

# 6. Å bli fysisk aktiv

## Forfattere

**Anita Wester**, *filosofie doktor, legitimerad psykolog, undervisningsråd, Skolverket, Stockholm*

**Lina Wahlgren**, *hälsopedagog, doktorand, Master of Science, Gymnastik- och idrottshögskolan, Stockholm, og Hälsoakademin, Örebro universitet, Örebro*

**Ingemar Wedman**, *professor, Gymnastik- och idrottshögskolan, Stockholm, Växjö universitet og Högskolan i Gävle*

**Yngvar Ommundsen**, *professor, Norges idrettshøgskole og Universitetet i Agder*

## Innledning

Det er i dag et velkjent faktum at regelmessig fysisk aktivitet bedrer helse og velvære for den enkelte og sparer samfunnet for store kostnader. Vi regner med at kostnadene som følge av utilstrekkelig fysisk aktivitet beløper seg til omtrent 6 milliarder kroner per år (1). Ikke bare generelt i samfunnet, men også i skolevesenet arbeides det for å øke det fysiske aktivitetsnivået (2).

Mange kjenner til nytten ved fysisk aktivitet og snakker varmt om regelmessig trening, men er likevel passive i sitt eget dagligliv. Forskingen som tar for seg overgangen fra å være fysisk passiv til å være aktiv, viser at denne prosessen er vanskeligere enn vi tror. Atferdsendring er på mange måter en vanskelig prosess (3–6).

Med de anbefalingene for fysisk aktivitet som finnes i dag (minst 30 minutter om dagen) (7) er storparten av den voksne befolkningen inaktiv (8). Inaktiviteten fører blant annet til mangel på overskudd og overvekt. Dagliglivet stiller også stadig færre krav til naturlig fysisk aktivitet. Vi kan skifte dekk på bilen ved et verksted. Vi kan ta heisen i stedet for å gå trappen osv. Overvekten kommer snikende, og vektøkningen blir dermed ikke så påfallende – omstendighetene «pakker inn» både overvekt og manglende overskudd.

## Fysisk aktivitet i et tidsperspektiv

I en svensk studie er helsen til personer som fyller 40, 50 og 60 år, fulgt opp over lang tid. Studien inkluderer også et fokus på fysisk aktivitet. Som en del av studien ble omtrent 16 000 personer fulgt opp etter 10 år (9, 10). Et sammendrag av resultatene er presentert nedenfor (tabell 6.1).

**Tabell 6.1.** Svar på spørsmål om hvor ofte personene hadde gjennomført mosjonsaktiviteter etter først å ha skiftet til treningstøy. 16 000 personer har svart på samme spørsmål med 10 års mellomrom.

Første år	Aldri	Av og til	1 gang/uke	2–3 ganger/uke	Mer enn 3 ganger/uke	I alt
Tiende år						
Aldri	4 022	933	503	354	112	6 004
Av og til	1 679	1 336	685	522	136	4 358
1 gang/uke	988	814	824	642	153	3 421
2–3 ganger/uke	287	272	286	469	162	1 476
Mer enn 3 ganger/uke	133	111	88	169	171	672
I alt	7 109	3 526	2 386	2 158	754	15 931

Spørsmålene som ble stilt i denne sammenhengen, gjelder altså mosjon der personene skiftet til treningstøy. Det viser seg da at så godt som alle klassifiseres som fysisk inaktive, og omtrent 4 000 mosjonerer ikke i det hele tatt etter å ha skiftet, ikke en gang i løpet av en periode på 10 år.

Hva så med norske tilstander? I følge helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) er en av fem kvinner og en av fire menn er inaktive i fritiden (er aktiv mindre enn 1–2 ganger pr. uke, og blir ikke andpusten og svett). Samtidig som det pekes på at det fysiske aktivitetsnivået er for lavt med tanke på helsegevinster, er det klare sosiale forskjeller i aktivitetsnivå. Andelen fysisk inaktive er høyest i gruppene med kort utdanning og lav inntekt (11). Er folk mer eller mindre fysisk aktive enn før? Resultater inkludert i en norsk oppsummering vedrørende fysisk aktivitet i fritiden indikerer at andelen nordmenn som er moderat fysisk aktive har økt noe de siste 10–15 år fram mot år 2000 (12). I aldersgruppen 25–59 år har andelen som sier de driver fysisk aktivitet minst to ganger per uke økt fra 36% til 45%, mens andelen som trener eller mosjonerer daglig har vært stabil på 2–4%. Prosentandelen som er helt inaktive – om lag en tredjedel av voksenalbefolkningen – synes å ha sunket noe i samme tidsrom. Dette kan reflektere at andel eldre som er fysisk aktive har økt betydelig de siste 15–20 år frem mot år 2000 (12). Det er imidlertid et problem at ulike studier operasjonaliserer fysisk

aktivitet ulikt. Dette gjør sammenlikninger mellom studier usikre, også med tanke på tall som belyser endringer i aktivitetsnivå over tid for ulike grupper.

Data vedrørende tidstrender i fysisk aktivitet blant barn og unge er noe sprin- gende. Noen studier indikerer en økning gjennom 90 tallet, for så å flate ut mot år 2000 (12). Andelen niendeklassinger som er fysisk aktive to timer eller mer i uka har vist seg økende i perioden 1983 til 1993, og andelen har økt ytterligere fram mot i dag (13). Selv om sosialt og kulturelt mindre ressurssterke grupper av barn og unge er overrepresentert blant dem som slutter med organisert idrett (14), er det tegn på at kjønnsforskjeller og sosiale og kulturelle forskjeller ved- rørende norske og svenske barn og unges idrettslige involvering er i ferd med å bli mindre (13, 15). Men dette til tross, innvandrerjenter i ungdomsalderen er i svært liten grad fysisk aktive og med i idrettslag (13).

