre bakgrunnsopplysninger kommer fram (NESH, 2021). Ønsker forskeren å behandle elektronisk personopplysninger som å bruke lydopptak under et intervju, vil det være meldepliktig (NESH, 2021). I det nåværende forskningsprosjektet ble det brukt lydopptak før intervjuene ble transkribert. Ved at lydopptak skulle brukes i forbindelse med forskningsprosjektet og underskrift med navn skulle dokumenteres, måtte det sendes inn en vurdering av forskningsprosjektet til både Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) før datainnsamlingen startet. REK konkluderte med at forskningsprosjektet ikke falt inn under Rek sitt mandat (Se Vedlegg 4). Etter dialog med NSD der informasjon og plan for forskningsprosjektet ble lagt fram, ble den planlagte datainnsamlingen og databehandlingen i masterprosjektet godkjent (Se Vedlegg 3).

Det kan oppstå etiske utfordringer når en forsker ønsker å samle inn data fra mennesker. Dette kan være blant annet intervjuprosesser, observasjon eller eksperimenter. Derfor er det viktig å gi nok informasjon til deltageren før datainnsamling foregår (Kvale & Brinkmann, 2019). Informert samtykke handler om at deltageren forstår innholdet og formålet med forskningen, forteller Kvale og Brinkmann (2019). Videre forteller de viktigheten av å informere om frivillighet, rettighetene deres, og at deltageren kan trekke seg ut av prosjektet når som helst. I møte med aktuelle intervjudeltagere for dette forskningsprosjektet, ble det gitt et informasjons- og samtykkeskjema til alle deltagerne før intervjuet startet (Se Vedlegg 2). I informasjonsskrivet fikk deltageren opplysninger om bakgrunnen for forskningsprosjektet og hva dets formål var. Det ble også informert om deltageren sin frivillighet, der det var helt opp

til deltageren om den ønsket å være med, og kunne trekke seg fra forskningsprosjektet når det skulle være ønskelig uten å oppgi grunn.

Det ble også informert om anonymitet, personvern og at datamaterialet ble behandlet konfidensielt. Å ha en enighet mellom deltageren og forsker om hvordan datamaterialet, som resultatet av intervju, blir behandlet kalles for konfidensialitet (Kaiser, 2012). NESH (2021), forteller at de personlige opplysningene til deltageren må være avidentifisert. Dette vil si at det ikke er mulig å identifisere deltageren med personlige kjennetegn. Selv om konfidensialitet er et etisk krav, kan det gi utfordringer i å tolke forskningens resultater (Kvale & Brinkmann, 2019). Ved at intervjudeltageren er beskyttet med anonymitet, gir det mulighet for forskeren til å tolke datamaterialet uten å kunne bli sagt imot, som er en negativ side. Dette kan føre til at forskeren retter tolkningen av datamaterialet mot deres personlige formål (Kvale & Brinkmann, 2019; Parker, 2005). Videre må forskeren være klar over konsekvensene intervjuet kan føre til, blant annet mulig risiko for deltageren. Forskeren har ansvar for å tenke gjennom konsekvensene intervjuet gir deltageren, men også gruppen de kan representere (Kvale & Brinkmann, 2019). Selv om det kvalitative forskningsintervju omhandler åpenhet og intimitet, kan et eksempel på negativ konsekvens være at deltageren gir opplysninger som den vil angre på (Kvale & Brinkmann, 2019). Det ble derfor gjennomført en risikoanalyse (Se Vedlegg 5) som skulle evaluere risiko ved deltakelse i prosjektet og ivareta deltageren dersom det oppsto komplikasjoner. Dette er et godt verktøy for å være forberedt på mulige risikoer som deltagerne kan bli utsatt for, og videre reduserer sjansen for dette.

Intervjudeltagerne ble også gjort klar over sine rettigheter om innsyn i datamaterialet, så lenge de kunne bli identifisert. Det ble også informert om at alt av datamaterialet ville bli slettet mot prosjektets slutt. Datamaterialet som kan brukes til å identifisere privatpersoner, som for eksempel opptak av tale, skal ikke oppbevares lengere enn nødvendig (NESH, 2021). Etter at informasjonen om forskningsprosjektet ble gjennomgått, fikk deltageren velge om det ville være aktuelt å bli med i forskningsprosjektet ved å gi et informert samtykke. Deltagerne ble gitt et nummer (01-08), som ikke hadde noe form av relasjon med rekkefølgen intervjuene ble utført. Dette ville hjelpe forskeren i analyseprosessen, men også for å skille intervjuene fra hverandre og for å ta hensyn til anonymitet.

3.4 Utvalg og Rekruttering

Thalgaard (2019) forteller oss at størrelsen på utvalget i en kvalitativ forskning ikke bør være større enn at forskeren har mulighet til å gjennomføre omfattende analyser. Det vil si at dybden på analysen ikke skal komme på bekostning av størrelsen på utvalget. For å kunne besvare problemstillingen «*Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?*», vil det være viktig for en forsker å ha et tilstrekkelig antall utvalg. Måten en forsker analyserer data skapt fra kvalitativ forskningsintervjuer vil være både ressurs- og tidskrevende, og derfor vil det være gunstig med begrensninger på størrelsen av utvalget. Videre vil spørsmålet om hva antallet på intervjudeltagere bør være, komme frem.

3.4.1 Rekruttering

Rekrutteringsmetoden som har blitt tatt i bruk for dette studiet er tilgjengelighetsutvalg, også kjent som «*Convenience sampling*». Tilgjengelighetsutvalg vil være gunstig for forskere som er opptatt av å ha et utvalg med deltagere som har egenskaper som vil være relevant for tematikken eller problemstillingen (Thalgaard, 2019). Utvalget til dette studiet har blitt kontaktet både fysisk og digitalt. Dette ble gjennomført ved å informere om tematikken i studiet muntlig, eller ved å sende en epost til aktuelle intervjudeltagere som møter inklusjonskriteriene. I forhold til deltagerne som viste interesse, var det opprinnelige avtalt 11 intervjuer. Under intervjuprosessen var det tre deltakere som trakk seg da de ikke ønsker å delta i forskningsprosjektet. I tillegg var det tre personer som var ivrige til å delta i prosjektet, men som ikke fylte kriteriene for deltakelse. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er presentert i seksjon 3.4.3.

3.4.2 Deltagere

Det ble gjennomført i alt åtte intervju. Deltagerne som deltok i disse intervjuene, var kvinner i alderen 30-60 som var bosatt i et fylke i Norge. Rekrutteringen ble avsluttet etter det åttende intervjuet hadde blitt analysert. Grunnlaget for dette var at utvalget hadde gitt forskeren en stor nok forståelse av problemet i studien, men også at det har blitt oppdaget en gjentakelse av data etter å ha gjennomført analyse fra intervjuene. Etter det syvende og åttende intervju ble det oppdaget at svarene gjentok seg fra tidligere intervju. Dette betyr at metning ble nådd, som indikerer at forskeren har nok deltagere (Kvale & Brinkmann, 2019; Thalgaard, 2019). I et

kvalitativt forskningsintervju vil antallet på utvalget være avhengig av om forskeren mener formålet til studien har blitt besvart (Thalgaard, 2019). Det er ikke uvanlig at man har et ugunstig antall intervjuobjekter (Kvale & Brinkmann, 2019). Kvale og Brinkmann (2019) påpeker at dette vil være problematisk, da man ikke vil få et grunnlag for generalisering ved for få antall intervjuobjekter, mens forståelse og dybde i intervjuet kan svekkes ved et for stort antall. Å intervju som mange som trengs for å få svar på det forskeren ønsker, er derfor en god hovedregel, noe Kvale og Brinkmann (2019) sier er avhengig av formålet til forskningen (Meijers, 2021, eget arbeid).

3.4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å bruke en kvalitativ intervjustudie, vil intervjudeltageren bli valgt ut gjennom strategisk utvelgning (Christoffersen & Johannessen, 2012; Thalgaard, 2019). Det vil være viktig å kunne systematisk velge utvalget, slik at forskeren har et utvalg som har egenskapene eller ferdighetene som er gunstige for å besvare problemstillingen (Thalgaard, 2019). Derfor hadde utvalget visse kriterier de måtte tilfredsstille for å kunne delta i studiet. Disse kriteriene var at alle deltagerne måtte være kvinner og være i en alder mellom 30-60 år. Personer som ikke tilfredsstilte disse kriteriene, vil ikke være hensiktsmessige å gjennomføre intervju med. Disse kriteriene vil være viktig for både å besvare problemstillingen til dette studiet, der problemstillingen er rettet mot utvalget, og for å kunne sette søkelys på utvalget i tidligere forskning og deres studier rundt tematikken, forebygging av stillesitting.

3.5 Prosedyre

3.5.1 Datainnsamlingsmetoden

Datainnsamlingsmetoder som kan brukes for å hente inn kvalitativ data er observasjon og/eller intervju (Postholm & Jacobsen, 2018; Thalgaard, 2019). Det kvalitative forskningsintervjuet blir brukt når en forsker ønsker å formidle forståelse i vanlig språk (Kvale & Brinkmann, 2019). Gjennom å bruke kvalitativt forskningsintervju som datainnsamlingsmetode, vil en forsker få et bedre og fyldigere innsyn på synspunkter, tanker, meninger og perspektiver intervjudeltageren har rundt temaet forskeren forsker på. Derfor gir det forskeren et godt grunnlag til å kunne forstå deres erfaringer, følelser og tanker ved å gjennomføre et intervju (Thalgaard, 2019). Om en velger å bruke observasjon som metode, vil forskeren blant annet få en bedre forståelse rundt atferden til observasjonspersonen og

personenes forhold med hverandre (Thalgaard, 2019). Derfor ble observasjon valgt bort, med grunnlaget at det ikke ville resultere i svar på tematikken. Det var gunstig for denne studien å kunne benytte seg av kvalitativt forskningsintervju. Dette for å hente inn informasjon, tanker og synspunkter fra intervjudeltagerne rundt tematikken problemstillingen gir.

Det forekommer oftest intervju når forskeren benyttes kvalitative studier (Thalgaard, 2019). Ved å intervju kvinner i alderen 30-60 år var det forskningsprosjektets mål å få fram synspunkter, tanker og meninger rundt tematikken. Formålet med å velge intervju som metode var å få et inntrykk rundt andre mennesker sine livssituasjoner, og å gi forskeren en bedre innsikt i intervjupersonene sine synspunkter og erfaringer (Thalgaard, 2019). Semi-strukturerte intervju ble gjennomført med deltakerne i denne studien. Semi-strukturert ble valgt over strukturert intervju fordi det var viktig for studiens hensikt å ha klare temaer som skal dekkes. Et semi-strukturert intervju vil hjelpe denne studiet ved at den er åpen for endring i rekkefølgen spørsmål blir stilt, men også hvordan en kan formulere samme spørsmålet på flere måter. Deretter er det også en fordel å kunne bygge videre på svar deltageren kommer med (Kvale & Brinkmann, 2019).

Det er viktig å skape en god relasjon med intervjudeltageren (Kvale & Brinkmann, 2019). Dette for å skape et trygg rom der intervjudeltageren er åpen for å dele sine tanker, meninger og synspunkter. Det er avgjørende at intervjudeltageren føler at tankene deres blir verdsatt, for at personen føler seg trygg og ønsker å snakke fritt (Kvale & Brinkmann, 2019). Det vil kreve at forskeren har den riktige kunnskapen som kreves, om blant annet forskerens rolle og etikk. Forskeren må kunne skape en balanse mellom å uthente datamaterialet som er ønskelig, og respekt for intervjudeltageren (Kvale & Brinkmann, 2019). Derfor vil det være viktig at forskningsintervjuet blir grundig planlagt og gjennomført.

Det er en rekke utfordringer som kan oppstå ved bruk av kvalitativt forskningsintervju. Derfor er det som forsker viktig å være klar over disse. Noen av disse utfordringene kan oppstå når forskeren et ute etter et svar som intervjudeltageren ikke gir. I denne situasjonen gir det stor ansvar til forskeren å ikke påvirke eller presse ut svar, intervjudeltageren må føle seg trygg under hele intervjuprosessen (Kvale & Brinkmann, 2019). Relasjonen forskeren har med intervjudeltageren er også viktig. Det kan oppstå utrygghet, som medfører at intervjudeltageren ikke ønsker å åpne seg, eller unngå å svare på spørsmål forskeren stiller i intervjuprosessen (Kvale & Brinkmann, 2019). Derfor vil det være en prioritering å skape en trygg og god relasjon mellom forskeren og intervjudeltageren, selv om det kan være utfordrende (Thalgaard, 2019).

3.5.2 Utvikling av intervjuguide

Det må planlegges godt når en intervjuguide skal utarbeides. Kvale og Brinkmann (2019) sier at en intervjuguide skal være som et manuskript. Den vil gi struktur gjennom intervjusituasjonen, og kan følges så nøye som forskeren ønsker. Forskeren må vise til hvilken kunnskap forskningsprosjektet er ute etter, derfor vil det være viktig å ha god struktur på intervjuguiden (Malterud, 2017). En godt strukturert intervjuguide vil hjelpe forskeren til å stille gode spørsmål som er rettet mot temaet i forskningsprosjektet, men også for å få en god tolkning av intervjudeltagerens svar (Thalgaard, 2019). Informasjon en forsker ønsker å få fram i et kvalitative forskningsintervju, kommer når intervjudeltageren deler sine synpunkter, erfaringer og meninger (Malterud, 2017).

Ønsker vi at intervjudeltageren gir oss god kvalitet på datamateriale, må forskeren stille spørsmål som gir intervjudeltageren mulighet til å svare konkret og utfyllende rundt tematikken forskningsprosjektet har (Thalgaard, 2019). Hovedspørsmål skal være rettet mot å få fram synpunkter, tanker, meninger og erfaringer til intervjudeltageren, mens oppfølgingsspørsmål ønsker å gi forskeren et mer konkret inntrykk på det som har blitt sagt av deltageren (Thalgaard, 2019). Det er åtte hovedspørsmål i intervjuguiden (Se Vedlegg 1) til dette forskningsprosjektet, med flere oppfølgingsspørsmål til hver. Spørsmålene i denne intervjuguiden er åpne spørsmål. Spørsmålene er utarbeidet og formulert opp mot den relevante tematikken rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting og legge til rette for fysisk aktivitet for folk flest. Noen av disse hovedspørsmålene er «*Hva tenker du er samfunnets sin rolle rundt å fremme fysisk aktivitet?*», «*Hva føler du samfunnet bidrar med for å legge til rette for tilbud og tiltak som kan redusere stillesitting?*» og «*Kan du fortelle hva du opplever samfunnet gjør for å fremme forståelse rundt stillesitting?*». Grunnen til at vi ønsker å bruke åpne spørsmål i kvalitative forskningsintervju er at det inviterer til beskrivelser og utforskning. Det gir forskeren en mulighet for å få intervjudeltageren til å åpne seg for å dele sine tanker, opplevelser og følelser (Kvale & Brinkmann, 2019; Malterud, 2017).

Intervjuguide har blitt bygget opp etter Rubin og Rubin (2012) sin «*Tre-med-grener-modell*». Dette er en modell som gir oss et utgangspunkt i at stammen av treet representerer hovedtemaet i forskningsprosjektet, mens grenene i treet representerer spesifikke temaer. Denne modellen passer godt til dette forskningsprosjektet, der forskeren har bestemt på forhånd hvilke temaer det skal fokuseres på i intervjuet. Dette vil også hjelpe forskeren med å sammenligne hva alle intervjudeltageren har sagt om de samme temaene i forskningsprosjektet.

Intervjuet ble delt opp i tre hoveddeler. Den først handlet om deltagerne sine tanker og synspunkter rundt samfunnet sin rolle og bidrag rundt å både fremme fysisk aktivitet, og redusere stillesitting. Så ble det fokusert på informasjonsinnhenting, der hovedmålet var å reflektere rundt hvor informasjon for anbefalinger av fysisk aktivitet finnes. Men også hva deltageren tenker økt informasjon og kunnskap rundt tematikken kan bidra med i samfunnet generelt. Videre gikk det inn på tanker og meninger rundt tilbud og tiltak som allerede eksisterer i samfunnet, som bidrar med å øke fysisk aktivitet og redusere stillesitting. Målet med å utarbeide intervjuguiden nøye, var å sikre at intervjuguiden inneholdt spørsmål som dekket tematikken til forskningsprosjektet. Samtidig var det viktig at intervjuguiden hadde en fleksibilitet der intervjudeltagernes utsagn ble bevart.

Rekkefølgen på spørsmålene som ble spurt varierte fra intervju til intervju. Grunnen til dette var at enkelte intervjudeltagerne snakket seg inn i tema som dekket andre spørsmål. Det ville være en ulempe å stoppe deltagerne mine i deres delingsprosess av tanker og meninger, og derfor kunne det oppstå en semistruktur på intervjuet. Det ble også hoppet over spørsmål, da intervjuobjektet hadde svart for seg allerede. Kvale & Brinkmann (2019), forteller at det er viktig å formulere intervju spørsmål til et språk som brukes daglig. I dette tilfelle inneholder intervjuguiden spørsmål som er formulert til hverdagslig språk, i stedet for et tungt teoretisk språk.

