

# Fysisk aktivitet for ungdom med utviklingshemming

*En kvantitativ spørreundersøkelse blant ungdom med utviklingshemming*

Lina Bruteig Brunvoll



Masteroppgave i spesialpedagogikk  
Institutt for spesialpedagogikk  
Det Utdanningsvitenskaplig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2017



# **Fysisk aktivitet for ungdom med utviklingshemming**

En kvantitativ spørreundersøkelse som omhandler fysisk aktivitet for ungdom med utviklingshemming.

Copyright Lina Bruteig Brunvoll

2017

Fysisk aktivitet for ungdom med utviklingshemming

Lina Bruteig Brunvoll

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



# Sammendrag

Hensikten med denne masteroppgaven var å kartlegge og fremstille en oversikt over hva ungdom med utviklingshemming gjorde av fysisk aktivitet på fritiden. Det blir nevnt at mennesker med funksjonsnedsettelse (psykisk og fysisk), er mindre representert i idrettslag. På bakgrunn av dette ble jeg interessert i å undersøke hvor mye av aktiviteten som var organisert og hvor mye som var egenorganisert. Jeg ønsket også å studere om det var noe forskjell i aktivitetsvalg og organiseringsform mellom de ungdommene som hadde støttekontakt, og de som ikke hadde støttekontakt. Ut fra disse tankene landet jeg på følgende forskningsspørsmål:

Hvilke former for fysisk aktivitet driver ungdommer med utviklingshemming med på fritiden?

- *Hvor mye av den fysiske aktiviteten baseres på organiserte aktiviteter sammenlignet med uorganiserte aktiviteter?*
- *Hvilken sammenheng har støttekontakt for forekomst og organiseringsform av fysisk aktivitet?*

For å undersøke dette ble det gjennomført en spørreundersøkelse på ungdom med utviklingshemming mellom 15 og 20 år. Ungdom fra ulike skoler i Oslo, Akershus og Østfold ble invitert, og 35 informanter fra Oslo og Østfold takket ja til å delta. Det ble gjennomført deskriptive analyser for å få oversikter over populære aktiviteter og idrettsanlegg, samt krystabeller for å studere forskjeller mellom kjønn, støttekontakt og deltakelse i organisert idrett.

Resultatene fra undersøkelsen viste at fotturer generelt var den mest foretrukne aktiviteten. Det viser seg også at svømming og benyttelse av svømmehall er svært godt representert i denne undersøkelsen, noe som ikke har vært like populært i andre studier. Funnene viser ingen kjønnsforskjeller i aktivitetsnivået, men det kan tyde på at gutter driver mer med ball- og lagspill enn jenter.

Ungdom med utviklingshemming er i denne undersøkelsen like godt representert i idrettslag som den øvrige befolkningen i tilnærmet lik alder. Studien viser også til funn der flere av de som deltar i organisert idrett synes at fysisk aktivitet er gøy, og flere er opptatt av aktivitetens

helsefremmende effekter. Resultatene viser at mye av aktiviteten på fritiden også skjer på egenhånd, under såkalte egenorganiserte aktiviteter. Her var fotturer og dansing hjemme eller hos venner de mest attraktive aktivitetene.

Resultatene fra undersøkelsen fant tendenser til forskjell i valg av aktiviteter og organisering mellom de som hadde støttekontakt og de som ikke hadde støttekontakt. Ungdom med støttekontakt gikk oftere på fotturer og skiturer, samt svømte oftere enn ungdom uten støttekontakt. Motsatt viste funnene at ungdommene som ikke hadde støttekontakt oftere benyttet seg av fotballbane og ballbinge. Det ble også påvist en forskjell der ungdom med støttekontakt er mer representert i idrettslag enn informantene uten støttekontakt. Til tross for tendens til forskjell ble det ikke her påvist signifikante forskjeller. Det ble likevel påvist en signifikant forskjell der informanter med støttekontakt oftere er aktive med foreldrene sine, enn informantene uten støttekontakt.





# Forord

En spennende prosess er ved veis ende. Det har vært et givende og lærerikt halvår, med mange opp- og nedturer. Jeg sitter nå igjen med mange gode erfaringer og kunnskap om et tema jeg har vært interessert i over lang tid.

Først og fremst vil jeg takke respondentene som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet, og lærerne ved skolene som bidro til å få tak i informanter. Takk til min veileder Peer Møller Sørensen, for tilbakemeldinger underveis i prosessen.

Jeg ønsker også å rette en stor takk til min mor for gode refleksjoner og oppmuntring, samt øvrig familie, samboer og medstudenter.

Lina Bruteig Brunvoll

Universitetet i Oslo, mai 2017

# Innholdsfortegnelse

<b>Tabelloversikt</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>2</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Formål med oppgaven .....	2
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	3
1.3.1 Begrepsavklaringer .....	4
1.4 Kapitteloversikt.....	5
<b>2. Teori</b> .....	<b>6</b>
2.1 Utviklingshemming .....	6
2.1.1 ICD-10 sin definisjon på utviklingshemming .....	7
2.1.2 AAIDD sin definisjon på utviklingshemming .....	8
2.1.3 Grader av utviklingshemming .....	8
2.2 Fysisk aktivitet og helse.....	9
2.3 Fysisk aktivitet og utviklingshemmede.....	12
2.4 Fysisk aktivitet på fritiden.....	14
2.4.1 Idrett.....	15
2.5 Støttekontaktordningen .....	17
2.6 Tidligere forskning.....	18
2.6.1 UngKan2.....	19
2.6.2 Pilotundersøkelse .....	20
2.6.3 Fritidstilbud til mennesker med utviklingshemming .....	21
2.6.4 Oppsummering av tidligere forskning.....	22
<b>3. Metode</b> .....	<b>24</b>
3.1 Positivistisk tilnærming og kvantitativ metode .....	24
3.1.1 Surveyundersøkelse .....	26
3.2 Utvalg av informanter.....	27
3.2.1 Gjennomføring av spørreundersøkelsen .....	28
3.3 Statistiske analyser .....	30
3.3.1 Analyseprosessen i dette prosjektet.....	31
3.4 Validitet.....	32
3.4.1 Statistisk validitet .....	32
3.4.2 Begrepsvaliditet.....	32
3.4.3 Ytre validitet.....	33
3.4.4 Indre validitet.....	34
3.5 Etske hensyn.....	35
3.5.1 utfordringer når informanten har utviklingshemming .....	35
3.5.2 Informert og fritt samtykke.....	37
3.5.3 Konfidensialitet.....	38
<b>4. Resultater</b> .....	<b>40</b>
4.1 Informanter.....	40
4.2 Forekomst av fysiske aktiviteter .....	41
4.2.1 Kjønnfordeling i forekomst av fysisk aktivitet.....	44
4.3 Organiseringsform av fysiske aktiviteter .....	45
4.3.1 Kjønnforskjeller .....	47

4.4 Støttekontaktens betydning for forekomst av fysisk aktivitet.....	47
4.5 Støttekontaktens betydning for organiseringsform av fysisk aktivitet .....	50
4.6 Opplevelse og årsak til fysisk aktivitet.....	52
<b>5. Diskusjon.....</b>	<b>54</b>
<b>5.1 Forekomst av aktiviteter .....</b>	<b>54</b>
5.1.1 Å gå på tur .....	55
5.1.2 Idrettsanlegg .....	55
5.1.3 Fritidstilbud før og nå .....	57
5.1.4 Kjønnsforskjeller .....	58
<b>5.2 Organiseringsform .....</b>	<b>59</b>
5.2.1 Organisert- og medlemsbaserte aktiviteter .....	59
5.2.2 Egenorganisert idrett.....	60
5.2.3 Aktivitetens egenverdi.....	61
5.2.4 Aktivitetens nytteverdi.....	63
<b>5.3 Støttekontakt.....</b>	<b>64</b>
5.3.1 Forekomst av fysisk aktivitet.....	64
5.3.2 Organiseringsform av fysisk aktivitet.....	65
5.3.3 Foreldrenes deltakelse i fysisk aktivitet .....	66
<b>6. Oppsummering av funn.....</b>	<b>67</b>
6.1 Videre forskning.....	68
<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg 2.....</b>	<b>78</b>
<b>Vedlegg 3.....</b>	<b>79</b>

# Tabelloversikt

<b>Tabell 2.1:</b> Deltakelse i utvalgte fritidsaktiviteter.	<b>S. 22</b>
<b>Tabell 4.1:</b> Oversikt andel gutter og jenter i utvalget.	<b>S. 42</b>
<b>Tabell 4.2:</b> Oversikt andel som har/ikke har støttekontakt i utvalget.	<b>S. 42</b>
<b>Tabell 4.3:</b> Andel som har benyttet de ulike idrettsanleggene av samtlige informanter.	<b>S. 43</b>
<b>Tabell 4.4:</b> Forekomst av egenorganiserte fysiske aktiviteter.	<b>S. 44</b>
<b>Tabell 4.5:</b> Forekomst av fysisk aktivitet som krever noe organisering.	<b>S. 45</b>
<b>Tabell 4.6:</b> Krysstabell av kjønnsforskjeller ved hvem som har benyttet fotballanlegg.	<b>S. 46</b>
<b>Tabell 4.7:</b> Oversikt av FI-verdi ved kjønnsforskjeller i benyttelse av fotballanlegg.	<b>S. 46</b>
<b>Tabell 4.8:</b> Andel ungdom med utviklingshemming som er aktive i idrettslag.	<b>S. 47</b>
<b>Tabell 4.9:</b> Andel som deltar i ulike organiserte idretter.	<b>S. 47</b>
<b>Tabell 4.10:</b> Oversikt over aktiviteter ungdom med utviklingshemming gjør med støttekontakten sin.	<b>S. 49</b>
<b>Tabell 4.11:</b> Andel av de ulike gruppene som har benyttet ulike idrettsanlegg.	<b>S. 50</b>
<b>Tabell 4.12:</b> Oversikt over hvor ofte informantene er fysisk aktive med foreldre, venner og søsken. Delt mellom de med og uten støttekontakt.	<b>S. 52</b>
<b>Tabell 4.13:</b> Generelle påstander om fysisk aktivitet	<b>S. 53</b>
<b>Tabell 4.14:</b> Krysstabell som viser sammenhengen mellom deltakelse i idrettslag og opplevelse av fysisk aktivitet.	<b>S. 54</b>
<b>Tabell 5.1:</b> Bruk av idrettsanlegg sammenlignet 2009 og 2017.	<b>S. 57</b>
<b>Tabell 5.2:</b> Antall personer med utviklingshemming som deltok i ulike fritidsaktiviteter i 1989, 2001, 2010 og 2017.	<b>S. 58</b>

# 1. Innledning

I dette kapittelet blir det redegjort for blant annet bakgrunn for valg av tema, samt prosjektets formål og en fremstilling av problemstilling og forskningsspørsmål. Relevante begreper til forskningsspørsmålene blir kort redegjort og helt til slutt blir det lagt frem en kapitteloversikt.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Med bakgrunn som idretts- og kroppsøvingslærer lå det naturlig for meg å velge fysisk aktivitet som tema for masteroppgaven. Etter tidligere erfaring som helgevikar i en omsorgsbolig for unge voksne med utviklingshemming, så jeg hvor utfordrende det kan være å flette inn fysisk aktivitet i en ellers hektisk hverdag. Flere av beboerne jeg har jobbet med har hatt støttekontakt, og jeg har erfart at det har hatt mye å si for den sosiale delen av fritiden til de unge voksne. Likevel har jeg fått inntrykk av at tiden med støttekontakten ofte går til å gå på kino/cafe eller restaurant. På bakgrunn av dette syns jeg det var interessant å undersøke om det er noe forskjell i det fysiske aktivitetsnivået på fritiden mellom de ungdommene som har støttekontakt og de elevene som ikke har støttekontakt.

I 2009 ble det skrevet en pilotstudie som undersøkte aktivitetsnivået blant utviklingshemmede (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009). Denne rapporten, som ble gjort i samarbeid med Special Olympics, ville også vurdere ulike metoder for å undersøke dette. Pilotstudien tok utgangspunkt i informanter som deltok i organisert idrett på fritiden, og resultatene viste et svært høyt aktivitetsnivå. Studien påpeker selv at de positive resultatene kommer på bakgrunn av at de har valgt deltakere som allerede er aktive medlemmer av organisert idrettslag. Studien påpeker også at det er særlig viktig å øke kunnskapen om de utviklingshemmede som er minst aktive (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009). Jeg ønsker å forske på deltakere uten å ha informasjon om treningsbakgrunn og fritidsaktiviteter, og derfor vil jeg søke etter informanter gjennom skolene.

## 1.2 Formål med oppgaven

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å rette søkelyset mot hvor aktive ungdom med utviklingshemming er på fritiden, og skape en diskusjon rundt dette. Det har det også vært interessant å se hvor mye av aktiviteten som er organisert og hvor mye som er uorganisert, med tanke på at mennesker med utviklingshemming ikke er like godt representert i idrettslag

som resten av befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Jeg ønsker at oppgaven kan bidra til refleksjon blant de som arbeider med disse ungdommene, både på skole, fritid og i bolig.

### 1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Prosjektets fokus er å kartlegge den fysiske aktiviteten på fritiden for ungdom (15-20 år) med utviklingshemming. På bakgrunn av dette har jeg utarbeidet forskningsspørsmål, som jeg har fordelt i en hovedproblemstilling, og deretter inn i to underproblemstillinger.

**Hovedproblemstilling:** Hvilke former for fysisk aktivitet driver ungdommer med utviklingshemming med på fritiden?

**Underproblemstilling 1:** *Hvor mye av den fysiske aktiviteten baseres på organiserte aktiviteter sammenlignet med uorganiserte aktiviteter*

**Underproblemstilling 2:** *Hvilken sammenheng har støttekontakt for forekomst og organiseringsform av fysisk aktivitet?*

Første del av problemstillingen innebærer et beskrivende forskningsproblem, der målsettingen har vært å presentere en oversikt over hvilke aktiviteter ungdom med utviklingshemming driver med på fritiden. Her er det også mulig å få innsikt i hvilke aktiviteter som er mest attraktive versus de aktivitetene som anvendes i mindre grad. Del 2 har et lignende forskningsspørsmål, og undersøkelsen ønsket på dette punktet å gi en fremstilling av hvor mye ungdom med utviklingshemming benytter seg av aktiviteter som er organiserte, eller om uorganiserte aktiviteter var mer ettertraktet. Det avsluttende forskningsspørsmålet er også av beskrivende design, men her var det hensiktsmessig å bruke bivariat statistikk for å se om det finnes noen sammenheng mellom de som har støttekontakt og aktivitetens forekomst og organiseringsform.

### **1.3.1 Begrepsavklaringer**

#### **Ungdom**

Her brukes begrepet ungdom om personer i alderen 15-20 år. Ungdommene som har deltatt i dette prosjektet har lett til moderat grad av utviklingshemming.

#### **Ungdommer med utviklingshemming**

For å definere utviklingshemming vil jeg i denne oppgaven benytte diagnosemanualen ICD-10, som er laget og benyttet av Verdens helseorganisasjon (WHO).

#### **Organisert idrett**

Organisert idrett omfatter i denne oppgaven aktiviteter som er forhåndsplanlagt og som blir styrt av en trener eller andre voksenpersoner. Det skal gjennomføres på faste tidspunkter og på faste steder.

#### **Uorganisert/egenorganisert idrett**

Menes her som aktiviteter som ikke er forhåndsplanlagt eller blir styrt av en voksenperson/trener. Dette kan være alle aktiviteter som innebærer bevegelse som fører til økt energinivå, men som ikke er styrt og som ikke foregår til faste tidspunkter og dager. Aktiviteter som er uorganisert kan være fotturer, skiturer, dansing (hjemme eller på diskotek), trening i treningsstudio, svømming uten trener og lignende.

#### **Støttekontakt**

Er her ment som en person som er lønnet av kommunen og som vanligvis ikke har faglig bakgrunn. En tjeneste som gjennom samvær og fritidsaktiviteter for mennesker med behov for hjelp og støtte, bidrar til en trygg og meningsfull fritid. I denne oppgaven vil støttekontakt være en fellesbetegnelse og omfatte både treningskontakt, fritidsassistent og lignende.

#### **Fritid**

Her defineres fritid som den tiden utenom arbeids- eller skoletid, og som er en tid man bestemmer over selv. På fritiden kan man utfolde seg både i organiserte og egenorganiserte aktiviteter.

## 1.4 Kapitteloversikt

**Kapittel 2** tar opp de elementære begrepene knyttet til denne oppgaven. Her blir det redegjort for blant annet begrepet ”psykisk utviklingshemming”, fysisk aktivitet og idrett, samt en kort redegjørelse av blant annet støttekontaktordningen. I dette kapitlet blir det også en sammenfatning av relevant forskning som videre vil være nyttig til sammenligning med resultatene fra denne studien.

**Kapittel 3** omhandler en fremstilling av den metodiske fremgangsmåten i undersøkelsen. Her vil det bli gitt en fremstilling på positivistisk tilnærming og kvantitativ forskning med survey og spørreundersøkelse som metode. Kapitlet vil ta for seg hele prosessen fra utvalgsprosedyre til gjennomføringen av undersøkelsen, samt analyse og refleksjoner omkring validitetsbegrepet. Til slutt blir forskningsetiske utfordringer redegjort for og reflektert rundt.

**Kapittel 4** presenterer undersøkelsens resultater gjennom diagrammer og tabeller. Her får vi en oversikt over de funnene som var mest iøynefallende, sortert etter temaene fra forskningsspørsmålene.

**Kapittel 5** diskuterer undersøkelsens viktigste funn rettet mot forskningsspørsmålene, og løfter spørsmål omkring resultatene samsvarer med tidligere forskning og teori. Her vil også egne refleksjoner og tolkninger komme til syne.

**Kapittel 6** omfavner en avsluttende oppsummering av oppgaven.



## 2. Teori

I denne delen av oppgaven har jeg gjennomgått kontekstuell teori relatert til forskningsspørsmålene. Denne teorien vil jeg benytte videre i diskusjon av oppgavens funn og analyser. Det har ikke blitt redegjort for et teoretisk perspektiv, da oppgavens formål er å kartlegge, samt få oversikt over temaet. Med et teoretisk perspektiv kan dette legge føringer på hvordan datamaterialet oppfattes, noe som kan være uheldig dersom man ønsker å få med seg hele bildet. Da det ikke har vært mye forskning på dette konkrete temaet tidligere, har jeg valgt å studere funnene uten en teoretisk forankring, slik at jeg på best mulig måte kan få en overordnet oppfatning av resultatene.

Først og fremst har jeg redegjort for begrepet utviklingshemming. Dette er sentralt for å forstå studiens oppbygning og fokus, da deltakerne i prosjektet har en psykisk utviklingshemming. Videre har jeg gått nærmere inn på teori om fysisk aktivitet og helse. I denne delen av oppgaven har jeg sett på hva fysisk aktivitet er, og hvilke samfunnsmessige utfordringer vi finner i dagens samfunn knyttet til det å være aktiv. Begrepet helse blir ofte knyttet opp mot fysisk aktivitet, og på bakgrunn av dette blir ulike forståelser av helse kort redegjort. Mennesker med utviklingshemming har ikke alltid vært inkludert i idretten, og barrierer som lav personaltetthet og redusert tilgang til aktiviteter påvirker deltakelsen i fysisk aktivitet. Barrierer for fysisk aktivitet samt fritidstilbud og idrett blir beskrevet nærmere i dette kapittelet. Videre har jeg redegjort for støttekontaktordningen, før kapittelet avsluttes med en oppsummering av tidligere forskning.

### 2.1 Utviklingshemming

Betegnelsen psykisk utviklingshemming brukes som en klassifisering av mennesker med et bredt spekter av funksjonsnivå, samt ulike årsaksforklaringer til funksjonsvanskene (Grøsvik, 2008). Det vil si at begrepet er en samlediagnose og dekker en stor variasjon av mennesker, og funksjonsnivået til mennesker med utviklingshemming vil kunne være svært ulikt (Meyer, 2008). Historisk sett har det vært mange betegnelser på mennesker med utviklingshemming, og i dag brukes det også ulike type betegnelser for å beskrive tilstanden. Begrepet *psykisk utviklingshemming* benyttes som oftest i kommunale tjenester for å følge klassifiseringen i diagnosemanualen ICD-10. I skolen brukes betegnelser som *generelle* eller *spesifikke lærevansker*, for å beskrive funksjonene til barnet og videre hvilken type tilrettelegging

barnet vil trenge (Grøsvik, 2008). Videre i denne oppgaven vil jeg bruke betegnelsen *mennesker med utviklingshemming*, eller *ungdommer med utviklingshemming*. Disse betegnelseene er mest brukt både internasjonalt, i faglitteratur og av Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) (Tidemand-Andersen, 2008). Når jeg i oppgaven snakker om mennesker med funksjonshemming eller nedsatt funksjonsevne omfatter det opprinnelig en større gruppe, men det inkluderer også mennesker med utviklingshemming.

### **2.1.1 ICD-10 sin definisjon på utviklingshemming**

I Norge brukes klassifiseringssystemet og diagnosemanualen til Verdens helseorganisasjon: *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems* (ICD-10), for å stille diagnoser. De har definert utviklingshemming som:

“A condition of arrested or incomplete development of the mind, which is especially characterized by impairment of skills manifested during the developmental period, skills which contribute to the overall level of intelligence, i.e. cognitive, language, motor, and social abilities. Retardation can occur with or without any other mental or physical condition” (WHO, 2017).

Denne definisjonen av utviklingshemming kan betraktes som en medisinsk forståelse der man er opptatt av å stille en diagnose, og i hvilken grad en person har diagnosen (Meyer, 2008). Diagnosen beskrives som svekket kognitiv utvikling, samt betydelig svikt i adaptive evner og sosial modenhet. Diagnosen må stilles før fylte 18 år og vurderingen gjøres på bakgrunn av intelligens tester, og vurderingsskalaer der foreldre og andre nærpå personer beskriver personens tilpasningsevne i dagliglivet (Grøsvik, 2008; Meyer, 2008).