## Tanker om et endret levesett

Helsepsykologisk forskning anvender en rekke teorier fra generell psykologi for å forklare fysisk aktivitet og endring av denne. Helsepsykologiske teorier vekt- legger at individet har mulighet til å påvirke egne atferdsvalg slik at de blir mer helsefremmende. Dette betyr selvsagt ikke at miljøforhold er uvesentlig for de bevegelsesaktivitet. Særlig barn og unge, men også voksne er prisgitt sosiale, fysisk-materielle og økonomiske omstendigheter og vilkår de lever under (16). Noen har til og med ta til orde for at manglende effekter av individfokuserte intervensjoner og pedagogiske tiltak på fysisk aktivitet gjenspeiler at man ikke har lagt tilstrekkelig vekt på betydningen av fysiske, sosiale og materielle for- hold for at folk skal være fysisk aktive. De som hevder et slikt synspunkt mener derfor at man selvsagt også må prioritere bearbeiding av totalmiljøet, endre infrastruktur og samfunnets normer og slik skape økt mulighet for å leve et aktivt liv (17). Den norske nasjonale handlingsplanen for fysisk aktivitet reflek- terer tydelig et slikt synspunkt. Samfunnet må legge til rette for at det helserik- tige valg blir et mulig og overkommelig valg. Et poeng er også at for å unngå å legge alt ansvaret på folk selv dersom de ikke makter å legge om til mer fysisk aktive levevaner, er det viktig å ta høyde for en slik begrensning. Dette, som også kalles for «blaming the victim» eller at «folk får ta skylda selv om de ikke endrer atferd og eventuelt blir syke av det» er viktig å unngå, da det kun kan føre til økt skyldfølelse og dårligere helse i seg selv. I tillegg til å marginalisere betydningen av sosial og fysisk kontekst er det helsepsykologiske perspektivet blitt kritisert for å undervurdere betydningen av emosjonelle faktorer og rutine- pregede og automatiserte helsefremmende handlingsmønstre er (18).

Et helsepsykologisk perspektiv er likevel svært relevant for å forstå og endre den enkeltes aktivitetsatferd. Dette gjelder kanskje i enda større grad for voksne enn for barn og unge. Et ensidig fokus på miljø og struktur kan medføre at en gir folk stempel som brikker som bare flyter dit strømmen går, der de ikke gis

ansvar som aktører i eget liv (19). I motsetning til mange psykologiske determinanter for fysisk aktivitet er dessuten flere strukturelle og demografiske determinanter så som alder, kjønn, sosiokulturell bakgrunn, røyking, vekt og personlighet langt vanskeligere eller nærmest umulig å påvirke (20). Dersom ulike aktivitetstiltak skal få en aktivitetsfremmende effekt er det derfor viktig å identifisere påvirkbare determinanter. Et eksempel: Dersom en kampanje for å gå trappa i stedet for å ta heis i en boligblokk er promotert slik at den fører til at folks holdninger til trappebruk endres i positiv retning, er muligheten større for at folk velger å gå trappa – uavhengig av alder, kjønn, vekt osv. (21).

## Modeller for atferdsendring på området fysisk aktivitet

Det har vært brukt og blir i dag brukt en rekke modeller for å forsøke å forstå, forklare og forandre atferd på forskjellige helserelaterte områder (22). På området fysisk aktivitet er følgende teorier og modeller brukt eller i bruk ved forskning på atferdsendring: *Klassisk læringsteori*, *Modellen om helseoppfatninger*, *Stadiemodellen for atferdsendring*, *Tilbakefallsmodellen*, *Sosial-kognitiv teori*, *Teorien om planlagte handlinger*, *Teorien om indre og ytre regulering av motivasjon (Selvbestemmelsesteori)*, og *det Sosial-økologiske perspektivet på fysisk aktivitet* (7, 23). Ett eksempel der forskjellige modeller kombineres, er *Groningen Active Living Model (GALM)*, som fokuserer på eldre mennesker (24), og det norske *Romsås-prosjektet* som fokuserer på endring i fysisk aktivitet i en multietnisk bydel i Oslo (25, 26). De vanligste modellene i dag er *Stadiemodellen*, *Sosial-kognitiv teori*, *Teorien om planlagte handlinger* og *det Sosial-økologiske perspektivet*. Det ser ut til at teoribaserte virkemidler for endring av atferd øker den fysiske aktiviteten. For eksempel er det observert forbedringer i fysisk aktivitet ved sykdomstilstander, for eksempel hjerte-karsykdom, når det er brukt et program for atferdsendring ved behandlingen. Videre ser det ut til at den fysiske aktiviteten øker som følge av virkemidler som omfatter forandringer av levevaner, det vil si forandringer på flere områder, for eksempel fysisk aktivitet og kosthold (27).

## Stadiemodellen

En av de mest populære og mest brukte modellene for å beskrive og endre atferd er stadiemodellen (også benevnt som den transteoretiske modellen). stadiemodellen ble utviklet og videreutviklet av de amerikanske forskerne Prochaska, DiClemente og Norcross på begynnelsen av 1980-tallet. Arbeidet med modellen begynte med en analyse av teorier som ble brukt til atferdsendring innen psykoterapi. Hensikten med analysen var å samordne de ulike teoriene til én modell. Modellens *transteoretiske* aspekt bunner i at den samordner prinsipper for atferdsendring og

handlingsmåter for endring fra en rekke forskjellige intervensjonsteorier (5, 28).

Et viktig aspekt ved modellen er at atferdsendring finner sted via forskjellige stadier, og at folks psykologiske beredskap i form av motivasjon, viljesnivå og preferanse for å endre atferd samvarierer med stadiet de befinner seg på (5, 28). Følgelig trenger også folk ulike «medisin» avhengig av hvilket endringsstadium de befinner seg på.

Stadiemodellen har altså utgangspunkt i røykeavvenning, men er også brukt på andre helserelaterte områder, for eksempel ved alkoholmisbruk, overvekt og fysisk inaktivitet (5, 16). Selv om den transteoretiske modellen ikke er direkte utviklet for området fysisk aktivitet, virker den lovende for bruk på området, både som enkeltstående modell, og anvendt i kombinasjon med andre modeller for endring av helseatferd (21, 29, 30). Det ser ut til at modellen også er lovende for bruk ved arbeid med fysisk aktivitet ved rehabilitering (31). Et populærvitenskaplig og praktisk anvendbart eksempel på stadiemodellen knyttet til området fysisk aktivitet er den svenske boken *Motivation för motion* (6).

Stadiemodellen består av flere forskjellige deler. En av delene kalles *endringsstadier* (stages of change) og inneholder forskjellige stadier på grunnlag av menneskenes vilje til endring, det vil si hvor et menneske befinner seg i prosessen for atferdsendring. En annen del innbefatter *psykologiske og handlingsorienterte prosesser* folk tar i bruk til selvhjelp ved atferdsendring. Et viktig aspekt i denne forbindelse er hvordan helsepersonell og andre kan fasilitere slike psykologiske og handlingsorienterte endringsprosesser hos den enkelte. Den tredje delen fokuserer på hvorfor mennesker forandres, og består blant annet av mestringsforventning eller aktivitetsspesifikk *selvtillit* eller mestringsforventning (self-efficacy) og *motivasjonsbalanse* (5, 28). I forbindelse med forskning på effekter av intervensjoner for økt fysisk aktivitet anvendes gjerne denne tredje delen av modellen i samvirke med komponenter fra andre teoretiske modeller som for eksempel sosial støtte for fysisk aktivitet som springer ut fra Sosial-kognitiv teori, eller holdninger til fysisk aktivitet som har sin basis i Teorien om planlagte handlinger. Et eksempel på et slikt samvirke mellom ulike teoretiske modeller som underlag for intervensjonsforskning er Romsåsprosjektet (30, 32). Skal man klare å påvirke folks motivasjon og vilje til å bli mer fysisk aktiv eller få dem til å bli mer fysisk aktiv, er det viktig å bruke alle delene i modellen eller modellen i kombinasjon med andre modeller (29, 30, 32).