3.5.3 Pilottesting

Det ble gjennomført to pilottester av intervjuguiden. Begge ble gjennomført med kvinner som møtte kriteriene til forskningsprosjektet. Målet med pilottestene var å undersøke om intervjuguiden var tilstrekkelig og om intervjuguiden traff tematikken slik forskeren ønsket. Gjennomføringen vil sette forskeren i en intervjusituasjon slik at erfaring skapes før intervju prosessen setter i gang (Ringdal, 2018). Pilottesten hadde også som hensikt å teste prosedyrer og rutiner. Etter at den første pilottesten ble gjennomført, var det ønskelig å gjøre endringer i formuleringen av spørsmålene, rekkefølgen på spørsmålene og noen ekstra spørsmål for å kunne bedre besvare problemstillingen. Et eksempel på dette er at det ble lagt til et spørsmål om hva deltagerne syntes virker bra i dag og hva som kan bli bedre i fremtiden. Pilottesten varte omtrent i 34 minutter. Intervjuguiden ble også sendt til veilederen av prosjektet, som også bidro til endringer i formuleringen av spørsmål.

Pilottest nummer to ble gjennomført for å øke kjennskap til intervjuguiden etter endringene og for å bli bedre kjent med materialet før intervjuprosessen fant sted. Pilottesten varte i 38 minutter. Deltageren ble ikke brukt i utvalget, men ble spurt om å dele sine opplevelser av intervjusituasjonen. Denne informasjonen bidro til ytterligere endringer av intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2019). Den ble også tatt opp på diktafonen som skulle brukes og transkribert. Dette for å teste ut om alt utstyr fungerte før datainnsamlingen startet. Etter gjennomføringen dekket intervjuguiden tematikken forskeren ønsket å belyse. Videre ble lydopptaket og transkriberingen slettet etter endt pilottest.

3.5.4 Gjennomføring av intervju

De aktuelle intervjudeltagerne ble intervjuet fysisk etter avtale, der intervjudeltageren fikk forslag til tidspunkt, og videre kunne bekrefte møtetiden eller forslå ny tid. Da intervjudeltageren fikk velge når de ønsket å gjennomføre intervjuet, kunne det gå lang tid mellom intervjuene. Deltageren fikk også komme med ønsker om digital gjennomføring eller i fysiske møter. Alle valgte å gjennomføre intervjuet i fysiske møter. Intervjuene ble gjennomført på to forskjellige møterom. Alle intervjudeltagere fikk mulighet til å lese gjennom transkriberingen av deres eget intervju, men ingen av deltagerne benyttet seg av dette. Gjentar at hovedmålet med intervjuene er å belyse deltagerne sine synspunkter, tanker og meninger rundt tematikken.

Før intervju start ble informasjonsskrivet (Se Vedlegg 2) gjennomgått, og samtykke samlet inn. Dette for å sikre at deltageren har forståelse rund informasjon og formålet til studiet. Deretter fikk deltageren bli kjent med diktafonen som skulle brukes slik at ikke den ikke skulle være et forstyrende element igjennom intervjuprosessen (Kvale & Brinkmann, 2019). Det ble notert skriftlig om non-verbalt språk, når det oppstår viktige aspekter. Dette ble deltageren også informert om før intervjuet startet, og hvorfor dette vil være viktig for forskningens helhet. Videre vil det være viktig å ha markerte korte pauser i intervjuguide. Dette gir forskeren tid til å reflektere rundt det som har blitt sagt, og få en oversikt på framdriften (Thalgaard, 2019). Dette vil også være gunstig for intervjudeltageren, da deltageren får en mulighet til å utdype temaet om ønskelig.

Det ble gjort tydelige markeringer ved overgang til et nytt tema, der deltageren har muligheten til å vise om vi kan gå videre (Thalgaard, 2019). Det ble spurt om deltageren ønsker å legge til relevante kommentarer, eller hadde spørsmål når intervjuet ble avsluttet.

Gjennomsnittlig ble intervjuene gjennomført på 23:30 minutter, der lengden på den korteste var 14:50 minutter, mens den lengste var 43:04 minutter. Tabell 2 under viser tidsaspekt for datainnsamlingsprosessen.

Intervjuene foregikk i et møterom der både forskeren og deltagerne kunne snakke fritt og uforstyrret. Alle intervjuene ble gjennomført i virkeligheten der forskeren møtte deltageren. Rommet ble også satt opp slik at deltageren ikke skulle føle seg truet eller føle at de var i en avhørssituasjon. Dette ved bandt annet å tenke på bord- og stolplassering. Det ble også tatt hensyn til kroppsspråk og oppførsel, da dette gir et stort innblikk i deltagerens sin oppfatning av forskeren, som igjen påvirker intervjusituasjonen (Johannessen et al., 2016).

Tabell 2

Oversikt over gjennomføring

Dato	Tema
10.11.21	Intervjuguide ferdigstilt
10.11.21	Samtykkeskriv ferdigstilt
16.11.21 + 18.11.21	Pilot 1 & 2
20.11.21 – 07.03.22	Intervju
20.11.21 – 07.03.22	Transkribering

Note: Tabellen viser en oversikt over gjennomføring med dato

3.5.5 Transkripsjon

«Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen» (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 205). I transkriberingsprosessen blir samtalen mellom forskeren og intervjudeltageren gjort om til et skriftlig produkt (Kvale & Brinkmann, 2019). Som nevnt tidligere ble intervjuene tatt opp av en diktafon, samtidig som det ble skrevet notatet underveis. Ved å bruke diktafon var det mulig å ta opp lyd, for så legge den digitale lydfilen videre inn på en datamaskin der transkriberingen fant sted. Transkriberingen foregikk ved hjelp av å bruke dataprogrammet NVIVO 12. I dette programmet ble det lyttet til lydfil og skrevet ned ordrett fra intervjuene. Ved å bruke programmet NVIVO 12, var det enkelt å høre og skrive samtidig. Transkriberingen ble gjennomført fortløpende etter intervjuet vært fullført. Dette for å holde

tankene rundt intervjuet fersk. For å gjenskape intervjusituasjonen, ble hver av intervjuene lyttet til på nytt før transkriberingen av gjeldene intervjuet.

Transkriberingsprosess var tidkrevende og omfattende, men det er et viktig steg i forskningsprosessen der forskeren kan bli godt kjent med datamaterialet. Dette vil være gunstig for analysen av datamaterielt (Kvale & Brinkmann, 2019). Det er ønskelig at transkripsjonen ivaretar mest mulig av original data, dette for å få frem synspunkter, tanker og meninger til intervjudeltageren. Gjennom transkribering fra tale til skrift kan det likevel forekomme uheldig endringer av mening. Derfor har transkriberingen som mål å ivareta informasjonen intervjudeltageren formidler, i så stor grad som mulig (Kvale & Brinkmann, 2019).

Gjennom intervjuene ble det blant annet gjort forsøk på å tydeliggjøre intervjudeltagerens kroppsspråk gjennom notater. Det ble brukt tall for å skille mellom forskeren (1) og intervjudeltageren (2) sin stemme. Om det oppsto non-verbal kommunikasjon av betydning, ble dette skrevet i parentes i transkriberingen. Oppsto det latter i intervjuet ble dette bemerket i transkriberingsprosessen ved å skrive dette i parentes. Om det skulle var korte eller lengere pauser, ble dette markert med prikker (...). Intervjuet ble transkribert ordrett, det fantes ikke rom for omformulering av setningene. Dette er viktig for at de ulike tolkningsalternativer om blant annet meninger, tanker eller synspunkter ikke mistes (Kvale & Brinkmann, 2019). Derfor ble det også tatt med alle forekomster av «*hm-er*», «*sant*» og «*ikke sant*» i intervjuene.

3.6 Dataanalyse

Det ble valgt å benytte tematisk analyse for å analysere datamaterialet som har kommet frem i dette studiet. Dette er et godt verktøy for forskere som ønsker å ha en analyse som er fleksibel og tilgjengelig i forhold til deres kvalitative data (Braun, et al., 2016). Dette betyr at med en slik analyse kan forskeren utføre analysen både i teoridrevet og ikke teoridrevne studier. Videre vil tematisk analyse kunne hjelpe forskeren å identifisere, analysere og rapportere mønster som blir dannet i datamaterialet. Braun, et al. (2016) påpeker at tematisk analyse er gunstig for forskere som har lite erfaring med kvalitativ forskning, da metoden krever svært lite teoretisk og teknisk kunnskap. Tematisk analyse er kompatibel med Maxwell (2009) sin modell, som har blitt brukt for å formulere og utarbeidet oppgaven. Tematisk analyse er en prosess der man beveger seg frem og tilbake mellom stegene, likt som Maxwell (2009) sin modell.

Analysen i denne masteroppgaven tok utgangspunkt i seks trinn modellen til Braun et al. (2016), som blir presenter videre i kapittelet.

I fase en var det viktig å bli så godt kjent med datamaterialet som mulig. Intervjuene ble transkribert, der forskeren gjorde seg kjent med det skriftlige stoffet. For en nøye beskrivelse av transkripsjonsprosess som tilhører denne masteroppgaven, se kapittel 3.5.5. Selv om denne fasen kan kreve uendelig mye tid, vil det allikevel være en viktig og positiv fase, som gir forskeren mulighet til å utvikle forståelse. Braun et al. (2016) påpeker at det er viktig å lese datamaterialet aktivt og åpent, der forskeren videre kan skape mening av data som legges frem. Dette ble gjort ved at datamaterialet ble lest grundig flere ganger. Det var også viktig å være ekstra oppmerksom på elementer som kom frem, som meninger, likheter, ulikheter og sammenhenger.

Fase to handler hovedsakelig om koding. Dette er å sette datamaterialet i grupper. Målet med fase to er å finne og bli kjent med det som vil være relevant (Braun et al., 2016). Videre skal disse gruppene være teoridrevne eller kommer ut fra dataen som en arbeider med (Braun et al., 2016). I forhold til denne studiet, var det kodet ut fra teori der problemstillingen allerede hadde viktige elementer å undersøke. Kodene var også innarbeidet i intervjuguiden, før intervjuet tok sted (Se Vedlegg 1). Noen eksempler på kodene var «*Fysisk aktivitet*», «*Stillesitting*» og «*Tilbud og tiltak*». Selv om det ble laget flere koder, ble ikke alle benyttet. Dette fordi enkelte ikke var relevante til studiet. Det er viktig at forskeren møter datamaterialet med åpenhet og er oppmerksom. Dette for å kunne identifisere viktige elementer i datamaterialet, som videre kan bygge et mønster i datamaterialet på tvers (Braun et al., 2016).

I fase tre ble kodene samlet og sortert. Videre ble kodene tematisert i ulike temaer. Dette ble gjort ved å analysere kodene og videre bestemme hvordan de kunne kombineres for å lage tema (Braun et al., 2016). Kodene ble delt opp under et hovedtema, «*Samfunnets bidrag*». Under hovedtemaet var det flere undertemaer som «*Å fremme fysisk aktivitet*», «*Å forebygge stillesitting*», «*Motivasjonsteorien*», «*Å øke forståelsen*», «*Tilbud og tiltak*», «*Egen innsats*», «*Health literacy*» og «*Samfunnets rolle*». Etter å ha funnet ut at flere temaer kunne samles under et, ble det avgjort at utgangspunktet skulle være to hovedtema. Disse hovedtemaene ble samfunnets sin rolle og informasjon. Disse fikk videre fordelt underkapitlene som ble nevnt.

Fase fire omhandlet å gå gjennom temaene som har blitt identifisert. Arbeidet i denne fasen er å finne ut om noen tema ikke vil være brukbar som egenstående tema. Derfor måtte utdragene gjennomgås grundig og leses på nytt. Dette for å avdekke et sammenhengende

mønster (Braun et al., 2016). Videre måtte hele datamaterialet gjennomgå på nytt. Ved å avdekke om temaer hadde nok data i seg selv, ble det avklart om de klarte å stå alene som et eget tema. Her ble bandt annet temaet «*Motivasjonsteorien*» og «*Egen innsats*» valgt bort.

I fase fem ble det gitt endelige navn til de forskjellige temaene, som videre blir grunnlaget for temaene i resultatkapittel. Det handler om å definere og benevne temaene. Det er viktig å påpeke at temaene ble revidert flere ganger. Videre var det også gunstig å være oppmerksom på at temaene ikke overlappet hverandre. Dette fordi en ønsket at alle tema forteller hver sin fortelling (Braun et al., 2016). Figur 3 viser hovedtemaene og deres undertemaer som var bukt underveis i arbeidet, men som senere i prosessen ble endret.

Figur 3

Hovedtemaer og deres undertema underveis i arbeidet.

Samfunnets rolle i tilrettelegging av fysisk aktivitet og reduksjon av stillesitting.	Informasjon rundt stillesitting og fysisk aktivitet.
<ul style="list-style-type: none">• Tanker rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting og øke fysisk aktivitet.• Eksisterende tilbud og tiltak.• Meninger rundt å forbedre tilbud og tiltak som vil være tilstrekkelig for folk flest for å redusere stillesitting.	<ul style="list-style-type: none">• Opplevelser rundt hvordan samfunnet fremmer forståelse rundt stillesitting.• Sannsynligheten for å redusere stillesitting i hverdagen, ved økt kunnskap.

Note. Figur 3 viser to av hovedtemaene underveis i arbeidet og deres underliggende temaer.

Fase 6, rapportering. Dette har blitt gjort ved å skrive ned resultatet på studiet og utformet selve resultatkapittelet i denne masteroppgaven. Det er viktig å påpeke at analyseprosessen ikke alltid har fulgt en bestemt rekkefølge. Heller har den gått frem og tilbake mellom stegene. Dette fordi viktigheten av analysen ligger i å kunne beskrive fortellingen til deltagerne på best mulig måte, som videre har et formål å overbevise kvaliteten på forskningen (Braun et al., 2016).

Det er viktig at forskeren tar en objektiv rolle under analyseringen av datamaterialet. En forsker kan fort omformulere data som har blitt innhentet til sin egen fordel, som skape svakhet

i validitet til forskningen (Kvale & Brinkmann, 2019). Derfor er det viktig at forskeren tolker fornuftig, men samtidig stille seg kritisk til det som blir formulert av intervjudeltageren (Kvale & Brinkmann, 2019).

3.7 Datakvalitet

3.7.1 Validitet

Validitet, eller gyldighet, fokuserer på resultat av forskning og hvordan man tolker dette (Thalgaard, 2019). Forskeren må klare å belyse forskningsprosjektets intensjon, men også veien dit. Forskningen må være troverdig, men også nyttig. Dette handler om at forskningen har gyldige tolkninger som forskeren klarer å få frem (Thalgaard, 2019). Transparens vil spille en rolle i forhold til validitet. Dette ble gjort ved å beskrive den teoretiske bakgrunnen for tolkingen, men også å vise tydelig hvordan forskerens analyse og tolkning av datamateriale har blitt utført (Silverman, 2014). Leseren skal ha mulighet til å vurdere om forskningen har fokus på kvalitet. Derfor er det viktig å reflektere og drøfte rundt tolkninger og beslutninger som har blitt tatt, men også det teoretiske utgangspunktet, som vil gi et utgangspunkt for gyldighet. Dette gjør forskningen gjennomsiktig, og lar en leser forstå hvordan forskningen har foregått (Silverman, 2014). Forskeren kan være tilfredsstillt når tolkningene oppnådd gjenspeiler virkeligheten av fenomenet som er studert (Thalgaard, 2019).

I gjennomføring av kvalitativt forskningsintervju er det fare for at forskeren og intervjudeltageren snakker forbi hverandre. Derfor vil det være viktig å være klar over dialogisk validering (Malterud, 2017). For å unngå dette er det viktig at forskeren styrer sin egen oppfatning, noe som kan gjøres ved å stille forsikrende spørsmål til intervjudeltageren. Dette ble brukt flere ganger gjennom intervjuene i det nåværende forskningsprosjektet.

Ved å beskrive det teoretiske grunnlaget for forskningsprosjektet og ved å være kritisk til hva tolkingen er basert på, vil validiteten i prosjektet styrkes. Enkelte deltagerne i forskningsprosessen hadde stor interesse for temaet. Dette gjør at troverdigheten kan styrkes, der deltagerne har interesse og kunnskap rundt tematikken fra før. Selv om det er sagt, kan det likevel trekke ned validiteten, da disse deltagerne ikke ville være presentable for hele målgruppen.

Det har vært fokus på kognitiv skjevhet i forskningsprosessen. Dette er et begrep innen validitet, som betyr at forskeren tolker datamaterialet slik at det kommer overens med deres egne meninger og synspunkter rundt tematikken (Johannessen et al., 2016). Forekommer dette

vil validiteten bli svekket, derfor må forskeren være oppmerksom. Forskeren har hatt fokus på å styrke validiteten i studien ved å være oppmerksom på dette, og fremme intervjudeltakerne sine synspunkter uten påvirkning av forskerens mening.

Videre må fremgangsmåten og datamaterialet være presentabelt for virkeligheten (Thalgaard, 2019). Selv om det er sagt så er mennesker ulike, og har ulike synspunkter. Noen er uenige, mens andre har likheter. Ved å ha gjennomført disse åtte intervjuene, med samme intervjuguide, viser det akkurat dette. Datamaterialet hadde noen samsvar, men også noen ulikheter. Forskeren kan også styrke validitet i sin forskning ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen. Dette ved å vise til at forskerens tolkning står sterkere enn alternative tolkninger som viser seg mindre relevant (Thalgaard, 2019). Dette ble gjort ved å gi grunnlag for begrunnelse ved tolking av datamateriale, og ved å vise frem referanser eller annet datamateriale som støtter opp tolkning av data.