Dersom du får en IQ-skåre på under 70 vil du i utgangspunktet få diagnosen psykisk utviklingshemming (Meyer, 2008). Til tross for at ICD-10 sin definisjon på utviklingshemming har et stort fokus på intelligensnivå for å stille diagnosen, presiserer de også at man kan supplere med andre tester. Det kan være tester som vurderer sosial tilpasningsevne i et gitt miljø, og som kan bidra til å gi en indikasjon på hvilken grad av utviklingshemming personen har (WHO, 2017). Ved hjelp av slike supplerende tester vil ikke bare intelligensnivået alene sette diagnosen, men en samlet vurdering av alle testene. ICD-10

skriver videre at sosial tilpasning og evner kan endres over tid, og at diagnosen baserer seg på personens nåværende evner (WHO, 2017).

### **2.1.2 AAIDD sin definisjon på utviklingshemming**

En annen definisjon på utviklingshemming er utviklet av *American association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). De definerer utviklingshemming som:

”Mental retardation is a disability characterized by significant limitations in both intellectual functioning and adaptive behaviour as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. The disability originates before age 18” (Smith, 2008 s. 70).

Vi kan finne en del likhetstrekk ved denne definisjonen og ICD-10 sin definisjon. Blant annet forutsetter begge definisjonene at vanskene må ha oppstått i utviklingsperioden, og før fylte 18 år. Begge definisjonene trekker også frem både intellektuelle ferdigheter, men AAIDD sin definisjon legger større vekt på adaptive ferdigheter. Adaptive ferdigheter er konseptuelle ferdigheter, samt sosiale og praktiske ferdigheter. AAIDD utfordrer tidligere definisjoner og ICD-10 sin nåværende definisjon ved å foreslå en klassifisering som går ut fra grad av støtte personen vil trenge, i stedet for grad av utviklingshemming (Smith, 2008). En slik definisjon vil i mye større grad fremme individets utvikling ved å ha fokus på hvilken støtte personen trenger for å fungere i hverdagen. Dette kan også være hensiktsmessig da mennesker med utviklingshemming vanligvis har høyere sosiale funksjoner enn den testede intelligensen (Tidemand-Andersen, 2008).

Til tross for den nye tankegangen til AAIDD, velger jeg videre i denne oppgaven å forholde meg til ICD-10 sin definisjon og klassifisering av mennesker med utviklingshemming. Dette gjør jeg fordi Norge har valgt å følge Verdens Helseorganisasjon og ICD-10 sine definisjoner. Da vil jeg også bruke betegnelsene som lett, moderat og alvorlig utviklingshemming dersom jeg skriver om de ulike gradene i diagnosen.

### **2.1.3 Grader av utviklingshemming**

Når mennesker blir diagnostisert med psykisk utviklingshemming er en sentral faktor for diagnosen nedsatt kognitive ferdigheter. De vil også ha utfordringer som går på den sosiale kompetansen, samt språk, motorikk og tilpasningsevne. For å tydeliggjøre omfanget av

utfordringene, er det vanlig å dele inn i lett, moderat, alvorlig og dyp grad av utviklingshemming (NAKU, 2017).

Lett grad: IQ mellom 50 og 69. Personen kan ofte ta vare på seg selv og behersker dagligdagse oppgaver som å lage mat, ha god hygiene og andre praktiske oppgaver i hjemmet. De språklige ferdighetene vil være varierende, men mange evner å delta i hverdagslige samtaler. Likevel vil flere kunne ha vansker med å forstå og uttrykke seg (NAKU, 2017).

Moderat grad: IQ mellom 35 og 49. Personer med moderat grad av utviklingshemming vil i de fleste tilfeller ha begrensede ferdigheter både i språklige ferdigheter, samt motorikk og evne til å ivareta egen hygiene. Noen vil derfor trenge støtte i det meste av hverdagslige oppgaver gjennom hele livet. Når det kommer til kommunikasjon kan noen ha enkle språklige ferdigheter ved å bruke tegn til tale (NAKU, 2017).

Alvorlig og dyp grad: Mennesker med alvorlig grad av utviklingshemming har vanligvis IQ på mellom 20 og 34, og har betydelig motorisk svikt. Personer som har under 20 i IQ faller under kategorien dyp utviklingshemming. Disse menneskene har svært begrenset mobilitet, og begrenset evne til å forstå forklaringer og veiledning. Mennesker med dyp utviklingshemming trenger som oftest alltid hjelp eller støtte for å ivareta egne behov (NAKU, 2017).

Ungdommene skal i denne studien så langt det er mulig svare på et enkelt spørreskjema. De vil i noen grad kunne få hjelp av lærer og student til opplesning/forklaring av spørsmål, men må kunne gi uttrykk for hvilket svaralternativ som er riktig for den enkelte. Prosjektet i seg selv legger en begrensning på utviklingshemmingen ved at deltakerne må kunne forstå og uttrykke sin mening. Derfor vil studien mest sannsynlig bare få deltakere med lett og moderat grad av utviklingshemming.

## **2.2 Fysisk aktivitet og helse**

Regjeringen ble bedt om å utarbeide en handlingsplan for fysisk aktivitet i forbindelse med Stortingets folkehelsemelding (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Helse- og omsorgsdepartementet utviklet derfor en plan i samarbeid med syv andre departementer

(Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Denne handlingsplanen skulle komme med tiltak på flere samfunnsområder og arenaer, og fremme økt fysisk aktivitet blant befolkningen. Gjennom handlingsplanen får vi vite at aktivitetsnivået hos mennesker synker og at det nye moderne samfunnet fremmer fysisk inaktivitet, som igjen kan føre til livsstilssykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

Samfunnet vårt i dag stiller ikke like store krav til fysisk aktivitet i hverdagen som det gjorde for noen år tilbake. Vi har fått mer stillesittende arbeid og den tekniske utviklingen har bidratt til arbeidssparende oppgaver i dagliglivet. Med andre ord er det i større grad mulig å være fysisk passiv i dagens samfunn sammenlignet med tidligere. Vi kan ta heisen fremfor å gå i trapper og det er lettere å ta bilen eller kollektivtrafikk til jobb eller skole, istedenfor å ta sykkelen eller gå. Dette fører til at vi selv må ta initiativ til å være fysisk aktiv, for å opprettholde eller utvikle de ferdighetene som tidligere ble dyrket som en del av dagliglivet (Helsedirektoratet, 2016a; Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

Fysisk aktivitet blir definert som ”all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning av energiforbruket ut over hvilenivå” (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Videre kan fysisk aktivitet ha ulikt intensitetsnivå. Moderat og høy intensitet blir definert slik: ”Moderat intensitet tilsvarer aktiviteter som medfører raskere pust enn vanlig, for eksempel hurtig gange. Høy intensitet tilsvarer aktiviteter som medfører mye raskere pust enn vanlig, for eksempel løping” (Helsedirektoratet, 2016a).

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har helsefremmende effekter. Sett fra et helseperspektiv vil regelmessig aktivitet forebygge en rekke sykdommer som diabetes type 2, overvekt, høyt blodtrykk, blodpropp og slag. Man får bedre blodsirkulasjon, et styrket immunforsvar og sterkere muskulatur. I tillegg til de fysiske fordelene er det også påvist at fysisk aktivitet gir bedre evne til å mestre stress og få bedre søvn. Å være fysisk aktiv er også en arena der du kan oppleve mestring og glede, samt økt sosialt samvær (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

En patogenetisk helseforståelse definerer helse som en tilstand der det er fravær av sykdom. En slik forståelse vil vektlegge forebygging av sykdom eller skade for å fremme helse. Denne forståelsen har et medisinsk utgangspunkt og definerer individet som friskt hvis det er fravær

av sykdom (Quennerstedt, 2006). I praksis vil aldri mennesker med utviklingshemming kunne ha ”god helse” gjennom en patogenetisk forståelse, da de alltid vil ha diagnosen ”psykisk utviklingshemming”. Dette er noe som sees på som unormalt og som et avvik på kroppen, i likhet med skade eller annen sykdom (Quennerstedt, 2006). En skade eller andre sykdommer kan det være mulig å kvitte seg med, men en tilstand som utviklingshemming er ikke noe en kan frigjøre seg fra. Til tross for at mennesker med utviklingshemming ikke kan bli kvitt diagnosen sin, kan de tilrettelegge eller forebygge slik at det er lettere å leve med diagnosen i dagliglivet.

En motsetning til den patogenetiske forståelsen finner vi i det salutogenetiske perspektivet. Det er en helseforståelse som baserer seg på at både fysiske, psykiske og sosiale faktorer må sees i sammenheng. Da vil helse være en dynamisk prosess hvor man hele tiden beveger seg mellom ulike grader av helse og uhelse (Quennerstedt, 2006; Antonovsky, 2012). I dette prosjektet ligger fokus først og fremst på at aktivitet fremmer fysiske forutsetninger og reduserer sykdommer. Dette er for å gi studien et konkret utgangspunkt. Ut fra et salutogenetisk helseperspektiv er det likevel ikke mulig å påvirke individets fysiske helse, uten å påvirke den psykiske og sosiale helsen samtidig (Quennerstedt, 2006). Til tross for at denne oppgaven har størst fokus på de fysiske fordelene av aktivitet, vil jeg også fokusere i noen grad på at den fysiske aktiviteten også vil kunne gi psykiske og sosiale fordeler.

I Norge ser vi som sagt at aktivitetsnivået generelt er for lavt i forhold til anbefalingene. Sosiale forskjeller som utdanning og økonomi påvirker hvor aktiv du er. Det viser seg at personer med høyere utdanning, eller barn og ungdom som har foreldre med høyere utdanning er mer fysisk aktive enn de med lavere utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Barns aktivitetsnivå øker med alderen og aktivitetsnivået vil være høyest i de tidlige tenårene. Deretter faller nivået gradvis mot voksen alder. En oversikt viser at flertallet av personer fra 15 år og oppover driver med fysisk aktivitet eller trening på egenhånd. Aktiviteter som tilsvarer fotturer i skog og mark hadde høyest forekomst blant denne gruppen. Også sykling og skiturer var aktiviteter som var populære for personer i aldersgruppen 15 år og eldre (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

Helsedirektoratet (2016a) anbefaler at barn og unge skal være i fysisk aktivitet minst 60 minutter hver dag. Dette kan og bør være aktiviteter av moderat og høy intensitet. Aktiviteten bør være så allsidig som mulig, og ha som hensikt å utvikle utholdenhet, bevegelse,

koordinasjon og motorikk. Barn kan være fysisk aktive gjennom lek, aktiv transport som for eksempel å gå eller sykle, kroppøvingstimene eller gjennom friluftsliv (Helsedirektoratet, 2016a).

## 2.3 Fysisk aktivitet og utviklingshemmede

Det har ikke alltid vært slik at funksjonshemmede og herunder utviklingshemmede har vært integrert i idretten. I 1996 ble Norges Funksjonshemmedes Idrettsforbund (NFI) opprettet som en del av integreringsprosessen, der målet var full integrering i den ordinære idretten. I 2007 ble dette fattet i et vedtak, og som et resultat av dette endret Norges idrettsforbund og olympiske komité navn til *Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité* (Barne- og likestillingsdepartementet, 2013). Målet var at de lokale idrettslagene skulle utvikle og vedlikeholde aktivitetstilbud til personer med nedsatt funksjonsevne. Til tross for at tilbudet for å delta i lagidrett er svært varierende over landet, vil mange funksjonshemmede, også utviklingshemmede, finne aktivitetstilbud i de lokale idrettslagene (Barne- og likestillingsdepartementet, 2013).

Norges idrettsforbund (NIF) ble anerkjent som Special Olympics Norge fra og med 2015. Dette førte til at NIF fikk tilgang til å sende representanter til arrangementer som World Games, både sommer- og vinterlekene (NIF, u.å). Videre har NIF også jobbet med å integrere utviklingshemmede i den norske idrettsorganisasjonen ved å danne et utvalg som skal jobbe med å styrke integreringen. Special Olympics ble stiftet i 1968 og er en internasjonal organisasjon. Meningen med Special Olympics er å skape inkludering og fellesskap ved å jobbe for at mennesker med utviklingshemming også får mulighet til å delta i idrett. Organisasjonen skal tilrettelegge for trening og konkurranse i mange ulike idretter, som utøverne deltar i uavhengig av ferdighetsnivå. Det er mulig å trene og konkurrere både lokalt, nasjonalt og internasjonalt (NIF, u.å)

Før ansvarsreformen i 1991 foregikk store deler av livet til mennesker med utviklingshemming på institusjoner. Målet med reformen var blant annet at mennesker med utviklingshemming skulle få et integrert fritidstilbud. Kommunene hadde et ansvar for å inkludere denne gruppen i kultur- og fritidsaktiviteter på lik linje som alle andre (Barne- og likestillingsdepartementet, 2013). I et prosjekt som undersøkte levekårene til mennesker med utviklingshemming etter HVPU-reformen (helsevernet for psykisk utviklingshemmede) ble

fritidsaktiviteter fremstilt som den store taperen. Under reformen ble det oppdaget en nedgang i aktivitet, og etter reformen fortsatte nedgangen av fritidsaktiviteter (Tøssebro, 2006). En nyere undersøkelse viste imidlertid at aktivitetsnivået økte og nærmet seg samme nivå som utgangspunktet før reformen på områder som dans, disko og hobbyaktiviteter. Til tross for dette var aktiviteter som fotturer, skitur, mosjon, sport og svømming på et lavere aktivitetsnivå i 2010 enn for 20 år siden (Kittelsaa, Wik & Tøssebro, 2015).

Aktivitetsnivået til mennesker med utviklingshemming blir lite omtalt i handlingsplanen for fysisk aktivitet, og det blir ikke gitt noen konkrete tiltak for økt fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Det blir nevnt at det finnes lite data på dette området, men i en levekårsundersøkelse (1987-1995) kommer det frem at mennesker med utviklingshemming er mindre aktive enn resten av befolkningen. Denne gruppen er også mye mindre representert i idrettslag og andre foreninger (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Mennesker med utviklingshemming har økt risiko for å utvikle tilstander som fedme, søvnproblemer og andre sykdommer i sentralnervesystemet (NAKU, 2016). Mangelen på fysisk aktivitet viser seg å være en av årsakene til at mennesker med utviklingshemming opplever økt helsesvikt. Redusert tilgang til aktiviteter og for lite personale er eksempler på hindringer som påvirker mennesker med utviklingshemming sin deltakelse i fysisk aktivitet (NAKU, 2016). Økt fysisk aktivitet vil bidra til å minske sjansene for å utvikle slike sykdommer (Helsedirektoratet, 2016a).

For mennesker med nedsatt funksjonsevne blir trening ofte sett i den sammenheng at det skal behandle eller kompensere for funksjonsnedsettelsen. Personer som sitter i rullestol kan ha nytte av å utvikle styrke i overkroppen for å bli mer selvstendig i hverdagen, og styrke egenomsorgen (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). For andre vil bevegelsestrening kunne være nyttig hvis funksjonsnedsettelsen gjør at ben- og sittestillinger blir ensidig over lengre tid. Mennesker med utviklingshemming vil også kunne ha slike funksjonshemminger som gjør at den fysiske aktiviteten blir sentral for å bli mest mulig funksjonsdyktig og selvstendig i samfunnet. Dette kan føre til at mennesker med utviklingshemming tidlig opplever fysisk aktivitet som noe de må gjøre for å trene seg opp, og at fysisk aktivitet ofte foregår alene. Fysisk aktivitet bør forsterkes av sosial tilhørighet, kroppslig utfoldelse og økt selvfølelse (Ytterhus, 2010). Å oppleve sosial tilhørighet kan være spesielt viktig for grupper som til vanlig føler seg isolert (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).



Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med utviklingshemming kan være utfordrende fordi du møter en svært heterogen gruppe med svært ulike forutsetninger. Et viktig mål for denne gruppen er å skape en trygghet i situasjonene gjennom lystbetonte aktiviteter. I aktivitetene bør det fokuseres på å bruke god tid og gi positive tilbakemeldinger slik at de kan utvikle ferdigheter og funksjonsnivå gjennom å ha det gøy (Mæhlum et al., 2004). God tilrettelegging og aktiviteter som fremmer glede og kameratskap vil være motiverende, og har stor betydning for fysisk aktivitet (Ytterhus, 2010).

## **2.4 Fysisk aktivitet på fritiden**

Utvikling av vaner og livsstil har ofte sitt fundament tidlig i barndommen (Ytterhus, 2010). Skolen er en av de viktigste institusjoner i oppveksten der barn og ungdom tilbringer mye tid. Derfor blir nettopp skolen en sentral arena når det kommer til å fremme aktivitetsmønster og kroppsforståelse (Ytterhus, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Gjennom faget kroppsøving og innførelsen av mer fysisk aktivitet utenom kroppsøvingfaget bidrar skolen til fysisk utfoldelse i skolehverdagen. Retten til jevnlig fysisk aktivitet blir lagt frem i forskrift om opplæringsloven §1-1a (2009). En slik jevnlig fysisk aktivitet er av stor betydning for helsen videre i oppveksten, men også i voksen alder (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

Et utviklingstrekk som viser seg i samfunnet er at hver enkelt får mer fritid nå enn tidligere (Arbeids- og sosialdepartementet, 2001). Fritid kan defineres som den tiden utenom arbeidstiden og som man selv bestemmer over (Larsson, 2008). Fritiden gir gode muligheter til å utfolde seg i aktiviteter som man selv ønsker å delta i. Dette kan være både organiserte og uorganiserte aktiviteter. Mennesker med spesielle behov må også få de samme mulighetene til å kunne delta i selvvalgte fritidsaktiviteter. For å sikre dette må tilbudene tilrettelegges og gjøres tilgjengelig, i tillegg må praktiske forhold som transport vurderes og tilpasses (Arbeids- og sosialdepartementet, 2001).

Som tidligere nevnt er mennesker med ulike funksjonshemninger mindre aktive enn resten av befolkningen, og en mindre andel deltar i idrettslag og foreninger (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Barrierer som for lite ansatte og liten tilgang på aktiviteter påvirker i stor grad hvor fysisk aktive mennesker med utviklingshemming er på

fritiden (NAKU, 2016). En arena der det jobbes med å inkludere blant annet mennesker med utviklingshemming i organisert idrett er Norges idrettsforbund. De arbeider med at personer med ulike funksjonshemminger skal få et bedre aktivitetstilbud, også på fritiden (Ytterhus, 2010).

Arbeidet med å fjerne barrierer som kan hindre mennesker i å være fysisk aktive fremgår i ”Regjeringens handlingsplan for universell utforming” (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016b). I dette arbeidet ligger det tiltak på universell utforming som skal føre til at alle mennesker skal kunne bruke bygg og uteområder på en likestilt måte, uansett funksjonsevne (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Noen av tiltakene går konkret på sikring og universell utforming av friluftsområder, nettopp for å øke tilbudet og tilgjengeligheten for personer med funksjonsnedsettelse.

### **2.4.1 Idrett**

Visjonen for idrettspolitikken er ”idrett og fysisk aktivitet for alle” (Barne- og likestillingsdepartementet, 2013). Det vil si at så mange som mulig skal kunne drive med idrett eller fysiske aktiviteter både i organiserte idretter, men også utenfor den organiserte idretten (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). I tillegg til Norges idrettsforbund finner vi den internasjonale organisasjonen Special Olympics. Her jobber de med å tilrettelegge idrett for mennesker med utviklingshemming gjennom treninger og konkurranse (NIF, u.å.).

Alle unge må forholde seg til idrett gjennom kroppsøvingfaget på skolen. I tillegg vil de fleste delta i organisert idrett på fritiden (Ingebrigtsen, 2015). Den organiserte idretten og kroppsøvingfaget har mange likhetstrekk når det kommer til målsettinger og innhold av aktiviteter. Målsettingen for ungdomsidretten er å fremme økt deltakelse i idretten, samt utvikle og fornye tilbudet av aktivitetene som allerede finnes. I tillegg har idretten i likhet med kroppsøvingfaget et fokus på at det skal være et tilbud for alle, med tilpassede aktiviteter. Det er meningen at et langsiktig mål er å rette fokus mot å utvikle en fysisk aktiv livsstil (Ingebrigtsen, 2015).

Det viser seg at den organiserte idretten ikke er like attraktiv for alle. Det kommer frem at mange driver med idrett eller fysisk aktivitet på egenhånd, utenom den organiserte idretten

(Kulturdepartementet, 2000). Først og fremst fenger den organiserte idretten de som er opptatt av konkurranse og i noen grad de aktivitetsorienterte, men i lite grad de som ikke er aktive. Idretten får et økt fokus på konkurranse desto eldre utøverne blir, og som et resultat av dette vil også idretten bli mer tilrettelagt for de som er konkurranseorientert. Dette vil føre til at de utøverne som ønsker å delta for aktivitetens skyld, slutter i den organiserte idretten og er fysisk aktive på andre måter (Ingebrigtsen, 2015).

I stortingsmelding 14 står det at befolkningen må få et helhetlig aktivitetstilbud for å ivareta visjonen om ”idrett og fysisk aktivitet for alle” (Kulturdepartementet, 2000). Det må være et tilbud som både stimulerer egenorganisert aktivitet, men også den medlemsbaserte idretten. For å nå ut til de ungdommene som er lite aktive på fritiden vil lavterskeltilbud være gunstig (Skille, 2006). Aktivitetene skal tilrettelegges for de som normalt er lite aktive fra før av ved at barrierer rives ned (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Dette bør være aktiviteter som ikke stiller strenge krav, verken økonomisk eller til ferdigheter, og det bør foregå i lokalmiljøet (Skille, 2006). Fotturer i skog og mark og jogging er aktiviteter som kan være lavterskeltilbud. Disse aktivitetene, i tillegg til skiturer, er aktiviteter som er mest populære i den norske befolkningen.

For å oppnå et helhetlig tilbud er det viktig at de statlige midlene blir fordelt på de ulike områdene i idretten. På bakgrunn av dette har det i meldingen blitt utarbeidet tre hovedmål for hvordan midlene skal anvendes:

1. Økonomisk støtte til den medlemsbaserte idretten – For å opprettholde og videreutvikle gode og lokale aktivitetstilbud
2. Tilpasning av anlegg – For å bidra til at flest mulig kan benytte seg av anlegg, både gjennom den medlemsbaserte idretten, men også tilpasse anlegg slik at flest mulig kan anvende arealet til egenorganiserte aktiviteter
3. Økonomisk støtte til toppidrett (Kulturdepartementet, 2000).