## Endringsstadier

I følge stadiemodellen er atferdsendring en prosess over tid. Tradisjonelt opererer modellen med fem endringsstadier: *Før-overveiellesstadiet*, *overveiellesstadiet*, *forberedelsesstadiet*, *aktivitets- eller handlingsstadiet* og *oppretholdelsesstadiet* (5, 6, 28).

I *før-overveiellesstadiet* finner vi mennesker som ikke er regelmessig fysisk aktive, og heller ikke er interessert i eller har til hensikt å endre den inaktive atferden sin. En årsak til at de befinner seg i dette stadiet kan være for lite kunnskap eller informasjon om risikoen med å være fysisk inaktiv. En annen årsak kan være at de har forsøkt å endre atferd en rekke ganger, men har mislykkes og dermed har mistet troen på at de kan klare å forandre seg. Uansett årsak unngår mennesker i før-overveiellesstadiet å lese om, snakke om og tenke på den inaktive risikoatferden sin. De anser ikke at fysisk inaktivitet er et problem for dem (5, 6, 28).

I *overveiellesstadiet* finner vi mennesker som ikke er regelmessig fysisk aktive, men som har til hensikt å endre den inaktive atferden sin i løpet av de neste seks månedene. De forstår at fysisk inaktivitet er et problem for dem og grubler oppriktig på hvordan de skal gå til verks for å bli fysisk aktive. Enkelte mennesker kommer imidlertid ikke videre, de blir værende i overveiellesstadiet i lang tid. De blir «kroniske overveiere». Mennesker i dette stadiet er ikke klare for tradisjonelle aktivitetsorienterte virkemidler, der deltakeren forventes å bli aktiv med en gang (5, 6, 28).

I *forberedelsesstadiet* finner vi mennesker som ikke er regelmessig fysisk aktive, men som har planer om å bli fysisk aktive i løpet av kort tid, som oftest innen en måned. Vanligvis har mennesker i forberedelsesstadiet prøvd en eller annen form for fysisk aktivitet i løpet av det siste året og har også en konkret plan for gjennomføringen. Aktivitetsorienterte virkemidler passer for mennesker i forberedelsesstadiet, ettersom de er klare for å bli fysisk aktive (5, 6, 28).

I *aktivitets-eller handlingsstadiet* finner vi mennesker som er regelmessig fysisk aktive og har vært det i seks måneder. Forandringer i handlingsstadiet er mer synlige for omgivelsene enn i de andre endringsstadiene. Det er derfor lett å tro at mennesker i handlingsstadiet har oppnådd en atferdsendring, men handlingsstadiet bør vurderes bare som en del av prosessen for atferdsendring. Det kreves tid for å etablere en regelmessig fysisk aktiv atferd (5, 6, 28).

I *oppretholdelsesstadiet* finner vi mennesker som er regelmessig fysisk aktive, og som har vært det i mer enn seks måneder. Som i de andre stadiene, er det også utfordringer i dette stadiet. Mennesker i oppretholdelsesstadiet bør fokusere på arbeidet med å befeste og styrke fordelene ved å være fysisk aktiv, på grunnlag av lærdommen fra de andre endringsstadiene. De bør også arbeide med å forebygge tilbakefall (5, 6, 28).

En del forskere opererer også med et sjettede stadium – *vedlikeholdsstadiet*. Her finner vi mennesker som har endret atferd fullstendig. De har full tillit til atferden sin og til at de ikke kommer til å falle tilbake til gamle vaner, uansett situasjon. Atferden er automatisert til en vane (5, 6, 28). Et eksempel er når du uten å tenke tar på deg sikkerhetsbelte hver gang du setter deg i en bil (33). Vedlikeholdsstadiet er omdiskutert. Det kan tenkes at vedlikeholdsstadiet er for snevert, og at det realistiske målet for områder som fysisk aktivitet er å befinne seg i et livslangt aktivitetsstadium (5, 28, 34). Kanskje burde vedlikeholdsstadiet

vært knyttet til området hverdagsmosjon, for eksempel at du alltid automatisk velger å gå trappen i stedet for å ta heisen.

Proessen for atferdsendring bør ikke betraktes som en lineær, men som en spiralformet prosess. Det er mulig å bevege seg både fremover og bakover mellom stadiene. Tilbakefall er for mange en naturlig del av prosessen, og bør møtes og håndteres av omgivelsene slik at det ikke fremmer negative følelser og dårlig samvittighet. Det er derfor viktig å arbeide med forebygging av tilbakefall på en slik måte at folks mestringsforventninger økes snarere enn reduseres. Helsepersonell kan her gjøre mye ved å normalisere tilbakefall, og slik unngå at folk utvikler skyldfølelse for at de ikke til enhver tid er mestrende i prosessen mot mer fysisk aktive levevaner. Å oppleve hindringer kan for øvrig også være konstruktivt. Ofte må mennesker oppleve både med- og motgang for å lykkes med en forandring (5, 28).

I arbeidet med atferdsendring er det viktig å vite i hvilket endringsstadium folk befinner seg, slik at riktig «medisin» kan kommuniseres i form av tiltak og strategier som er i samsvar med den enkeltes mottakelighet eller psykologiske beredskap. Dersom tiltak/strategier og endringsstadiet ikke er i samsvar, kan antallet man lykkes med å hjelpe til egen atferdsendring bli mindre. På området fysisk aktivitet kan det for eksempel være lett å tenke på aktivitetsorienterte virkemidler som en mulighet for atferdsendring. Skal aktivitetsorienterte virkemidler gi gode resultater, må imidlertid målgruppen ha en viss mestringsforventning og befinne seg i forberedelsesstadiet eller lengre frem. Ofte er dette nettopp ikke tilfellet. En stor andel ser i stedet ut til å befinne seg i, fø-overveielse og overveiellesstadiet og de har lave mestringsforventninger (5, 28, 30, 32, 35). Det er kanskje mer kunnskap og bevisstgjøring om egen atferd og konsekvenser av denne folk i disse stadiene har nytte av. Helsepersonell og andre som er i posisjon til å bistå folk med å bli mer fysisk aktive har all grunn til å være sensitive for slike endringsstadier slik at de ikke blir overivrige, og forskriver «feil medisin» ved å gi folk råd og foreslå aktivitetsfremmende tiltak og strategier som ikke er i samsvar med den enkeltes mottakelighet.

For å få informasjon om hvilket endringsstadium mennesker befinner seg på, kan påstandene i tabell 6.2 nedenfor brukes (5).