3.7.2 Reliabilitet

Når vi snakker om reliabilitet i forskning, handler dette om forskningens pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2019; Marshall & Rossman, 2016). I kvalitativ forskning blir begrepet reliabilitet ikke anvendt på samme måte som i kvantitativ forskning (Thalgaard, 2019). Dette på grunn av at forholdene i kvalitativ forskning fort kan endre seg, og dermed føre til ulike resultater. Et viktig poeng i kvalitativ forskning er at forskningen er avhengig av relasjon mellom forskeren og forskningsdeltageren (Thalgaard, 2019). Derfor blir det lagt stor vekt på kontakten forskeren har med deltageren i feltet.

Forskeren må kunne reflektere og argumentere reliabiliteten i sin forskning, samtidig som man viser hvordan veien til datamaterialet har vært (Thalgaard, 2019). Leseren må bli overbevist om forskningens kvalitet og at resultatet er troverdig. Derfor må forskeren være grundig og spesifikk i sin framgangsmåte gjennom hele forskningsprosessen (Thalgaard, 2019). Dette ble gjort i dette forskningsprosjektet ved å være konkret og spesifikk gjennom metodekapittelet, der hele forskningsprosessen ble tydeliggjort. En annen måte å styrke reliabiliteten i dette prosjektet på var å gjøre forskningsprosessen gjennomsiktig, eller «*Transparent*» (Silverman, 2014). Det vil si at forskeren beskriver både forskningsstrategi, analysemetoder og forskerens forkunnskap, slik at leseren kan gå igjennom hele forskningsprosessen steg for steg (Silverman, 2014). Videre vil det være viktig å skille mellom og redegjøre for det som blir referert i intervjusituasjonen og hva som er forskerens vurderinger

og kommentarer (Seale, 2007). Dette ble gjort gjennom å bruke lydopptak av intervjuet, der utviklingen av datamaterialet er mer uavhengig av forskerens inntrykk eller oppfatning. Det vil si at data ikke blir påvirket direkte av utsagn som har blitt rekonstruert (Thalgaard, 2019). Ved å bruke lydopptak kan en forsker også være sikker på at datamaterialet ikke går tapt. Postholm & Jacobsen (2018), forteller at reliabilitet blant annet handler om graden av informasjon som blir registrert.

Forskeren har også fått konstruktive tilbakemeldinger fra veileder underveis i prosjektet, som er en annen faktor som styrker reliabiliteten av studien. Dette ble gjort gjennom samarbeid, diskusjoner og refleksjon rundt både forskningsprosessen, avgjørende beslutninger og kritiske evalueringer i forskningen, som Thalgaard (2019) mener er avgjørende. Intervjudeltagerens og forskerens dagsform har mye å si for innhentingen av datamaterialet, der resultatet av intervjuene kan vise en differanse (Thalgaard, 2019). Dette oppstod under en av intervjuene. Intervjudeltageren var ikke helt i form, dette på grunn av en slitsom dag før intervjuet fant sted. I ettertid ser man at dette intervjuet ble gjennomført på kortest tid, men det inneholder likevel verdifull data.

Intervjudeltagerne kan oppfatte spørsmål som truende og holde viktig informasjon tilbake, hvis spørsmål er uforståelig, kritiserende, eller for personlig (Kvale & Brinkmann, 2019; Postholm & Jacobsen, 2018). Spørsmål i intervjuguide ble utarbeidet med hensikt til å ikke fremkalle slike situasjoner. Enkelte begrep ble forklart underveis i intervjuprosessen for at intervjudeltageren ikke kom i ubehagelige situasjoner, men dette skulle heller ikke oppleves som belærende. Det ble hoppet over spørsmål som allerede var besvart, og noen spørsmål ble omformulert for å gjøre det lettere forståelig for deltageren.

Før gjennomføring av intervjuprosessen var det viktig å tenke gjennom og bli gjort oppmerksom på hvordan man som forsker kunne påvirke datainnsamlingen. Forkunnskapen om tematikken som tilhører forskningsprosjektet har en påvirkning på reliabilitet og kan påvirke resultatet (Postholm & Jacobsen, 2018). Se kapittel 3.2 for detaljer om forskerens forkunnskap og forforståelse. Grunnen til dette er at forkunnskapen vil legge et grunnlag for hvilke spørsmål som blir formulert i intervjuguiden, samt hvilken rekkefølge spørsmålene stilles i. Forkunnskap er også viktig for at intervjuguiden skal dekke alt av relevant tematikk rundt problemstillingen. Videre vil forkunnskap ha en betydning for hvordan forskeren tolker og beskriver data, og trekker sammenhenger og ulikheter mellom forliggende tema.

3.7.3 Overførbarhet

Når det snakkes om overførbarhet, har utvalget i studien en stor betydning (Kvale og Brinkmann, 2019). I denne masteroppgaven ble det intervjuet åtte kvinner som møtte inklusjonskriteriet. Disse hadde en relativ likhet i meninger og tanker rundt tematikken. Når det er nevnt, er utvalget konsentrert på et mindre sted, i et fylke i Norge. Derfor kan en drøfte om resultatene hadde blitt likt i andre områder. Studiet i seg selv hadde ikke som mål å være generaliserende ut mot verden. Begrepet overførbarhet blir heller brukt, fordi studiet heller handler om å overføre kunnskap enn å generalisere resultatet (Kvale og Brinkmann, 2019). Selv om det er sagt så ønsker studien å være relevant til videre forskning, og et hjelpemiddel for innsyn i tanker kvinner har rundt samfunnets bidrag. Studien i seg selv kan videre gi indikasjoner på kvinner i befolkningen sine synspunkter. Videre kan studien også gi en indikasjon på viktigheten av fysisk aktivitet, og hva kvinner i befolkningen opplever regjeringen eller kommunen bidrar med.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil resultatene bli presentert. Kapitelet er bygget opp av to hovedtema, og deres undertema (Se Tabell 3).

Tabell 3

Oversikt over tema og undertema

Tema	Undertema
1. Samfunnets rolle for å fremme fysisk aktivitet og redusere stillesitting.	1.1 Tanker rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting og øke fysisk aktivitet. 1.2 Eksisterende tilbud og tiltak. 1.3 Meninger rundt å forbedre tilbud og tiltak som vil være tilstrekkelig for folk flest for å redusere stillesitting.
2. Kunnskap om hvordan fysisk aktivitet og stillesitting påvirker egen helse.	2.1 Opplevelser rundt hvordan samfunnet fremmer forståelse rundt stillesitting. 2.2 Økt kunnskap som metode for å redusere stillesitting.

Note: Tabell 3 viser til en oversikt over temaene resultatet har delt inn i.

Tema 1: Samfunnets rolle for å fremme fysisk aktivitet og redusere stillesitting

I forhold til samfunnets rolle i forbindelse med fysisk aktivitet, mente flere av deltakerne at å fremme fysisk aktivitet og redusere stillesitting vil bidra til å fremme livskvaliteten og redusere økonomiske konsekvenser for samfunnet. Deltaker 8 sa for eksempel «*Å redusere stillesitting, altså at vi sitter stille og ikke beveger oss, det tenker jeg vil få direkte konsekvenser ganske raskt*». Nesten alle deltakerne la vekt på at stillesitting og inaktivitet har en stor økonomisk betydning for staten og kommunen. Deltakerne mente at livsstilssykdommer opptar mange ressurser, som for eksempel sykehusplasser, sykefravær, innleggelse i psykiatrien, økonomiske midler og medisinbruk. «*Det er for samfunnets beste at befolkningen er friske og raske og at de har god helse*», «*Samfunnet er tjent med at befolkningen har god helse*» mente deltager 5. En økning i fysisk aktivitet og reduksjon av stillesitting vil også ha en betydning på livsstilssykdommer som diabetes, overvekt, skjelett- og muskelpåslag, hjerte- og karsykdommer, ifølge deltakerne. Deltager 7 diskuterte for eksempel «*Det blir et samfunnsproblem hvis den*

fysiske formen på befolkningen synker. Derfor mener jeg at samfunnet har en viktig rolle i dette».

Videre mente deltakerne at samfunnet har et ansvar for å legge til rette for fysisk aktivitet i hverdagen, både på arbeid og i fritiden. Deltager 8 fortalte at i en periode deltageren ikke var i bevegelse følte deltageren seg dårlig, men at det å bevege seg hadde en positiv effekt. Det samme sa deltager 3 «*Hvis du sitter mye stille, hvis du ser på tv og ikke beveger deg, så blir du mye mer sliten. I hvert fall min erfaring, dette er jo min personlige erfaring*». Det må legges opp til fysisk aktivitet av kommunen, ifølge deltager 3. Dette kan gjøres ved å ha god tilgang til turområder, bygge idrettshaller, aktivitetsanlegg i parker og flere aktiviteter på fritiden, mener deltager 1, 2, 4 og 8. Det må også tilrettelegges for alle folkegrupper, inkludert eldre og funksjonshemmende, påpekte deltager 4. I forhold til arbeidslivet kommer det frem at det finnes arbeidsgivere som har tiltak og tilbud, men at det er veldig forskjellig fra arbeidsplass til arbeidsplass, fortalte deltager 5 og 8. Selv om det er sagt så mente deltager 1 og 6 at en kan legge til rette for fysisk aktivitet, men at du som person har ansvaret for å benytte deg av det og være i bevegelse. Det ble også nevnt av deltager 8, at når deltageren måtte jobbe hjemmefra ble det enda mer stillesitting enn det deltageren var vant til. Deltager 8 fortalte blant annet «*Det var viktig på en måte å bare vandre rundt, og ikke ha dårlig samvittighet overfor at du stopper i arbeidet og reiser deg opp*».

Deltager 1, 2, 3 og 4 var opptatt av at fysisk aktivitet i ung alder kunne ha stor betydning for samfunnet. Det er viktig at vaner blir dannet i ung alder som varer gjennom hele livet, fortalte deltager 2. Deltakerne fortalte at det blant annet er kommunen sitt ansvar å ha mer fysisk aktivitet i skolen. Ifølge deltager 4 vil fysisk aktivitet ha flere positive sider, som å hjelpe unge med mestring, håndtere tap og samspill med andre. Deltager 2 og 4 mente at skolen har gode muligheter til å fange opp unge som er lite aktive eller inaktive, deltager 4 reflekterte:

«Flere unge blir dratt litt ut av foreldrene. Ikke de alle fleste, men en del. Det er jo dessverre noen som ikke er fysiske i det hele tatt. Så da er det veldig viktig at skolen for eksempel tilbyr fysisk aktivitet».

Undertema 1:1: Tanker rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting og øke fysisk aktivitet

Etter å ha intervjuet deltakerne, kommer det frem at fem av åtte deltagere er delvis fornøyd med tiltakene som finnes i samfunnet, tre deltagere savnet mer tilrettelegging for økt

fysisk aktivitet. Deltakerne påpekte at de fortsatt ønsker en økning av tiltak og tilbud som gjør det lettere å være i aktivitet på fritiden, men også i arbeidstiden. Flere av deltakerne snakket om at kommunene har gjort det strategisk vanskeligere å bruke for eksempel bil i forbindelse med å komme seg til arbeidsplassen deres. Deltager 6 mener det er nok tilbud for de som ønsker, men det kommer helt an på personen selv å benytte seg av disse tilbudene, «*Jeg tror egentlig at det er nok tilbud, men det gjelder bare å finne de, og du må jo starte med deg selv*». Deltager 1 nevnte blant annet at deltageren måtte velge bort å bruke bil som transportmiddel, og heller gå til arbeidsplassen, som igjen er et bidrag fra kommunen.

«Nå har de jo gjort det litt vanskelig for oss. De har satt opp bomringer, og lite parkeringsplass, og da må du gå på jobb. Hvis det ikke hadde vært for det så hadde jeg ikke gått på jobb. Da hadde jeg kjørt».

Undertema 1:2: Eksisterende tilbud og tiltak

Det ble nevnt flere tiltak som deltagerne har hørt om eller selv har erfaring med. Disse er en blanding av tiltak som kommunene selv har utarbeidet, tilbud som bedrifter selv står for, og tilbud som privatpersoner tar initiativ til å starte opp. Flere nevnte at de har lagt merke til parker med aktivitetsområder, med treningsapparater, som kommunene har satt opp «*Det har jo kommet treningsapparater. Det er jo et godt tilbud for de som kan gå og trene der*» fortalte deltager 4. Det ble også nevnt at turområder er viktige for den fysiske aktiviteten, der kommunene må legge til rette for turstier, turområder og skogsområder.

Flere deltagere fortalte også at arbeidsplassen har minsket antall parkeringsplasser, som et tiltak for å redusere bilbruk og promotere sykling og gåing. En deltager sa «*Vi har jo sykt lite parkeringsplasser på jobb, det gjør at vi nesten blir tvunget til å gå*». Videre ble det nevnt at kommuner ofte har rabatt på svømmehall og treningssenteret, men at det fortsatt kan være dyrt å benytte seg av. Mens enkelte bedrifter har gratis tilbud på treningssenteret, har noen bedrifter til og med sitt eget treningssenter for sine ansatte på arbeidsplassen «*Det er bedrifter der du ikke trenger å betale for et medlemskap hos et treningssenter. Det tenker jeg er kjempelukrativ, en investering i de ansatte*». En av deltager fortalte og at det er avhengig av hvor en jobber, der noen arbeidsplasser har mer fokus på fysisk aktivitet enn andre «*Jeg tror det kommer an på hvor du jobber hen. Jeg tenker noen har sikkert mye mer, attraktive tilbud enn akkurat jeg har*». Videre mente nesten alle at det hadde vært ønskelig med fysisk aktivitet på arbeidsplassen. Der en får avsatt tid i arbeidstiden for å utføre fysisk aktivitet med og uten en instruktør. Deltager 3

påpeker dette «*Men jeg tenker jo, sett inn litt treningstid. At den fysiske aktiviteten kan være en del av din jobbhverdag*». Det ble også nevnt at noen bedrifter benytter seg av «*Walk and Talk*», der møter foregår gående i stedet for sittende. Og at bedrifter har tilbud om «*Hev og senk pult*», som gjør at arbeidstaker kan stå å jobbe. Deltagerne hadde ikke egen erfaring med disse tiltakene, men de hadde fått hørt om disse fra andre. En av deltageren fortalte at man som arbeidstaker må ha en god begrunnelse for å få tilrettelegging for «*Hev og senk pult*», hos deres arbeidsplass, noe som var svært vanskelig å få til. Videre ble det nevnt at slike tiltak hadde vært gode forslag for arbeidsplassen.

Flere av deltagerne nevnte også at det finnes tilbud som promoterer sykkelbruk ved at kommunene gir ansatte gode fordeler når det gjelder leie av sykkel. Ifølge deltager 5 hadde det forgått aksjoner for sykkel til jobb. Det ble også fortalt om interne bedriftskonkurranser og kommunale konkurranser, der blant annet flere av deltagerne mente at konkurranser motiverer ansatte godt til å bli mer fysisk aktive «*Hvis vi klarer å skape en intern konkurranse, at man får mange med så funker det. Det funker i hvert fall her. Vi gikk skritt som bare det. Så det fungerer det*», fortalte deltager 5. Dette ble også nevnt av deltager 8, at intern konkurranse er et bra verktøy, der en aktivitet som å gå mest mulig skritt i løp av en periode som et lag, fungerte godt. Selv om det er sagt så påpekte deltager 8 at tiltaket ikke vil treffe alle:

«Det er jo en positiv ting å få drahjelp til å komme i gang, men vi så at det ikke klarte å fange opp de som gjerne burde ha fått det. Men så klart, du fanger ikke alle med sånn konkurranse, men du fanger noen. Men gjør du det ikke, så fanger du ingen».

Vennegrupper og turgrupper som blir dannet på sosiale media var også et godt tiltak ifølge deltager 7, og ble nevnt av flere. Dette ved å møte flere mennesker et gitt sted for så å gå fjelltur eller en vanlig tur sammen:

«Sånn fjellvenner og sånt. Gå tur for å dra folk ut, som er sånn lavterskel tilbud. Det føler jeg det er mer og mer av, i hvert fall dette med å gå tur i skog og mark. Det er veldig inn. Det er et flott tiltak, og det er jo gratis å bruke naturen. Men det er noen som må ta initiativ til å samle sammen en gjeng og å legge listen lav er absolutt med på å få folk mer ut».

Undertema 1:3: Meninger rundt å forbedre tilbud og tiltak som vil være tilstrekkelig for folk flest for å redusere stillesitting

Gjennom intervjuene kom det frem forskjellige meninger om tilbud og tiltak som kunne treffe folk flest. To deltakere var også engstelig for at det er lite kroppsøving på barneskolen,

der det blant annet ble sagt at de eldste hadde en time med kroppsøving hver uke. De mente videre at det var mye stillesitting på skolen, men skulle gjerne sett mer aktivitet ute, for eksempel i skogen. Deltager 4 påpeker at noen skoler er flinkere enn andre.

Det ble også diskutert at enkeltpersoner på arbeidsplassene har prøvd å sette i gang aktiviteter, der de prøver å motivere ansatte til å bli med på aktivitet ifølge noen av deltakerne, men det pleier å være på personens egen initiativ. Videre forteller deltakerne at et tilbud i arbeidstiden ville være gunstig, dette kan være avsatt tid til fysisk aktivitet og eller et rom som er tilrettelagt for fysisk aktivitet «*Jeg tenker det er noen som har tilbud gjennom jobb, gjerne med treningscenter. Eller at det har blitt lagt til rette for aktiviteter i arbeidstiden*». Det ble også nevnt av flere deltakere at det vil være bra å ha lettere tilgjengelighet for idrettshaller, treningscenteret og svømmehaller for å fremme fysisk aktivitet, der tilbudet ville være attraktiv nok til å bli brukt, med tanke på økonomi.