Støtte og medvirkning til idretten gjennom statlige midler blir begrunnet med de verdifulle elementer idrett og fysisk aktivitet bidrar med til samfunnet (Kulturdepartementet, 2000). Slike verdibetraktninger viser i hovedsak til at idrett og fysisk aktivitet både har egenverdi for den enkelte, men også en grad av nytteverdi for både individ og samfunn. Elementer som glede og mestringsfølelse samt selve opplevelsen idrettsaktiviteten gir, er sentralt for aktivitetens egenverdi. Samtidig kommer egenverdien til syne gjennom opplevelsen av å

delta i et sosialt felleskap, som igjen er en forutsetning for at barn og unge skal vokse opp i trygge opplevde miljøer (Kulturdepartementet, 2000).

Ifølge staten blir idrett og fysisk aktivitet sin nytteverdi særlig forankret i helseperspektivet. For samfunnet vil fysisk aktivitet på den ene siden utgjøre positive effekter for forebygging av helse og bidra til en samlet helsegevinst. På en annen side vil fysisk aktivitet gi den enkelte fysisk og psykisk overskudd, og ha betydning for barns utvikling av motoriske ferdigheter (Kulturdepartementet, 2000).

## 2.5 Støttekontaktordningen

Å være støttekontakt er en tjeneste der en person ønsker å bidra til sosialt samvær eller støtte for mennesker med spesielle behov. Arbeidsoppgavene til en støttekontakt vil variere etter brukerens ønsker og behov i hverdagen. Støttekontakten kan blant annet bidra ved å følge og/eller delta i ulike aktiviteter, eller bistå som støtte i situasjoner brukeren trenger hjelp for å oppleve mestring (Helsetilsynet, 2008).

Støttekontaktordningen er fastsatt i lovverket gjennom §3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Kommunene har selv ansvar for å tilby støttekontakt til pasient- og brukergrupper som har behov for det, herunder mennesker med nedsatt funksjonsevne. Støttekontakt defineres som:

En støttekontakt er en medarbeider, vanligvis uten profesjonell bakgrunn, som er lønnet av kommunen. Gjennom samvær og ulike fritidsaktiviteter skal støttekontakten bidra til at mennesker med behov for hjelp, støtte og kontakt får en trygg og meningsfull fritid. Samværet skal gi mulighet for personlig vekst. Brukerens behov er utgangspunktet for om samværet organiseres enkeltvis eller i grupper. Støttekontakten arbeider ut fra en avtale med kommunen. Avtalen regulerer innhold i og omfanget av arbeidet. (Soldal, 2003, s.14)

I følge statistisk sentralbyrå (SSB) var det i 2015 hele 31 118 mottakere av støttekontakt (SSB, 2015). En undersøkelse viser at over 50% av de som mottar støttekontakt er mennesker med utviklingshemming (Soldal, 2003). Likevel viser tall at bruken av støttekontakt har sunket fra 43% i 2001 til 27% i 2010 (Tøssebro, 2015). I aktiviteter knyttet til blant annet idrett kan et alternativ være å bruke fritidsassistenter. Tilbudet er ikke lovfestet, men vil i

mange tilfeller dekke det samme behovet som støttekontakter. Fritidsassistenter er ment som et supplement til støttekontakter og en slik person vil ofte ha ansvar for flere mennesker i forbindelse med eksempelvis et idrettsopplegg. Det viser seg at mennesker med utviklingshemming som har et relativt høyt funksjonsnivå egner seg best til å ha fritidsassistenter (Soldal, 2003). Ved å benytte seg målbevisst av både støttekontakter og fritidsassistenter, vil dette kunne medføre at enkelte blir mer motivert til å være fysisk aktiv. Blant utsatte grupper kan vi se at bruk av støttekontakter eller fritidsassistenter bidrar til å fremme fysisk aktivitet og gir gruppen en meningsfull fritid (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

Støttekontaktordningen baseres i stor grad på mennesker uten fagutdanning eller spesiell bakgrunn. Derfor vil opplæring og jevnlig oppfølging av støttekontaktene være nødvendig. Kommunen har ansvaret for opplæringen og rekrutteringen. I følge Soldal (2003) kan rekruttering av støttekontakter være utfordrende. Det viser seg at foreldre eller familien selv i mange tilfeller skaffer støttekontakt på egenhånd, og det er som oftest bekjente eller studenter som blir rekruttert (Soldal, 2003). En undersøkelse viser at i halvparten av kommunene i studien får støttekontakten for dårlig opplæring, og har for lite kunnskap til å kunne utføre arbeidet som blir gitt (Helsetilsynet, 2008). Undersøkelsen viser også svikt i rutinene når det gjelder oppfølging og veiledning underveis i arbeidet som støttekontakt.

## **2.6 Tidligere forskning**

Jeg har tidligere i oppgaven nevnt enkelte undersøkelser og studier som har forsket på fysisk aktivitet og utviklingshemming, eller nærliggende temaer. Blant annet har det blitt nevnt at en levekårsundersøkelse for mennesker med utviklingshemming fikk resultater som viste at aktivitetsnivået på fotturer, skiturer, sport og svømming var i 2010 lavere enn for 20 år tilbake (Kittelsaa et al., 2015). Annen forskning påviser at mennesker med utviklingshemming har økt forekomst av livsstilssykdommer (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016a). En av årsakene til at mennesker med utviklingshemming opplever økt forekomst av slik helsesvikt er blant annet mangelen på fysisk aktivitet (NAKU, 2016). Ved å øke aktivitetsnivået vil det kunne redusere risikoen for å utvikle slike sykdommer (Helsedirektoratet, 2016a).

Til tross for at det finnes noe forskning som studerer mennesker med utviklingshemming og fysisk aktivitet, har det vært lite undersøkelser som går direkte på å kartlegge hvilke aktiviteter denne gruppen deltar i på fritiden. Det finnes også minimalt med undersøkelser som studerer hvor ofte mennesker med utviklingshemming er fysisk aktive i uka, hvem de er fysisk aktive med, og spesielt hva de gjør av fysisk aktivitet med støttekontakten sin. For å ha noe grunnlag for sammenligning av denne undersøkelsen har jeg funnet forskning som har kartlagt fysisk aktivitet for barn og unge i alderen 6, 9 og 15 år. Jeg finner dette verdifullt med grunnlag i at påstander om fysisk aktivitet for utviklingshemmede ofte sammenligner denne gruppen med resten av befolkningen.

### **2.6.1 UngKan2**

Et av tiltakene i Handlingsplanen for fysisk aktivitet (2004) var å etablere et system som skulle overvåke fysisk aktivitet. I en rapport som har fått navnet UngKan2 blir det gjennomført en omfattende kartlegging av barn og unges fysiske aktivitet (Kolle, Stokke, Hansen & Anderssen, 2012). UngKan2 er en videreføring av det som ble kalt UngKan1, som også var en kartlegging av aktivitetsnivået til barn og unge. Det ble benyttet aktivitetsmålere og spørreundersøkelser for å kartlegge aktivitetsnivået til barna, samt intervjuer av kroppsøvingslærere og en kartlegging av utearealet på skolene som ble trukket ut til å være med i undersøkelsen. Totalt 3538 barn og unge fordelt på 6, 9 og 15 år var med i studien, i tillegg til 245 kroppsøvingslærere som ble intervjuet.

Resultatene fra undersøkelsen viser at guttene var mer aktive enn jentene på alle aldersnivåer. I tillegg var det signifikant forskjell i aktivitetsnivået mellom aldersgruppene. Undersøkelsen kom frem til at 6-åringene hadde hele 70% høyere aktivitetsnivå enn 15-åringene. Blant 15-åringene nådde 43% av jentene og 58% av guttene anbefalingene på fysisk aktivitet. Det vil si at mindre enn halvparten av landets 15-årige jenter er moderat aktive 60 minutter per dag. Tilsvarende er det hele 42% av landets gutter på 15 år som ikke når anbefalingene om daglig aktivitetsnivå (Kolle et.al, 2012).

I Handlingsplanen blir det nevnt at mennesker med utviklingshemming er mindre representert i idrettslag sammenlignet med resten av befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). I rapporten til UngKan2 svarer 64% av guttene på 15 år at de er medlem i minst ett idrettslag. På tilsvarende spørsmål svarer 57% av jentene at de er medlemmer. Tall fra

statistisk sentralbyrå (SSB) er derimot litt lavere enn resultatene fra UngKan2 prosjektet. SSB anslår at 36% av menn mellom 16-24 år er medlem i et idrettslag, og 25% av kvinnene i samme alder (SSB, 2011).

UngKan2 har også kartlagt hvilke aktiviteter barn og unge deltar i på fritiden. Det kommer frem at 30% av 6-åringene deltar i allidrett 1 gang i uken. Allidrett fokuserer på læring gjennom lek og mestringsfølelse, og aktivitetene er basert på allsidighet og mangfold (Kolle et.al, 2012). For 15-åringene var det utholdenhetsidretter som løping, sykling, langrenn og svømming som var mest populære. Her svarte henholdsvis 87% av guttene og 88% av jentene at de driver med utholdenhetstrening minst 1 gang i uka. For guttene var også lag- og ballidrett en populær aktivitet og nesten 70% rapporterer at de driver med lag- og ballidretter minst 1 gang i uka, mot 49% av jentene på tilsvarende spørsmål. For jentene var derimot estetisk idrett som dans eller turn et mer populært valg. Over 63% av jentene sa at de drev med en type estetisk idrett minimum 1 gang i uka. For guttene svarte 29,5% at de drev med estetisk idrett minimum 1 gang i uka. Ca 24% av guttene trente på treningscenter mot 19% av jentene (Kolle et.al, 2012).

Studien fant signifikans i at de som var medlemmer av idrettslag var mer aktive enn de som ikke var medlemmer av et idrettslag. Det var også en signifikant forskjell i andel som oppfylte anbefalingene for fysisk aktivitet mellom de som var medlemmer og de som ikke var medlemmer i idrettslag (Kolle et al., 2012).

### **2.6.2 Pilotundersøkelse**

Som tidligere nevnt ble det i 2009 skrevet en pilotstudie som undersøkte aktivitetsnivået blant utviklingshemmede (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009). Denne rapporten ble skrevet i samarbeid med Special Olympics, og skulle i tillegg til å kartlegge aktivitetsnivået teste ut hvilke metoder som egnet seg for å undersøke dette. Studien benyttet seg i likhet med UngKan2 av aktivitetsmålere og spørreundersøkelser. Selv skriver Ingebrigtsen og Aspvik (2009) at metodene fungerte godt for denne målgruppen, men at det er nødvendig å utvikle metoder for å undersøke aktivitetsnivået til de som er mindre aktive. I denne studien deltok alle informantene i organisert idrett på fritiden, og på bakgrunn av dette fikk de dermed svært positive svar og resultater som viste et høyere aktivitetsnivå enn gjennomsnittet for befolkningen (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009).

Til sammen deltok 31 mennesker med utviklingshemming i studien med en aldersspredning på 13-50 år. Informantene i denne undersøkelsen var aktive medlemmer i et idrettslag da undersøkelsen ble gjennomført, og de deltok i henholdsvis fotball og håndball. Hele 92% svarte at de hadde vært aktiv minst 1 dag forrige uke. Gjennom aktivitetsmålerne får studien resultater på at ca 80% er aktive minimum 2 dager i uka. De mest populære måtene å være fysisk aktiv på er gjennom sykling eller å gå tur. 68% sykler 1 gang eller flere per uke, og hele 83% går på tur 1 gang eller flere i uka. Når det kommer til estetiske aktiviteter er det 18% som rapporterer at de danser 1 gang eller flere i uka (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009).

90% sier at de er aktive for å holde seg i form, og at det er gøy å være fysisk aktiv. 78% er aktive for å være med venner, og omtrent 50% ønsker flere muligheter til å være fysisk aktiv. Når det kommer til bruk av idrettsanlegg har samtlige i studien brukt eller bruker idrettshall. Nærmere 70% av deltakerne har benyttet seg av gang- eller sykkelsti, og 46% har brukt svømmehall (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009).

### **2.6.3 Fritidstilbud til mennesker med utviklingshemming**

En rapport fra 2011 viser en oversikt over fritidstilbudet til mennesker med utviklingshemming. Resultatene omfavner mennesker med utviklingshemming alderen 20-67 år, og ser på endringer mellom fritidstilbud i 1989, 2001 og 2010 (Söderström & Tøssebro, 2011).

Under vil jeg vise en oversikt fra rapporten til Söderström og Tøssebro (2011) over personer med utviklingshemming som deltok i ulike fritidsaktiviteter. Resultatene vises i score, som er en gjennomsnittlig beregning eller anslag på antall ganger personene deltok på aktiviteten siste året:



<b>Fritidsaktiviteter</b>	1989 (N= 396)	2001 (N=527)	2010 (N=385)
Lengre fot- skitur i naturen	14,7	10,2	12,3
Mosjon, sport og idrett	21,9	12,4	14,9
Svømming	22,3	9,8	11,7
Dans, diskotek	11,9	12,2	16,9

Tabell 2.1 Deltakelse i utvalgte fritidsaktiviteter.

Tøssebro (2015) påpeker at tallene fra 1989 ikke nødvendigvis bør sammenlignes direkte med tallene fra 2001 og 2010. Dette er fordi etter år 2000 ble alle med utviklingshemming som mottok tjenester og ikke bodde hjemme, inkludert. I 1989 ble kun de som bodde i institusjon inkludert, og vil dermed omfavne en større andel mennesker med svakere funksjonsnivå enn fra 2001 og 2010 (Tøssebro, 2015).

Tabellen viser en felles økning i deltakelse i de ulike fritidsaktivitetene fra 2001 til 2010. Dans og diskotek viser seg å ha størst økning fra 1989, og spesielt fra 2001 og frem til 2010. Aktiviteter som bærer preg av fysisk aktivitet har hatt en økning i positiv retning fra 2001, men totalt sett viser tabellen at mennesker med utviklingshemming var mer aktive i form av svømming, mosjon, sport og idrett i 1989 (Tøssebro, 2015).

Det vil være vanskelig å sammenligne tallene fra undersøkelsen til Söderström & Tøssebro (2011), direkte opp mot tall i dette forskningsprosjektet da spørsmålene og utregningen er gjort på svært forskjellige måter. Likevel kan vi ta utgangspunkt i hovedfunnene i rapporten, som blant annet at aktiviteter med folkehelsepreg fortsatt har en lang vei å gå, sammenlignet med tallene fra 1989.

#### **2.6.4 Oppsummering av tidligere forskning**

De tidligere forskningsoppleggene som nå har blitt redegjort for, kan i større og mindre grad knyttes til dette forskningsprosjektet. UngKan2 har kartlagt fysisk aktivitet for barn og unge, men har ikke tatt med perspektivet med utviklingshemmet ungdom. Denne forskningen kan her brukes for å sammenligne forskjeller mellom ungdom med utviklingshemming og jevnaldrende. I rapporten kommer det frem at over halvparten av 15-åringene deltar i

minimum ett idrettslag på fritiden. De mest populære aktivitetene blant 15-åringene, var utholdenhetsidretter som løping, sykling, langrenn og svømming. Allidrett ble ikke nevnt som en aktivitet for 9- og 15-åringene, men 30% av 6-åringene deltok i denne aktiviteten på fritiden. Rapporten påviste også en kjønnsforskjell, der guttene var mer aktive enn jentene på alle aldersnivåer. Blant 15-åringene kom kjønnsforskjellen også til syne ved at guttene var mer opptatt av ball- og lagidretter, mens jentene drev mer med estetiske idretter.

Pilotundersøkelsen ga en oversikt over aktivitetsnivået til mennesker med utviklingshemming i alderen 13-50 år. Generelt fikk studien svært positive målinger, og gjorde funn som sa at denne gruppen var mer aktive enn den voksne befolkning. Aktiviteter som å gå på tur, sykle og delta i idrettslag (håndball og fotball), var blant de mest populære. 9 av 10 av informantene var i aktivitet for å holde seg i form og fordi det var gøy. Studien påpeker selv at de positive resultatene kan komme av at utvalget var plukket ut fra to idrettslag.

Til slutt så vi på en rapport som hadde som hensikt å sammenligne mennesker med utviklingshemming sin deltakelse i fritidsaktiviteter fra 1989 til 2010. Hovedfunnene i denne undersøkelsen var at fritidsaktiviteter hadde hatt en nedgang fra 1989 til 2001, men etter dette viste resultatene positiv utvikling. Til tross for en positiv utvikling i de fleste fritidsaktiviteter er fortsatt aktiviteter med helsepreg en god del lavere i 2010 enn det var tilbake i 1989.

Basert på informasjon fra tidligere forskning på temaet viser det seg at det ikke er så mye å sammenligne med. Pilotstudien kan i mange tilfeller brukes til direkte sammenligning, men det må tas forbehold om at informantene er plukket ut på bakgrunn av ulike kriterier. Resultatene fra UngKan2 kan brukes til å sammenligne funnene med jevnaldrende fra befolkningen, og skape refleksjoner omkring ungdom med utviklingshemming har svært forskjellige aktivitetsvaner enn andre. Rapporten som kartlegger og sammenligner deltakelse i fritidstilbud for mennesker med utviklingshemming før og nå, kan ikke sammenlignes direkte. Med hensyn til dette kan disse resultatene brukes til å få et generelt overblikk over hvilke aktiviteter som har høy forekomst, og skape refleksjoner omkring fritidsaktiviteter på et generelt nivå.

## 3. Metode

I dette kapitlet har jeg lagt frem beskrivelser av arbeidet med undersøkelsen, både før, under og etter innsamling av datamateriale, samt analysen av disse. Til å begynne med har jeg først gått kort inn på hva som ligger til grunn for valget av metode for denne undersøkelsen. Der kommer jeg inn på begrepet positivisme og hva denne tilnærmingen betrakter som riktig kunnskap i forskning. Denne tilnærmingen har flere likhetstrekk med kvantitativ metode, som også er metoden som hovedsakelig blir benyttet i denne oppgaven. Deretter har jeg gått nærmere inn på surveyundersøkelse som er den konkrete metoden for datainnsamling i studien. Deltakerne i prosjektet har utviklingshemming, og på bakgrunn av dette har enkelte avgjørelser i gjennomføringen av undersøkelsen ført til at jeg stiller spørsmål til hvorvidt metoden kan kalles spørreundersøkelse eller strukturert intervju.

Videre har jeg forklart mer om utvalget for studien, og hvordan jeg arbeidet for å rekruttere informanter. Neste del av kapitlet tar for seg gjennomføringen av spørreskjemaet, og metodiske utfordringer knyttet til dette. Blant annet blir testundersøkelse og påvirkning fra lærer og student diskutert i denne delen.

I det neste delkapitlet har jeg tatt for meg hvilke statistiske analyser jeg har benyttet, for å komme frem til de svarene jeg ønsket å finne ut fra problemstillingen. Dette gir en naturlig overgang til refleksjoner og utfordringer omkring validitetsbegrepet. Når det arbeides med informanter som har utviklingshemming vil etiske betraktninger være svært sentralt. I denne delen diskuterer jeg blant annet hvilke ekstra hensyn jeg har tatt i forhold til informert og frivillig samtykke og konfidensialitet.

### 3.1 Positivistisk tilnærming og kvantitativ metode

I årevis har filosofer stilt spørsmål til og diskutert hvordan man bør undersøke og danne antakelser om menneskets oppførsel, samt hvordan kunnskap bør tolkes. Dette har ført til at forskere har dannet ulike meninger som igjen har gitt utgangspunkt for ulike tilnærminger til hvordan forskning skal foregå og hvordan resultatene skal tolkes. Hvilken posisjon forskere velger baseres ofte på hva de selv mener passer best til fagområdet det skal forskes på (Gall, Gall & Borg, 2007).

Positivism er et eksempel på en slik tilnærming og blir forklart ved at den fysiske og sosiale virkeligheten er uavhengig av de som observerer det. Det vil si at positivismen går ut fra en objektiv observasjon av virkelighet, og at dette videre utgjør en vitenskapelig kunnskap (Gall et al, 2007). Dette underbygges av Lund (2002), som også forklarer positivismen med det vi kan observere. Spørsmålene som stilles undersøker ofte årsaksforklaringer, som er ment å studere hvordan noe er, og hvorfor det er som det er. Å finne frem til årsaksforklaringer er som oftest målet i den positivistiske tilnærmingen (Kalleberg, 2007; Vedeler 2000). Positivismen har klare sammenhenger med kvantitativ tilnærming, men det er likevel uenighet om hvorvidt de to tilnærmingene bør forstås som identiske (Gall et al., 2007; Kalleberg, 2007; Lund 2002). Dette prosjektet vil i noen grad ha inspirasjon fra en positivistisk tilnærming, og det vil være mulig å trekke enkelte paralleller fra metoden i prosjektet og det som beskriver en positivistisk tilnærming. Blant annet vil prosjektet forsøke å undersøke enkelte sammenhenger med grunnlag i observerbare data som kommer til syne gjennom tall, tabeller og grafer.

Undersøkelsen har vektlagt en kvantitativ tilnærming. ”*Kvantitative metoder består av prinsipper og teknikker der det benyttes objektive målinger, tallmateriale og statistikk*” (Befring, 2015, s.39). I Gall et al. (2007) blir kvantitativ tilnærming beskrevet som en metode der du samler inn datamateriale på observerbare og målbare funksjoner. Når en kvantitativ metode benyttes, prøver man å beskrive og forklare observasjonene ved å plassere variabler i statistiske analyser. En kvantitativ tilnærming vil prøve å se årsaksforklaringer og generalisere datamaterialet til en populasjon (Gall et al., 2007).

En kvantitativ metode var egnet i mitt forskningsprosjekt fordi jeg skulle kartlegge hvilke former for fysisk aktivitet ungdom med utviklingshemming driver med på fritiden. Ved å benytte meg av en kvantitativ metode kunne jeg lage oversikter over hvor ofte deltakerne er fysisk aktive, samt hvilke aktiviteter de driver mest med. I tillegg skulle jeg sammenligne hvor aktive elevene med og uten støttekontakt er, og se om dette hadde noe å si for om aktiviteten var organisert eller uorganisert. Da brukte jeg statistiske analyser for å finne ut om noen av variablene korrelerte.