**Tabell 6.2.** Påstander som kan brukes til å få informasjon om hvilket endringsstadium en person befinner seg på.

1. Jeg er regelmessig fysisk aktiv og har vært det i mer enn seks måneder.	2. Jeg er regelmessig fysisk aktiv og har vært det i seks måneder.	3. Jeg er ikke regelmessig fysisk aktiv, men jeg planlegger å bli fysisk aktiv i løpet av kort tid, innen en måned.	4. Jeg er ikke regelmessig fysisk aktiv, men jeg har til hensikt å endre den fysisk inaktive atferden i løpet av de nærmeste seks månedene.		
Nei	Nei	Nei	Nei	→	Før-overveiellesstadiet
Nei	Nei	Nei	Ja	→	Overveiellesstadiet
Nei	Nei	Ja		→	Forberedelsesstadiet
Nei	Ja			→	Handlingsstadiet
Ja				→	Vedlikeholdsstadiet

Dersom du svarer nei på alle påstandene, havner du i Før-overveiellesstadiet. Dersom du svarer nei på de tre første påstandene og ja på den siste, havner du i overveiellesstadiet. Dersom du svarer nei på de to første påstandene og ja på den tredje, havner du i forberedelsesstadiet. Dersom du svarer nei på den første påstanden og ja på den andre, havner du i handlingsstadiet. Og dersom du svarer ja på den første påstanden, havner du i Vedlikeholdsstadiet (5).

### Virkemidler for endring

Folk bruker ulike virkemidler til å bevege seg mellom endringsstadiene. Dette kan helsepersonell og andre anvende som rettesnor ved veiledning av den som skal endre atferden. Det er til sammen ti virkemidler som folk gjerne tar i bruk i en endringsprosess. Følgende fem er kognitive eller tankefokuserede: *bevisstgjøring*, *følelsesmessig opplevelse*, *sosial revurdering*, *personlig revurdering* og *nærmiljøstrategier*, og følgende fem er atferds- eller aktivitetsrettede: *atferdstilpassning*, *sosial støtte*, *belønning*, *engasjement* og *situasjonskontroll* (5, 6, 28).

- *Bevisstgjøring* innebærer at folk søker etter ny kunnskap og informasjon om fysisk aktivitet.
- *Følelsesmessig opplevelse* innebærer at folk får negative følelser knyttet til fysisk inaktivitet, for eksempel andpustenhet og overvekt. De negative følelsene kan reduseres og til og med bli positive når den fysiske aktiviteten øker i omfang.
- *Sosial revurdering* innebærer at folk revurderer hvordan ens egen fysiske aktivitet og fysisk inaktivitet påvirker omgivelsene. Dette kan omfatte personens vurdering av hvordan fysisk inaktive levevaner påvirker familie og venner.



- *Personlig revurdering* innebærer at folk revurderer tanke- og følelsesmessig den personlige verdien av fysisk aktivitet, den enkelte kan for eksempel tenke at fysisk aktivitet gjør en sterkere og mer opplagt.
- *Nærmiljøstrategier* innebærer at folk søker å bevisstgjøre, akseptere og finne mulige alternativer for fysisk aktivitet i samfunnet, blant annet hverdagsmønstre.
- *Atferdstilpasning* innebærer at folk håndterer situasjoner som medfører fysisk inaktivitet i hverdagen. Et eksempel er å gå trappene i stedet for å ta heisen.
- *Sosial støtte* innebærer at folk søker hjelp fra andre for å kunne øke egen fysisk aktivitet.
- *Belønning* innebærer at den enkelte endrer sin fysiske inaktive atferd ved å belønne seg selv når man klarer å være mer fysisk aktiv.
- *Engasjement* innebærer å tro på, velge og engasjere seg i økt fysisk aktivitet, det vil si å kjenne at du er i stand til å være regelmessig fysisk aktiv.
- *Situasjonskontroll* innebærer å ta kontroll over årsaker og situasjoner som fører til fysisk inaktivitet, for eksempel å unngå å sitte så mye stille.

Forskning har vist at folk tar i bruk ulike virkemidler i de forskjellige endringsstadiene og at dette er hensiktsmessig. I de første endringsstadiene ser det ut til å være gunstig å benytte seg av tankemessige, følelsesmessige og egenvurderende virkemidler for å nå et økt endringsstadium. I de senere stadiene ser det ut til at folk i større grad gjør seg nytte av og har nytte av engasjement, atferdstilpasning, belønning, situasjonskontroll og sosial støtte for å bevege seg over i handlings- eller vedlikeholdsstadiet.

Det er et hovedpoeng at skal den enkelte lykkes med atferdsendring, er det viktig at man som helsepersonell er seg bevisst slike virkemidler folk typisk tar i bruk på de ulike stadiene, og sørger for å understøtte disse på best mulig måte. Man må altså møte den som skal endre atferd der den enkelte er psykologisk, og prøve å forsterke de virkemidler den enkelte typisk selv er mottagelig for og gjør bruk av på de ulike stadiene. Virkemidlene reflekterer med andre ord selvhjelpsprosesser den enkelte nyttiggjør seg av og som helsepersonell og andre kan benytte seg av og forsterke. Slik kan man bistå den enkelte i hans eller hennes atferdsendring til økt fysisk aktivitet (5, 28).

Virkemidler for endring er ikke teknikker for atferdsendring. De ulike virkemidlene kan omfatte mange strategier eller teknikker for å oppnå endring, og disse kan også være individuelle (5). For eksempel kan teknikker som brukes i endringsprosessen «belønning» variere. Noen belønner seg selv med å gå i badstue etter én av tre gjennomførte fysiske aktivitetsøkter per uke. Andre belønner seg selv med kinobilletter etter en måned med regelmessig fysisk aktivitet. Badstubad og kinobilletter kan sies å være forskjellige teknikker for virkemiddelet belønning.

## Psykologiske faktorer ved atferdsendring

De virkemidlene for endring som er beskrevet ovenfor, har koblinger til visse psykologiske faktorer i endringsprosessen. To slike faktorer som er direkte knyttet til stadiemodellen er motivasjonsbalanse og mestringsforventning med hensyn på å bli mer fysisk aktiv (self-efficacy). Andre omfatter holdninger, atferdsskontroll og sosial støtte og har sin rot i andre modeller og teorier som eksemplifisert tidligere. Mestringsforventning er selve drivkraften eller pådriveren, og ved hjelp av de ulike virkemidlene genererer dette bevegelse fra et endringsstadium til et annet og i sin tur også økt mestringsforventning. Endringsprosessene kan betraktes som en slags spiral som beveger seg mellom et bestemt stadium og bestemte virkemidler og så videre til neste stadium og (delvis) andre virkemidler og hele tiden driver endringen fremover, men med enkelte tilbakefall. *Motivasjonsbalansen* gjenspeiler folks motivasjon, atferdskontroll, mestringsforventning, og sosiale støtte til å bli mer aktive på bakgrunn av personlige fordeler og ulemper med å bli mer fysisk aktive. I forbindelse med motivasjonsarbeid og rådgivning, ser det ut til at det er viktigst å hjelpe folk til å fokusere på fordelene ved å øke sin fysiske aktivitet (5, 28).