Deltager 1 mente at det mangler reklame rundt de eksisterende tilbudene, og sier at det gjerne kan snakkes mer om tilbudene. Deltager 8 fortalte at deltageren ofte går glipp av tidsbegrensende tilbud, der deltageren heller ville fått en direkte epost om tilbud som finnes enn å måtte lete etter disse selv. Det ble nevnt av en av deltagerne at et detaljert treningsprogram kunne vært gunstig å ha tilgjengelig:

«Det som kanskje hadde vært kjekt, som jeg kunne syntes selv, kan gjerne være et slags program. At den godt kunne styre hva du skulle ha gjort. Litt sånn detaljert. Gå tur, litt sånn som går an å følge. Også for de som ikke er så mye ute og går tur. Det kunne gjerne vært greit å ha et program å følge».

Deltager 8 nevnte at det burde være mer fokus på turgrupper og treningsgrupper som gode tiltak for å fremme fysisk aktivitet, der en kunne ansatte en fokusgruppe som hadde ansvar til å promotere og organisere disse turgruppene «*Jeg tenker gjerne enda mer at de kunne ansette personer. Det har jo vært forsøk på det med turgrupper som er gratis, der du får et tilbud om å være med å trene med andre*». Det ble også fortalt at konkurranseprega aktivitet motiverer, som mest mulig aktivitet i løp av en uke, for eksempel i form av steg. «*Jeg tenker det å være litt kreativ, la folk få et mål med det å gå. Turorientering har jo vært kjempebra, men så er det det å legge til rette der folk bor og, for å få folk i gang*», fortalte deltager 8. Deltager 5 fortalte om en trimgruppe i deres nabolag der det var to kvinner som gir et trimtilbud, der en kan være med på fysisk aktivitet. Det deltager 5 påpekte som viktig, er at det er gratis og tilgjengelig og der målet er å få med mennesker som ikke er så fysisk aktive fra før av. Deltager 6 var også inne

på organiserte grupper der aktivitet som er lavterskel blir nevnt, men legger også fokus på at menneskene rundt må være flinke til å hjelpe andre til å bli med på aktiviteter. Et lavterskeltilbud beskrives av deltageren som et tilbud om en tilrettelagt rolig gåtur. Videre forteller deltageren at et tilbud må fokusere på målgruppen en er ute etter, og at tilbudet er trygt og overkommelig:

«Å begynne forsiktig, ikke at vi skal ha oppmøte fem ganger i uken for eksempel, men at vi først finner et tidspunkt der vi ser for oss at alle, eller at mange kan møte og starte med en dag for eksempel. Når vi har fått en god gjeng der og alle kjenner eller føler at de får et utbytte av, enten det er sosialt eller fysisk, så kan en øke antall oppmøter. Det er en måte å gjøre det på».

Tema 2: Kunnskap om hvordan fysisk aktivitet og stillesitting påvirker egen helse

Deltakerne diskuterte om hvor de finner informasjon angående anbefalinger til deres fysiske aktivitetsbehov. Alle deltagere mente at internett er et godt sted å søke opp slik informasjon, der databasen Google ble hyppigst navngitt. I tillegg ble det også nevnt forskjellige sosiale medier som «Facebook» og «Instagram», og tv program som «Ett feitt liv». To deltakere sa også at det kunne søkes anbefalinger på kommunen sine nettsider, og nettressurser til Folkehelseinstituttet (FHI). Deltager 5 nevnte at det er mulig FHI kan ha en del informasjon om anbefalingene rundt fysisk aktivitet, men kan ikke bekrefte dette. Videre fortalte deltager 4 at det ville være gunstig å bruke søkeord som «norsk helse» og «helseinformasjon», for å finne informasjon rundt fysisk aktivitet. I tillegg var det flere deltagere som nevnte at de selv hadde en del erfaring med fysisk aktivitet fra før, både gjennom interesser og tidligere studier, som ga de en god kunnskapsbasis rundt fysisk aktivitet.

Det var også fokus på troverdigheten til informasjon som lå ute på nettet. Deltager 6 og 7 nevnte at en må være kritisk. Deltager 6 sa «Det kommer litt an på personen. Klart du må være litt kritisk på såkalte influenser. Jeg følger jo gjerne de som jeg vet har en treningsbakgrunn eller gjerne er utdannet». Deltager 7 var veldig opptatt av at det er mange muligheter på nettet i forhold til slik informasjon, men også at man burde være skeptisk til hvem som gir fra seg informasjonen, da den ikke alltid er riktig:

«Alle kanaler og alle anbefalinger kan du ikke stole på, på google for all del. Alle som selger et produkt, et treningsopplegg, treningsprogram, vil jo veldig at du skal velge de. Men det gjelder jo å finne de rette kanalene som har den riktige informasjonen».

Med tanke på slik informasjon reflekterte deltagerne rundt hvordan de opplever forståelsen rundt informasjonen de ble eksponert for. Det var to deltagere som syntes det kunne blitt bedre, mens resten mente det var tilstrekkelig. Deltager 5 fortalte blant annet at det var godt forståelig «*Jeg syntes det er ganske sånn rettet mot folket. At det er skrevet på en ganske enkel måte*». Flere deltakere mente at termologien kan være uforståelig for mennesker uten en idrettsbakgrunn. For eksempel diskuterte deltaker 5:

«De kunne nok ha gjort det enda mer forståelig, fordi det er vanskelig for mange å forstå dette med intensitetssoner for eksempel. Det står ofte om moderat intensitet, og det er jo et litt relativt begrep, tenker jeg, for mange. Hvis du ikke er vant med å trene, og trenger å bevege deg litt mer, så tror jeg ikke du helt vet hva moderat intensitet er for eksempel».

Videre diskuterte blant annet deltager 2 at statistikk rundt fysisk aktivitet og inaktivitet kunne blitt presentert bedre «*Det er jo ikke ofte at man nasjonalt får presentert statistikk om inaktiv livstil, endring, livsstilsykdommer og overvekt. Det kommer jo jevnlig slik forskning*». Flere av deltagerne viste til at informasjonen de fikk ofte inneholdte anbefalinger rundt indikasjoner om ti tusen skritt om dagen eller 30-60 minutter med aktivitet hver dag ville være gunstig å opprettholde. Gjennom å ha lest en artikkel tidligere, mente en av deltageren at fokuset ikke burde være på de ti tusen skritt en tar på en dag, men heller helheten i løpet av hele dagen der du gjør en innsats «*Det jeg tenker er, det som er viktig, er jo å formidle viktigheten av det, men også at du faktisk må gjøre innsatsen*». Deltageren reflekterte videre om at det å bevege seg nok hver dag ikke alltid er enkelt, men ved hjelp av en smartklokke fant deltageren fort ut at en hadde behov for mer aktivitet «*Jeg tror det er flere som tenker at når du sykler til jobb og når du går på jobb og hjem, og går en liten tur i tillegg så har du dekt det. Men så enkelt var det ikke*».

Undertema 2:1: Opplevelser rundt hvordan samfunnet fremmer forståelse rundt stillesitting

Ved å undersøke hva deltakerne opplever rundt samfunnets innsats for å fremme forståelse rundt stillesitting, kom det frem at seks av åtte deltakere mente at det er for lite innsats i å fremme forståelsen rundt tematikken og at blant annet regjeringen kunne øke innsatsen i forhold til dette «*Det synes jeg kanskje ikke alltid er like mye, eller det burde kanskje være enda bedre formidlet*». Blant annet ville fokuset på å fremme de negative sidene ved stillesitting i lengre perioder, kunne gi en effekt:

«Folk vet det, men tenker gjerne ikke så mye på det. Det bør kanskje bli enda bedre formidlet, i forhold til alle slags sykdommer. Altså hvor stor effekt har stillesitting. Det er jo masse med muskel- og skjelettplager, fedme, overvekt, diabetes som kan spores tilbake til for lite fysisk aktivitet».

Deltakerne fortalte at det har vært flere program på tv som kan se ut til å brukes som informasjonsdeling til befolkningen. Det er også tv-debatter, aviser, og dokumentarer rundt tematikken «*fysisk aktivitet*», nevnte alle deltakerne. For eksempel fortalte deltaker 6 at det ville være viktig å treffe målgruppen som er inaktive der de er: «*Vi må nå folk der de er. Jeg tenker de som er inaktive og sitter mye i ro, ser gjerne på mye skjerm. Så man må i hvert fall begynne med å få informasjon ut der*», men også at dokumentarer er gode informasjonskilder «*Jeg lærer jo mye av dokumentarer, eller disse programmene der du er inaktiv og er med på sånn livstilsendings program*». Deltager 2 mente at et annet verktøy har vært å dele rapporter rundt diabetes og andre livsstilsykdommer som kan forebygges ved mer aktivitet. Videre mener to andre deltagere at å vise følger av inaktivitet kan gi en skremseffekt på befolkningen, noe som kan være et hjelpemiddel. Deltageren mente også at det er fint med de tv-programmene, som kan fungere som en påminnelse på å bevege seg «*Så kan man jo tenke at jeg sitter godt i sofaen, så burde jeg gjøre det og det. Det er en tankevekker, det er jo noe med at – ja, en må ta ansvar. Det er en påminner*».

Deltager 8 mente det er lite informasjon tilgjengelig og mente at en må se bevisst på å fremme forståelse for å se at det faktisk er gjort et forsøk på å fremme fysisk aktivitet blant folk. Videre fortalte flere deltagere at det har blitt gjennomført kampanjer med plakater, der humor er et virkemiddel. «*Jeg tenker gjerne når du viser bilder av folk over 90 på treningssenter, som er kjempefriske, så vil det gi det lille dyttet. Hvis du klarer å holde deg i bevegelse, så vil det hjelpe*». Deltager 8 påpekte viktigheten av å forstå dette, og at informasjon kan være tydeligere. Flere av deltagere mener også at det vil være positivt å fremme informasjon rundt forebygging av stillesitting. En av deltakerne snakket om en kampanje som heter «*Fem om dagen*», og forklarte at en slik kampanje, rettet mot fysisk aktivitet ville være gunstig. Deltageren opplevde at «*Fem om dagen*» hadde en god effekt «*Jeg går jo fortsatt rundt og tenker på fem om dagen. Så det var jo en kjempesuksess, tenker jeg. Selv om jeg ikke alltid gjennomfører den, så har jeg jo alltid den i bakhodet*».

Undertema 2:2: Økt kunnskap som metode for å redusere stillesitting

Deltakerne hadde delte meninger om sannsynligheten for at de ville ha redusert graden av stillesitting i hverdagen hvis de hadde fått mer kunnskap om stillesitting som risikofaktor for livsstilssykdommer. To deltagere mente at de hadde nok kunnskap rundt tematikken, slik at det ikke ville ha noe effekt på deres livstil. Samtidig mente flere av deltakerne at det ville gi en positiv effekt *«Jeg tror jeg ville tenkt mer nøye. Jeg tror virkelig at hvis du ser helsegevinsten av det å bevege deg, så tror jeg nok at du er mer opptatt av det»*. Å få informasjon jevnlig ville også øke bevisstheten rundt tematikken *«Sjansen er ganske stor for at jeg hadde begynt å bevege meg mer, hvis jeg hele veien hadde blitt påmint»*. Deltager 4 sa at det absolutt hadde hjulpet med å snu tankene til enkelte personer, og nevnte, i forhold til om å fremme forståelse har en positiv påvirkning, at deltageren tror at hvis det var god informasjon tilgjengelig til den aktuelle målgruppen, så ville flere bevege seg og være opptatt av sin egen helse *«Det får flere til å bevege seg, flere til å være aktivt, ta vare på helse og kropp»*.

Flere deltagere snakket også om ansvaret de selv har for å redusere stillesitting overfor familien og bekjente. Det vil være viktig å redusere stillesitting for å oppnå god helse, og ved å presentere informasjonen rundt alvorligheten av stillesitting, vil sjansen for bedre helse øke *«For som regel har du et annet ansvar enn bare deg selv. Så hvis du tenker litt i et større perspektiv, så kan unge miste foreldre eller at du ikke får oppleve å bli gammel»*. En annen deltager påpekte at det skal en vekker til for å få deltageren til å gjøre en endring i livstilen, der deltageren allerede føler at forståelse rundt alvorligheten av inaktivitet er der:

«Jeg har nok kunnskap til å forstå sammenhengen, så at jeg hadde fått mer kunnskap tror jeg ikke hadde hjulpet. Jeg tror allerede at jeg vet det jeg trenger å vite. Så jeg tror mer forståelse hadde gjort at jeg ikke hadde vært mindre stillesittende. Så det må til en stor endring hos meg, ved å bli syk for eksempel».

5.0 Diskusjon

I kapittel 5 vil resultatene bli diskutert opp mot forskning og teori. Problemstillingen i denne studien var «*Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?*». Kapitlet vil også avdekke svar på de tre forskningsspørsmålene som har blitt formulert. Disse var: «*Hva tenker kvinner i 30-60 årsalder er samfunnets rolle rundt å fremme fysisk aktivitet og å redusere stillesitting?*», «*Hvordan finner kvinner i 30-60 årsalder frem informasjon angående de fysiske anbefalingene, og hvilken forståelse opplever de rundt informasjonen?*» og «*Hva opplever kvinner i 30-60 årsalder samfunnet gjør for å fremme forståelsen rundt stillesitting?*».

5.1 Samfunnets rolle rundt å fremme fysisk aktivitet og redusere stillesitting

Deltagerne var enige i at det er en sammenheng mellom økt fysisk aktivitet og redusert stillesitting som effekt på å fremme livskvaliteten hos den enkelte. Selv om det er sagt så har inaktivitet og sedat atferd en økende trend i både Europa og resten av verden (Eurostat, 2003, Matthews et al., 2008). Bakgrunnen for den økende trenden har blant annet skyld i den teknologiske utviklingen (Lohne-Seiler & Torstveit, 2012; Hallal et al., 2012). Der vi en gang var avhengig av våre fysiske aktive hverdager for å overleve, er det i stor grad blitt erstattet med enklere løsninger. Eksempler på dette er gode transportmuligheter, underholdning og databruk (Lohne-Seiler & Torstveit, 2012; Torstveit et al., 2018). Selv om utviklingen av teknologien har store fordeler for verden, har det allikevel kommet på bekostninger av viktige faktorer. En av disse faktorene er hverdagsaktivitet.

Redusert aktivitet i hverdagen fører videre til en økning i antall stillesittende timer per dag. Inntrykket deltagerne gir angående den positive siden av fysisk aktivitet, stemmer overens med at inaktivitet øker sjansen for livsstilssykdommer (Lee et al., 2012; Wilmot et al., 2012). Forskning viser tydelig til at utvikling av livsstilssykdommer, som diabetes type II og hjerte- og karsykdom, har en sammenheng med risikofaktoren fysisk inaktivitet (American Diabetes Association, 2014; Forouzanfar et al., 2016; Ulset et al., 2007). Deltagerne viser også tydelig, ved å uttrykke sine tanker og meninger, at samfunnet har et stort ansvar for å øke det fysiske aktivitetsnivået blant befolkningen, siden samfunnet får store konsekvenser hvis store deler av befolkningen er inaktive. Eksempler på slike konsekvenser er dårligere helse i befolkningen og

stort fravær i arbeidslivet. Derfor må regjeringen i samarbeid med kommunene gi bedre og flere tilbud som omhandler fysisk aktivitet.

Videre var deltagerne også opptatt av de økonomiske konsekvensene som samfunnet lider under, ved å ha et gjennomsnittlig lavt fysisk aktivitetsnivå i befolkningen generelt. Dette skaper videre ugunstige situasjoner. Eksempler på disse situasjonene og konsekvensene er en større andel av befolkningen blir innlagt på sykehus, økning i sykefravær, en redusert livskvalitet, økning i medisinbruk og utvikling av livsstilssykdommer som diabetes type II og hjerte- og karsykdommer. Dette er noe samfunnet må forsøke å unngå. Helsedirektoratet (2015) viser til at en av tre personer i voksen alder i Norge tilfredsstillende minimumsanbefalingene for fysisk aktivitet. Dette er en prosentandel på 32%. Minimumsanbefalingene for fysisk aktivitet ligger på 150 minutter med moderat intensitet per uke, eller 75 minutter med høy intensitet per uke. Dette viser at det er rom for stort forbedringspotensial i forhold til å øke det gjennomsnittlige fysiske aktivitetsnivået blant målgruppen i befolkningen. Videre viser tallene fra Helsedirektoratet (2015) at kvinner i voksen alder har et mer stabilt aktivitetsnivå med høyere intensitet over lengere tid enn menn, og at kvinner har mindre stillesittende atferd per dag.

Oppsummert mener flere av deltakerne at dette resulterer i sløsing med ressurser, der mye av risikoen kunne vært minsket med forebygging av inaktivitet og økt fysisk aktivitetsnivå i befolkningen. Deltakerne mener samfunnet har en stor rolle i forebygging av inaktivitet, og at dette bør imøtekommes ved hjelp av gode tilbud og tiltak for å øke det fysiske aktivitetsnivået. Kommuner kunne hatt et større fokus på fysisk aktivitet på arbeidsplassen der de gir rom, ressurser og tid for intervensjoner som har som hovedfokus å øke fysisk aktivitet. Det er viktig at det er gode og gjennomførbare føringer fra staten, der kommunene kan videreføre dette i deres områder. I forhold til dataen som har blitt samlet inn, vil det anbefales å gjøre aktivitetsområder som treningssenteret, idrettshaller og svømmehaller mer økonomisk tilgjengelig. Videre vil det også anbefales å legge til rette med mer fysisk aktivitet på arbeidsplassen, da dette oppleves som et område med lite prioritering.