Til tross for at denne oppgaven har vektlagt en kvantitativ tilnærming vil det alltid være innslag av kvalitative dimensjoner. De fleste undersøkelser vil inneholde momenter både fra kvalitative og kvantitative metoder (Grue, 2015). I surveyundersøkelsen som jeg benyttet

meg av i denne oppgaven vil for eksempel spørsmålene som stilles inneholde kvalitative elementer. Når det er sagt har uansett hovedvekten i denne undersøkelsen belagt seg på en kvantitativ metode, ved at den har basert seg på større mengder data og informasjonen som ble hentet inn har blitt målt i numerisk skala og tallfestet. I tillegg har ikke resultatene gått i dybden på et fenomen, men innhentet oversikter som fanger opp bredden. Deretter har resultatene blitt sjekket gjennom statistiske analyser og til slutt fremstilt gjennom tabeller og tall (Grue, 2015). På bakgrunn av dette kan vi si at undersøkelsen hovedsakelig vektlegger en kvantitativ tilnærming.

### **3.1.1 Surveyundersøkelse**

For å finne ut forskningsspørsmålene har jeg benyttet meg av spørreundersøkelser som metode for å samle inn data. Jeg brukte et prestrukturert spørreskjema, med svaralternativer til alle spørsmålene. Ungdom med utviklingshemming kan ha vanskeligheter med å forstå komplekse spørsmål, og hva som kan være relevante svar (Ellingsen, 2015). Derfor vil et spørreskjema som er strukturert være enklere å fylle ut for informantene, og forskeren får et mer oversiktlig bilde da svarene skal kodes (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Ulempen med prekodete svaralternativer er at informantene kan oppleve å måtte tilpasse seg svarene og velge noe som ikke tilsvarer helt informantenes mening (Johannessen et al., 2010). I min studie deltar ungdommer med utviklingshemming og derfor ble enkle og oversiktlige svaralternativer vektlagt.

Med tillatelse brukte jeg spørreskjemaene i pilotstudien (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009) som inspirasjon til å utarbeide et eget spørreskjema. En fordel med dette er at jeg senere kan sammenligne noen av resultatene med den tidligere undersøkelsen (Johannessen et al., 2010). Studien påpekte at spørreskjemaet og metoden fungerte godt og at det muligens var rom for å videreutvikle det med flere svaralternativer for å få mer avanserte analyser. Jeg valgte likevel å bevare de samme alternativene i spørreskjemaet, og vektla på lik linje som pilotstudien et lite omfattende spørreskjema med enkle spørsmål (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009).

Gall et al. (2007) skriver at forskeren i prinsippet har mindre kontakt med deltakerne i en kvantitativ undersøkelse. I mitt prosjekt var dette et unntak da jeg har vært tilstede for å forklare/lese opp spørsmålene for informantene da de besvarte spørreskjemaet. Et såkalt ”face-to-face interview” er en kjent metode for administrering av surveyundersøkelse. En slik

metode har rykte på seg for å oppnå høy respons-skåre, og en god kvalitet på datamaterialet som blir samlet inn (De Vaus, 2014). Face-to-face interview er også en måte å sikre lik forståelse og tolkning av spørsmålene i undersøkelsen (De Vaus, 2014). I tillegg fikk de fleste informantene hjelp fra enten foreldre eller lærer til å svare på spørreskjemaet.

Metoden for datainnsamlingen vil derfor ligne på et strukturert intervju. Strukturert intervju er kjent for å brukes i kvantitative opplegg, og spørsmålene er detaljerte og med faste svaralternativer. Informasjonen kommer først og fremst til syne gjennom avkryssing på skjemaet, og ved noen tilfeller brukes tegn til å uttrykke informasjonen (Befring, 2007). Kjennetegnene nevnt ovenfor passer godt inn i prosjektet mitt, og derfor kan metoden også beskrives som et strukturert intervju. Uttrykksmiddelet i prosjektet er først og fremst basert på ord, men i noen tilfeller vil bilder og figurer bidra som visuell hjelp. Med bakgrunn i dette kan metoden tolkes som både en spørreundersøkelse og et strukturert intervju, og balanserer på et sted mellom begge metodene. Derfor kan vi gi det navnet surveyintervju, som beskriver godt måten jeg har samlet inn datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015). Strukturen på datainnsamlingen og analysemetodene gjør at prosjektet og undersøkelsen i seg selv er en surveyundersøkelse (De Vaus, 2014).

## **3.2 Utvalg av informanter**

Kriterier for å delta i undersøkelsen var:

- Jenter og gutter mellom 15-20 år
- Må ha utviklingshemming
- Evne til å forstå og svare på enkle og konkrete spørsmål

Jeg ønsket selvrapporing, noe som krevde at deltakerne klarte å formidle sine egne tanker og meninger. Mennesker med utviklingshemming kan ha vanskeligheter med å forstå hva som står i et skriv eller hva noe betyr, og derfor vil det være gunstig at deltakerne får enkelte spørsmål og begreper forklart, slik at de forstår hva det innebærer (Ellingsen, 2015). For at validiteten i det innsamlede materialet skal beholdes var det mest hensiktsmessig at jeg hjalp informantene med spørreskjemaene. Dette var også for å unngå feilkilder og svekket reliabilitet ved at spørsmål misforstås eller at forsker mistolker svarene (Ellingsen, 2015). Faktorer som krav til selvrapporing, og at jeg ønsket å delta i alle undersøkelsene påvirket etter all sannsynlighet det totale antallet av informanter. Det gjorde at lærerne måtte bruke

mer tid på praktiske oppgaver som å finne og sette av tid til å gjennomføre spørreskjemaene, samt ta imot en ”fremmed” person som skulle komme på besøk til deres arbeidsplass og elever.

Utvalget var basert på et tilgjengelighetsutvalg/bekvemmelighetsutvalg, som vil si at jeg ønsket å få et utvalg av ungdommer som er villige til å delta i forskningen (Thagaard, 2009). Jeg har benyttet meg av såkalte portvakter, det vil si personer som kan gi meg adgang til ulike steder for å skaffe informanter (Kittelsaa, 2010). Mine portvakter har vært avdelingsledere og lærer som kjenner til eller arbeider i klasser med elever som er aktuelle for prosjektet. Ved å gå gjennom skolene ønsket jeg å dekke en større variasjon i aktivitetsnivået til ungdommen, enn hvis jeg for eksempel hadde funnet informanter gjennom ulike idrettslag.

Jeg brukte som sagt lærere i skolen som et hjelpende ledd for å skaffe informanter til studien. Først og fremst tok jeg kontakt med rektorer på videregående skoler som hadde en egen tilrettelagt avdeling. Med tanke på at lærerne fungerte som et mellomledd i kommunikasjonen med informantene, fikk jeg aldri personlige data som navn eller mailadresse elektronisk. Å gå gjennom skolene med lærerne som portvakter var også sentralt med tanke på at jeg ikke ønsket innhente persondata elektronisk. Det var en av forutsetningene for at jeg ikke meldte inn prosjektet til NSD.

### **3.2.1 Gjennomføring av spørreundersøkelsen**

Før jeg dro rundt på skoler for å gjennomføre spørreundersøkelsen var jeg interessert i å teste spørreskjemaet på forhånd for å observere hvordan det fungerte. Undersøkelsen ble testet på to unge voksne med utviklingshemming. Jeg merket fort at spørsmålene måtte forklares godt og ofte måtte spørsmålet stilles på flere måter før testpersonene forsto spørsmålene.

Testundersøkelsen besto prøven, men noen spørsmål og svaralternativer ble endret. Jeg var usikker på om jeg skulle beholde svaralternativer som var gradert, i form av ”ofte”, ”noen ganger”, ”en sjelden gang” og ”aldri”, men bestemte meg for å beholde det. Dette gjorde jeg fordi det blant annet sto i pilotstudien (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009) at det fungerte godt i undersøkelsen deres, og at det gjerne kunne være mer gradert også, for å få mer nøyaktige svar.

Så langt det lot seg gjøre var jeg tilstede på skolene da informantene svarte på spørreskjemaet. Dette var for å sikre at spørsmålene ble forklart og tolket på samme måte (De Vaus, 2014). På to av skolene ble undersøkelsen gjennomført uten at jeg var tilstede. Da var det foresatte som hjalp informantene med å svare på skjemaet.

Under gjennomføringen opplevde jeg at informantene var svært avhengig av læreren. På enkelte spørsmål måtte lærer og student forklare og omformulere setningene på en viss måte for å få svar, da dette har vist seg å hjelpe i tidligere undersøkelser (Sigstad, 2014). Jeg opplevde at det var store individuelle forskjeller i behovet for forklaring og omformulering. Læreren som kjente informantene godt, og som hadde innsyn i hvordan de hadde det hjemme og på fritiden påvirket noen av svarene ved å hjelpe informanten til å huske at de ”pleide å gå på tur med mamma” eller lignende. Jeg opplevde også at informanten kunne svare det siste jeg sa, eller svarte motstridende på noen spørsmål. Da måtte jeg stille oppfølgingsspørsmål eller gjentakende spørsmål for å få tak i hva informanten mente (Thorsen & Myrvang, 2008). Mange av informantene svarte også på hva de pleide å gjøre på skolen, og noen ganger var det problematisk å få de til å forstå at undersøkelsen handlet om hva de gjorde på fritiden. Da var det nyttig å ha lærer- og foreldrehjelp slik at de kunne forhindre slike misforståelser (Sigstad, 2014).

At foreldre og lærere kunne påvirke svarene kan være en svakhet i studien. Det var svært varierende hvor mye den enkelte lærer påvirket svarene. I tillegg vil det være en fare for at informantene som besvarte skjemaet hjemme tolket spørsmålene på en annen måte, og dette kan føre til at svarene ikke blir korrekte. Resultatene vil også være noe påvirket av at lærerne hadde ulik oppfatning om hvor mye støtte informantene skulle få da de svarte på spørsmålene. Enkelte lærere hadde mye innflytelse på svarene, mens andre påvirket svarene i liten grad. Jeg valgte likevel å la lærere, eventuelt assistenter eller foresatte, hjelpe informantene å svare på spørreskjemaet. Avgjørelsen ble tatt med tanke på hva jeg ønsket å få frem i problemstillingen. Jeg ønsket konkret å finne ut av hvor ofte de var aktive og hvilke idretter de deltok i på fritiden. Spørreskjemaet handlet derfor i stor grad om hva de konkret gjorde på fritiden, og ikke så mye om egne meninger eller tanker om fysisk aktivitet. På bakgrunn av dette og med tanke på å få mest mulige troverdige svar, ble det derfor avgjort at lærere og foresatte i noen grad kunne hjelpe til og påvirke noen av svarene. Dersom studien ønsket å fremme ungdommenes egne tanker og meninger om fysisk aktivitet ville jeg revurdert om lærerne og foresatte fikk hjelpe til i besvarelsen av skjemaet.



En annen utfordring ved denne spørreundersøkelsen var at det ikke er noen mulighet til å svare nøytralt gjennom svar-alternativer som ”kanskje” eller ”vet ikke”. Da kan det hende informantene opplever å tilpasse seg alternativene, til tross for at det ikke nødvendigvis blir helt riktig (Johannessen et al., 2010). I enkelte deler av undersøkelsen måtte informantene svare på hvor ofte de gjorde utvalgte aktiviteter. Svaralternativene var aldri – en sjelden gang – én gang i uka – flere ganger i uka. Jeg erfarte at mange informanter opplevde et stort gap mellom ”en sjelden gang” og ”én gang i uka”. Dersom en av informantene gjorde en aktivitet hver annen uke ble det svært vanskelig å svare på dette, da annenhver uke ikke oppleves som sjelden for de aller fleste. På bakgrunn av dette og ulik grad av påvirkning fra lærer/foresatt kan det stilles spørsmål til om informantene oppga helt korrekte svar.

### **3.3 Statistiske analyser**

Datamaterialet ble kodet inn i SPSS, som er et statistisk dataanalyseprogram, og deretter behandlet statistisk. Datamaterialet fra spørreundersøkelsen varierer med skårer både på nominalnivå og ordinalnivå. Variablene på nominalnivå har kategorier som ikke kan rangeres (Vedeler, 2000). Eksempler på dette fra studien er kjønn, ulike type idretter og idrettsanlegg. I disse kategoriene er det umulig å si noe om hva som er større eller bedre enn den andre kategorien. Det vil for eksempel være vanskelig å rangere jente mot gutt eller fotball mot håndball, turning og friidrett. Når elementene kan rangeres slik at det er mulig å skille mellom mer eller mindre enn de andre elementene kalles det ordinalskårer (Vedeler, 2000). I studien vil ordinalskårene gå på de elementene som stiller spørsmål til hvor ofte noe utføres, og svar-alternativene varierer mellom aldri, sjelden, noen ganger og ofte. Da vil det være mulig å si at noen ganger er mer enn aldri, men det vil ikke være mulig å si hvor mye mer det er. I denne studien har ingen variabler skårer på intervallnivå, der avstanden mellom de ulike skårene er numerisk like (Vedeler, 2000). Nivået og fordelingen på skårene vil som regel påvirke valget for den videre analyseprosessen.

Når dataene ble analyser benyttet jeg meg av deskriptiv analyse for å få en oversikt over datamaterialet. En slik type analyse brukes for å beskrive datamaterialet man har funnet i undersøkelsen gjennom grafisk fremstilling av data, variasjon, korrelasjon og gjennomsnitt (Befring, 2015). Vi kan bruke deskriptiv statistikk etter spørreundersøkelser av menneskers

oppførsel eller atferd (Gall et al., 2007). Dette forskningsprosjektet har undersøkt ungdommens oppførsel eller atferd gjennom å kartlegge hva de gjør på fritiden og forekomsten av denne aktiviteten. Det var først og fremst interessant å se hvilke aktiviteter som har høyest forekomst og hvor mange som har støttekontakt. Videre var det interessant å se om disse variablene har en sammenheng. Deskriptiv analyse ble derfor benyttet blant annet for å kartlegge forekomsten av de ulike aktivitetene, antall informanter som har støttekontakt, hvilke idrettsanlegg som blir mest brukt og i hvor stor grad informantene er fysisk aktive for å holde seg i form.

Når vi ser på sammenheng mellom variabler kalles det et korrelasjonsdesign. Hensikten med en slik studie er å finne relasjoner mellom ulike variabler ved å bruke korrelasjonsstatistikk (Vedeler, 2000). I min studie så jeg på relasjonen mellom variabelen ”har støttekontakt” og ”har ikke støttekontakt”, og ulike aktiviteter som igjen defineres som organiserte eller uorganiserte aktiviteter. Jeg har benyttet meg av bivariat korrelasjonsstatistikk som er et analyseverktøy når to variabler studeres. Ved hjelp av en slik analyse kan jeg få inntrykk av om sammenhengen mellom variablene er sterk eller svak (Vedeler, 2000). Bivariate analyser inkluderer mange ulike metoder, der metodene viser relasjonen mellom to variabler på forskjellige måter (Da Vaus, 2014). I denne undersøkelsen bruker jeg bivariate analyser for å få strukturerte målemetoder og overblikk over relasjonen mellom to variabler, og et innblikk i hvor sterk relasjonen er (De Vaus, 2014).

### **3.3.1 Analyseprosessen i dette prosjektet**

Først og fremst begynte analyseprosessen med å bestille frekvenstabeller av hver enkelt variabel fra spørreskjemaet. Dette ga meg en oversikt over materialet, og det var mulig å fange opp eventuelle plottfeil, eller missings. Deretter brukte jeg noen av frekvenstabellene til å konstruere grafer og diagrammer som ga et tydeligere bilde på informasjonen som kom frem gjennom frekvenstabellen (Lund & Christophersen, 1999).

Videre ble det utført analyser med grunnlag i krysstabeller på alle variablene. Dette ga et bilde om det var store forskjeller mellom blant annet kjønn og fysisk aktivitet eller om støttekontaktens betydning for organisering og forekomst av aktivitet var stor. Khi-kvadrat ga et bilde på om det var signifikante forskjeller, og FI/Cramers V ga et videre signal på hvor sterk den eventuelle samvariasjonen var.

## 3.4 Validitet

For å belyse eller svare på et gitt forskningsproblem vil man foreta ulike slutninger eller tolkninger. Dette kan være statistiske slutninger, slutninger om generalisering eller begrepslutninger. En sentral del av forskningen er at man foretar disse slutningene med en relativt høy grad av sikkerhet, eller med andre ord, høy validitet (Lund, 2002). Validiteten beskriver den metodiske prosessen som blir benyttet i undersøkelsen og av kunnskapsrommet som foreligger. Det vil være umulig å ha en perfekt validitet i empiriske undersøkelser, men validiteten vil variere fra liten til høy validitet (Lund, 2002). Videre har jeg beskrevet validiteten i undersøkelsen ytterligere gjennom statistisk validitet, begrepsvaliditet, ytre validitet og indre validitet. Da vil det også komme frem hvilke trusler eller mulige feil som utfordrer en god validitet.

### 3.4.1 Statistisk validitet

Statistisk validitet sier noe om hvor valide eller sikre de statistiske slutningene er. De resultatene man får baseres på analyse av data etter at de har blitt statistisk bearbeidet. Hvilke analyser som blir brukt henger sammen med forskningens problemstilling, design og formål med studien (Lund, 2002). Når noe er statistisk valid er sammenhengen mellom avhengig og uavhengig variabel signifikant. Statistisk validitet spør bare etter hvor sterk sammenhengen mellom to variabler er, og ser derfor ikke etter en kausal sammenheng (Lund, 2002). I denne studien er resultatene statistisk valide dersom det er signifikans mellom for eksempel variablene ”har/har ikke støttekontakt og ”deltar/deltar ikke i idrettslag”.

### 3.4.2 Begrepsvaliditet

For å kunne oppnå en høy begrepsvaliditet må forskeren finne variabler eller indikatorer som måler begrepene i problemstillingen på best mulig måte. For å finne de beste indikatorene må de ulike begrepene i problemstillingen operasjonaliseres. Deretter må forskeren velge ut hvilke indikatorer han/hun ønsker å benytte for å måle et begrep (Lund, 2002). Dårlig begrepsvaliditet vil være når forsker bruker indikatorer som ikke måler det begrepet de er ment til å måle. I dette prosjektet var *fysisk aktivitet*, *organisert aktivitet*, *uorganisert aktivitet* og *former for fysisk aktivitet* være noen av begrepene som må operasjonaliseres. Organiserte aktiviteter blir målt som aktiviteter der du trener jevnlig, og på faste tidspunkt med en trener eller voksenperson til å lede økten. Former for fysisk aktivitet blir målt gjennom hvilke

aktiviteter ungdommen driver med. Indikatorer på dette er eksempelvis fotball, dans, turgåing, ski, ridning og lignende.

I denne konkrete undersøkelsen vil trusler mot begrepsvaliditeten være at spørreundersøkelsen ikke har gode nok indikatorer til begrepene i problemstillingen, og at variablene måler irrelevante begreper. I spørreundersøkelsen stilte jeg ved flere anledninger lignende spørsmål som hadde som formål å måle det samme begrepet. Hvis resultatene fra disse spørsmålene samsvarer, vil også begrepsvaliditeten oppfattes som god. Neste trussel til validiteten er at deltakerne i undersøkelsen gjetter seg til det de tror er formålet med studien, og svarer deretter. Min forforståelse bør ikke bidra til å stille spørsmål som fremmer det jeg opprinnelig trodde skulle komme frem, og når jeg har hjulpet informantene med å svare på skjemaet har jeg vært forsiktig i forhold til egen tolkning og på best mulig vis være objektiv i svarene. Hvis jeg for eksempel sammenligner svarene til en informant med tidligere informanter og lar dette påvirke svaralternativet vil dette bidra til å svekke validiteten.

En annen trussel mot begrepsvaliditeten er kompleksiteten omkring variabelen fysisk aktivitet. Det vil være vanskelig å måle total mengde av fysisk aktivitet da mennesker er aktive store deler av døgnet. Dette var ikke nødvendigvis en trussel mot denne oppgaven, da hensikten er å måle fysisk aktivitet på fritiden, og ikke det totale bildet. Fysisk aktivitet kan måles på mange måter, og i denne oppgaven blir det målt gjennom frekvens, type aktivitet og konteksten aktiviteten utføres. For å kartlegge helsefremmende fysisk aktivitet ville det vært gunstig å si så mye noe om så mange av disse variablene som mulig (Helsedirektoratet, 2016b). Dersom jeg i tillegg hadde benyttet meg av aktivitetsmåler ville jeg fått mer konkrete og troverdige resultater av aktivitetens varighet, og se om det samsvarte med de egenrapporterte svarene.

### **3.4.3 Ytre validitet**

Ytre validitet eller generalisering sier noe om hvorvidt resultatene fra utvalget kan si noe om resten av populasjonen (Lund, 2002). I problemstillingen blir det eksplisitt fremstilt at undersøkelsen er relevant for ungdom med utviklingshemming. For å fremme god ytre validitet bør utvalget være representativt for resten av populasjonen i den utvalgte gruppen (Lund, 2002). Å velge ut et utvalg som er representativt for populasjonen stiller noen krav til hvordan forsker velger ut hvilke personer som utgjør utvalget. Som tidligere nevnt har jeg i

denne undersøkelsen benyttet meg av et tilgjengelighetsutvalg. Det kan føre til at resultatene ikke er representative for populasjonen, og det vil være vanskelig å generalisere resultatene.

Størrelsen på utvalget vil også ha betydning for hvor valide resultatene er i forhold til resten av populasjonen. I denne undersøkelsen har jeg et utvalg på 35 ungdommer, fra fem skoler i Oslo og Østfold kommune. Med grunnlag i et lite utvalg var det vanskelig å generalisere resultatene til å gjelde all ungdom med utviklingshemming i Norge. Likevel vil det være mulig å se tendenser i resultatene. Disse tendensene kan si noe om hvordan den fysiske aktiviteten for ungdom med utviklingshemming er spesielt i Oslo og Østfold kommune, da utvalget representerer disse to kommunene.

### **3.4.4 Indre validitet**

Indre validitet er definert som ”en kausal relasjon mellom to sett av operasjonaliseringer” (Lund, 2002, s.106). Forskning som fokuserer på kausale problemstillinger handler om å se årsaker og effekter der en eller flere faktorer endrer en eller flere av noen andre faktorer. I forskning som opererer med ikke-kausalt eller beskrivende design vil indre validitet i de fleste tilfeller være ubetydelig (Lund, 2002).