Begrepet *mestringsforventning* (self-efficacy) er hentet fra sosial kognitiv teori (36). Begreper reflekterer tro på egne evner eller ferdigheter med tanke på å endre atferd (6, 27). Den aktivitetsspesifikke selvtilliten kan variere som følge av ulike aktivitetskrav, situasjonskrav og ulike krav til ferdigheter på et bestemt område (5, 6, 36). For eksempel kan en og samme person ha stor tro på evnen sin til å lede grupper, men liten tro på evnen til å gå ned i vekt eller gjennomføre et treningsprogram. Et annet eksempel er at en og sammen person kan ha stor tro på evnen sin til å være fysisk aktiv når det er sol eller når ingen konkurrerende gjøremål er tilstede, men liten tro på evnen til å være fysisk aktiv når det regner eller når man føler man burde ha gjort andre ting.

Individets mestringsforventning kan utvikles positivt på følgende fire måter: For det første ved å skaffe seg positive erfaringer. Når du lykkes, får du større tro på dine egne evner. I en endringsprosess er det derfor viktig å bistå med å gi folk positive erfaringer med fysisk aktivitet. Her er lavterskelaktiviteter et stikkord, så som å gå en tur, sykle m.m. Det andre området handler om å omgi seg med positive forbilder. Når du ser at andre mennesker overvinner tilsvarende problemer, får du større tro på dine egne evner. I en rådgivningsprosess bør man derfor sørge for at folk allierer seg med likesinnede og med folk som har klart å bli mer fysisk aktive. Det tredje området handler om å skaffe seg støtte fra omgivelsene. Dette reflekterer et annet viktig begrep fra sosial-kognitiv teori nemlig sosial støtte. Positive og realistiske tilbakemeldinger kan styrke den aktivitetsspesifikke selvtilliten, og resultater fra Romsåsprosjektet viste at sosial støtte og oppmuntring fra psykologisk betydningsfulle andre i miljøet i stor grad stimulerer økt fysisk aktivitet i form av endring i stadier (32). I rådgiv-

ningssammenheng gjør dette oss sensitive for verdien av at folk oppmuntres til å bli mer fysisk aktive i en gruppesammenheng. Resultater fra Romsåsprosjektet viste at dette er virkningsfullt, og at gruppetiltak så som gå-grupper og gruppebaserte treningsprogram gjennom økt sosial støtte bidrar til at folk går over i et økt aktivitetsstadium (30, 32). Det fjerde området handler om å fokusere på positive følelsesmessige og kroppslige tilstander. På området fysisk aktivitet er det viktig å tenke på at aktiviteten i seg selv kan skape negative følelser, for eksempel tretthet, verking og smerte. For å kunne håndtere disse negative følelsene kreves det tilstrekkelig mestringsforventning (36), og i rådgivningssammenheng blir det da viktig å gjøre folk oppmerksom på slike tilstander, og at dette er helt normalt når kroppen belastes mer enn det man er vant med. Det har vist seg at den mestringsforventninger spiller en avgjørende rolle for atferdsendring på området fysisk aktivitet (27, 30, 32).

## Å etablere regelmessige mosjonsvaner

I en svensk studie gjennomført av Wester-Wedman (3, 4) ble 44 fysisk inaktive personer, like mange kvinner som menn, fulgt i 24 måneder mens de forsøkte å bli regelmessige mosjonister. Personene i studien ble undersøkt ved hjelp av blant annet spørreskjemaer, egenvurderinger, intervjuer, dagbøker og kondisjonsmålinger. De mosjonsformene som ble undersøkt, var jogging eller raske spaserturer. Deltakerne ble rekruttert gjennom annonser, var i alderen 30–50 år og hadde varierende utdannings- og yrkesbakgrunn.

Disse personene befant seg i forberedelsesstadiet eller kanskje til og med i overveiellesstadiet. Ett år etter at studien startet opp ble det foretatt et oppfølgende telefonintervju med de personene som hadde meldt seg på, men ikke blitt med i forsøket. Det viste seg da at bare et fåtall av de 115 (av i alt 120) personene som ble intervjuet, hadde endret mosjonsvanene i positiv retning det siste året, det vil si at prosjektet i seg selv utgjorde en sosial støtte, med andre ord en av den transteoretiske modellens virkemidler for endring.

Det ble innhentet data hver tredje måned de første 18 månedene og deretter etter 24 måneder, og dermed kunne prosessen for å endre mosjonsvanene (her jogging eller raske spaserturer) studeres ganske inngående.

### Hindringer som endres over tid

Analysene viste at de fremtidige mosjonistene i de første månedene ble konfrontert med forskjellige former for hindringer og problemer. Det var ikke bare å knytte på seg skoene og komme seg ut og jogge eller spasere og så oppdage at du var blitt regelmessig mosjonist. Mange beslutninger måtte tas, og mange praktiske detaljer måtte løses. Hvor skal jeg jogge? Hvor langt? Hvordan skal jeg kle meg? Sko? Må treningstøyet vaskes hver gang? Hvor skal det oppbevares mellom treningene? Jeg blir svett i håret! Hva vil naboen si? Andre hindringer

som ofte nevnes, hang sammen med at det var nødvendig med visse praktiske ordninger for å kunne gjennomføre mosjonen, hovedsakelig etablering av nye rutiner og for eksempel barnepass. Forstyrrende trafikk, dårlig vær, dårlig føre, redsel for hunder, redsel for å bli antastet, redsel for mørket, manglende motivasjon, mangel på tid, skader og sykdom var andre hindringer som dukket opp hos nybegynnermosjonistene. For å støtte og hjelpe deltakerne, blant annet med spørsmålene og tankene ovenfor, hadde de tre første månedene tilgang til veiledere som selv var regelmessige mosjonister (3, 4).

Etter hvert fikk de svar på spørsmålene og løsninger på de forskjellige praktiske problemene, for eksempel en knagg i kjelleren der treningstøyet kan henge mellom treningsøktene. Denne fasen tar selvfølgelig ikke like lang tid for hver enkelt person, men etter noen måneder hadde det meste løst seg, og det gikk relativt lett å realisere mosjonsplanene. Det er imidlertid viktig å huske at det skjer saker og ting i menneskers liv hele tiden, og dette fører til at planlagte mosjonsøkter av og til må avlyses, og iblant kan det bli snakk om å «begynne på nytt» igjen. Dette er ikke et enestående tilfelle, det skjer med de fleste (3, 4).