5.1.1 Konsekvenser samfunnet vil få ved å ikke prioritere promotering av fysisk aktivitet

Deltakerne i denne studien mente at om samfunnet gjør en innsats for å øke gjennomsnittlig aktivitetsnivå i befolkningen, og dermed redusere stillesittingen, vil dette videre redusere risiko for livsstilssykdommer som for eksempel diabetes type II, overvekt, skjelett- og muskelpåslag og hjerte- og karsykdommer, som også er støttet opp av tidligere

litteratur (Lee et al., 2012; Wilmot et al., 2012). Det er svært viktig å redusere inaktivitet og sedat atferd, da forekomsten av hjerte- og karsykdommer og diabetes type II kan bli redusert. Både for hjerte- og karsykdommer og diabetes type II spiller fysisk aktivitet en stor rolle. Forskning viser til at ved å følge anbefalingene for fysisk aktivitet vil individet ha 14% reduksjon av sjansen for hjerte- og karsykdommer, i forhold til en som er inaktiv, og 14% redusert sjanse for tidlig død (Sattelmair et al., 2011; Wen et al., 2011). Deltagerne var tydelig på at en enda større økning av livsstilsykdommer, ikke ville være gunstig for samfunnet. Resultatet vil være at det er flere av befolkningen som ikke kan være i arbeid og at helsetjenester blir enda mer belastet. Dette er relativt viktig å unngå, og ved hjelp av fysisk aktivitet kan samfunnet minimalisere forekomst av livsstilsykdommen. Derfor vil tilbud og tiltak som øker fysisk aktivitet være gode forebyggende tiltak. Forskning som viser tydelig helseforskjellen mellom mennesker som er fysisk aktive i hverdagen og de som er inaktive, er forskningen gjennomført av Morris et al. (1958). Selv om forskningen er relativt gammel, har den likevel stor betydning i tydeliggjøring av viktighet av fysisk aktivitet. Forskningen, hvor konduktører representerer en gruppe med lite stillesitting i arbeidshverdagen sammenliknes med bussjåfører som har en stillesittende arbeidshverdag, viser at bussjåførene hadde dobbelt så høy risiko for utvikling av hjerteproblemer sammenliknet med konduktørene. Dette viser blant annet til viktigheten av fysisk aktivitet og hva konsekvensen kan være ved store mengder av inaktivitet. Et resultat av regelmessig lite fysisk aktivitet opplever en deltager som slitsomme og dårligere dager. Dette har igjen en sammenheng med fysisk aktivitets påvirkning på kroppen.

Deltagerne mente at mosjon og aktiv transport kan være med å øke fysisk aktivitet hos befolkningen, og flere ønsker å benytte seg av aktiv transport. Dette vil hjelpe ved at mennesker er i mer bevegelse på fritiden og på arbeid, men også på veien til og fra arbeidsplassen. Hvis en stor andel av befolkningen brukte aktiv transport som transportmiddel til arbeid, vil det ha blitt en økning i fysisk aktivitetsnivå hos en stor prosentandel av befolkningen. Brukes dette ofte og jevnlig, vil hverdagen hos den enkelte bli mer aktiv og man vil skape nye livsstilsvaner. Fysiske aktiviteter og mosjon, som sykling, turgåing og styrketrening viser seg å ha en forebyggende effekt på diabetestype II (Grøntved et al., 2014; Rasmussen et al., 2016; Smith et al., 2016). Derfor er det lurt å bruke aktiv transport som transportmiddel og tilrettelegge for dette, da det gir mange gode fordeler for egen helse. Smith et al. (2016) viset i en studie til risikoreduksjon på 26% for forekomst av diabetes type II, hvis en holder de ukentlige fysiske anbefalingene på 150 minutter. Hvor viktig fysisk aktivitet og reduksjon av inaktivitet er, kommer også tydelig fram i en rekke annen forskning (Dunstan et al., 2012; Fan et al., 2015; Pan et al., 1997).

Viktigheten av pauser etter lengere perioder med stillesitting har også en godt dokumentert effekt. Forskningen til både Henson et al. (2016) og Van der Berg et al. (2016), viser til viktigheten av å ta pauser i lengere perioder med stillesitting. Der å ta pauser ved å stå og å gå vil redusere og minske risikoen til å utvikle livsstilsykdommer som diabetes type II. Dette viser til at tankene til deltagerne har en god sammenheng med forskningene som blir fremhevet i kapittelet, der fysisk aktivitet har flere fordeler på helse enn inaktivitet. Det poengteres av deltagerne at arbeidsgiver og kommunen har et ansvar å legge til rette for fysisk aktivitet i hverdagen. Dette er å tilrettelegge fysisk aktivitet på arbeidsplassen, men også på fritiden, ved å redusere den økonomiske påkjenningen av å benytte seg av tilbud, men også ved å ha jevnlige aksjoner og gruppetilbud, som gruppetrim og gruppetrening, eller konkurransepreget kampanjer på arbeidsplassen.

5.1.2 Inntrykket av samfunnet bidrag for å fremme fysisk aktivitet

Gjennom intervjuene kom det frem at deltagerne mener det er viktig å legge opp til et samfunn der fysisk aktivitet er sentralt, noe som alle vil tjene på i lengden. Tilrettelegging av fysisk aktivitet vil hjelpe enkeltpersoner, men også samfunnet i sin helhet. Deltagerne kommer med forslag til måter det kan gjøres, og elementer i samfunnet de savner. Dette er blant annet god tilgang til turområder som alle kan benytte, både unge, voksne og eldre. Noen av deltagerne har merket endring i tilbud for parkering av privatbiler på arbeidsplassen, som fort oppfordrer arbeidere til å enten bruke kollektiv transport eller fysiske transportmidler (f.eks. sykkel). Videre har en mulighet til å øke det gjennomsnittlige aktivitetsnivået til enkelte, ved å bygge flere idrettshaller, parker og aktivitetsanlegg, ifølge deltagerne. Dette er områder som Helse- og omsorgsdepartementet (2020) er opptatt av i handlingsplanen «*Sammen om aktive liv*». Utvikling av en slik handlingsplan betyr i seg selv at myndighetene har forståelse rundt viktigheten av fysisk aktivitet og ønsker å øke det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen ved hjelp av en handlingsplan. Handlingsplanen til Helse- og omsorgsdepartementet (2020) handler hovedsakelig om å utbedre gode gå og sykkel muligheter for å fremme den aktive transporten, og å gjøre nærområder mer tilgjengelig for alle, samt å øke aktivitetstilbud og aktivitet på hverdagsarenaene skole og arbeid. Målene og implementeringene fra planen, virker som realistiske mål som godt kan gjennomføres hvis dette blir prioritert.

Flere av deltagerne mener også at det er viktig å få muligheten til å ha mer fysisk aktivitet på arbeidsplassen. De opplever store forskjell fra arbeidsplass til arbeidsplass, og ofte opplever mulighet for fysisk aktivitet ikke til å være tilstrekkelig. Det å være aktivt i ung alder har en

betydning for videre utvikling av sunne vaner, fortalte en deltager. Dette er grunnmuren for å skape et positivt inntrykk på fysisk aktivitet, og for å føre det videre i livet. Derfor mener enkelte deltagere fysisk aktivitet i skolen må økes og prioriteres, for å klare å skape en livslang bevegelsesglede. Skolen er også arena for å fange opp elever som ikke har dannet disse vanene og ikke praktiserer fysisk aktivitet på fritiden. Videre vil fysisk aktivitet ha flere positive påvirkninger på unge, som å lære å samarbeide, håndtere tap og mestring, forklarte deltagerne. I handlingsplanen til Helse- og omsorgsdepartementet (2020), er de også opptatt av skolens viktighet for fysisk aktivitet. De presiserer at fysisk aktivitet er viktig for unge, med tanke på at fysisk aktivitet gir en positiv effekt på både den fysiske og den psykiske helsen, men også har en positiv effekt på kognitive ferdigheter. Helse- og omsorgsdepartementet (2020) skriver videre at skolene har fått frihet til å bruke fysisk aktivitet i skolen som hjelpemiddel i alle fag. Kompetansemålene i skolen legger ingen begrensninger på å bruke fysisk aktivitet, og det nåværende læreplanverket har fokus på blant annet folkehelse og livsmestring. Selv om det er sagt så påpeker to deltagere at det er lite kroppsøvingstimer per uke på barneskolen til deres barn. Dette er et antall på en time per uke. Det er også ønskelig med mer aktivitet i uteområder, med tanke på alt stillesitting i hverdagen på barneskolen. Dette viser at selv om det er tilrettelagt for fysisk aktivitet i den overordna delen av fagfornyelsen, så vil skolene praktisere teorien i ulik praksis. Måter å gjøre dette på er å implementere fysisk aktivitet ved å ha flere gymtimer og svømmetimer per uke på alle trinn. Både deltageren og forskerens egen erfaring viser til at dette fort blir nedprioritert av overordnede. Videre kan også fysisk aktivitet økes ved å blande teoretiske fag og fysisk aktivitet. Eksempel på dette er å gjøre det teoretiske faget mer praktisk, ved å bruke uteområder og gi oppgaver som krever at elever bruker seg selv mer aktivt. Gjennom «*Kunnskapsløftet 2020*» (Kunnskapsdepartementet, 2017), er folkehelse og livsmestring fokus i tverrfaglige retninger. Ifølge Kunnskapsdepartementet (2017) skal elever ha god kompetanse i blant annet å fremme god fysisk helse, der elever videre skal kunne ta ansvarlige livsvalg. Dette viser at samfunnet er på riktig spor, men det gjenstår å se om dette blir praktisert bra nok for å forhindre en videre økning i stillesitting hos de unge.

I intervjuene var enkelte av deltagerne opptatt av at man som enkeltperson selv har ansvar for å gjennomføre eller benytte seg av det som det legges til rette for. Dette betyr at alle i samfunnet har ansvar for å øke sitt eget fysisk aktivitetsnivå. Videre kan dette gi en snøballeffekt der flere blir positivt påvirket, eller blir med på aktiviteter ved hjelp av en pådriver. Funn fra intervjuene viser til at flertall av deltagerne er delvis fornøyd med innsatsen til staten når det gjelder å øke fysisk aktivitet og redusere stillesitting. Selv om det er sagt, så

savner de fortsatt tilrettelegging av tiltak og tilbud. Dette vil være tiltak og tilbud som gjør det lettere å være aktiv på fritiden og i arbeidstiden. Samfunnet viser til å gjøre en innsats ved å ha utarbeidet handlingsplanen «*Sammen om aktive liv*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Det er viktig å nevne at handlingsplanens løp er fra 2020-2029, som indikerer at ikke alle elementer i handlingsplanen er klargjort eller gjennomført. Dette kan gi et inntrykk av mangel på tiltak akkurat nå. Hvis handlingsplanen blir gjennomført vil det gi gode muligheter for en gjennomsnittlig økning av fysisk aktivitet og en reduksjon av inaktivitet. Hvis handlingsplanen ikke blir gjennomført, vil folkehelsen fortsette i en negativ utvikling og det vil gi et signal om at fysisk aktivitet ikke er et område som er viktig å prioritere. Videre tanker og meninger rundt tiltak og tilbud blir diskutert videre i kapittelet under.

5.2 Tiltak og tilbud som er tilstrekkelig for folk flest

Det vil være viktig å få inn både tilbud og tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Dette ved å tilrettelegge områder eller tilbud for folk flest, der det gis mulighet for å delta i aktiviteter på flere arenaer, som videre vil dra opp det gjennomsnittlige aktivitetsnivået i befolkningen (Heath et al., 2012). Tilbud og tiltak som fremmer fysisk aktivitet kan gjennomføres både i hverdagen der nærområder blir brukt, men også i arbeidslivet. Derfor har det vært viktig å få et inntrykk av hva deltagerne mener rundt dette. Tilbudene og tiltakene må være tilstrekkelig, tilgjengelig og tilpasset til alle i samfunnet for å oppnå et godt resultat. Helse- og omsorgsdepartementet (2020) har i sin handlingsplan lagt frem tiltak som de mener vil fremme fysisk aktivitet. Noen av disse vil bli satt opp mot meningene og tankene til deltagerne i det nåværende forskningsprosjektet.

5.2.1 Nærområder

Etter å ha gjennomført intervjuene kommer det fram at noen av deltagerne legger merke til at aktivitetsområder, treningsapparat og parker bygges og utvides i nærområdet. Disse er oftest bygget ut av kommunene, og det er viktig for fysisk aktivitet å ha disse områder tilgjengelig. Et annet område som er viktig for å fremme fysisk aktivitet, er ifølge deltagerne turmuligheter i både by, skog og fjell, som er godt tilrettelagt. Helse- og omsorgsdepartementet (2020) mener i sin handlingsplan at det vil være viktig å legge til rette for barn, voksne, eldre og funksjonshemmende, der nærområder som parker, turområder, gatetun og grøntområder skal være tilgjengelig for alle. Heath et al. (2012) forteller blant annet at å gå er en av de vanligste

måter for voksne å være aktiv på. Derfor vil disse områdene være viktig å utvikle og investere i. Det viser også til at deltagerne legger merke til at disse områdene blir jobbet med av kommunene, akkurat som handlingsplanen påpeker og viktigheten med disse tiltakene. Dette er å lage grønne arenaer og områder der en kan være fysisk aktiv.

Aktiv transport er en av Helse- og omsorgsdepartementets (2020) satsingsområder for å fremme fysisk aktivitet. Dette ved å gi tilbud om bedre gå- og sykkelveier. Selv om det er sagt, så er det flere elementer enn bare fysisk aktivitet Helse- og omsorgsdepartementet (2020) er opptatt av. Eksempler på slike elementer er klima og forstøyning, noe som også vil reduseres om folk velger å sykle eller gå. Det er også et tydelig ønske fra deltagerne om å ha gode turområder der en kan utføre fysisk aktivitet, som videre er en del av handlingsplanen til Helse- og omsorgsdepartementet (2020), der de ønsker å utvikle og gjøre det mer attraktivt å bruke turstier eller turområder. Videre er det også viktig med utbygging av sykkelveier for å skape gode muligheter for de som vil benytte seg av et aktivt transporttilbud. Ved å gjøre veiene lett tilgjengelig og attraktivt å bruke vil denne formen av transport bli mer nyttig å bruke (Giles-Corti et al., 2016). Selv om det er et stort ønske fra begge parter, forteller Helse- og omsorgsdepartementet (2020) at utviklingen av gå- og sykkelveier ute i kommunene ikke går så raskt som de ønsker. Denstel et al. (2015) viser i sin studie at barn som går og sykler til skolen, har et høyere gjennomsnittlig aktivitetsnivå per dag, og oftest er i bedre form enn de som ikke velger denne formen av transport. Dette viser en viktig sammenheng mellom å ha gode alternativer til aktiv transport, om det er til skolen eller arbeidsplassen, og fysisk aktivitet. Derfor må det i høyere grad prioriteres å tilrettelegge for dette. Hvis samfunnet tilrettelegger for gode tilbud for bruk av sykkel eller å benytte seg av å gå mer i hverdagen, vil mange dra nytte av det, både i form av økt fysisk aktivitet og mindre støy og forurensning. Enkelte deltagere poengterer også at de ønsker å benytte aktiv transport som å sykle til jobb mer, da de mener at dette gir gevinster på helsen.

Et annet tiltak som deltagerne mener burde prioriteres, er tilbudet rundt turgrupper eller treningsgrupper. Dette er grupper der mennesker møtes på et bestemt sted, for så å gå en tur eller trene sammen. Grupper som dette, vil skap motivasjon for de enkelte så lenge de er tilrettelagt ved å ha et tilbud som er tilgjengelig og har en lav terskel. Videre vil disse gruppene også skape samhold, som kan gi økt sjans for gjentagelse av aktiviteten, og danne en vaneendring. I dag blir disse vanligvis dannet på sosiale medier, der det er enkelt å kontakte interesserte. Turgrupper og treningsgrupper kan være gode tiltak for å fremme fysisk aktivitet, så lenge en tilpasser den fysiske aktivitetens intensitet til målgruppen. Det vil si at det kan være

skremmende for en som har lite erfaring med fysisk aktivitet i utgangspunktet, som ofte er målgruppen, å delta på disse gruppene der personen ofte er enslig for at det kan bli for tungt eller krevende fysisk. Trening- og trimgrupper er også tilbud som kan motivere enkelte til å øke den ukentlige aktiviteten. Det viktigste med disse grupper, er at det må være tilgjengelig for de som ønsker å være med, det må være tilpasset til målgruppen der det er gjennomtenkt i å gjøre det som et lavterskeltilbud, og det må ikke koste mengder av økonomiske midler å delta. Har man fokus på disse områdene, vil man ha større sjans for å tiltrekke seg en målgruppe som ikke er aktive i utgangspunktet.