Forskningsspørsmålene som blir stilt i dette prosjektet har beskrivende design. Til tross for det kan den ene underproblemstillingen virke som den ønsker å søke kausale slutninger. Likevel spør jeg bare etter hvilke sammenhenger vi finner mellom det å ha støttekontakt og hvordan aktivitetene blir organisert (egenaktivitet, idrettslag, ute, inne). For at dette forskningsspørsmålet skulle vært kausalt måtte jeg spurt om støttekontakten bidrar til å *øke* den fysiske aktiviteten til ungdom med utviklingshemming, eller om det å ha støttekontakt *påvirker* organiseringsform av aktiviteten. Dersom dette hadde vært tilfellet ville forskningen være en blanding av beskrivende og kausal art, og både statistisk validitet, begrepsvaliditet, ytre validitet og indre validitet ville vært relevant (Lund, 2002). I denne studien er jeg ute etter å se om det har noen sammenheng mellom organiseringsform og forekomst av aktivitet, og det å ha støttekontakt, men jeg er ikke ute etter å se hva som er årsak og hva som er virkning. Derfor vil jeg bare ha ikke-kausalt eller beskrivende forskning, og slutninger om indre validitet vil derfor ikke være av stor betydning.

## 3.5 Etiske hensyn

For at forskningsprosessen skal gjennomføres på en forsvarlig måte, må forskningen ivareta etiske verdier. Noen av disse verdiene går på å verne deltakernes integritet gjennom blant annet informert samtykke og anonymisering (Befring, 2015).

Når det innhentes persondata skal prosjektet meldes inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og få godkjenning før innsamlingen av informanter kan begynne (NSD, u.å).

Personopplysninger er materialet som legger til rette for at andre kan identifisere enkeltpersoner. På sine nettsider skriver NSD (u.å) at slike opplysninger kan komme til syne i forskning ved:

- At det innhentede datamaterialet inneholder direkte opplysninger om navn, kjennetegn eller personnummer
- At sammensatte bakgrunnsopplysninger som kjønn, skole, alder og yrke kan føre til at enkeltpersoner kan identifiseres
- At datamaterialet kan spores til IP-adresse eller epost dersom en undersøkelse utføres på nett

Etter to samtaler med NSD og en test på deres nettsider ble det avgjort at jeg ikke skulle melde inn prosjektet for godkjenning. Dette ble besluttet med grunnlag i at jeg ikke skulle innhente persondata verken før, under eller etter gjennomføringen av spørreundersøkelsen. Dette forutsatte at jeg benyttet lærere som portvakter for å skaffe informanter, og at spørsmålene i studien ikke inneholdt opplysninger som navn, konkret alder, skole eller andre opplysninger som kunne identifisere den enkelte.

### 3.5.1 utfordringer når informantene har utviklingshemming

I mitt forskningsprosjekt besto informantene av ungdommer med utviklingshemming. Kort fortalt har mennesker med utviklingshemming et svekket intelligensnivå, i tillegg til vanskeligheter med å tilpasse seg vanlige krav i dagliglivet (NAKU, 2017; Grøsvik, 2008). Når jeg har forsket på en slik gruppe mennesker er det noen etiske hensyn jeg må ivareta.

Utsatte grupper kan ha vanskeligheter med å skjerme sine interesser i en forskningsprosess, og det gir meg et særlig ansvar for hvordan jeg har henvendt meg til informantene. Underveis

i hele forskningsprosessen har jeg også vurdert om jeg ivaretar informantenes interesser (NESH, 2016). Stigmatisering og generalisering kan være uheldige konsekvenser hvis jeg ikke har vært forsiktig med inndeling og betegnelser når jeg snakker om gruppen det forskes på (NESH, 2016). På en annen side er det viktig å kartlegge ulike aspekter av de utsatte gruppene, og derfor vil det også være viktig å inkludere for eksempel mennesker med utviklingshemming i forskning. Ved undersøkelser av svakstilte personer bør forskeren derfor legge ekstra vekt på informasjon og samtykke til å delta i studien (NESH, 2016). Krav til informert og fritt samtykke vil bli utdypet mer senere i kapittelet.

Når mennesker med utviklingshemming blir inkludert som informanter i en studie vil forsker møte på utfordringer som blant annet oppstår med grunnlag i informantens utviklingshemming. Når informanten har utviklingshemming blir særlig maktforholdet mellom informant og forsker fremtredende. Et asymmetrisk maktforhold, som det gjerne er mellom informant og forsker, kan bidra til at informanten svarer det den tror den andre vil høre (Kittelsaa, 2010), eller finner det vanskelig å være kritisk eller negativ (Sigstad, 2014). Dette prosjektet brukte spørreundersøkelse for å samle inn data, men jeg har møtt informantene personlig og skjemaet ble fylt ut i samarbeid mellom informanten, lærer/forelder og studenten. Derfor var dette aspektet med samtykkende svar og ”ja-siing” i noen grad fremtredende fordi informantene opplevde og anerkjente et asymmetrisk maktforhold (Kittelsaa, 2010). For å jevne ut opplevelsen av asymmetrisk maktforhold er det sentralt at informanten føler seg trygg i situasjonen og at svarene blir anerkjent. For at informantene skal oppleve trygghet og godkjennelse må situasjonen og spørsmålene tilpasses den enkeltes behov (Thorsen & Myrvang, 2008). At foreldre eller nærpersion i form av lærer var tilstede under gjennomføringen av studien bidro til at informanten følte seg trygg, og opplevde at svarene ble godkjent. Med tanke på at skjemaet fylles ut i samarbeid mellom informant, student og forelder/lærer var bekreftende spørsmål være nødvendig. Da vil både informanten få en opplevelse av å bli støttet og svarene blir bekreftet, samtidig som jeg forsto mer av hva informanten mente, og ga informanten en invitasjon til å fortelle mer om situasjonen (Thorsen & Myrvang, 2008). Med bakgrunn i det informanten sier kan studenten, lærer/forelder og informant i samarbeid fylle ut alternativet som passer best.

I studier der mennesker med utviklingshemming er informanter kan det oppstå situasjoner der informantens har manglende evner til å forstå eller svare på spørsmål (Sigstad, 2014). Sigstad (2014) utdyper at informantene har lettere for å svare på spørsmål om spesifikke temaer. I

dette prosjektet omhandlet spørsmålene spesifikke temaer innenfor fysisk aktivitet og idrett. I tillegg fikk informantene lest opp de ulike svaralternativene, som muligens bidro til at det var lettere å avgi et svar. Jeg benyttet meg av repetisjon og omformulering i tilfellene der informanten ikke forsto spørsmålet. Selve undersøkelsen hadde også flere spørsmål som omhandlet samme tema og alternativer for å dobbeltsjekke at informanten svarte samsvarende på de ulike spørsmålene.

Sigstad (2014) nevner at hun opplevde utfordringer der informantene med utviklingshemming ofte svarte med inkonsekvente eller motstridene svar. I denne studien som baserer seg på en spørreundersøkelse med fastsatte svar- alternativer var ikke inkonsekvente svar en like stor utfordring. Likevel var det en utfordring når informanten svarte motstridende eller nølende på spørsmål, og da var det vanskelig å tolke hvilket alternativ som ble riktig for informanten. Foreldre- eller lærerstøtte bidro positivt for å hindre dette, da de kunne tilpasse forklaringen til den enkelte eller omformulere spørsmålet for å unngå misforståelser. Foreldre og lærere bidro også ved å stille ledende spørsmål dersom informanten svarte motstridende på enkelte spørsmål, og kunne lede de på riktig vei med grunnlag i at de kjente informanten godt.

### **3.5.2 Informert og fritt samtykke**

Når forskning utføres må man først og fremst skaffe et frivillig informert samtykke. I et slik samtykke er det nødvendig at budskapet med forskningen kommer godt frem, og at deltakerne forstår hva som står i det frivillige informerte samtykke (NESH, 2016; Befring, 2015). Ellingsen (2015) skriver at mennesker med utviklingshemming kan ha utfordringer med å forstå hva som står i et skriv fordi de ikke kan lese selv, eller at teksten er skrevet slik at de ikke forstår innholdet. Han skriver videre at de også kan ha utfordringer med betydningen av begrepet frivillighet, og at de ofte kan bli manipulert eller overtalt av andre til å delta. Dette er noe jeg hadde i bakhodet i formuleringen av samtykkeskjemaene, slik at deltakerne kunne forstå hva forskningen går ut på.

Jeg benyttet spørreskjema for å samle inn data, og jeg stilte spørsmål om enkle hverdagslige forhold. I en slik undersøkelse er ofte anonymiteten godt ivaretatt og på bakgrunn av disse faktorene vil det være lettere å få et frivillig informert samtykke (Ellingsen, 2015). Jeg informerte deltakerne om prosjektet ved å sende ut informasjonsskriv til skolene som



formidlet det videre til de aktuelle deltakerne for prosjektet. Deltakerne er over 15 år, og på bakgrunn av dette skal de kunne avgjøre selv om de vil delta i prosjektet (Datatilsynet, 2004). Likevel la jeg vekt på å få samtykke til foreldre, før vi gjennomførte spørreundersøkelsen. At deltakerne i studien hadde utviklingshemming var hovedsakelig grunnen til at jeg ønsket å få godkjenning fra foreldrene. Tanken bak å involvere foreldrene var av praktiske årsaker, men også for å ivareta informantenes frivillige deltakelse i prosjektet. Foreldrene kan hjelpe ved å forklare godt hva undersøkelsen går ut på (Sigstad, 2014), og i tillegg bidra i den videre kommunikasjonen. Dersom deltakerne ønsket å trekke seg eller hadde noen spørsmål til undersøkelsen kunne foreldrene hjelpe de å kontakte studenten. Med tanke på at deltakerne i prosjektet måtte få tillatelse av foresatte, og at de fikk hjelp av foresatte eller lærer til å svare på spørreundersøkelsen vil dette svekke anonymiteten noe (Ellingsen, 2015). Til tross for dette har jeg valgt å involvere foresatte/lærere i besvarelsen av prosjektet for å bevare troverdigheten til resultatene.

Når det gjaldt foreldresamtykke ble det gjort et unntak. På den ene skolen der elevene var over 18 år skrev de under på samtykket selv. I forkant av gjennomføringen var jeg og læreren til deltakerne spesielt opptatt av å forklare prosjektet grundig, og fortalte at dette var noe de kunne gjøre hvis de hadde lyst. De nasjonale forskningsetiske komiteer (2009) skriver at deltakerens forståelse for prosjektet bør avhenge av hvor stor risiko og ubehag undersøkelsen medfører. Det vil også være avgjørende hva slags type prosjekt som skal utføres med tanke på undersøkelsens sensitive verdi og om nytteverdien for deltakelsen er større enn ulempene for å delta (Forskningsetiske komiteer, 2009). Avgjørelsen for unntak av foreldresamtykke ble basert på den enkelte elev sin kompetanse for å forstå hva prosjektet innebar, i tillegg til at prosjektet er av lav sensitiv verdi. Det ble heller ikke innhentet personlige opplysninger som navn, skole, konkret alder eller personlige meninger som holdninger eller følelser. Prosjektet vil mest sannsynlig ikke medføre store konsekvenser og ubehag for deltakerne, og ingen vil kunne gjenkjenne den enkelte i studien.

### **3.5.3 Konfidensialitet**

Den det forskes på har krav på at alt av informasjon blir behandlet konfidensielt. Det vil si at forskningsmaterialet må anonymiseres og forsker må stille strenge krav til hvordan informasjon og opplysninger oppbevares slik at det ikke blir mulig å identifisere den enkelte person (Dalen, 2011).

De Vaus (2014) ramser opp tre hovedgrunner for at forsker burde forsikre deltakerne i forskningen om at datamaterialet blir behandlet konfidensielt:

1. Deltakernes svar får bedre kvalitet og blir mer ærlig, spesielt på sensitive temaer
2. Det blir mer attraktivt å delta i studien, og det kan videre bidra til et mer representativt utvalg
3. For å beskytte og bevare personens privatliv

I mitt prosjekt fikk deltakerne beskjed allerede i informasjonsbrevet hvordan datamaterialet skulle samles inn, og hva som ville skje etter prosjektets slutt. Det ble blant annet forklart at undersøkelsen ikke ville innhente personopplysninger som navn, konkret alder eller hvilken skole de gikk på. Spørreskjemaene ble besvart i papirform, og derfor lå det ingen form for opplysninger om deltakerne elektronisk. For at deltakerne skulle ha mulighet til å trekke seg underveis i forskningen, hadde jeg kontroll på hvem som hadde besvart hvert enkelt spørreskjema. Jeg satt derfor på informasjon om hvem som hadde svart hva på de ulike spørsmålene, men beholdt konfidensialiteten ved at ingen andre hadde tilgang til datamaterialet (De Vaus, 2014). I informasjonsskrivet fikk også deltakerne beskjed om at alle spørreskjemaene makuleres etter antatt ferdigstillelse av prosjektet.

## 4. Resultater

I dette kapittelet blir datamaterialet som er samlet inn fremstilt. Først og fremst blir det lagt frem hvilke aktiviteter ungdom med utviklingshemming driver med på fritiden. Disse oversiktene blir presentert ved hjelp av diagram og tabeller som viser hva informantene har svart. Antall informanter som har svart hva blir også oppgitt prosentvis. Videre blir det synliggjort hvor mye av aktiviteten som baseres på organiserte aktiviteter versus uorganiserte aktiviteter. Dette vil bli presentert ved å se hvor ofte informantene er aktive i idrettslag kontra egenorganiserte aktiviteter.

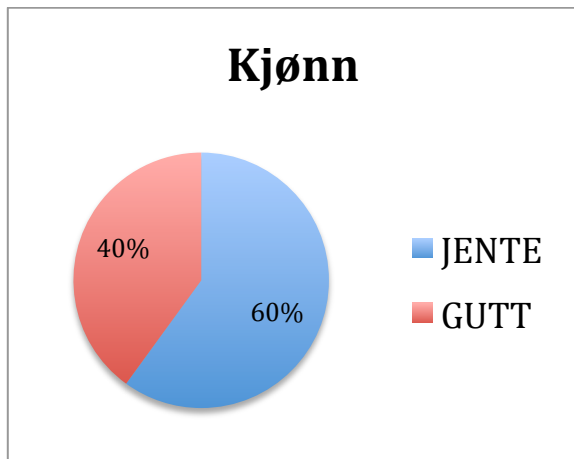
Deretter blir hvilken sammenheng støttekontakt har for forekomst og organiseringsform av fysisk aktivitet presentert. Her blir resultatene formidlet gjennom krystabeller som viser sammenheng mellom de to variablene. I tillegg blir det lagt frem resultater som viser sammenheng mellom kjønn og forekomst av aktiviteter, samt organiseringsform av aktivitetene.

P-verdien viser om resultatene er signifikante. For at resultatene ansees å være signifikant må p-verdien være mindre enn 0.05. Med tanke på et relativt lite utvalg var det vanskelig å finne signifikante forskjeller. Dette kunne vært lettere å oppnå dersom utvalget hadde vært større. Derfor har jeg valgt å påpeke tendenser til ulikheter mellom gruppene til tross for at det ikke er påvist som signifikante forskjeller. Resultatene vil presenteres prosentvis og med en desimal i tabeller og diagrammer. Når jeg kommenterer funnene vil jeg bruke hele tall uten desimaler, og runder da opp eller ned til nærmeste hele tall.

### 4.1 Informanter

Totalt ble 22 skoler kontaktet ved flere anledninger per e-mail til både rektor, avdelingsleder for spesialavdeling og spesialpedagoger. Av alle skolene som ble kontaktet responderte syv av skolene, hvorav fem skoler gjennomførte spørreundersøkelsen. 22,7 % av alle skoler som ble kontaktet deltok dermed i spørreundersøkelsen, men elevantallet fra de ulike skolene varierte i stor grad. En av skolene bidro med 20 informanter, mens de andre skolene bidro med alt fra to til syv informanter hver.

Datamaterialet bygger på 35 spørreskjemaer, besvart av henholdsvis 14 gutter og 21 jenter. Av disse hadde 22 støttekontakt, mens 13 hadde ikke støttekontakt eller lignende. Det er dermed relativt jevnt fordelt mellom kjønn og andel som har/ikke har støttekontakt. Dette kommer til syne gjennom tabell 4.1 og 4.2.



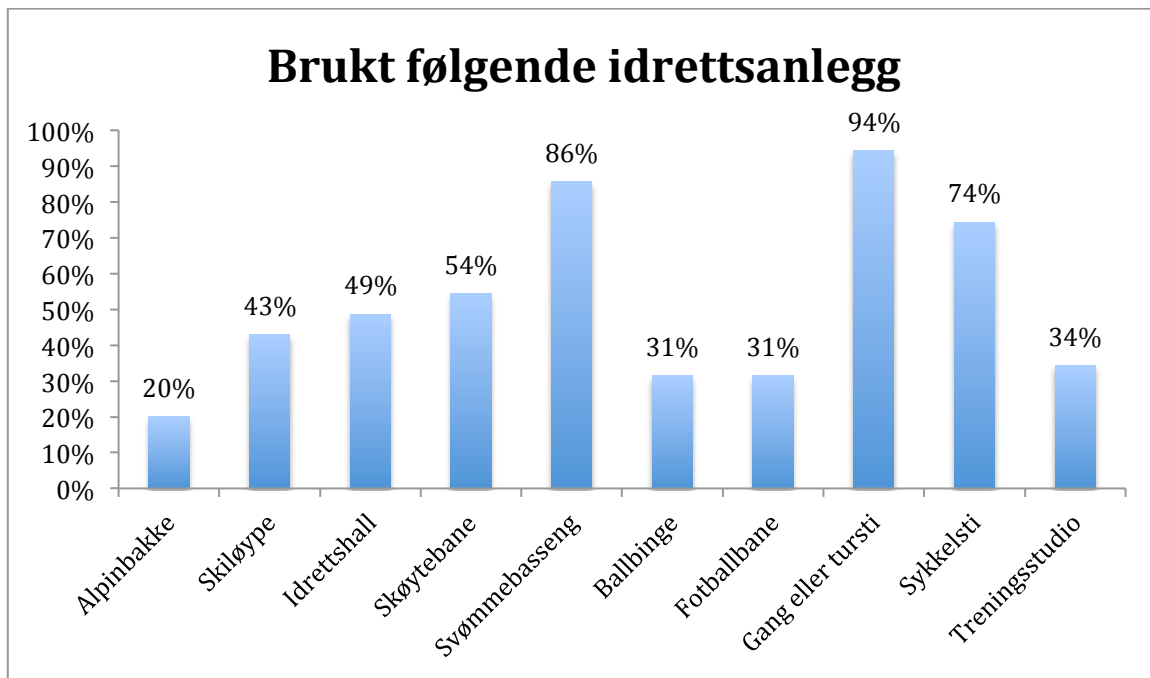
Tabell 4.1. Oversikt andel gutter og jenter i utvalget



Tabell 4.2. Oversikt andel som har/ikke har støttekontakt

## 4.2 Forekomst av fysiske aktiviteter

I tabell 4.3 vises en oversikt over hvilke idrettsanlegg informantene har benyttet seg av. Det var ikke satt krav til at den enkelte måtte benytte anlegget per dags dato, kun at de hadde benyttet seg av det gitte anlegget en gang i tiden.



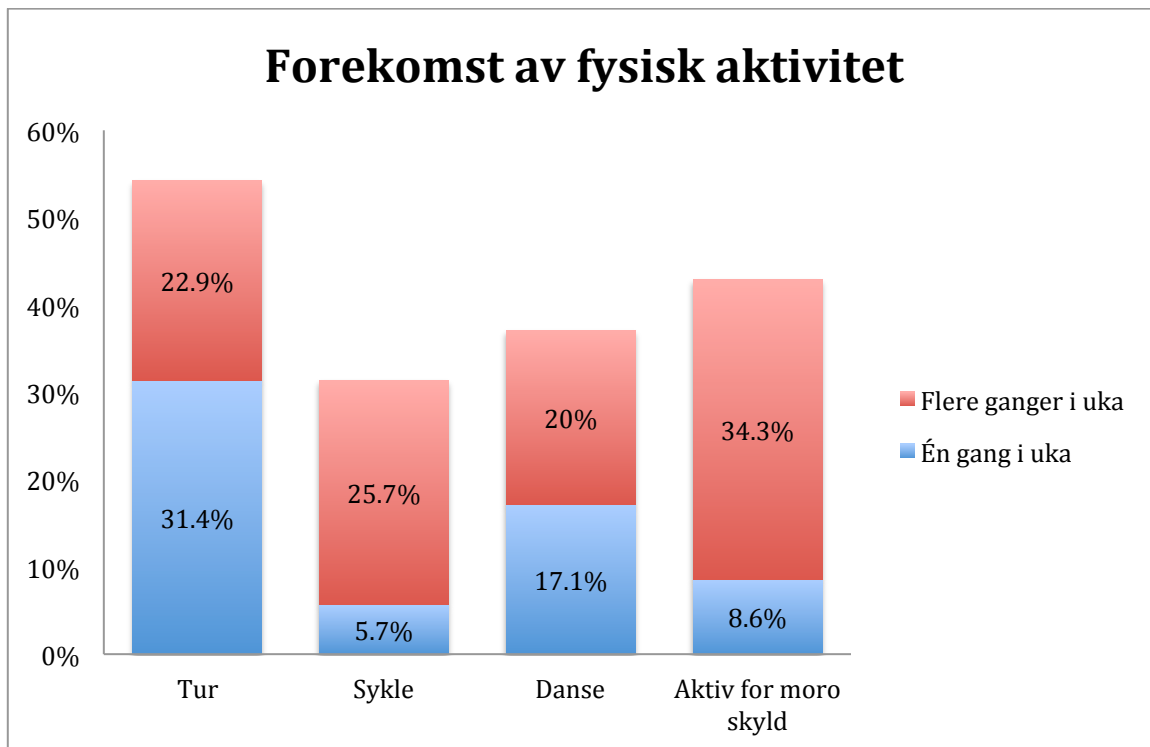
*Tabell 4.3. Andel som har benyttet de ulike idrettsanleggene av samtlige informanter*

Gangsti, svømmebasseng og sykkelsti er anleggene som har blitt mest benyttet av deltakerne i studien. Av disse var gang- og tursti den mest populære, hvor hele 94% av informantene har svart at de har benyttet seg av tilbudet. Av idrettsanleggene som har blitt brukt minst finner vi alpinbakke, ballbinge og fotballbane, der førstnevnte var brukt av færrest deltakere.

Anleggene som er vist i oversikten kan brukes både til organiserte- og egenorganiserte aktiviteter.

Tabell 4.4 presenterer forekomsten av ulik fysisk aktivitet for informantene i utvalget.