### **Opplevelser som endres over tid**

Å begynne å mosjonere gir allerede fra første stund forskjellige opplevelser, som endres i grader og innhold over tid. I begynnelsen er det knyttet en del negative opplevelser til manglende kondisjon og muskelstyrke, men også følelser av ensformighet og nedstemthet mens mosjoningering pågår. Samtidig får du også positive følelser av befrielse, harmoni, avkobling, et herlig miljø og en god følelse av «fart i kroppen». Etter mosjoningering får du en relativt kortvarig positiv følelse – «det er deilig å ha gjennomført mosjonen» (3, 4).

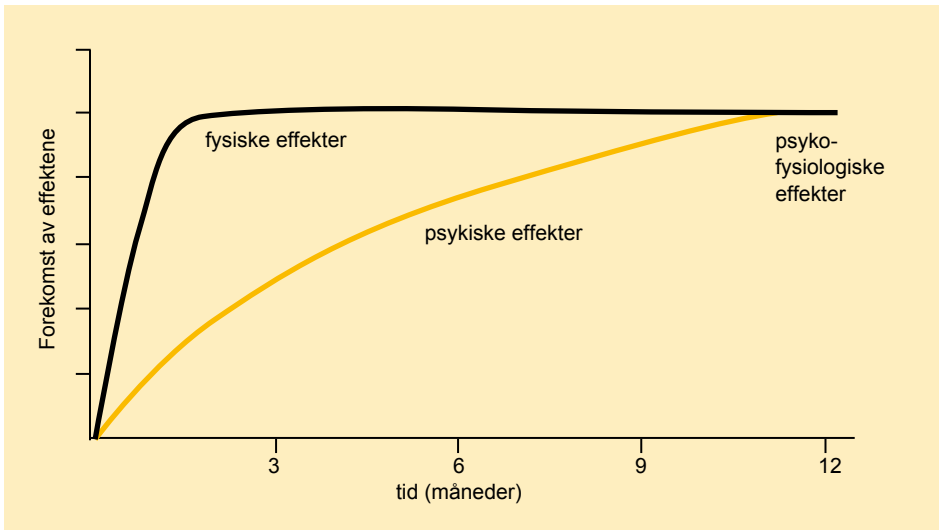
Endringen over tid kan oppsummeres med at det i begynnelsen handler om både negative og positive følelser i tilknytning til mosjoningering, men når du er blitt en erfaren mosjonist, er det nesten bare de positive følelsene og opplevelsene ved mosjonen som er igjen.

## **Effekter som endres over tid**

Det råder stor enighet om at mosjon gir positive effekter. Av den svenske studien (3) fremgår det at både type effekt og graden av denne endres over tid. De effektene som mosjonistene nevner, kategoriseres som psykiske eller fysiske, i begge tilfeller delvis kortsiktige og delvis langsiktige, samt kognitive – klar i hjernen, renser tankene – og sosiale – felles interesse, nytt samtaleemne.

De psykiske og fysiske effektene endres over tid fra i høy grad å være kortsiktige/spesifikke til i begge tilfeller å bli stadig mer langsiktige. Dessuten endres balansen mellom begge effekttypene over tid, slik at de fysiske, som er mer fremtredende i begynnelsen, etter en tid med regelmessig mosjon må vike plassen også for psykiske effekter. Et eksempel på kortsiktige/spesifikke fysiske effekter

er å klare å jogge en lengre strekning og bli mindre andpusten under mosjone-  
ringen, mens langsiktige fysiske effekter kan være bedre kondisjon, vektnedgang  
eller at du får muskler i beina. Kortsiktige psykiske effekter kan for eksempel  
være å føle seg avslappet etter joggingen og opplagt etter mosjonen, mens lang-  
siktige kan være å føle seg roligere, få bedre selvtillit, sterkere psyke, bli gladere  
og mer stabil (3). Endringen av effektene over tid er fremstilt i figur 6.1.



**Figur 6.1.** Utvikling av fysiske og psykiske effekter over tid.

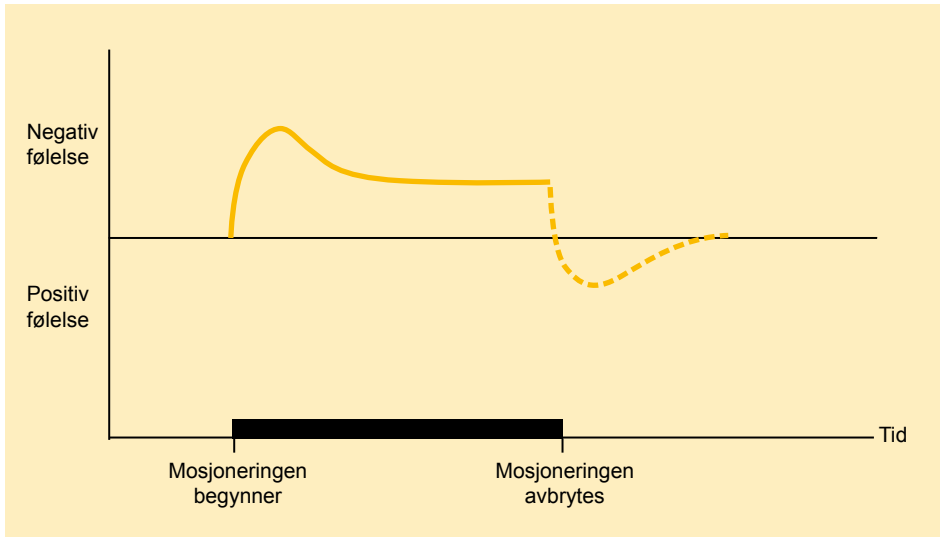
## Motivasjonsendring

Som beskrevet ovenfor utvikles og endres hindringene, opplevelsene og effek-  
tene etter hvert som mosjoneingen skrider frem. Nybegynnermosjonisten har  
ingen erfaringer eller opplevelser å støtte seg til, og i begynnelsen kreves det  
derfor «ytre» belønninger, for eksempel oppmuntrende tilrop fra familie og ven-  
ner, vektreduksjon eller bedre tid per kilometer (37). I denne fasen handler det  
om å gjenta atferden så ofte som mulig ved hjelp av disse belønningene utenfra.  
Med stadiemodellen som utgangspunkt kan vi snakke om virkemidlene sosial  
støtte eller belønning. Personen er da ennå ikke blitt regelmessig mosjonist i den  
forstand at vanene er etablert.