5.2.2 Arbeidsplassen

Flere deltagere nevner tiltak på arbeidsplassen. Helse- og omsorgsdepartementet (2020) forteller at arbeidsgiveren har plikt til å vurdere tiltak som fremmer fysisk aktivitet, men de har ikke plikt til å iverksette slike tiltak. Arbeidstakere er heller ikke pliktig å dra nytte av de tiltakene som blir iverksatt, noe som forteller hvor viktig det er å bruke tid og ressurser på å engasjere og motivere arbeidstakerne til å delta. Dette krever at arbeidsgivere får mulighet til å gjennomføre og presentere attraktive tiltak. En av tiltakene som ble gjennomført og nevnt av flere deltagere, var redusering av parkeringsplasser. Ved å minske totalt antall parkeringsplasser ved sin arbeidsplass, tvingersansatte til å bruke alternative transportmidler. Dette reduserer bruken av bil, og har mulighet til å promotere økt fysisk aktivitet i hverdagen. Disse alternative transportmidlene kan være å benytte seg av kollektivtransport, eller en form aktiv transport, som å sykle eller å gå til arbeidsplassen. Dette kan ha både en positivt og en negativ virkning. På den ene siden har man muligheten til å øke den fysiske aktiviteten, men på den andre siden vil en tvinge sine ansatte til dette istedenfor å gi de et fritt valg. Dette kan videre gi negative tanker rundt tiltaket, som videre gir umotiverte holdninger med å bruke aktiv transport. Derfor vil det være viktig at slike tiltak blir introdusert på en positiv måte, ved å engasjere personalet å få dem til å innse nytten av aktiv transport.

Det viser seg gjennom intervjuene at deltagerne kunne ha likt å ha flere tilbud på arbeidsplassen, som for eksempel rabatter på aktivitetstilbud og avsatt tid til å benytte seg av dette i arbeidstiden. Det er veldig stor forskjell mellom de forskjellige arbeidsplassene. Det ble nevnt av deltakerne at ansatte hos kommunen kan ha tilbud som rabatt på treningscenteret, men allikevel kan det være kostbart å benytte seg av dette. En forteller at man på arbeidsplassen må benytte seg av tilbudene på fritiden. Dette sammenlikner de med arbeidsplasser med et helt annet fokus. Deltakerne forteller at noen arbeidsplasser benytter seg av treningsrom på den

aktuelle arbeidsplassen, aktive møter i nærområdet «*Walk and Talk*», tilrettelagte hev -og senkpulter. Dette mener de gir et inntrykk av at arbeidsplassen fokuserer på hvor viktig det er med fysisk aktivitet for sine ansatte. For å nå et mål der store deler av befolkningen er fysisk aktive, vil slike tiltak være gunstig å ha på nærmest alle arbeidsplasser. Det vil si at både private aktører og kommunene må investere og tilrettelegge for dette. Det vises stor motivasjon blant kvinnene i dette studiet, som ønsker å kunne benytte seg av tiltak, men savner dette. Derfor burde arbeidsplasser benytte seg av denne motivasjonen som allerede ligger til grunn, for å videre forebygge eventuelle helseproblemer som hindrer arbeidsliv.

En annet tiltak som har blitt nevnt av flere deltagere er at arbeidsplassen promoterte bruk av sykkel. Dette var et tiltak der ansatte kunne få gode tilbud på leieavtaler for en sykkel av arbeidsplassen de jobbet, og deretter benytte denne til bruk for å komme seg fra og til arbeid. Deltagerne nevnte også at konkurransepregede tiltak har en god effekt, og at de foretrekker disse for å øke fysisk aktivitet. Dette var konkurranser der bedrifter kunne konkurrere med hverandre og se hvem som gikk mest per dag, ved å telle antall skritt eller kilometer. Det ble også delt ut premier til de som klarte det best, ifølge et par av deltakerne. Health et al., (2012) forteller at intervensjoner som er opptatt av å øke det fysiske aktivitetsnivået hos utvalget har et bedre resultat om en bruker skritteller som verktøy. Like resultater fikk Ribeiro et al. (2014), der flere grupper med ulike hjelpemidler ble forsket på. Det viste seg at gruppen med skritteller samt veiledning fikk de beste resultater i forhold til en økning av fysisk aktivitet. Dette viser at konkurranse kan være et godt hjelpemiddel og burde brukes som et element i å fremme fysisk aktivitet. Dette er enkle tiltak, men krever engasjement for å sette i gang. Videre kan slike tiltak gjøres både på arbeidsplasser, i kommuner eller i større områder som i et helt land, der flere konkurrere mot hverandre. Det er viktig å være kritisk i forhold til konkurransepregede aktiviteter, da det kan medføre ugunstige holdninger. Dette kan være med å fremme et usunt eller dysfunksjonelt forhold til fysisk aktivitet. Enkelte kan bli ekstremt opptatt av å telle antall skritt, kilometer og kalorier. Dette er noe bedrifter må ta hensyn til, hvis det er ønskelig å skape et sunt konkurransepreget miljø.

Problemet som ofte oppstår, ifølge deltakerne, er at det vanligvis er en pådriver, som ofte må promotere tiltak på egen inaktiv. Ved å bruke disse pådrivere som et verktøy, og gi dem nok støtte fra ledelse og motivasjon, har arbeidsplassen allerede en indre ansatt som er villig til å fremme tiltak som fungerer. For å endre et vanemønster på en arbeidsplass, ville disse menneskene være gunstige. Økonomi spiller også en rolle, der arbeidsplassen eller kommunen, må prioritere å bruke økonomiske midler som kan kreves for å promotere fysisk aktivitet. Når

det er sagt så ønsker nesten alle deltagere å ha et økt tilbud og tilrettelegging for fysisk aktivitet i arbeidstiden. Dette ved å få avsatt arbeidstid til å utføre fysisk aktivitet, med eller uten instruktører. Dette vil være en fordel for både arbeidstaker og arbeidsplassen, noe deltagerne er enige i. Malik et al. (2014) forteller, i en samlet systematisk oversiktsartikkel, at 32 av 58 studier viser til at helsefremmende intervensjoner og tiltak har god effekt på å øke den fysiske aktiviteten til de ansatte på disse arbeidsplassene. Selv om mye av forskning tilsier at å øke det gjennomsnittlige fysiske aktivitetsnivået, som er nevnt tidligere i kapittelet, er gunstig for reduksjon for livsstilsykdommer, mener Helse- og omsorgsdepartementet (2020) i forhold til arbeidsplasser, at det enda ikke finnes bra nok forskningsgrunnlag for å avklare om implementering av tiltak og tilbud rundt fysisk aktivitet på arbeidsplassen vil ha resultater i redusering av sykemeldinger og frafall. Derfor trengs det enda mer forskning av god kvalitet, for å snu på trenden og få mer fysisk aktivitet i arbeidshverdagen.

5.3 Økt health literacy hos individer kan endre livstil

En strategi for å forebygge livsstilsykdommer, er å gi økt kunnskap til befolkningen om helserelaterte temaer, som for eksempel den gode effekten av fysisk aktivitet og skader som kan forårsakes av stillesitting i lengre perioder. Dette kan gjøres ved å promotere health literacy og legge fokuset på å fremme kunnskap og bevissthet som en forebyggende faktor (O'Meara et al., 2019; Tajdar et al., 2021). Ved å øke health literacy i befolkningen, vil en kunne skape en menneskemengde som har evne til å forstå helseinformasjon, men som også kan vurdere informasjonen opp mot sin egen helse. Helse- og omsorgsdepartementet sin definisjon på health literacy er: *«Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbasert beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse. Og omsorgstjenesten»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5).

Forskningen viser at grad av health literacy har en sammenheng med utviklingen av livsstilsykdommer hos voksne (O'Meara et al., 2019; Salimi et al., 2017; Tajdar et al., 2021). Et eksempel på slike sykdommer er diabetes type II. Det viser til at en gruppe med lav health literacy, sammenlignet med en gruppe med høyt health literacy, har større sjans for å utvikle livsstilsykdommer som diabetes type II (O'Meara et al., 2019). Videre viser Tajdar et al. (2021) like resultater i sin forskning, hvor mennesker med lav health literacy har større tendens til å utvikle diabetes type II enn de som har høyere health literacy, og påpeker at det på grunn på dette må fokuseres på å forebygge utviklingen ved hjelp av å øke health literacy i befolkningen.

Disse funnene viser at økt health literacy bør være et fokus, slik at folk selv kan ta gode valg om sin egen helse. En måte å gjøre dette på er å utvikle intervensjoner der formålet er å hjelpe den enkelte med å øke sin health literacy. Videre må det også tilrettelegges for kontakten mellom helsepersonell og pasienter, der det legges vekt på å tilrettelegge helseinformasjon, ved å gjøre informasjonen så enkelt som mulig å forstå.

Deltakerne i denne studien ble spurt om de bevisst har lett etter informasjon angående fysisk aktivitet, og om denne var forståelig for folk flest. De forteller at de hovedsakelig finner informasjon angående fysisk aktivitet fra søk på internett og sosiale medier. Enkelte svarte fra statelige sider, som nettressurser til folkehelseinstituttet, men de fleste fra sosiale medier der enkelte mennesker fremmer sin versjon av definisjoner på sunnhet og god helse. Dette er personer med forskjellige bakgrunner som deler sine egne tanker og meninger rundt tematikken søkeren undersøker. En annen deltaker mente det er lite informasjon tilgjengelig om man ikke søker aktivt, og derfor må en være motivert til å finne slik informasjon. Deltakerne ga inntrykk av at informasjonen på internett og sosiale medier er godt forståelig, der språket har blitt tilpasset mottakergruppen. En deltaker nevnte allikevel at termologien kan være utfordrende for personer uten helse- eller idrettsbakgrunn. Her vil health literacy spille inn som et godt verktøy. For å gjøre informasjonen mer tilgjengelig, vil et hjelpemiddel være å bruke intervensjoner som har som mål å fremme forståelsen rundt temaet. Dette kan være kompanier som er rettet mot målgruppen. Da vil det være viktig at budskapet blir formidlet tilpasset gruppen, og er synlig der målgruppen er. Er det ønskelig å nå eldre, vil det være viktig å vite at ikke alle eldre har tilgang til digitale tjenester, mens unge befinner seg på helt andre arenaer. Videre kan kurs og veiledning også være et tiltak som må vurderes, hvor man vil ha en mulighet til å øke den enkelte sin health literacy.

Deltakerne i denne studien påpekte at troverdigheten av informasjonen spiller en stor rolle. Ved hjelp av økt health literacy gir det mulighet til å ta riktige valg og beslutninger ved at man lettere forstår informasjonen man innhenter, og man blir bedre til å velge bort informasjon som ikke er basert på forskning. Å kunne ta disse beslutningene vil være viktig for å unngå misforståelser, der health literacy er avgjørende for å skille mellom informasjonen man blir eksponert for. Dette støtter O'Meara et al. (2019) og Tajdar et al. (2021). Ved å finne trygge og sikre informasjonskilder, som er basert på forskning, kan leserne få presentert sammenhengen mellom utvikling av livsstilssykdommer ved uheldige livsstilsvaner, eksempelvis høy grad av stillesittende atferd og inaktivitet. En deltaker nevner også at det vil være gunstig å få presenter statistikk rundt fysisk aktivitet og inaktivitet oftere. Dette vil gi

befolkningen en god indikasjon på hvor stor andel som treffer de fysiske aktivitetsanbefalingene, og hvor stort problemstillesittingen egentlig er. Videre vil dette kunne øke motivasjonen til den enkelte til å ta grep, som videre kan føre til en bedring i egen helse.

Videre viser det seg at deltagerne syntes det å fremme forståelse rundt stillesitting som risikofaktor for livsstilsykdommer, er for lite prioritert av stat og kommune. Å gi befolkningen en påminnelse av de negative sidene ved lengre perioder med stillesitting, vil gi en positiv effekt. Dette er også flere av deltagerne enig i. Deltakerne nevner at det finnes dokumentarer, tv-debatter og informasjon i aviser rundt temaet, men at det ikke alltid treffer målgruppen. De mener det fort bare er de som er ekstra interesserte i problemstillingen som viser interesse. Derfor vil det være viktig å gi denne informasjonen til målgruppen der den befinner seg, som for eksempel på TV eller andre underholdningsplattformer. Videre blir viktigheten av forståelsen for problematikken og at det kan arbeides videre med å gjøre dette lett forståelig. Dette kan gjøres ved å ha reklamer og kampanjer med humor for å fange opp de fleste i befolkningen. Flere av deltakerne fortalte også at det å legge frem tall kan ha en skremseffekt da en person fort kan få en oppvekker, som videre bidrar til start på en livstilending. Å gi befolkningen påminnelse om å bevege seg etter lengre perioder med inaktivitet, og om viktigheten av fysisk aktivitet, kan bidra i å øke fysisk aktiviteten hos den enkelte. Derfor må fokuset ligge på større innsats i å fremme befolkningens forståelse rundt problematikken.

Flertall av deltakerne mente at økt kunnskap rundt stillesittende atferd som risikofaktor for livsstilsykdommer, vil gi en positiv effekt på forebygging. Dette ved å få informasjon rundt tematikken jevnlig, som videre fører til en påminnelse på hvor viktig det er å ha fysisk aktivitet som en del av hverdagen. To av deltakerne påpeker at de savner informasjon rundt tiltak og tilbud som arbeidsplassen eller kommunen tildeler. Det er ofte for sent å benytte seg av tilbudet, når informasjonen endelig ankommet den enkelte. Dette viser at det må legges mer vekt på om de kanalene som er til stedet dagen i dag virker, eller om disse må forbedres. Hvis det forbedres, kan det fort resulteres i flere mennesker i aktivitet.

5.4 Styrker, svakheter og begrensninger med studien

Studien gir innsikt i kvinners synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting og deres tanker og meninger rundt tilbud og tiltak som øker fysisk aktivitet. Intervjuene har gitt rikholdige datamateriale og tydelig informasjon rundt hva som kan forbedres. Dette har kommet fram ved gjennomføring av intervju som ga dybde i deltakernes

tanker. Videre viser studien en enighet i viktigheten av fysisk aktivitet fra deltagerne, regjeringen og tidligere studier, noe som styrker oppgaven. På en annen side er studiet begrenset, da den har hatt hovedfokus på en liten andel av kvinner fra samme fylke i Norge. Det vil være gunstig å fortsette forskningen rundt synspunkter og meninger i forhold til regjeringen og kommunene sin innsats for å fremme fysisk aktivitet, i større deler av landet. Dette kunne gitt et helhetlig bilde av hvordan de forskjellige regionene og kommunene fokuserer på å redusere inaktivitet blant befolkningen. På en annen side hadde det også vært gunstig å inkludere både kvinner og menn, for å se om disse har samme oppfatning.

5.5 Praktiske implikasjoner

Opgaven viser til at fysisk aktivitet har stor betydning for befolkningen i samfunnet generelt. Den viser også at det er viktig for kvinnene som har deltatt i studiet at både regjeringen og kommunene legger til rette for mer fysisk aktivitet. Dette gjelder både på fritiden og på arbeidsplassen. Ved å ha fått disse implikasjonene, viser det at motivasjon og ønske om å øke det ukentlige aktivitetsnivået hos disse kvinnene er til stede. Derfor vil det være mulig å gjennomføre invensjoner og tiltak på arbeidsplasser, og hyppigheten av disse burde økes. Dette kan gjøres ved å ta i bruk ståpultur, ha fysiske aktivitetspauser etter lengere tid med stillesitting, og gjøre aktiv transport mer attraktiv. Dette gjelder også tilbud på aktivitetsområder som blant annet gode tilbud på treningssenteret, svømmehaller og andre idrettsarenaer for voksne i arbeid. Det er viktig at samfunnet ikke bare ser på den negative siden av inaktivitet i befolkningen, men heller se på dette som en mulighet til å forbedre innsatsen.

Kunnskap rundt livsstilsykdommer, og å kunne forbygge dette, er avhenge av den enkeltes health literacy. I oppgaven kommer det også frem at deltageren mener at dette må forbedres. Dette ved at regjeringen og kommuner legger til rette for økt kunnskap. En måte å gjøre dette på er å legge fokuset på helsepersonell, der måten helsepersonell formidler helseinformasjon på blir tilrettelagt til et forståelig språk for pasienten eller pårørende. Samtidig må det også være fokus på å øke health literacy i befolkningen ved å gi kurs og å ha kampanjer med formål å lære befolkningen om helse, viktigheten av fysisk aktivitet og skadene som kan komme som følge av fysisk inaktivitet.

5.6 Anbefalinger for videre forskning

Det er flere områder som kan forskes videre på med utgangspunkt i dette studiet. Først og fremst vil en større forskningsstudiet utover en landlig region være gunstig, der en får et tydeligere bilde og inntrykk av synspunkter rundt tematikken i befolkningen. Dette vil videre hjelpe med å kartlegge sammenhengen mellom hva befolkningen opplever og det som virkelig bli gjort av samfunnet. Det vil også være nyttig å undersøke hvilke nåværende tilbud og tiltak, igangsatt av samfunnet, som treffer de ulike målgruppene.

Det hadde også vært interessant å undersøke tematikken rundt tiltak og implementeringer av fysisk aktivitet som et verktøy i arbeidslivet, der målet hovedsakelig vil være å redusere arbeidsfraværet. God forskning på dette området vil videre hjelpe samfunnet med å legge krav på å fokusere på fysisk aktivitet. Godt dokumentert forskning rundt dette er noe blant annet Helse- og omsorgsdepartementet (2020) nevnte at de savner.

Til slutt vil det også være gunstig å se nærmere på utviklingen i stillesitting og hvorfor samfunnet ikke klarer å endre trenden. Dette ved å gå dypere inn i tankene til den rettet målgruppen, for å avdekke hva som skal til for å skape interesse for et økt aktivitetsnivå i hverdagen.

6.0 Konklusjon

Ved å ha gjennomført kvalitative intervjuer med åtte kvinner i 30-60års alder, har denne masteroppgaven hatt som hovedhensikt å undersøke denne problemstillingen:

«Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?».