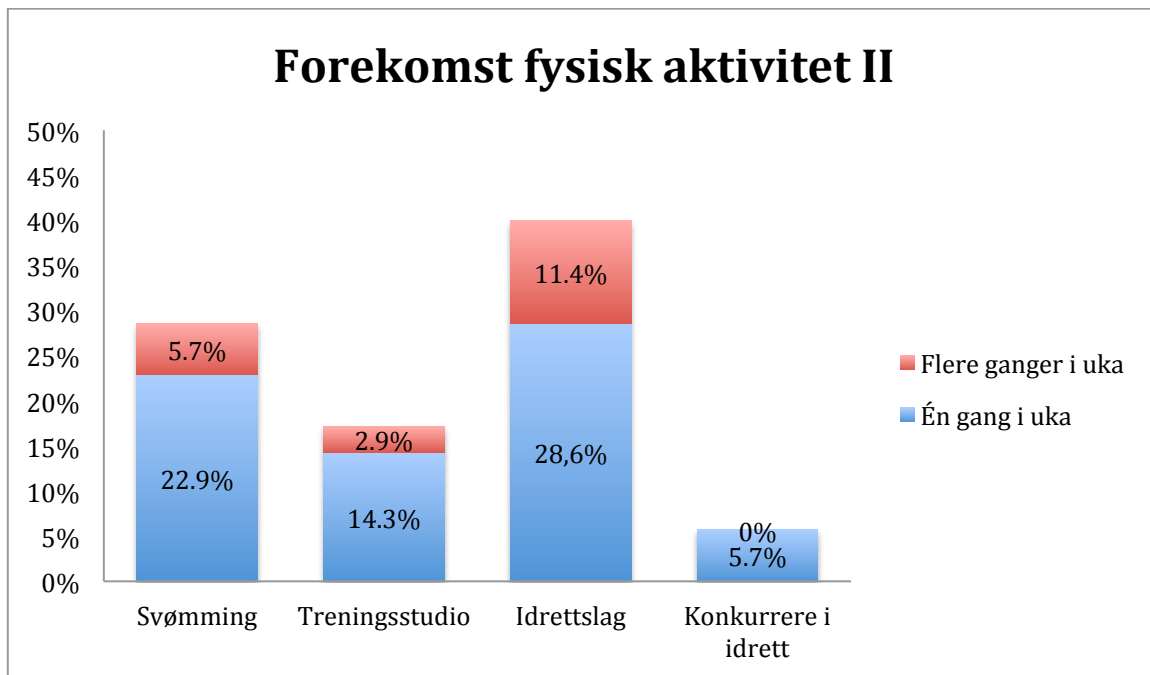
Kategoriene som er plukket ut viser i første rekke aktiviteter som ikke krever organisering og går derfor etter min utvalgte definisjon under egenorganiserte aktiviteter. Diagrammet viser både andel som utfører aktivitet ”én gang i uka” eller ”flere ganger i uka”, men vi får også en oversikt over den totale andelen som gjør aktiviteten ”én gang i uka eller mer”.



*Tabell 4.4. Forekomst av egenorganiserte fysiske aktiviteter*

”Å gå på tur” viser seg å være den mest populære av de egenorganiserte aktivitetene, der hele 54% av utvalget går tur én gang i uka eller mer. Like bak kommer kategorien ”å være aktiv for moro skyld” som 43% av utvalget gjorde én gang i uka eller mer. I spørreundersøkelsen ble dette forklart som når de eksempelvis spilte fotball i hagen/på løkka, lekte eller gjorde andre aktiviteter i hverdagen som gjorde at de ble andpusten eller svett. Denne type aktivitet utgjorde også majoriteten av det informantene gjorde flere ganger i uka. Av de egenorganiserte aktivitetene var kategorien ”sykle” den minst populære, og opp mot 30% av informantene avslørte at de aldri sykler. Majoriteten av de som har krysset av for at de sykler og har benyttet sykkelsti har svart at de gjør dette ”en sjelden gang”.

I neste diagram (4.5) blir det fremstilt aktiviteter som krever mer organisering enn de nevnte aktivitetene overfor. Alle aktivitetene vil ikke nødvendigvis være organisert, og blant annet svømming og treningsstudio vil også kunne gå under kategorien egenorganiserte aktiviteter. Å trene i idrettslag eller konkurrere i idrett er derimot aktiviteter som i denne studien går under organisert- og medlemsbasert idrett.



Tabell 4.5. Forekomst av fysisk aktivitet som krever noe organisering

40% av informantene har svart at de trener én eller flere ganger i uka i et idrettslag. I spørreundersøkelsen kunne dette være ulike ballidretter, friidrett, turn, langrenn eller andre idretter. Av disse er det 5,7% som konkurrer i idretten én gang i uka, mens ingen av informantene svarer at de konkurrer flere ganger i uka. Å være fysisk aktiv gjennom å konkurrere i idrett er kategorien færrest av informantene driver med på fritiden. Svømming er derimot mer populært og i denne kategorien svarer 29% at de er fysisk aktive gjennom svømming én eller flere ganger i uka.

Totalt viser tallene fra undersøkelsen at kategoriene ”gå tur”, ”aktiv for moro skyld” og ”trene i idrettslag” er aktiviteter som har størst forekomst blant denne gruppen. Aktiviteter som denne gruppen gjør minst er ”trene i treningsstudio” og ”konkurrere i idrett”.

#### 4.2.1 Kjønnfordeling i forekomst av fysisk aktivitet

Analysene fant ingen særlige forskjeller mellom gutter og jenter når det kom til forekomst av fysisk aktivitet. Det ble ikke funnet noen påfallende forskjeller i analysene som testet hvilke aktiviteter som var mest populære, og hvor ofte de ble utført. Det viste seg en liten tendens til at flere jenter går på ski enn guttene, men det ble ikke påvist signifikante forskjeller ( $p=0.1$ )

Analysene på ”benyttede idrettsanlegg” viste at flere jenter hadde benyttet seg av skiløyper, og at flere gutter brukte ballbinge. Likevel viste ingen av disse tendensene signifikante forskjeller. Det viser seg at 57% av guttene hadde benyttet fotballbane, mot tilsvarende 14% av jentene. Resultatet viser en signifikant forskjell ( $p=0.007$ ), og samvariasjonen er moderat (Cramers  $V=0,45$ ).

### Kjønn \* Fotballbane Brukt fotballbane Crosstabulation

		Fotballbane Brukt fotballbane		Total	
		1 Ja	2 Nei		
Kjønn	1 Gutt	Count	8	6	14
		% within Kjønn	57.1%	42.9%	100.0%
	2 Jente	Count	3	18	21
		% within Kjønn	14.3%	85.7%	100.0%
Total		Count	11	24	35
		% within Kjønn	31.4%	68.6%	100.0%

Tabell 4.6. Krysstabell av kjønnsforskjeller ved hvem som har benyttet seg av fotballanlegg

### Symmetric Measures

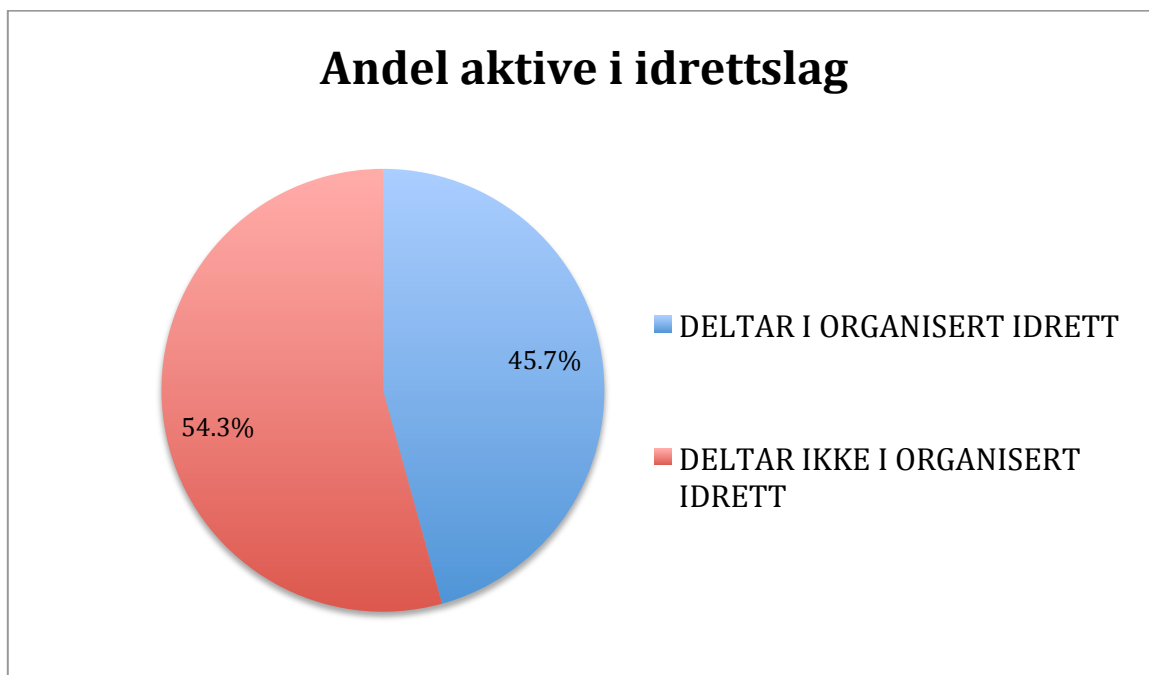
		Value	Approximate Significance
Nominal by	Phi	.452	.007
Nominal	Cramer's V	.452	.007
N of Valid Cases		35	

Tabell 4.7. Oversikt av FI-verdi ved kjønnsforskjeller i benyttelse av fotballanlegg

## 4.3 Organiseringsform av fysiske aktiviteter

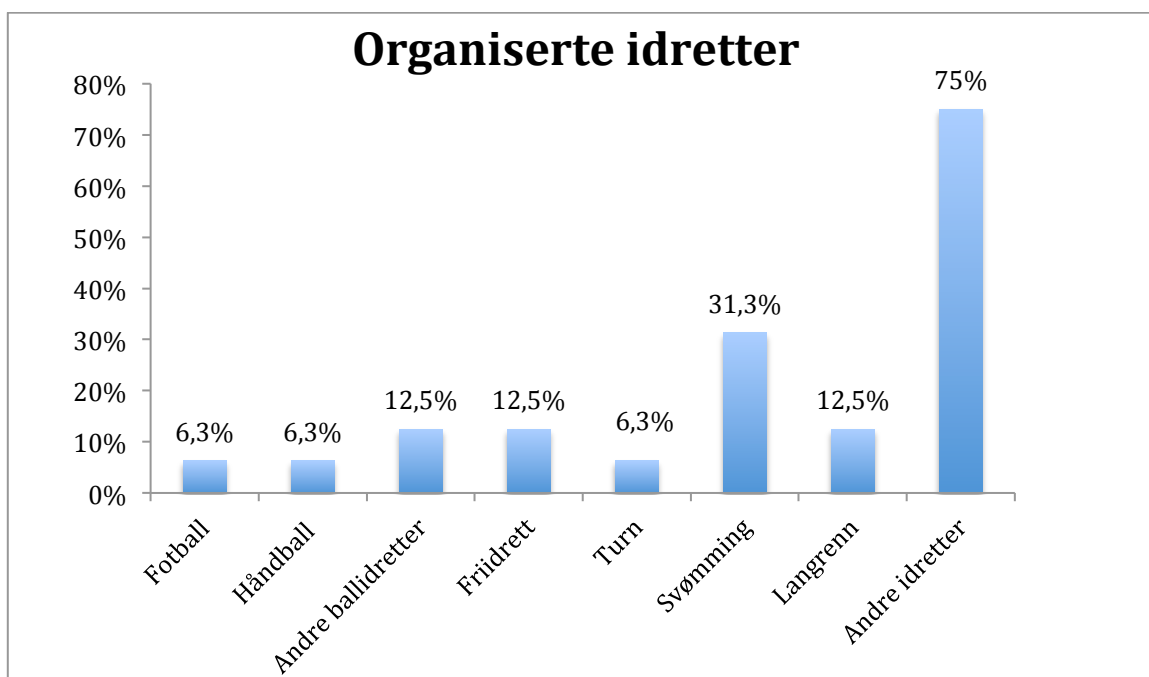
Tabell 4.8 viser andel ungdom med utviklingshemming som er aktive medlemmer i idrettslag. Å være medlem i organisert idrett ble definert som ”aktiviteter som er forhåndsplanlagt og som blir styrt av trener eller andre voksenpersoner. Det skal gjennomføres på faste tidspunkter og på faste steder, samt være tilgjengelig for ungdom”. Litt over 45% av informantene er aktive medlemmer i idrettslag, mot henholdsvis 54% som ikke deltar i organisert idrett.





Tabell 4.8. Andel ungdom med utviklingshemming som er aktive i idrettslag

I tabell 4.9 blir det presentert en oversikt over hvilke idretter informantene driver med. Det må presiseres at denne tabellen kun tar for seg hvilke idretter de informantene som er aktive i idrettslag, deltar i.



Tabell 4.9. Andel som deltar i ulike organiserte idretter

Av de 45% som deltar i organisert idrett, viser ”andre idretter” seg å være den mest populære og hele 75% av informantene som er aktive i idrettslag går under denne kategorien. I denne undersøkelsen kunne ”andre idretter” være alt fra eksempelvis ridning, klatring eller allidrett. Dersom informanten deltok i flere idretter som falt under kategorien ”andre idretter” ble dette bare tellende som én idrett. Den nest største idretten for organiserte medlemmer var svømming, der 14% av informantene sier at de deltok jevnlig. Fotball, håndball og turning var blant de idrettene som hadde færrest aktive medlemmer.

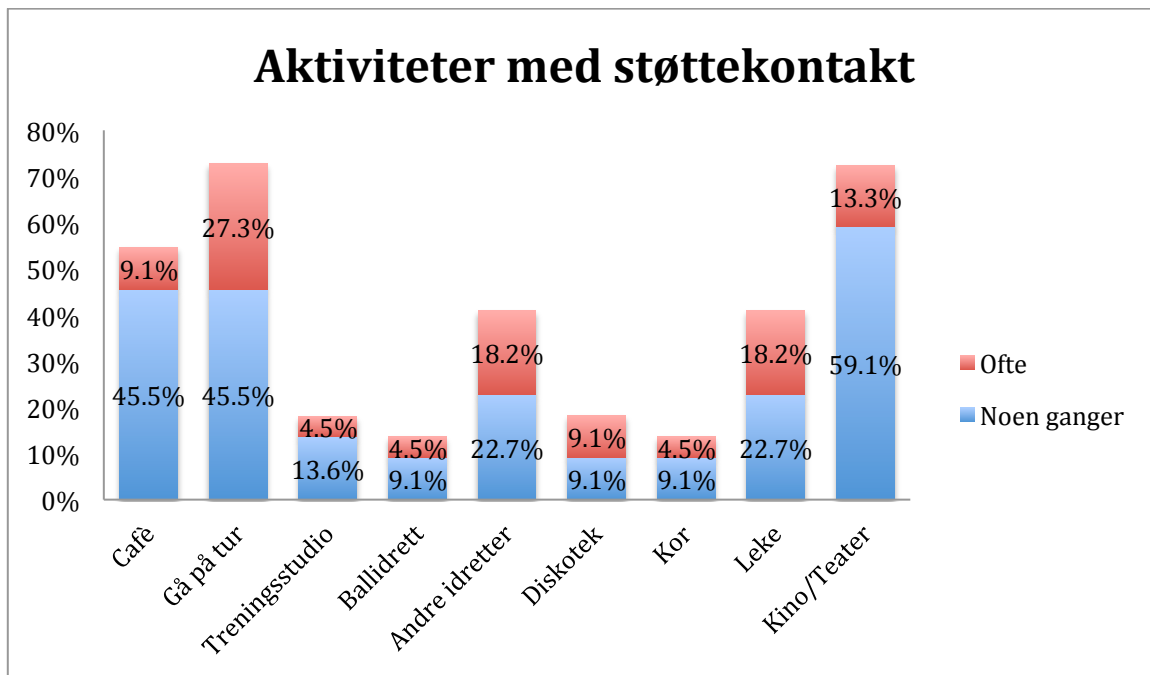
Krysstabellene fant i liten grad forskjeller i aktivitetsnivået til de som var aktive medlemmer i idrettslag og de som ikke deltar i organisert idrett. Likevel ble det funnet signifikant sammenheng ( $p=0.041$ ) mellom deltakelse i idrettslag og svømming. Det vil si at de som deltar i idrettslag oftere svømmer enn de som ikke deltar i idrettslag. Cramers V ble målt til 0.49 som viser at samvariasjonen mellom variablene er av moderat grad. Foruten svømming ble det ikke målt signifikante forskjeller i aktivitetsnivået mellom de som deltok i organisert idrett og de som ikke var aktive medlemmer i idrettslag.

### **4.3.1 Kjønnforskjeller**

Analysene fant ingen signifikante forskjeller mellom kjønn og deltakelse i organisert idrett.

## **4.4 Støttekontaktens betydning for forekomst av fysisk aktivitet**

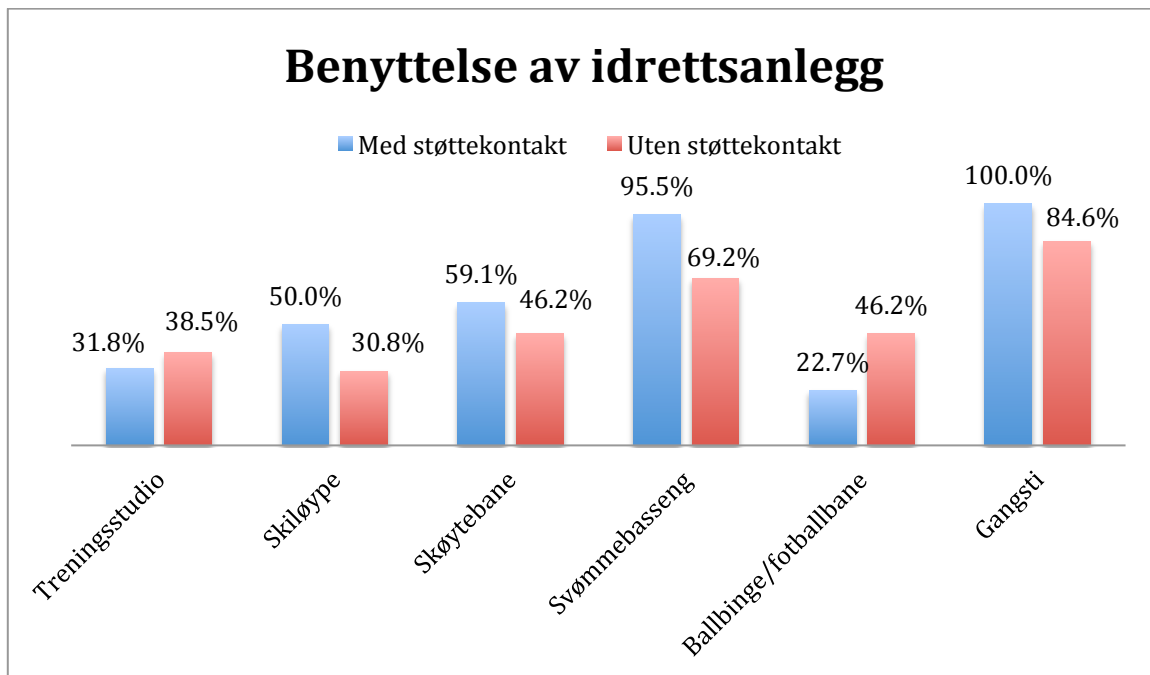
Informantene som har støttekontakt (N=22) svarte på spørsmål angående hvor ofte de gjorde gitte aktiviteter med støttekontakten. Svaralternativene var gradert mellom ”aldri”, ”sjelden”, ”noen ganger” og ”ofte”. Hele 73% svarte at de generelt var i fysisk aktivitet med støttekontakten sin noen ganger eller ofte. Under (tabell 4.10) ser vi en oversikt over andelen som utfører de ulike aktivitetene.



Tabell 4.10. Oversikt over aktiviteter ungdom med utviklingshemming gjør med støttekontakten sin

I diagrammet er spesielt de to stolpene som omfavner ”gå på tur” og ”kino/teater” iøynefallende. Begge disse har rett i underkant av 73% av informantene sagt at de gjør ”noen ganger” eller ”ofte”. Likevel ser vi at de to kategoriene skiller seg fra hverandre ved at en større andel går på tur ”ofte” mot tilsvarende av de som drar på kino. På bakgrunn av denne oversikten ser vi at å ”gå på tur” er aktiviteten som oftest blir gjort med støttekontakten, der hele 27% sier at de gjør dette ofte.

Nedenfor ser vi et diagram (tabell 4.11) som presenterer en oversikt over hvor mange i de to grupperingene som har benyttet ulike idrettsanlegg. Alpinbakke, sykkelsti og idrettshall er ikke presentert i diagrammet da forskjellene i disse kategoriene var marginale.



Tabell 4.11. Andel de ulike gruppene har benyttet idrettsanlegg.

Som vi har sett i en tidligere tabell (4.3), er gangsti og svømmebasseng de mest benyttede idrettsanleggene totalt sett. Blant de med støttekontakt har samtlige benyttet seg av gangsti, og hele 95,5% har vært i et svømmebasseng. Resultatene fra krysstabellene viste nesten signifikante forskjeller der flere med støttekontakt har benyttet seg av gangsti. Signifikansen ble målt til  $p=0.058$ . En noe svakere tendens ser vi i bruk av skiløyper, der 50% av de med støttekontakt har benyttet seg av et slikt anlegg, mot 31% av de uten støttekontakt. Til tross for noe forskjell i utvalget ble det ikke påvist signifikans ( $p=0.26$ ). Krysstabellene avslører også en tendens til at flere uten støttekontakt har benyttet seg av fotballbane og ballbinge, men denne forskjellen var allikevel ikke signifikant ( $p=0.15$ ).

I kategorien ”svømmebasseng” ble signifikansen målt til  $p=0.032$ , og vi finner derfor en sammenheng der flere med støttekontakt har benyttet seg av svømmebasseng enn de uten støttekontakter. FI-verdien viser 0.36 som forteller oss at det er en moderat til svak samvariasjon mellom variablene. Alt i alt avslører resultatene at ungdom som har støttekontakt bruker mer gangsti, svømmebasseng og skiløyper, mens de uten støttekontakt oftere benytter anlegg som ballbinge og fotballbaner.