Etter hvert som tiden går og atferden gjentas, får mosjonisten flere og flere  
positive opplevelser og merker flere effekter som blir av en mer langsiktig karak-  
ter. Disse erfaringene innlemmes i motivasjonen og får stadig større betydning  
som beveggrunn for å fortsette med mosjonen, mens betydningen av de ytre  
beveggrunnene blir mindre. Motivasjonen endres fra å være «ytreregulert» styrt  
av ytre sosial forsterkning eller den indre stemmen som sier «du bør» til å bli

«indreregulert» atferd. Indreregulert reflekterer i større grad internalisert motivasjon hvor mosjonsvanene etableres som del av din egen identitet som fysisk aktiv person (3, 4). Personen har gått fra forberedelses- og handlingsstadiet til vedlikeholdsstadiet.

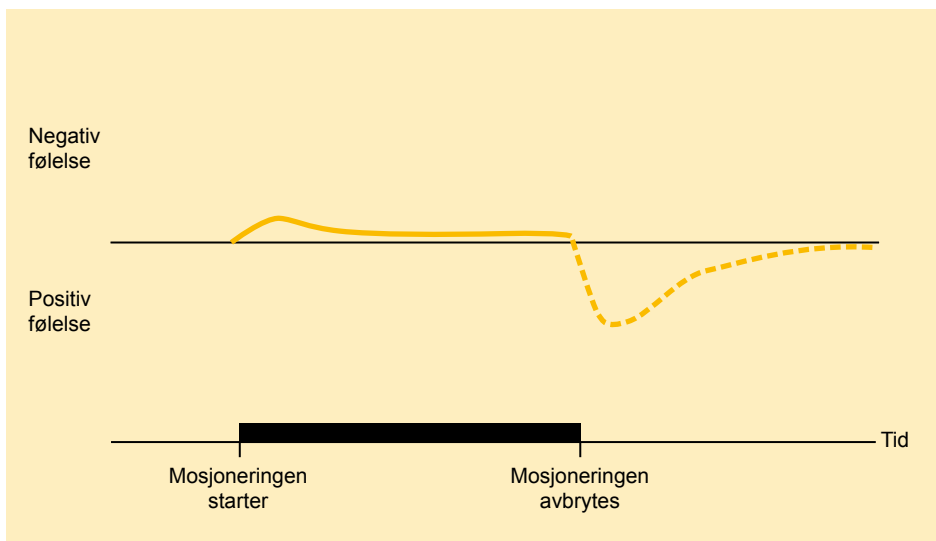
De ovennevnte endringene over tid av opplevelser og effekter av mosjoneringen kan illustreres grafisk ved hjelp av en fri tolkning av Solomons «Opponent-process theory of acquired motivation» (38).



**Figur 6.2.** *Opplevelser av fysisk aktivitet i en innledende fase.*

Av figur 6.2 fremgår det at opplevelsen av selve mosjonsøkten er overveiende negativ i den innledende fasen, mens den umiddelbare ettervirkningen er positiv og relativt kortvarig. De negative opplevelsene i mosjonsøkten består hovedsakelig av fysiske følelser av ubehag – tunge bein, tung pust, men også følelser av nedstemthet og ensformighet.

Den positive ettervirkningen som inntreffer umiddelbart etter at mosjonsøkten er over, kan oppfattes som en kontrastvirkning som oftest går ut på at «det er deilig å være ferdig».



**Figur 6.3.** *Opplevelser av fysisk aktivitet etter en periode med mosjonering.*

Figur 6.3, som beskriver utviklingen hos den erfarne mosjonisten, viser at opplevelsen under selve mosjoneringen nærmest er nøytral. Den fysiske anstrengelsen som mosjoneringen enda innebærer, føles ikke lenger like negativ, ettersom kondisjon og muskelstyrke blir bedre og dette i mange tilfeller gir plass for positive følelser mens man mosjonerer.

Den positive følelsen etter avsluttet mosjon er hos den erfarne mosjonisten sterkere og varer lenger. Innholdet i denne følelsen er også ifølge mosjonistene selv kvalitativt annerledes enn nybegynnermosjonistens umiddelbare følelser i etterkant.

Kort oppsummert kan vi slå fast at det tar tid å gå fra å være passiv til å være regelmessig aktiv, minst seks måneder eller lenger. Dette er svært individuelt og avhenger blant annet av den enkeltes livssituasjon, for eksempel alder, kjønn, familie- og arbeidssituasjon. I løpet av perioden rekker det å skje mye – årstidene skifter, en ferie skal avvikles, været kan til tider være dårlig og arbeidet og familien krever kanskje ekstra mye oppmerksomhet. I tillegg kan det oppstå sykdom eller skader, og det er også mye annet du skal rekke på fritiden (3, 4).

## Kvinner og menn, sosial bakgrunn og etnisitet

I dette kapitlet har vi til nå omtalt «mosjonistene» helt nøytralt uten å problematisere eventuelle forskjeller mellom kvinner og menn, folk med ulik sosial bakgrunn og etnisitet. I den svenske studien (3) fremgår det at kvinner og menn opplever forskjellige hindringer og grader av disse. Opplevelser og effekter er også forskjellige i art og grad samt at tiden det tar å gå fra nybegynner til regel-

messig mosjonist, er forskjellig, blant annet på grunn av ovennevnte faktorer. Imidlertid forløper prosessen på samme måte og omfatter de samme faktorene, men takten er ulik for kvinner og menn. En oppfølgende studie viser at når kvinnene selv skal velge mosjonsaktivitet, foretrekker mange mindre fysisk krevende mosjonsformer, for eksempel spaserturer i stedet for jogging (39). I det norske Romsåsprosjektet ble det vektlagt å tilrettelegge for strategier og tiltak med sensitivitet for ulike behov og preferanser med basis intervensjonsbydelens variasjonsbredde i ulik sosial bakgrunn og dens multietniske preg. En indikasjon på verdien av sensitivitet overfor slike forhold reflekteres i at det ikke kunne påvises moderasjonseffekter av utdanningsnivå og etnisitet for endring i stadier som følge av iverksatte strategier og tiltak (30).

## Den fysiske aktiviteten må tilpasses den enkeltes forutsetninger

En viktig del av de mange budskapene som presenteres i forbindelse med regelmessig fysisk aktivitet, er at forutsetningene varierer fra person til person. Alder, kjønn og religion er noen av forutsetningene. Vi kan også nevne det å være forelder eller ikke, å ha visse funksjonshemninger med mer. En del av disse forutsetningene kan ikke endres og påvirker forutsetningene for å utøve regelmessig fysisk aktivitet. I stedet må den fysiske aktiviteten tilpasses disse forholdene og arte seg annerledes for eksempel for en enslig forelder enn for en person som lever under andre forutsetninger.