Tidligere forskningen viser til at det er en økende trend i antall timer mennesker sitter stille per dag, som videre kan føre til utvikling av livsstilssykdommer som hjerte- og kar sykdommer og diabetes type II. Fysisk aktivitet er en forebyggende faktor for livsstilssykdommer, dette bekrefter tidligere forskning på feltet. Derfor må samfunnet øke sin innsats i å fremme tiltak og tilbud som fremmer denne aktivitet.

Det første forskningsspørsmålet var: *Hva tenker kvinner i 30-60 årsalder er samfunnets rolle rundt å fremme fysisk aktivitet og å redusere stillesitting?* Deltagerne mente at samfunnet hadde en stor rolle og ansvar i reduisering av gjennomsnittlig stillesitting og tilrettelegging for fysisk aktivitet. Denne rollen har samfunnet da konsekvensene av en befolkning som er stillesittende vil ha stor risiko for å utvikle livsstilssykdommer, som igjen påvirker samfunnet. Dette ved at arbeidstakere blir sykemeldt, livskvaliteten synker og behovet for helsetjenester øker. Videre kommer det frem at deltagerne mener samfunnet må legge ytterligere til rette for tilbud og tiltak som folk flest kan benytte seg av. Samtidig er en stor andel av deltagere som bare er delvis fornøyd med innsatsen samfunnet gjør, og ønsker en økning av tiltak og tilbud som bidrar med fysisk aktivitet på fritiden og arbeidsplassen.

Health literacy er, som fysisk aktivitet, en faktor som kan forebygge livsstilssykdommer, der mennesker med en høyt health literacy forstår hva slags konsekvenser mye stillesitting kan forårsake. Det er en sammenheng med lavt health literacy og økt sjanse for utvikling av livsstilssykdommer. Forskningsspørsmål to omhandler *«Hvordan finner kvinner i 30-60 årsalder frem informasjon angående de fysiske anbefalingene, og hvilken forståelse opplever de rundt informasjonen?»*, der deltagerne finner informasjon på internett og sosiale medier. De forstår den informasjonen de finner her, men påpeker også at dette kan komme fra usikre kilder.

Å fremme forståelsen rundt helse og fysisk aktivitet er svært viktig. Dette for at individer selv kan ta kloke valg når de blir eksponert for informasjon. Etter å ha satt opp funn rundt forskningsspørsmål tre *«Hva opplever kvinner i 30-60 årsalder samfunnet gjør for å fremme forståelsen rundt stillesitting?»*, viser det seg at en stor andel av deltagere syntes at det er for lite innsatt i å øke kunnskap rundt de negative sider ved stillesitting. Det er ønskelig at

samfunnet bruker arenaer som blir benyttet av målgruppen, for å videreformidle tilrettelagt informasjon. Dette ved å reklamere, vise dokumentasjon rundt konsekvenser av inaktivitet og ved å få påminnelser om å være i aktivitet etter lengere perioder med stillesitting og viktigheten av dette. Videre formidlet et flertall av deltagerne at det er en stor sannsynlighet at de ville økt sitt fysiske aktivitetsnivå per dag, om de hadde fått mer kunnskap angående den negative konsekvensen av inaktivitet som stillesitting.

Denne masteroppgaven viser både viktigheten av fysisk aktivitet for samfunnet generelt, men også synspunkter, tanker og meninger kvinner i 30-60års alder har rundt innsatsen hos samfunnet for å fremme fysisk aktivitet. Her er det fortsatt rom for utvikling og forbedring i å fremme fysisk aktivitet og å redusere stillesitting.

7.0 Litteraturliste

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., O'Brien, E. L., Bassett, D. R., Schmitz, K. H., Emplaincourt, P. O., Jacobs, D. R., & Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9), 498-516. <https://doi.org/10.1097/00005768-200009001-00009>
- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 37(1), 5-13. <https://doi.org/10.2337/dc14-S005>
- Anderssen, S. A., & Ekelund, U. (2018). Anbefalinger for fysisk aktivitet. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 55-61). Cappelen Damm Akademisk.
- Anderssen, S. A., & Strømme, S. B. (2001). Fysisk aktivitet og helse–anbefalinger. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 17(121), 2037-2041. <https://tidsskriftet.no/2001/06/diagnostikk-og-behandling/fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger>
- Berntsen, S., & Anderssen, S. A., (2018). Et historisk blikk på fysisk aktivitet. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 21-39). Cappelen Damm Akademisk.
- Bize, R., Johnson, J. A., & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401-415. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.017>
- Braun, V., Clarke, V., & Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. I B. Smith & A. C. Sparkes (Red.), *Routledge Handbook of Qualitative Research in Sport and Exercise*. Routledge
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>
- Chau, J. Y., Grunseit, A. C., Chey, T., Stamatakis, E., Brown, W. J., Matthews, C. E., Bauman, A. E., & van der Ploeg, H. P. (2013). Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. *PLOS ONE*, 8(11), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080000>

- Christoffersen, L., & Johannessen, A. (2012). *Forskningsmetode for lærerutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Clarke, R., Emberson, J., Fletcher, A., Breeze, E., Marmot, M., & Shipley, M. J. (2009). Life expectancy in relation to cardiovascular risk factors: 38 year follow-up of 19 000 men in the Whitehall study. *BMJ*, 339. 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3513>
- Denstel, K. D., Broyles, S. T., Larouche, R., Sarmiento, O. L., Barreira, T. V., Chaput, J. P., Church, T. S., Fogelholm, M., Hu, G., Kuriyan, R., Kurpad, A., Lambert, E. V., Maher, C., Maia, J., Matsudo, V., Olds, T., Onywera, V., Standage, M., Tremblay, M. S., ... & Katzmarzyk, P. T. (2015). Active school transport and weekday physical activity in 9–11-year-old children from 12 countries. *International Journal of Obesity Supplements*, 5, 100-106. <https://doi.org/10.1038/ijosup.2015.26>
- Dunstan, D. W., Healy, G. N., Sugiyama, T., & Owen, N. (2009). Too much sitting and metabolic risk—has modern technology caught up with us. *US Endocrinology*, 5(1), 29-33. <http://doi.org/10.17925/USE.2009.05.1.29>
- Dunstan, D. W., Kingwell, B. A., Larsen, R., Healy, G. N., Cerin, E., Hamilton, M. T., Shaw, J. E., Bertovic, D. A., Zimmet, P. Z., Salomon, J., & Owen, N. (2012). Breaking up prolonged sitting reduces postprandial glucose and insulin responses. *Diabetes Care*, 35(5), 976-983. <https://doi.org/10.2337/dc11-1931>
- Ekelund, U., Ward, H. A., Norat, T., Luan, J. A., May, A. M., Weiderpass, E., Sharp, S. J., Overvad, K., Østergaard, J. N., Tjønneland, A., Johnsen, N. F., Mesrine, S., Fournier, A., Fagherazzi, G., Trichopoulou, A., Lagiou, P., Trichopoulos, D., Li, K., Kaaks, R., ... & Riboli, E. (2015). Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(3), 613-621. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.100065>
- Eurostat (2003, 05. August). *Time use at different stages of life – Results from 13 European countries*. Hentet 15. april 2022 fra <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistical-working-papers/-/ks-cc-03-001>
- Fan, S., Chen, J., Huang, J., Li, Y., Zhao, L., Liu, X., Li, J., Cao, J., Yu, L., Deng, Y., Chen, N., Guo, D., & Gu, D. (2015). Physical activity level and incident type 2 diabetes among Chinese adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 47(4), 751-756. <http://doi.org/10.1249/mss.0000000000000471>

- Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., Anderson, H. R., Bhutta, Z. A., Biryukov, S., Brauer, M., Burnett, R., Cercy, K., Charlson, F. J., Cohen, A. J., Dandona, L., Estep, K., Ferrari, A. J., Frostad, J. J., Fullman, N., Gething, P. W., Godwin, W. W., Griswold, M., ... & Zhou, M. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659-1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
- Giles-Corti, B., Vernez-Moudon, A., Reis, R., Turrell, G., Dannenberg, A. L., Badland, H., Foster, S., Lowe, M., Sallis, J. F., Stevenson, M., & Owen, N. (2016). City planning and population health: A global challenge. *The Lancet*, 388(10062), 2912-2924. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30066-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30066-6)
- Grøntved, A., Pan, A., Mekary, R. A., Stampfer, M., Willett, W. C., Manson, J. E., & Hu, F. B. (2014). Muscle-strengthening and conditioning activities and risk of type 2 diabetes: A prospective study in two cohorts of US women. *PLOS Medicine*, 11(1), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001587>
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247-257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
- Hansen, B. H., Steene-Johannessen, J., & Kolle, E. (2018). Status fysisk aktivitet og fysisk form i befolkningen. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 92-113). Cappelen Damm Akademisk.
- Heath, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S., Montes, F., Brownson, R. C., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Evidence-based intervention in physical activity: Lessons from around the world. *The Lancet*, 380(9838), 272-281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60816-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60816-2)
- Helsedirektoratet (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Hentet 15. april 2022 fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-kosthold-ernaering-og-fysisk-aktivitet/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-kosthold-ernaering-og-fysisk-aktivitet/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf/_attachment/inline/2f5d80b2-e0f7-4071-a2e5-) /attachment/inline/2f5d80b2-e0f7-4071-a2e5-

[3b080f99d37d:2aed64b5b986acd14764b3aa7fba3f3c48547d2d/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf)

- Helsedirektoratet (2015, september). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge – Nasjonal kartlegging 2014–2015*. Rapport IS-2367. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf> /attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009, 19. juni). *Samhandlingsreformen. St.meld. nr. 47 (2008-2009)*. Hentet 13. april 2022 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019, 09. mai) *Strategi for å øke helse-kompetansen i befolkningen 2019-2023*. Hentet 15. april 2022 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020, 04. juni). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Hentet 13. april 2022 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>
- Henson, J., Dunstan, D. W., Davies, M. J., & Yates, T. (2016). Sedentary behaviour as a new behavioural target in the prevention and treatment of type 2 diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 32(1) 213-220. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2759>
- Herda, T. J., & Cramer, J. T (2016). Bioenergetics of exercise and training. I G. G. Haff & N. T. Triplett (Red.), *Essentials of strength training and conditioning* (4. utg., s. 43-63). Human Kinetics.
- Howley, E. T. (2001). Type of activity: Resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6), 364-369. <https://doi.org/10.1097/00005768-200106001-00005>
- Jenum, A. K. (2011). Hjerte- og karsykdom og diabetes. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 54-70). Høyskoleforlaget.

- Jenum, A. K., & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning* 9(3), 272-280.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.
- Kaiser, K. (2012). Protecting confidentiality. I J. F. Gubruim, J. A. Holstein, A. B. Marvasti & K. D. McKinney (Red.), *Handbook of interview research: The complexity of the craft* (2. Utg., s. 457-464). SAGE.
- Katzmarzyk, P. T., Lee, I. M., Martin, C. K., & Blair, S. N. (2017). Epidemiology of physical activity and exercise training in the United States. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 60(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2017.01.004>
- Kim, C., Newton, K. M., & Knopp, R. H. (2002). Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes Care*, 25(10), 1862-1868.
<https://doi.org/10.2337/diacare.25.10.1862>
- Kleven, T. A., & Hjordmaal F. R. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode: En hjelp til kritisk tolkning og vurdering* (3. utg.). Fagbokforlaget
- Kolle, E., & Grydeland, M. (2018). Begrepsavklaringer. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 40-54). Cappelen Damm Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Overordnet del – verdier og prinsipper for grunnopplæringen*. Fastsatt som forskrift ved kongelig resolusjon. Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/verdier-og-prinsipper-for-grunnopplaringen/id2570003/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- Lohne-Seiler, H., & Torstveit, M. K. (2012). Viktigheten av fysisk aktivitet og trening blant eldre. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 165-174. <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1562>

- Malik, S. H., Blake, H., & Suggs, L. S. (2014). A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity. *British Journal of Health Psychology, 19*(1), 149-180. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12052>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ forskningsmetoder for medisin og helsefag* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Marshall, C., & Rossmann, G. B. (2016). *Designing Qualitative Research* (6. utg.). SAGE.
- Matthews, C. E., Chen, K. Y., Freedson, P. S., Buchowski, M. S., Beech, B. M., Pate, R. R., & Troiano, R. P. (2008). Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003–2004. *American Journal of Epidemiology, 167*(7), 875-881. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm390>
- Maxwell, J.A. (2009). Designing a Qualitative Study. I L. Bickmann & D. J. Rog (Red), *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods* (2. utg.). SAGE.
- Meijers, D. A. (2021, eget arbeid). Prosjektbeskrivelse masteroppgave. *Universitet i Stavanger*, 20 september 2021. Innlevering via Canvas.
- Morris, J. N., & Crawford, M. D. (1958). Coronary heart disease and physical activity of work. *British Medical Journal, 2*(5111), 1485-1496. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5111.1485>
- Morseth, B., & Andersen, L. B. (2018). Fysisk aktivitet og hjerte- og karsykdom. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 139-167). Cappelen Damm Akademisk.
- Nerhus, K. A., Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E., & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk Epidemiologi, 20*(2), 149-152. <https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1335>
- NESH (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet 18. april fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Oja, P., Titze, S., Bauman, A., De Geus, B., Krenn, P., Reger-Nash, B., & Kohlberger, T. (2011). Health benefits of cycling: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 21*(4), 496-509. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2011.01299.x>
- O'Meara, L., Williams, S. L., Ames, K., Lawson, C., Saluja, S., & Vandelanotte, C. (2019). Low health literacy is associated with risk of developing type 2 diabetes in a

- nonclinical population. *The Diabetes Educator*, 45(4), 431-441.
<https://doi.org/10.1177/0145721719857548>
- Pan, X. R., Li, G. W., Hu, Y. H., Wang, J. X., Yang, W. Y., An, Z. X., Hu, Z. X., Lin, J., Xiao, J. Z., Cao, H. B., Liu, P. A., Jiang, X. G., Jiang, Y. Y., Wang, J. P., Zheng, H., Zhang, H., Bennett, P. H., & Howard, B. V. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*, 20(4), 537-544.
<https://doi.org/10.2337/diacare.20.4.537>
- Parker, I. (2005). *Qualitative Psychology: Introducing Radical Research*. Open University Press.
- Pisinger, C., Toft, U., Aadahl, M., Glümer, C., & Jørgensen, T. (2009). The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population: The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 49(5), 418-423.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.08.011>
- Postholm, M. B., & Jacobsen, D. I. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanning*. Cappelen Damm akademisk.
- Rasmussen, M. G., Grøntved, A., Blond, K., Overvad, K., Tjønneland, A., Jensen, M. K., & Østergaard, L. (2016). Associations between recreational and commuter cycling, changes in cycling, and type 2 diabetes risk: A cohort study of Danish men and women. *PLOS Medicine*, 13(7), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002076>
- Reid-Larsen, M., & Anderssen, S. A. (2018). Fysisk aktivitet og diabetes type 2. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 168-193). Cappelen Damm Akademisk.
- Reuter, B. H., & Dawes, J. J. (2016). Program design and technique for aerobic endurance training. I G. G. Haff & N. T. Triplett (Red.), *Essentials of Strength Training and Conditioning* (4. utg., s. 559-581). Human Kinetics.
- Rezende, L. F. M., Sá, T. H., Mielke, G. I., Viscondi, J. Y. K., Rey-López, J. P., & Garcia, L. M. T. (2016). All-cause mortality attributable to sitting time: Analysis of 54 countries worldwide. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(2), 253-263.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.01.022>
- Ribeiro, M. A., Martins, M. A., & Carvalho, C. R. (2014). Interventions to increase physical activity in middle-age women at the workplace: A randomized controlled

- trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 46(5), 1008-15.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000190>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2012). *Qualitative Interviewing- The art of hearing data* (3. utg.). SAGE.
- Salimi, M., Sarchahi, S., Zolfaghari, P., Daghyanous, B., Mozaffari, H., Montazeri, M., & Sohrabi, M. B. (2017). Health literacy among patients with diabetes mellitus type 2 in northeast area of Iran. *International Journal of Health Studies*, 3(1). 14-18.
<http://dx.doi.org/10.22100/ijhs.v3i1.183>
- Sattelmair, J., Pertman, J., Ding, E. L., Kohl III, H. W., Haskell, W., & Lee, I. M. (2011). Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: A meta-analysis. *Circulation*, 124(7), 789-795.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.010710>
- Scholes, S., & Mindell, J. (2012). Physical activity in adults. *Health Survey for England*, 1(2), 1-49. http://healthsurvey.hscic.gov.uk/media/1022/chpt-2_physical-activity-in-adults.pdf
- Seale, C. (2007). Quality in Qualitative Research. I C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium & D. Silverman (Red), *Qualitative Research Practice* (s. 379-389). SAGE.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting Qualitative Data* (5. utg.). SAGE.
- Smith, A. D., Crippa, A., Woodcock, J., & Brage, S. (2016). Physical activity and incident type 2 diabetes mellitus: A systematic review and dose–response meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia*, 59, 2527-2545.
<https://doi.org/10.1007/s00125-016-4079-0>
- Statistisk sentralbyrå (2013, 30. september). *Statistisk årbok 2013*. Hentet 13. april 2022 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/140702?ts=143c3c6bff8>
- Swank, A., & Sharp, C. (2016). Adaptations to aerobic endurance training programs. I G. G. Haff & N. T. Triplett (Red.), *Essentials of Strength Training and Conditioning* (4. utg., s. 115-133). Human Kinetics.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- Tajdar, D., Lühmann, D., Fertmann, R., Steinberg, T., van den Bussche, H., Scherer, M., & Schäfer, I. (2021). Low health literacy is associated with higher risk of type 2 diabetes: A cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 21(510), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10508-2>
- Taylor, A. H., Cable, N. T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M., & Van Der Bij, A. K. (2004). Physical activity and older adults: A review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal Of Sports Sciences*, 22(8), 703-725. <https://doi.org/10.1080/02640410410001712421>
- Thagaard, T. (2019). *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Torstveit, M. K., Lohne-Seiler, H., Berntsen, S., & Anderssen, S. A. (2018). *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk.
- Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S. F., Altenburg, T. M., & Chinapaw, M. J. (2017). Sedentary behavior research network (SBRN) – Terminology consensus project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(75), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>
- Ulset, E., Undheim, R. & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 127(1), 34-37. <https://tidsskriftet.no/2007/01/tema-sykelig-overvekt/er-fedmeepidemien-kommet-til-norge>
- Van der Berg, J. D., Stehouwer, C. D., Bosma, H., van der Velde, J. H., Willems, P. J., Savelberg, H. H., Schram, M. T., Sep, S. J., van der Kallen, C. J., Henry, R. M., Dagnelie, P. C., Schaper, N. C., & Koster, A. (2016). Associations of total amount and patterns of sedentary behaviour with type 2 diabetes and the metabolic syndrome: The Maastricht Study. *Diabetologia*, 59(4), 709-718. <https://doi.org/10.1007/s00125-015-3861-8>
- Wen, C. P., Wai, J. P. M., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y. D., Lee, M. C., Chan, H. T., Tsao, C. K., Tsai, A. P., & Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet*, 378(9798), 1244-1253. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60749-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60749-6)

- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1047>
- Wilmot, E. G., Edwardson, C. L., Achana, F. A., Davies, M. J., Gorely, T., Gray, L. J., Khunti, K., Yates, T., & Biddle, S. J. (2012). Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: Systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 55, 2895-2905. <https://doi.org/10.1007/s00125-012-2677-z>
- World Health Organization (2021, 10. November). *Diabetes*. Hentet 11. april 2022 fra <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K., & Høigaard, R. (2011). *Folkehelsearbeid*. Høyskoleforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Kvittering og godkjenning fra NSD

Vedlegg 4: Vurdering av REK

Vedlegg 5: Risikoanalyse/Vurdering

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide.

«Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?»

Intro: Dette er diktafonen som skal ta intervjuet opp. Den skal bare ligge her på bordet i fred. Jeg kommer til å lese fra min intervjuguide som er papirform. Gjennom intervjuet kommer jeg også til å ta notater i kladdeboken min. Hvis du ønsker en pause, ikke vil svare på en av spørsmålene eller avslutte intervjuet er det bare å si ifra. På slutten vil du få muligheten til å komme med utfyllende kommentarer hvis ønsket.

Hovedspørsmål (åtte spørsmål):

1. Hva tenker du er **samfunnet** sin rolle rundt å fremme **fysisk aktivitet**?
 - a) Hvorfor syntes du dette?
 - b) Hva mener du å fremme fysisk aktivitet kan hjelpe samfunnet med?
2. Hva tenker du er **samfunnet** sin rolle rundt å **redusere stillesitting**?
 - a) Hvorfor syntes du dette?
 - b) Hva virker bra i dag og hva kan bli bedre i fremtiden (samfunnets rolle)?
 - c) Hva mener du det å redusere stillesitting kan hjelpe samfunnet med?
3. Hvordan søker du deg frem til å finne informasjon om de daglige anbefalingene for fysisk aktivitet?
 - a) Når var det du søkte etter slik informasjon sist, hvorfor?
 - b) Med tanke på slik informasjon, hvordan opplever du forståelsen rundt dette (forstår du det du leste)?
 - c) Hvordan kan denne informasjonen bli mer forståelig?
4. Hva føler du **samfunnet bidrar** med for å legge til rette for **tilbud** og **tiltak** som kan redusere **stillesitting**?
 - a) Eksempel på eksisterende tilbud eller tiltak?
 - b) Hvordan virker disse? Har du erfaringer selv?
 - c) Har disse tilbud eller tiltak påvirket deg?
5. Hvordan tenker du samfunnet kan **bidra mer** for å kunne **redusere stillesitting** og **øke fysisk aktivitet**?
 - a) Hvem har ansvar for dette? Kommunen? Staten? Lokale organisasjoner? Jobbplasser osv...?
 - b) Hvorfor mener du det er viktig at disse bidrar mer?

6. Hvilke tiltak kan være med å redusere stillesitting i lengre perioder for folk flest (nye)?
 - a) Hva mener du vil være nødvendig for å få dette til?
 - b) Hvilke barrierer fins som kan gjøre dette vanskelig?
 - c) Hvordan kan vi overkomme disse barrierene?

7. Kan du fortelle hva du opplever samfunnet gjør for å **fremme forståelse** rundt stillesitting?
 - a) Har dette påvirket din forståelse rundt stillesitting?
 - b) På hvilken måte føler du at å fremme forståelse kan ha en positiv påvirkning?

8. Hvor sannsynlig er det at du ville redusert stillesitting i din hverdag, om du hadde fått økt kunnskap rundt stillesitting som risiko faktorer for livsstilsykdommer?
 - a) Hvorfor/hvorfor ikke? (Hvilke helsegevinster kunne dette gitt deg?)

- Til slutt, har du noen flere kommentarer eller spørsmål relatert til det vi har diskutert nå eller noe annet du vil nevne?

Vil du delta i forskningsprosjektet:

"Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på tanker og synspunktet kvinner i aldersgruppen 30-60 har rundt stillesitting. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

En økning i stillesitting blant befolkningen gir helseskadelige konsekvenser for den enkelte. Livsstilsykdommer har en direkte sammenheng med lite fysisk aktivitet og større mengde stillesitting. Derfor vil formålet med prosjektet være å undersøke hvilke tanker og synspunkter kvinner i aldersgruppen 30-60 år har rundt stillesitting for forekomsten av mulige livsstilsykdommer i samfunnet, og hvilke synspunkter de har rundt hvordan samfunnet legger til rette for tiltak som kan være med å redusere stillesitting og fremme fysisk aktivitet i befolkningen. Prosjektet blir gjennomført som del av en masteroppgave i idrettsvitenskap ved Universitetet i Stavanger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Jeg Daniël A. Meijers gjennomfører dette prosjektet som min masteroppgaven ved Universitetet i Stavanger (UIS). Universitetet i Stavanger ved førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren er prosjektansvarlig og veileder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir bedt om å delta i denne studien fordi du treffer målgruppen «*Kvinner i aldersgruppen 30-60*».

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, vil du bli bedt om å delta i et intervju. Intervjuet vil antakelig vare i ca. 30-60 minutter. Deltageren velger selv om det er ønskelig å gjennomføre intervjuet personlig på et møterom, eller over nettet ved hjelp av videokonferanse. Intervjuet inneholder spørsmål om tanker og synspunkter du har rundt samfunnet sitt bidrag til forebygging av stillesitting. Det vil bli brukt lydopptak, i tillegg til skriftlige notater. Etter intervjuet vil alt som har blitt sagt skrives ned, og lydopptaket blir slettet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som vil ha tilgang til informasjonen om informantene og utskriften fra intervjuene. Navn vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret og behandlet på UIS sine passordbeskyttede servere. Etter utskrift av intervjuet vil det bli tatt i bruk tekstanalyseverktøyet NVIVO, med lisens fra Universitetet i Stavanger. I den endelige publikasjonen vil deltakeren ikke kunne gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 24.08.2022. Da vil alt datamateriale bli slettet og destruert. Datamaterialet vil kun bli brukt til denne studien.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan du finne ut mer?

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

- Daniël A. Meijers (masterstudent), d.meijers@stud.uis.no, 46804393.
- Universitetet i Stavanger ved førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren (prosjektansvarlig/veileder), sebastian.s.sandgren@uis.no, 51831497.

- Vårt personvernombud kan nåes på epost: personvernombud@uis.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Daniël A. Meijers

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 24.08.2022.

(Prosjektdeltakers navn med blokkbokstaver)

-----/-----/-----

(Sted /dato /prosjektdeltakers signatur)

Vedlegg 3: Kvittering og godkjenning fra NSD

13.05.2022, 01:22

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering

Referansenummer

231292

Prosjekttittel

Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Fakultet for utdanningsvitenskap og humaniora / Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sebastian Schanche Sandgren, sebastian.s.sandgren@uis.no, tlf: 004751831497

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Daniel Angelo Meijers, d.meijers@stud.uis.no, tlf: 46804393

Prosjektperiode

18.10.2021 - 24.08.2022

Vurdering (1)

21.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 21.10.2021. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61684082-b91b-4974-ab30-0dbeec4c6cb7>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 24.08.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: Vurdering av REK

RE: Spørsmål angående masterprosjekt

rek-vest@uib.no <rek-vest@uib.no>

ti. 12.10.2021 15:17

Til:

- Daniel Meijers <d.meijers@stud.uis.no>;
- rek-vest@uib.no <rek-vest@uib.no>

Hei,

Formålet med prosjektet ser ut til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde. REK skal bare vurdere medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf. helseforskningsloven § 2. «Medisinsk og helsefaglig forskning» er definert i loven som *«en virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom»*, jf. § 4 bokstav a.

Dette prosjektet har som formål å undersøke en målgruppe (kvinner mellom 30 og 50 år) sin oppfatning av samfunnets bidrag for å redusere stillesitting. Det vil ikke bli stilt spørsmål vedrørende deltakernes egen helse. Spørsmålene omhandler deltakernes tanker om stillesitting, hvor de får informasjon om fysisk aktivitet fra, og hva de tenker at samfunnet kan bidra med for å redusere stillesitting og fremme fysisk aktivitet.

Min vurdering er at formålet med dette prosjektet ikke er å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Du må dermed ikke søke REK om forhåndsgodkjenning av prosjektet. Det kan imidlertid tenkes at du underveis i prosjektet får utilsiktet informasjon om deltakernes helseforhold som du opprinnelig ikke hadde tenkt å samle inn. Dersom du vurderer at slik informasjon er interessant og ønsker å endre forskningsspørsmålet ditt, så kan det hende at prosjektet blir søknadspliktig. Vær derfor varsom med hvilke spørsmål du legger til og dersom du endrer problemstillingen/forskingsspørsmålet underveis. Du kan ta kontakt med oss om noe er uklart eller om du er i tvil på om prosjektet blir søknadspliktig etter en endring av formål/spørsmål.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledning, jf. forvaltningsloven § 11. Komiteen er ikke bundet av de råd som er gitt i denne e-posten. Du har fortsatt anledning til å søke REK og om du søker vil du få et vedtak i saken.

Mvh,
Fredrik Rongved
Rådgiver, REK vest

Epost: rek-vest@uib.no
Haukelandsveien 28, Armauer Hansens Hus (AHH)



Vedlegg 5: Risikoanalyse/Vurdering

Risikoanalyse/vurdering i forskning med mennesker

Referansenummer fra NSD/REK e.L.: 231292

Prosjekt/studie: *Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?*

Dato	Utarbeidet av (navn, tittel og signatur)	Kontrollert av (navn, tittel og signatur)	Sted (universitet, institutt og by)	Versjon #	Endelig dato for ferdigstilt dokument
21.10.21	Daniël A. Meijers	Førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren	Universitetet i Stavanger	1	15.11.21

Aktivitet	Risiko	Hvem kan bli rammet	Tiltak/metode for å kontrollere/minimere risiko	Sannsynlighet*	Alvorlighetsgrad**	Risiko vurdering***	Resultat (A-D) †	Andre kommentarer
F.eks. individuelt intervju	Emosjonelt ubehag	Deltaker	Hvis deltaker viser tegn på emosjonelt ubehag, vil intervjuet bli stoppet umiddelbart. Deltaker kan selv velge om en vil fortsette intervjuet Forskeren/studenten er anbefalt å unngå provoserende eller sensitive uttalelser/ spørsmål	2	3	6	B	Risikoen er tilstrekkelig kontrollert
Forstyrrelser	Emosjonelt ubehag Økt tidsbruk Tap av konsentrasjon	Deltaker og forsker	Hvis intervjuet blir forstyrret, vil det bli satt på pause umiddelbart, og forstyrrelsen vil elimineres. Deltakeren kan selv velge om en vil fortsette intervjuet Ha booket skjermrom i forkant	2	1	2	B	
Diktafon defekt	Utsettelse av intervju Økt tidsbruk	Deltaker og forsker	Hvis diktafonen er defekt, vil intervjuet bli stoppet umiddelbart og utsatt. Ha med ekstra batteri, og tise at diktafon virker og har lagringsplass i god tid før intervjuet	2	1	2	B	

Denne malen er blitt utarbeidet av Førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren og Førsteamanuensis Shaher A. I. Shaifawi, ved Universitetet i Stavanger, og tar utgangspunkt i den informasjonen som foreligger i «UIS Veileder til Risikovurderingsverktøy; HP2024_risikovurdering_US-22-21». Malen er hovedsakelig ment som et hjelpemiddel for gjennomføringen av en risikoanalyse/vurdering av studenters- og vitenskapelige ansattes forskningsprosjekter ved UH-fakultetet, IGIS, UIS, og er spesielt rettet mot fagfeltet idrettsvitenskap, men også andre fagfelt der det skal samles inn data fra mennesker.

Risikoanalyse/vurdering i forskning med mennesker

Referansenummer fra NSD/REK e.L.: 231292

Prosjekt/studie: *Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?*

† Resultat (nøkkel): A = triviell risiko; B = tilstrekkelig kontrollert, ingen ytterligere handling er nødvendig; C = ikke tilstrekkelig kontrollert, ytterligere handling er nødvendig; D = klarer ikke bestemme, ytterligere informasjon er nødvendig.

* Sannsynlighet

- 5 Svært sannsynlig - risiko vil oppstå gjentatte ganger. Forventes rutinemessig en gang hver 20-100 operasjoner, muligens ukjentlig eller oftere hvis det utføres regelmessig.
- 4 Sannsynlig - vil forekomme flere ganger i året, så det er ikke overraskende når det skjer.
- 3 Mulig - kan forekomme noen ganger. Oppstår sannsynligvis en gang i året.
- 2 Usannsynlig - men kan forekomme en gang hvert 10-100 år.
- 1 Svært usannsynlig å forekomme. Sannsynligheten nærmer seg null.

** Alvorlighetsgrad

- 5 Dødsfall.
- 4 Stor/alvorlig skade - varig funksjonshemming, alvorlig amputasjon som f.eks. tap av hånd. Stort tap av tid.
- 3 Middels skade f.eks. brannskade, brudd, eller bevissthetstap. Ansatt utilgjengelig for normalt arbeid i over 3 dager.
- 2 Mindre skader - Mer alvorlig kutt, forstuing, belastning, brannskader etc. der det ikke er mulig å komme tilbake til arbeid etter behandling. Det kan gå tapt tid - mindre enn 3 dager.
- 1 Ingen skader eller svært lav skade - f.eks. blåmerker, mindre kutt, nålestikk osv. der skaden tillater retur til arbeid etter førstehjelp - ingen tapt tid.

*** Risikovurdering = Sannsynlighet x Alvorlighetsgrad

*** Risikovurdering score (range: 1-25)

Lav risiko = 1-8; Medium risiko = 9-15; Høy risiko = 16-25

Lav risiko – forbedre om mulig/nødvendig (vanligvis innen 1-2 år).

Medium risiko – Innfør ytterligere kontroller for å redusere risikoen (vanligvis innen 1-3 måneder).

Høy risiko – Vurder om prosjektet/studien må stanses eller innfør nødvendige kontrolltiltak umiddelbart (vanligvis innen en dag eller to).

Denne malen er blitt utarbeidet av Førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren og Førsteamanuensis Shaher A. I. Shaifawi, ved Universitetet i Stavanger, og tar utgangspunkt i den informasjonen som foreligger i «UIS Veileder til Risikovurderingsverktøy; HP2024_risikovurdering_US-22-21». Malen er hovedsakelig ment som et hjelpemiddel for gjennomføringen av en risikoanalyse/vurdering av studenters- og vitenskapelige ansattes forskningsprosjekter ved UH-fakultetet, IGIS, UIS, og er spesielt rettet mot fagfeltet idrettsvitenskap, men også andre fagfelt der det skal samles inn data fra mennesker.

Prosjekt/studie: *Hva er kvinner i aldersgruppen 30-60 år sine synspunkter rundt samfunnets bidrag for å redusere stillesitting, og deres tanker og meninger rundt tilrettelegging av tilbud og tiltak?*

Videre handlingsplan der det er nødvendig		
Handling/tiltak (hva)	Ansvarlig (hvem)	Fullført (når)

Denne malen er blitt utarbeidet av Førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren og Førsteamanuensis Shaher A. I. Shalfawi, ved Universitetet i Stavanger, og tar utgangspunkt i den informasjonen som foreligger i «UIS Veileder til Risikovurderingsverktøy; HP2024_risikovurdering UIS-22-21». Malen er hovedsakelig ment som et hjelpemiddel for gjennomføringen av en risikoanalyse/vurdering av studenters- og vitenskapelige ansattes forskningsprosjekter ved UH-fakultetet, IGIS, UIS, og er spesielt rettet mot fagfeltet juretsvitenskap, men også andre fagfelt der det skal samles inn data fra mennesker.