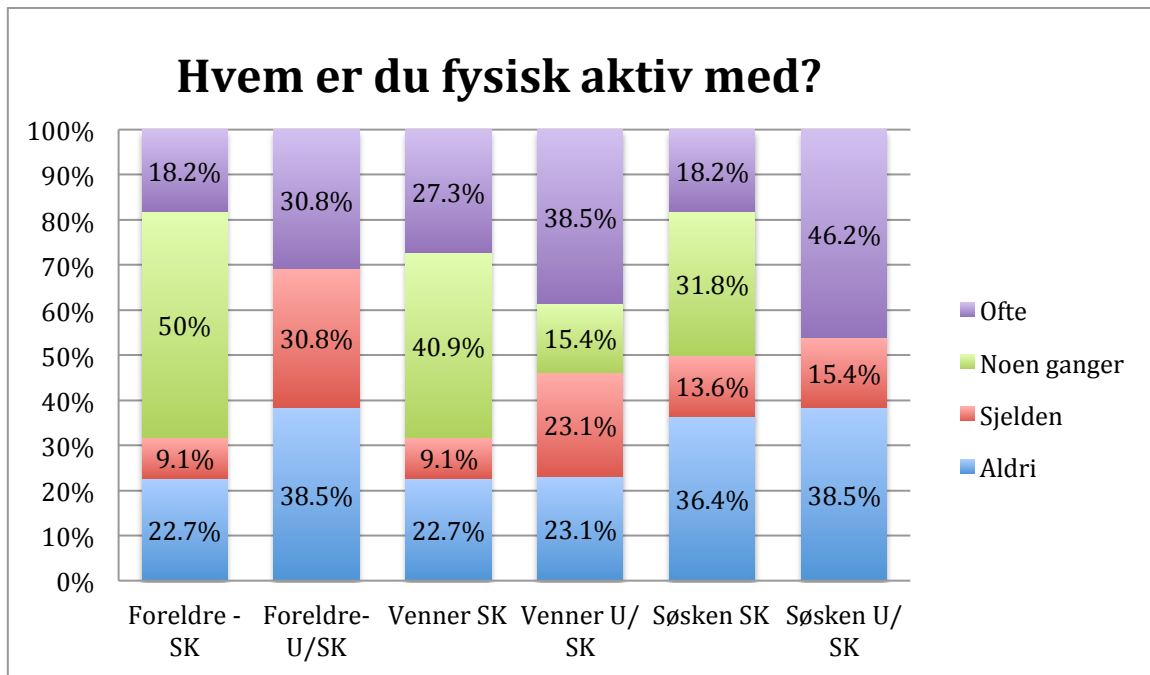
Vi spurte informantene hvor ofte de gjorde gitte aktiviteter, med graderte svaralternativer (aldri, en sjelden gang, én gang i uka og flere ganger i uka). Resultatene fra krysstabellene viste tendenser til at flere med støttekontakt går mer på tur enn de uten støttekontakt, men det

ble ikke funnet signifikant forskjell ( $p=0.12$ ). Det viser også forskjeller i hvor ofte informantene går på ski eller står på alpint/aker. Ungdom som har støttekontakt går totalt sett mer på ski og står mer på alpint/aker enn de uten støttekontakt, men det ble ikke påvist signifikant forskjell. En sterkere tendens er at ungdom med støttekontakt oftere svømmer enn ungdom uten støttekontakt. Her ble forskjellen målt til  $p=0.07$ , noe som avslører at funnene ikke er signifikante, men det er tydelige forskjeller. FI-verdien viser 0.44 som forteller oss en moderat samvariasjon mellom variablene.

## **4.5 Støttekontaktens betydning for organiseringsform av fysisk aktivitet**

Av de som deltar i organisert idrett ( $N=16$ ) har 69% støttekontakt, mot 31% som ikke har støttekontakt. Til tross for tydelige forskjeller i utvalget, viser ikke funnene en signifikant forskjell ( $p=0.5$ ). Av de som deltar i organisert idrett viser ingen av krysstabellene signifikante forskjeller mellom de som har støttekontakt og de uten støttekontakt. Det var begrenset med funn som i det hele tatt viste tendenser til forskjeller, men resultatene avslører at flere med støttekontakt deltar i ”andre idretter” enn de uten støttekontakt (41% mot 23%). Til tross for dette kan vi konkludere med at det ikke er noen sammenheng mellom støttekontakt og hvilke idretter informantene driver med.

Informantene ble spurt hvor ofte de var fysisk aktive med foreldre, venner, søsken, trener og lagkamerater og støttekontakt. I tabell 4.12 presenteres hvor ofte informantene i utvalget er i fysisk aktivitet med de utvalgte gruppene. Stolpene er delt mellom de med og uten støttekontakt. Kategorien ”Foreldre – SK” representerer de med støttekontakt, mens ”Foreldre – U/SK” representerer de informantene som ikke har støttekontakt.



Tabell 4.12. Oversikt over hvor ofte informantene er fysisk aktive med foreldre, venner og søsken. Delt mellom de med og uten støttekontakt.

I diagrammet ser vi at flere som har støttekontakt er oftere fysisk aktive med foreldrene sine enn de uten støttekontakt. Resultatene fra krysstabellene viser en signifikant forskjell der  $p=0.018$ . Videre viser FI (Cramers  $V^2$ ) = 0.53 som forteller oss at sammenhengen er av moderat grad.

Diagrammet viser også tendenser til at de med støttekontakt er oftere i aktivitet med både venner og søsken. Den største tendensen viser at blant annet 68% av de med støttekontakt er fysisk aktive med venner "noen ganger" eller oftere, mot henholdsvis 54% av de uten støttekontakt. Totalt sett er de med støttekontakt mer aktive med søsken enn de uten, der de med støttekontakt er 50% er i fysisk aktivitet "noen ganger" eller oftere versus de uten støttekontakt som viser 46%. Til tross for dette viser diagrammet at en større andel (46%) av de uten støttekontakt har svart at de er fysisk aktive med søsken "ofte" mot 18% av de med støttekontakt. Konklusjonen er at diagrammet og frekvenstabellene viser flere tendenser til forskjeller mellom gruppene, men den eneste signifikante forskjellen er at de med støttekontakt er oftere fysisk aktive med foreldrene sine.

## 4.6 Opplevelse og årsak til fysisk aktivitet

Det finnes flere årsaker til hvorfor man er fysisk aktiv. I spørreundersøkelsen ble det lagt frem påstander om hvorfor informantene var fysisk aktive, om de synes det var gøy å være fysisk aktiv, og om de ønsket flere muligheter til å være fysisk aktiv.

PÅSTANDER	PASSER	PASSER IKKE
”Det er gøy å være fysisk aktiv”	88,6%	11,4%
”Jeg er aktiv for å holde kroppen min sunn”	82,9%	17,1%
”Jeg er fysisk aktiv for å være med venner”	71,4%	28,6%
”Jeg ønsker flere muligheter til å være fysisk aktiv”	42,9%	54,3%

Tabell. 4.13. Generelle påstander om fysisk aktivitet.

Det viser seg at svært mange av informantene mener at fysisk aktivitet er morsomt, og omtrent 89% sier seg enig i dette. Flertallet av informantene forteller også at de er fysisk aktive for å holde kroppen sunn og for å være med venner. Tabellen avslører også at flertallet ikke ønsker flere muligheter til å være fysisk aktiv. Vi kan derfor tolke det som at 54% av informantene mener at de har nok muligheter til å være fysisk aktive per dags dato, mens om lag 43% gjerne ønsker flere muligheter til å utfolde seg på gjennom fysisk aktivitet.

Det ble hentet ut krysstabeller som viste sammenheng mellom svarene på påstandene og hvor fysisk aktive informantene var. Når det kommer til benyttelse av idrettsanlegg ser vi en tendens til at en større andel av de som synes fysisk aktivitet er gøy, har benyttet de ulike anleggene. Analysene fant signifikant sammenheng ( $p = 0.039$ ) på at de som ikke synes fysisk aktivitet var gøy heller aldri hadde brukt en idrettshall. Videre viser analysene tendenser til at de som synes fysisk aktivitet er gøy oftere driver med aktiviteter som å gå på tur, sykle, svømme og trene i treningsstudio. På en annen side pleide en større andel av de som *ikke* liker fysisk aktivitet å danse til musikk hjemme eller hos venner. Likevel avslører krysstabellen (tabell 4.14) at de som *ikke* liker å være i fysisk aktivitet heller ikke deltar i organisert idrett.

## Crosstab

			Idrettslag		
			1 Ja	2 Nei	Total
Gøy Det er gøy å være fysisk aktiv	1 Passer	Count	16	15	31
		% within Gøy Det er gøy å være fysisk aktiv	51.6%	48.4%	100.0%
	2 Passer ikke	Count	0	4	4
		% within Gøy Det er gøy å være fysisk aktiv	0.0%	<b>100.0%</b>	100.0%
Total	Count		16	19	35
	% within Gøy Det er gøy å være fysisk aktiv		45.7%	54.3%	100.0%

*Tabell 4.14. Krysstabell som viser sammenheng mellom deltakelse i idrettslag og opplevelse av fysisk aktivitet.*

Samtlige (markert i rødt) av de som ikke synes det er gøy å være fysisk aktiv, deltar heller ikke i idrettslag. Denne forskjellen ble målt til  $p = 0.051$ , og er derfor tilnærmet signifikant. Et annet resultat viser en signifikant forskjell ( $p = 0.014$ ), der flere av de som er fysisk aktiv for å holde kroppen sunn, deltar i organisert idrett.

Omtrent 43% av informantene forteller at de ønsker flere muligheter til å være fysisk aktiv. Blant disse fant analysene både svært aktive og mindre aktive informanter, og fant dermed ingen sammenheng mellom aktivitetsnivå og de som ønsket flere muligheter til å være i fysisk aktivitet.



## 5. Diskusjon

I dette kapitlet blir funnene fra kapittel 4 oppsummert og diskutert opp mot teori og tidligere forskning. Resultatene diskuteres mer helhetlig sett i lys av problemstillingen, som lyder som følger:

**Hovedproblemstilling:** ”Hvilke former for fysisk aktivitet driver ungdommer med utviklingshemming med på fritiden?

**Underproblemstilling 1:** *Hvor mye av den fysiske aktiviteten baseres på organiserte aktiviteter sammenlignet med uorganiserte aktiviteter*

**Underproblemstilling 2:** *Hvilken sammenheng har støttekontakt for forekomst og organiseringsform av fysisk aktivitet?*

Diskusjonen tar for seg forekomst av aktiviteter, organiseringsform av aktiviteter, kjønnsforskjeller og støttekontaktens betydning for fysisk aktivitet. Jeg ønsket å se om dette samsvarte med tidligere forskning og videre knytte dette opp mot relevant teori. Enkelte deler fra spørreundersøkelsen er identisk med pilotundersøkelsen til Ingebrigtsen & Aspvik (2009), og disse resultatene blir derfor sammenlignet direkte opp mot hverandre. Første del av kapitlet som går innunder ”forekomst av aktiviteter” vil i stor grad vise oversikter over hvilke aktiviteter som har høyest forekomst, og har som hensikt å kartlegge aktivitetene informantene driver med på fritiden. I denne delen vil det også i noen grad sammenlignes med resultater fra tidligere forskning.

### 5.1 Forekomst av aktiviteter

Samfunnet vårt stiller ikke like store krav til fysisk aktivitet i hverdagen som før, noe som fører til at vi selv må ta initiativ til å være fysisk aktiv for å opprettholde de fysiske ferdighetene våre (Helsedirektoratet, 2016a; Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Det viser seg at barn er mest aktive tidlig i tenårene, men aktivitetsnivået reduseres jevnlig frem til voksen alder. I handlingsplanen blir det nevnt at mennesker med funksjonshemming (derav mennesker med utviklingshemming) er mindre aktive enn resten av befolkningen, men at det finnes lite data på dette området. Annen forskning forteller om nedgang i fritidsaktiviteter for mennesker med utviklingshemming, og at aktiviteter som fotturer,

skiturer, mosjon, sport og svømming er på et lavere nivå i 2010 enn for i 1989 (Söderström & Tøssebro, 2011).

### **5.1.1 Å gå på tur**

I Handlingsplan for fysisk aktivitet blir det nevnt at aktiviteter som tilsvarer fotturer har høyest forekomst blant personer fra 15 år og oppover i befolkningen. (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Kartleggingen til UngKan2-prosjektet viser at utholdenhetstrening som løping, sykling og svømming er svært populært blant 15-åringene (Kolle et al., 2012). Annen forskning på mennesker med utviklingshemming viser til funn der fotturer er aktiviteten med høyest forekomst. Her legges det frem at så mye som 83% (N= 26) av utvalget går på tur én eller flere ganger i uka (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009). Dette samsvarer med mine funn der fotturer viser seg å være den mest populære aktiviteten for ungdom med utviklingshemming. Hele 54% (tabell 4.4) går tur én gang i uka eller mer. I tillegg svarer 94% (tabell 4.3) at de har benyttet seg av gangsti eller tursti.

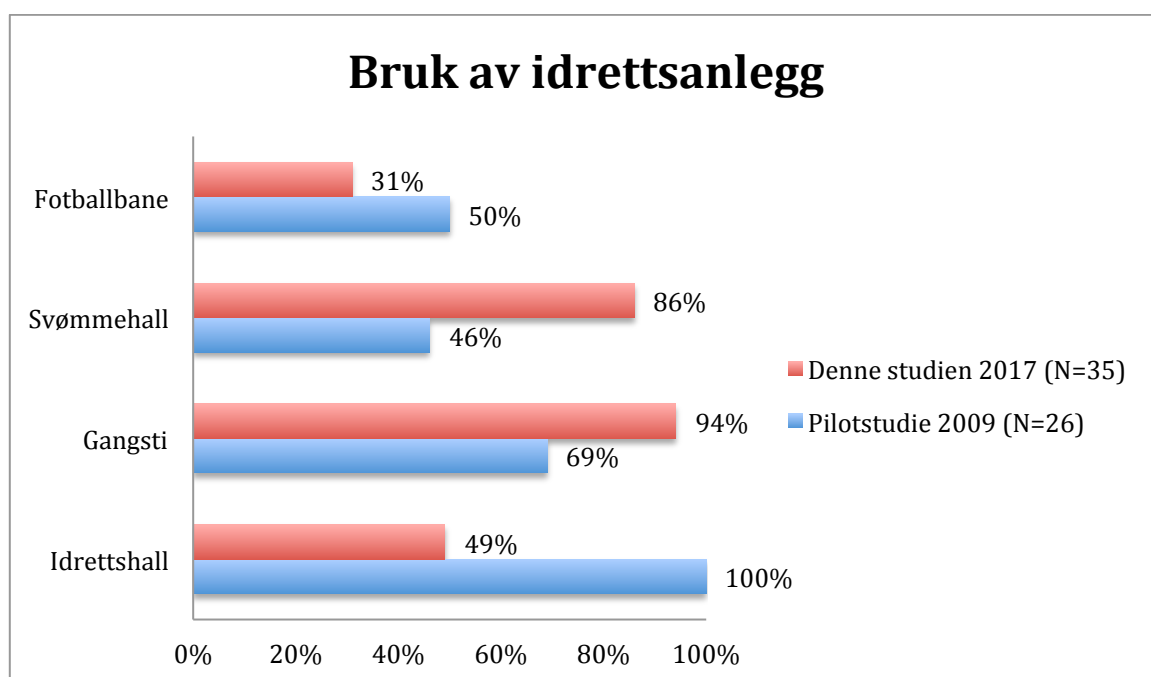
Å gå på tur blir omtalt som et lavterskeltilbud for de som ønsker å være i fysisk aktivitet utenom den organiserte idretten (Skille, 2006). Dette er en aktivitet som krever lite planlegging og utstyr, og de aller fleste kan gå på turer i nærmiljøet. Med tanke på de få barrierene som ligger til grunn for å gå på tur er dette også en aktivitet som kan nå frem til de personene som er lite aktive fra før (Skille, 2006). Dette kan være grunnlag for at fotturer har høyest forekomst av aktivitetene i spørreskjemaet. Aktiviteter som hurtig gange kan plasseres under kategorien ”moderat intensitet”. Pusten vil være raskere enn vanlig, men den vil ikke medføre mye raskere pust enn vanlig, som for eksempel løping medfører (Helsedirektoratet, 2016a). Som tidligere nevnt svarte 94% at de har benyttet seg av gangsti. Dette tyder på at fotturer er et tilbud som er tilgjengelig for den generelle befolkningen, men også for personer med funksjonsnedsettelse (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

### **5.1.2 Idrettsanlegg**

En handlingsplan for universell utforming legger frem flere tiltak som skal øke tilgjengeligheten til bygg og uteområder slik at alle mennesker skal kunne benytte seg av det, uansett funksjonsevne (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016b; Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

Anlegg som gangsti, sykkelsti, svømmebasseng, skøytebane og idrettshall er anlegg som i stor grad blir benyttet (tabell 4.3). Det kan tyde på at disse idrettsanleggene har gode tilbud og tilrettelegging for ungdom bosatt i Oslo og Østfold. Færrest bruker alpinbakken, noe som kan virke naturlig i og med at det krever en god del mer planlegging, ferdigheter og utstyr. Likevel kan dette også være en indikator på at tilbudet og tilgjengeligheten ikke er like stor som på andre arenaer.

Tidligere kartlegging av mennesker med utviklingshemming sin benyttelse av idrettsanlegg viser svært positive tall. I tabell 5.1 kan vi sammenligne funnene fra denne studien med pilotstudien fra 2009 (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009).



Tabell 5.1. Bruk av idrettsanlegg sammenlignet 2009 og 2017.

Mine funn og resultatene fra pilotstudien viser stor variasjon, og er lite samsvarende. Spesielt iøynefallende er den store differansen på bruk av idrettshall. Når det er sagt kan dette forklares med at utvalget fra pilotstudien er plukket ut fra to idrettslag og dermed bruker alle idrettshall i utførelse av sin idrett. Mine funn viser at nesten halvparten av informantene benytter seg av idrettshall på fritiden, noe som samsvarer med andel aktive i idrettslag. Sett bort i fra idrettshall finner vi den største spredningen blant andel som har brukt svømmehall i de to ulike undersøkelsene. Dette kan tyde på at det er mer tilgjengelig med offentlige svømmebassenger i Oslo og Østfold enn i Trøndelag. Resultatene kan også vise til at informantene i pilotstudien oftere deltar i idrettslag, og er fysisk aktive gjennom organisert

idrett, mens flere av informantene i Oslo og Østfold bruker svømmebasseng til egenorganisert aktivitet.

### 5.1.3 Fritidstilbud før og nå

Rapporten fra 2011 viser at mennesker med utviklingshemming var mer aktive i form av svømming, mosjon, idrett i 1989 enn de var i 2010. Dette kan dog ikke sammenlignes direkte med mine tall som tilsvarende andel som utfører aktiviteten én eller flere ganger i uken. Tallene fra 1989, 2001 og 2010 viser en score som er en gjennomsnittsberegning på hvor ofte informantene hadde gjort en aktivitet i løpet av et år.

	<b>1989</b> (N=396)	<b>2001</b> (N=527)	<b>2010</b> (N=385)	<b>2017</b> (N=35)
<b>Svømming</b>	22,3	9,8	11,7	29%
<b>Mosjon og idrett</b>	21,9	12,4	14,9	40%
<b>Dans</b>	11,9	12,2	16,9	37%
<b>Fot-/skiturer</b>	14,7	10,2	12,3	54%

*Tabell 5.2. Personer med utviklingshemming som deltok i ulike fritidsaktiviteter i 1989, 2001, 2010 og 2017 (2017 vises i prosent).*

På et generelt nivå kan vi se at samtlige aktiviteter har en positiv utvikling fra 2001 og frem til 2010. Tøssebro (2015) påpeker imidlertid at aktiviteter med folkehelsepreg fortsatt har en vei å gå, sammenlignet med i 1989. Mine funn har stort sett fokus på aktiviteter med helsepreg, men disse viser uansett svært positive svar. Hele 54% går tur én eller flere ganger i uka og tilsvarende trener 40% i idrettslag. Disse positive tallene underbygges av funnene i pilotstudien til Ingebrigtsen og Aspvik (2009), der aktiviteter som å gå på tur, sykle og delta i idrettslag fikk usedvanlig høye svarprosent.

Dette kan belyses med at den enkelte får mer fritid nå enn tidligere, og det gir større muligheter til å drive med aktiviteter (Arbeids- og sosialdepartementet, 2001). Eller kan det også tenkes at fritidsaktiviteter er mer tilgjengelig og tilrettelagt nå, med tanke på transport og at personale eller foreldre kan følge den enkelte til aktiviteten (Arbeids- og sosialdepartementet, 2001). Det er dog viktig å si at det er et betydelig alderssprang mellom de to undersøkelsene, og det høye aktivitetsnivået kan også forklares med at ungdom mellom

15-20 år er mer aktive på fritiden enn voksne mellom 20-67 år. I denne undersøkelsen går det likevel ikke å utpekte forskjell i aktivitetsnivået da beregningene er gjort på forskjellige måter. Det som diskuteres er Tøssebro (2015) sitt utsagn om at aktiviteter med helsepreg hadde høyere forekomst i 1989 enn i 2010. Mine funn kan vise til at aktiviteter med helsepreg har relativt høye svarprosent. Hvorvidt aktivitetsnivået fra mine funn er høyere eller lavere enn tallene fra 1989 vil være vanskelig å bedømme, og dermed vil det også være vanskelig å diskutere.

#### **5.1.4 Kjønnforskjeller**

Tidligere forskning på barn og unge viser at gutter var mer aktive enn jenter både i 6-, 9- og 15- års alder (Kolle et al.,2012). Dette sammenfaller dårlig med funnene i min undersøkelse, der resultatene ikke finner betydningsfull forskjell mellom kjønnene verken i valg av aktiviteter eller hvor ofte de ble gjennomført. På den ene siden kan man anta at ungdom med utviklingshemming i mindre grad selv tar initiativ til å være i aktivitet. Det kan tenkes at denne gruppen trenger mer støtte og motivasjon for å påbegynne en gitt aktivitet enn jevnaldrende ungdom. Med en slik tankegang vil flere ha behov for at en voksen tar initiativ til aktivitet, som videre kan viske ut den naturlige forskjellen i aktivitetsnivået mellom kjønnene. Dette kan forklare fraværet av forskjell i aktivitetsnivået mellom gutter og jenter i undersøkelsen. På en annen side kan forklaringen ligge i at utvalget i denne studien er for lite, slik at forskjellene ikke ble like tydelige som i UngKan2-studien. Det kan være en mulighet for at resultatene hadde vist tydeligere forskjeller dersom utvalget hadde vært av en betydelig størrelsesorden.