I tillegg kommer det sentrale punktet å påvirke i retning av å være fysisk aktiv. Stadiemodellen gir forutsetninger for at dette kan skje (5). Modellen reflekterer endringen fra å være helt uinteressert i fysisk aktivitet til å være regelmessig mosjonist. Endringer er omtrent den samme for alle, men endringen kan arte seg på forskjellige måter fra person til person. I prinsippet handler det om å gå fra en høy grad av ytre regulert motivasjon eller sågar mangel på motivasjon til en høy grad av indre motivasjon (3).

Det tar dermed betydelig lenger tid å tilpasse seg psykologisk enn fysiologisk. Det er først når de to kurvene (se figur 6.1) møtes, at mosjonen går av seg selv – og blir indre regulert. Forandring tar tid (3, 5, 24). En sentral del av endringsprosessen fra fysisk inaktiv til aktiv må derfor være at den tar tid. Helsepersonell og andre kan spille en viktig rolle som veiledere og pådrivere i en atferdsendringsprosess henimot mer fysisk aktive levevaner. Men folk må veiledes til å ta kontrollen selv. Det må være hjelp til selvhjelp.



## Referanser

1. Bolin K, Lindgren B. Fysisk inaktivitet: produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Stockholm: Friluftorganisationer i samverkan (FRISAM); 2006.
2. Bunkefloprojektet. Bunkeflostrand: Hälsa + Kunskap! Bunkeflomodellen; 2005. Tilgjengelig fra: [www.bunkeflomodellen.com/](http://www.bunkeflomodellen.com/)
3. Wester-Wedman A. Den svårfångande motionären: en studie avseende etablerandet av regelbundna motionsvanor. Umeå: Umeå universitet; 1988.
4. Wester A. Den svårfångade motionären. I: Kindeberg T, Svederberg E, Svensson L, red. Pedagogik i hälsofrämjande arbete. Lund: Studentlitteratur; 2001. s 185-206.
5. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Quill; 2002.
6. Faskunger J. Motivation för motion: en handbok för hälsovägledning steg för steg. Farsta: SISU Idrottsböcker; 2002.
7. U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health: a report from the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
8. Boström G. Levnadsvanor och hälsa. I: Ardbo C, red. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. s. 292-332.
9. Manual 2004 för Västerbottens hälsoundersökning. Umeå: Västerbottens läns landsting; 2004.
10. Weinehall L. Personlig kommunikation 2007-06-07.
11. Arvidsson O, red. Att förändra levnadssätt: rapport från ett symposium om metoder att förbättra folkhälsa, 1 och 2 oktober 1981. Stockholm: Liber/Allmänna förlag; 1982. Riksbankens Jubileumsfond 1982:3
12. Søgaard AJ, Bø K, Klungland M, Jacobsen B. En oversikt over norske studier – hvor mye beveger vi oss i fritiden? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120,3439-46.
13. Strandbu Å, Bakken A. Aktiv Oslo-ungdom: en studie av idrett, minoritetsbakgrunn og kjønn. Oslo: NOVA; 2007. NOVA-rapport 2/07
14. Wold B, Hendry LB. Social and environmental factors associated with physical activity in young people. I: Biddle S, Sallis J, Cavill N, ed. Young and Active? Young people and health-enhancing physical activity – evidence and implications. London: Health Education Authority; 1998. s. 119-132.
15. Varför lämnar ungdomar idrotten? En undersökning av fotbollstjejer och -killar från 13 till 15 år. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 2004. FoU-rapport 2004:3.

16. Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: towards a social ecology of health promotion. *Am Psychol* 1992;47:6-22.
17. Scmid TL, Pratt M, Howze E. Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular diseases. *Am J Public Health* 1995;85:1207-11.
18. Sallis J, Nader P. Family determinants of health behavior. I: Gochman DS, ed. *Health behavior : emerging research perspectives*. New York: Plenum Press; 1988, s. 107-24.
19. Nygård R. *Aktør eller brikke? Om menneskers selvforståelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1993.
20. Stroebe W. *Social psychology and health*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press; 2000
21. Lorenzen C, Ommundsen Y, Holme I. Psychosocial correlates of stages of change in physical activity in an adult community sample. *Eur J Sport Sci* 2007;7:93-106.
22. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, ed. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
23. Sallis JF, Owen N. *Physical activity & behavioral medicine*. Thousand Oaks: Sage; 1999.
24. Stevens M. *Groningen Active Living Model: development and initial validation*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2001.
25. Jenum AK, Lorentzen C, Anderssen SA, Birkeland KI, Holme I, Lund-Larsen PG, et al. Promoting physical activity in a multi-ethnic district – methods and baseline results of a pseudo-experimental intervention study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehab* 2003;10:387-96.
26. Jenum AK, Anderssen SA, Birkeland KI, Holme I, Lorentzen C, Raastad T, Ommundsen Y, Ødegaard AK, Bahr R. Promoting physical activity in a low-income multi-ethnic district: Effects of a community intervention study to reduce risk factors for Type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Diabetes Care* 2006;29:1605-12.
27. *Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredningar för medicinsk utvärdering; 2007. SBU-rapport 181
28. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. I: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, ed. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. s. 99-120.
29. Spencer L, Admans TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise. A systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice* 2006;7:428-43.
30. Lorentzen C, Ommundsen Y, Jenum AK, Holme I. The “Romsås in Motion” community intervention: Program exposure, and psychosocial mediated relationships to change in stages of change in physical activity.

- Int J Behav Nutr Phys Act. 2007;30;15.
31. Guillot MA, Kilpatrick M, Hebert E, Hollander D. Applying the transtheoretical model to exercise adherence in clinical settings. *Am J Health Stud* 2004;19:1-10.
  32. Lorentzen C, Ommundsen Y, Jennum AK, Holme I. The Romsås in motion community intervention: Psychosocial mediating effects on forward transition in the stages of physical activity change. *Health Educ Behav* 2007 (Epub ahead of print)
  33. Prochaska JO. Staging. A revolution in helping people change. *Manag Care* 2003;12:6-9.
  34. Fallon EA, Hausenblas HA. Transtheoretical model. Is termination applicable to exercise? *Am J Health Studies* 2004;19:35-44.
  35. Weinberg RS, Gould, D. *Foundations of sport and exercise psychology*. 2nd ed. Champaign: Human Kinetics; 1999.
  36. Bandura A. *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
  37. Jung J. *Understanding human motivation. A cognitive approach*. New York: MacMillan; 1978.
  38. Solomon RL. The opponent-process theory of acquired motivation. The costs of pleasure and the benefits of pain. *Am Psychol* 1980;35:691-712.
  39. Wester-Wedman A. Hur gick det sen för motionärerna? En uppföljning av motionsprojektet. I: Patriksson G, red. *SVEBIS årsbok: aktuell beteendevetenskaplig idrottsforskning 1990*. Lund: Svensk förening för Beteendevetenskaplig Idrottsforskning; 1990.