Analysene finner likevel en liten forskjell til at jenter danser oftere enn gutter, og dette stemmer overens med funnene i UngKan2. Resultatene fra UngKan2 viser også at flere gutter driver med lagspill og ballidrett enn jenter. Funnene i min undersøkelse plukket bare opp de som drev med ballidrett under organisert idrett, da den egenorganiserte ballidretten gikk under alternativet ”aktiv for moro skyld”. Likevel kan det tyde på at flere gutter driver med lag- og ballidretter enn jenter i undersøkelsen. Dette baserer seg på at det var signifikant forskjell mellom gutter og jenter på hvem som hadde benyttet seg av fotballbane. Resultatene viste også at flere gutter hadde benyttet seg av ballbinge enn jenter. Dette kan tyde på at flere gutter driver med ball- og lagidrett, mens flere jenter driver med estetiske idretter som dans.

## 5.2 Organiseringsform

### 5.2.1 Organisert- og medlemsbaserte aktiviteter

Det blir påpekt at mennesker med ulike funksjonsnedsettelse har et lavere aktivitetsnivå og er mindre representert i idrettslag enn resten av befolkningen. Tall fra UngKan2-prosjektet viser at 64% av guttene (N= 543) og 57% av jentene (N= 503) på 15 år er medlemmer i minst ett idrettslag (Kolle et al., 2012). En undersøkelse fra SSB (2011) viser imidlertid at 36% av menn mellom 16-24 år er aktive medlemmer, og 25% av kvinnene i samme alder. Funnene i min undersøkelse plasserer seg et sted midt mellom de to nevnte undersøkelser med 43% av guttene (N= 14) og 48% av jentene (N=21) som aktive medlemmer i idrettslag.

Aldersspennet i utvalget mitt vil også plassere seg et sted midt mellom aldersspennet til de to nevnte undersøkelsene med sine 15-20 år. At resultatene i min undersøkelse er noe lavere enn funnene i UngKan2 vil være naturlig ettersom at aktivitetsnivået synker etter det har nådd sin topp i de tidlige tenårene (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Det kan derfor tenkes at dette også går utover andel som deltar i idrettslag på fritiden. Det samme gjelder tallene fra SSB (2011). De er noe lavere enn tallene fra min undersøkelse, og dette kan forklare med at utvalget også var noe eldre.

Når det er sagt samsvarer funnene i min undersøkelse relativt bra med undersøkelsene fra UngKan2 og SSB. Dermed blir påstanden om at mennesker med funksjonsnedsettelse (også mennesker med utviklingshemming) er mindre representert i idrettslag, motstridene til mine funn. Det viser seg at ungdom med utviklingshemming er omtrent like godt representert i idrettslag som resten av befolkningen i samme aldersgruppe. På den ene siden kan det tenkes at fordi fysisk aktivitet og helse har fått et økt fokus de siste årene, utgjør dette et større fokus også for ungdom med utviklingshemming. En annen mulig forklaring til at utviklingshemmede er mer representert i idrettslag nå enn tidligere kan være at de møter på mindre barrierer for å delta i organisert idrett. Det kan tenkes at det finnes flere alternativer i nærområdet som gjør aktiviteten mer tilgjengelig og at det finnes flere idrettslag som har egne grupper for ungdom med utviklingshemming og andre funksjonsnedsettelse. Til tross for at bruken av støttekontakt sank fra 43% i 2001, til 27% i 2010 (Tøssebro, 2015), viser denne undersøkelsen at 63% av utvalget har støttekontakt eller lignende. Med dette tatt i betraktning kan det være at flere av dagens ungdom har en støtteperson som kan motivere og følge til aktiviteten.

88% av gruppen som er medlem i idrettslag driver med sin idrett én eller flere ganger i uken, og kategorien ”andre idretter” hadde høyest forekomst med hele 75%. Flere av lærerne kommenterte at ”andre idretter” først og fremst innebar allidrett for flertallet av informantene. Hvis vi sammenligner dette med tidligere forskning (UngKan2) så er denne type aktivitet mest vanlig i gruppen med 6-åringer, mens 15-åringene skåret høyest på utholdenhetsidretter, samt lag- og ballidretter. Aktivitetene i allidretten er allsidig og variert og har sitt fokusområde på læring gjennom lek og mestring (Kolle et al., 2012). På bakgrunn av dette ser vi at flertallet av ungdom med utviklingshemming deltar i like type aktiviteter som 6-åringer. En mulig forklaring til dette kan være at ungdom med utviklingshemming trives med aktiviteter som fokuserer på lek og mestring. Dette kan belyses med at ungdom med utviklingshemming har lavere kognitiv fungering og ofte lavere sosial modenhet (WHO, 2017; Grøsvik, 2008; Meyer, 2008), som kan føre til at de trenger aktiviteter som egentlig er tiltenkt en yngre gruppe. På en annen side kan det være at allidrett er det beste og muligens det eneste tilbudet for denne gruppen i lokalmiljøet. Barne- og likestillingsdepartementet (2013) skriver at de aller fleste vil finne aktivitetstilbud i de lokale idrettslagene, men understreker at tilbudene innenfor lagidretter er svært varierende i hele landet. Mine funn viser til svært lave deltakerscore innenfor lagidretter som fotball og håndball, og dette belyser påstanden om at allidrett er det beste tilbudet i de lokale idrettslagene, ytterligere.

### **5.2.2 Egenorganisert idrett**

Det viser seg at mange velger å drive med idrett eller fysisk aktivitet på egenhånd (Ingebrigtsen, 2015). Dette sammenfaller godt med resultatene fra min undersøkelse der mye av aktiviteten også kommer utenom den organiserte- og medlemsbaserte idretten. Dette belyses blant annet med at 54% går på tur, 43% er aktiv for moro skyld og 37% danser med venner eller lignende én gang i uka eller mer. De som er i fysisk aktivitet på egenhånd kan for eksempel være ungdom som ikke er så veldig glad i å være i aktivitet eller som ikke er opptatt av konkurranseaspektet (Ingebrigtsen, 2015). Etter hvert som utøverne blir eldre, pleier også fokuset på konkurranse å øke. Dette fører i mange idretter til at idretten også tilrettelegges for de konkurranseorienterte utøverne. At det er mye konkurransepreget idrett stemmer ikke med mine funn, da det bare er 5,7% som oppgir at de konkurrer i idretten sin én eller flere ganger i uka. At en så liten andel av de aktive konkurrer kan begrunnes med at flesteparten av utøverne deltar i idretter som allidrett, der fokus i større grad er på lek og mestring, enn konkurranse og prestisje.

Selv om det kan virke som at aktivitetene i idrettslagene i liten grad er preget av konkurranse, kan det være at noen ikke ønsker å delta fordi de opplever et konkurranseaspekt på trening gjennom stafetter eller leker der det deles opp i lag. Det kan også være at praktiske årsaker gjør det vanskelig for enkelte å forplikte seg til treninger én eller flere ganger i uka. Dette kan for eksempel være for dårlig tilgang og tilgjengelighet på aktiviteter i nærområde, eller at den enkelte ikke har noen til å følge seg på trening på grunn av lav personaltetthet. Idretter som krever mye utstyr og økonomisk støtte kan også være årsaker til å holde noen utenfor. I denne undersøkelsen har lavterskelaktiviteter som krever lite utstyr og planlegging høy forekomst. Dette er aktiviteter som å gå på tur, danse, svømme og være i aktivitet for moro skyld. Uansett grunn velger over halvparten av informantene (54%) å være aktive på andre måter enn å delta i organisert idrett.

### **5.2.3 Aktivitetens egenverdi**

At idrettsarenaen er et sted der du kan oppleve mestring, glede og å delta i et sosialt felleskap fremmer egenverdien i aktiviteten (Kulturdepartementet, 2000). Å oppleve tilhørighet i et sosialt felleskap kan være spesielt viktig for grupper som ellers føler seg isolert (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). I denne undersøkelsen viser analysene at flere som deltar i idrettslag syns at fysisk aktivitet er gøy. Resultatene viser at 100% (N=16) av de som deltar i idrettslag også sier seg enig i påstanden om at de syns fysisk aktivitet er gøy. Dette utgjorde nesten en signifikant forskjell med p-verdi = 0.051. Sammenlignet med pilotstudien, der 91% (N= 23) syns at fysisk aktivitet er gøy (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009), underbygger dette en sammenheng der svært mange som deltar i idrettslag, også syns at fysisk aktivitet er morsomt. Dette kan sees gjennom et salutogenetisk helseperspektiv som påpeker at det ikke vil være mulig å påvirke individets helse, uten å påvirke den psykiske og sosiale helsen samtidig (Quennerstedt, 2006).

Mæhlum et al. (2004) skriver at det kan være utfordrende å tilrettelegge aktiviteten for mennesker med utviklingshemming fordi de er svært forskjellige. Hun presiserer at trygghet og lystbetonte aktiviteter er viktig i tilretteleggingen av aktivitetene. Fokusområdet bør være på å utvikle ferdigheter og funksjonsnivå gjennom å ha det gøy (Mæhlum et al., 2004).



Oppsummert fra min undersøkelse mener samtlige som deltar i idrettslag at fysisk aktivitet er gøy, hvilket fremmer aktivitetens egenverdi for den enkelte. Det vil si at trenere og voksenpersoner i idrettslagene har klart å tilrettelegge aktiviteter som bygger på trygghet og læring gjennom å ha det gøy. Dette har klare sammenhenger med allidrett som fokuserer på å lære gjennom lek og mestring (Kolle et al., 2012). I resultatene ser vi at hele 75% deltar i såkalte ”andre idretter”, og flere av lærerne (og elevene selv) påpekte at dette for de fleste betydde allidrett.

At flere som deltar i organisert idrett synes at fysisk aktivitet er gøy, kan komme av:

1. De opplever i større grad å delta i et sosialt fellesskap
2. De føler seg trygg i situasjonen og har det gøy mens de er i fysisk aktivitet (allidrett)
3. Opplever mestring og positive tilbakemeldinger fordi kompetente trenere har ansvar for tilretteleggingen av aktiviteter

Ovenfor har jeg kommet med noen refleksjoner til hvorfor ungdom med utviklingshemming som deltar i organisert idrett også opplever at fysisk aktivitet er morsomt. Refleksjonene ble gjort med grunnlag i teori om idrettens egenverdi som fremmer mestring, glede og opplevelse av fellesskap. Denne teorien stemmer også overens med resultatene fra spørreundersøkelsen, og det kan virke som at det er lettere å oppnå glede, mestring og opplevelse av fellesskap i den organiserte idretten. Det er dog viktig å påpeke at flere av informantene som ikke deltok i organisert idrett, også synes at fysisk aktivitet var gøy, og det er derfor fullt mulig å oppnå mestring, glede og opplevelse av fellesskap i egenorganisert idrett.

Med tanke på at flertallet av informantene deltar i allidrett, er dette aktiviteter som har fokus på mestring, allsidighet og lek. Det kan spekuleres i om de som deltar i idrettslag i større grad opplever mestring og trygge situasjoner fordi aktivitetene og idrettsopplegget er gjennomtenkt og godt tilrettelagt av trener eller voksenpersoner. Med den tankegangen er punkt 2 og 3 i stor grad knyttet opp mot hverandre, og belyser viktigheten av at aktivitetene er godt tilrettelagt. Å delta i et sosialt fellesskap (punkt 1), vil i de fleste tilfeller være mest naturlig å oppnå i organisert idrett, da den samme gruppen mennesker møtes hver uke og samarbeider for å nå et mål i ulike aktiviteter. Det kan likevel tenkes at egenorganiserte aktiviteter også kan være en arena der flere må samarbeide for å nå en målsetting. Et felles mål kan på den ene siden være å oppnå flest mulig poeng i et ballspill, mens det på en annen

side kan være å jogge rundt Sognsvann. På denne måten vil det også være muligheter for å oppleve deltakelse i et fellesskap gjennom egenorganiserte aktiviteter.

#### **5.2.4 Aktivitetens nytteverdi**

Idrett og fysisk aktivitet vil ha en nytteverdi i form av helsefremmende effekter, samt utvikling av motoriske ferdigheter for barn og unge (Kulturdepartementet, 2000).

Helsefremmende effekter vil blant annet si forebygging for overvekt, høyt blodtrykk, diabetes type 2. I tillegg vil fysisk aktivitet styrke kroppens muskulatur og immunforsvar, samt bedre søvnkvaliteten (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Disse fordelene er spesielt viktige for mennesker med utviklingshemming, da de har økt risiko for å utvikle nettopp overvekt og søvnproblemer (NAKU, 2016). NAKU (2016) poengterer videre at en årsak til at mennesker med utviklingshemming opplever helsesvikt, er mangel på fysisk aktivitet.

Mine funn viser at samtlige av gruppen som deltar i organisert idrett (N= 16) oppgir at de er fysisk aktive for å holde kroppen sunn. Dette samsvarer med pilotstudien der 92% (N= 24) oppgir at de er i aktivitet for å holde kroppen i form (Ingebrigtsen & Aspvik, 2009). I min studie utgjør dette en signifikant forskjell ( $p= 0.014$ ) mellom de som er aktive medlemmer av idrettslag og de som ikke deltar i noen form for organisert idrett. Det er vanskelig å si hvorfor flere som deltar i idrettslag er mer opptatt av helseaspektet ved fysisk aktivitet. En kan stille seg spørsmålet om denne gruppen har økt bevissthet om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet, eller om det er slik at de bryr seg mer om nytteverdien i idretten. Det kan også spekuleres i om det er slik at informantene som deltar i idrettslag, også har foreldre som er mer opptatt av fysisk aktivitet og de fysiske fordelene dette gir. Dersom foreldrene er mer bevisst og opptatt av aktivitetens helsefremmende aspekt, kan vi tenke oss at dette også i større grad blir videreformidlet til deres barn. Mine funn kan ikke si noe konkret om dette, annet enn at ungdom som deltar i idrettslag er mer opptatt av helseaspektet i idrett og fysisk aktivitet. Det er dog viktig å påpeke at et stort flertall (83%) av hele utvalget oppga at de drev med fysisk aktivitet for å holde kroppen sunn. Så til tross for at det ble påvist en signifikant forskjell mellom aktive og ikke-aktive i idrettslag, viser utvalget i studien høy bevissthet omkring nytteverdien til fysisk aktivitet.

## 5.3 Støttekontakt

63% av informantene hadde i denne undersøkelsen støttekontakt. Begrepet støttekontakt blir i denne oppgaven brukt som en fellesbetegnelse som omfatter både treningskontakt, fritidsassistent og lignende. Arbeidsoppgavene til støttekontakten varierer og går ut fra brukerens ønske og behov i hverdagen. En arbeidsoppgave kan være å bistå en bruker ved å følge eller delta i ulike aktiviteter (Helsetilsynet, 2008). Det blir tidligere nevnt at nettopp mangel på ansatte og tilgjengelighet påvirker den fysiske aktiviteten til mennesker med utviklingshemming (NAKU, 2016). Bruk av støttekontakter fremmer fysisk aktivitet til denne utgruppen, og kan bidra ved å motivere til aktivitet, i tillegg til praktiske barrierer som transport og annen tilrettelegging (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

### 5.3.1 Forekomst av fysisk aktivitet

Resultatene viste en oversikt (tabell 4.10) over de mest vanlige aktivitetene ungdom gjør med støttekontakten sin. Der ser vi at å gå på tur er aktiviteten som forekommer mest med støttekontakten. Hele 27% går ”ofte” på tur med støttekontakten, og om lag 46% av informantene går ”noen ganger” på tur. Å gå på tur blir kategorisert som en lavterskelaktivitet, og krever svært lite planlegging, utstyr og ferdighet (Skille, 2006). Dette kan forklare hvorfor dette er den mest vanlige aktiviteten, både generelt og for de med støttekontakt. Aktiviteter som å gå på kino eller teater er også populære, og oversikten viser at 72% gjør dette ”noen ganger” eller ”ofte”. Dette underbygger min tidligere erfaring fra arbeidet i omsorgsboliger, der jeg påsto at støttekontaktene ofte dro på såkalte koseaktiviteter. Til tross for det er det kun 13% som går på kino eller teater ”ofte”, og hele 59% gjør det ”noen ganger”. Det kan spekuleres i hva informantene legger i ”noen ganger”, og det er ganske sannsynlig at informantene har ulike meninger om hva det betyr. Når det er sagt er det grunnleggende arbeidet til en støttekontakt å fremme en trygg og meningsfull fritid for den enkelte bruker (Soldal, 2003). Derfor vil det alltid være enkelte som trives bedre med fritidsaktiviteter som fremmer noe annet enn fysisk aktivitet. Dette ser vi også i oversikten der alt fra diskotek, kor og café til fysiske aktiviteter blir representert.

Analysene viser at flere med støttekontakt bruker gangsti, svømmebasseng og skiløyper (tabell 4.11). Krysstabellene viser tilnærmet signifikant forskjell i benyttelse av gangsti ( $p=0.058$ ) og signifikant forskjell der flere med støttekontakt har benyttet seg av svømmebasseng ( $p=0.032$ ). Det ble ikke påvist signifikans i benyttelse av skiløyper, til tross for tendens til

forskjell i utvalget. Motsatt ser vi tendenser til at flere uten støttekontakt har benyttet seg av fotballbane og ballbinge, til tross for at forskjellen ikke er signifikant ( $p=0.15$ ). Disse resultatene underbygger noe av troverdigheten i svarene til informantene. Det vil være naturlig at informanter med støttekontakt for eksempel går oftere i svømmehallen, da dette er en aktivitet som krever noe mer planlegging og oppfølging enn å dra til fotballbanen eller ballbingen i lokalområdet. Resultatene viser også at det er overensstemmelse i svarene til informantene. Informantene med støttekontakt går oftere på tur og ski, samt svømmer oftere enn informantene uten støttekontakt. Dette samsvarer med resultatene i undersøkelsen som viser at flere med støttekontakt også har benyttet seg av nettopp gangsti og svømmehall.

### **5.3.2 Organiseringsform av fysisk aktivitet**

Hvilke sammenheng støttekontakt har for organiseringsform av fysisk aktivitet blir i noen grad nevnt ovenfor. I dette avsnittet blir det i hovedsak fokus på organisert- og medlemsbaserte aktiviteter, og hvilke forskjeller vi finner mellom de som har støttekontakt og de som ikke har det.

Den største forskjellen finner vi blant andel med støttekontakt som deltar i idrettslag. Hele 69% som deltar i organisert idrett ( $N=16$ ) har støttekontakt. Dette viser en tydelig forskjell der flertallet har støttekontakt. Til tross for en tydelig tendens gir ikke dette signifikante forskjeller ( $p=0.5$ ). Det kan spekuleres i om det ville vært lettere å få signifikans dersom utvalget hadde vært større, i og med at vi finner en såpass tydelig tendens. Likevel kan den høye  $p$ -verdien forklare med at også en stor andel av de med støttekontakt *ikke* deltar i organisert idrett. Så mye som halvparten av andelen med støttekontakt ( $N=22$ ) deltar altså *ikke* i organisert idrett, og derfor vil ikke forskjellen vise seg å være signifikant. Resultatene fra analysene viser heller ingen særlige forskjeller mellom hvilke idretter informantene med og uten støttekontakt driver med av organiserte idretter. Resultatene kan påvise en tendens til sammenheng mellom støttekontaktens betydning for organiseringsform av fysisk aktivitet ved at flere av medlemmene i idrettslag også har støttekontakt. Foruten det kan ikke analysene vise til noen betydelige sammenhenger mellom støttekontakt, og hvilke organiserte idretter informantene deltar i.

### 5.3.3 Foreldrenes deltakelse i fysisk aktivitet

Et viktig funn i studien viser at flere med støttekontakt også er mer aktive med foreldrene sine enn de informantene uten støttekontakt. P-verdien er 0.018, som forteller oss at forskjellen er signifikant. Videre viser Cramers V 0.53 og det beskriver at sammenhengen er av moderat grad. Hvorfor er det slik at de ungdommene som er mest aktive med foreldrene sine, også er de som har støttekontakt? Det viser seg at rekruttering av støttekontakter kan være utfordrende, og i flere tilfeller sto foreldrene selv for rekruttering av støttekontakt til sitt eget barn (Soldal, 2003). Det er grunn til å tro at foreldre som ser verdien i en støttekontakt, også ønsker dette for at barnet skal være mer i aktivitet på fritiden. Det kan spekuleres i om foreldrene som har brukt tid og energi på å rekruttere støttekontakt også er ressurssterke foreldre. Slike sosiale forskjeller har vist seg å ha betydning for hvor fysisk aktiv man er (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). En mulig forklaring kan derfor være at foreldre som er opptatt av å benytte ressurser som støttekontakter for å fremme aktiv utfoldelse, også viser større interesse for fysisk aktivitet selv. Basert på funnene i denne undersøkelsen kan det tyde på at foreldrene til informantene med støttekontakt også er foreldre som er mer bevisst og/eller opptatt av fysisk aktivitet.

En annen forklaring kan være at ungdommer med støttekontakt har blitt introdusert til flere aktiviteter, og dermed tar med foreldrene på disse aktivitetene. Av samtlige informanter med støttekontakt, oppgir 73% at de er fysisk aktive med støttekontakten sin noen ganger eller ofte. Dette viser at en stor andel av informantene bruker tiden med støttekontakten på å være i fysisk aktivitet. Støttekontaktene kan ha bidratt til inspirasjon og motivasjon til å drive med disse aktivitetene også utenom tiden med støttekontakten. Dette kan bidra til at ungdommene selv tar initiativ og drar foreldrene med på flere aktiviteter i hverdagen. På en annen side må vi ta hensyn til at flere av informantene ikke er i fysisk aktivitet med støttekontakten sin. Motsatt viser imidlertid funnene at 27% av informantene sjelden eller aldri er i fysisk aktivitet med støttekontakten sin. Derfor må det tas forbehold om at enkelte informanter i studien kan være sjelden eller aldri i fysisk aktivitet med støttekontakten sin, men samtidig ofte være aktiv med foreldrene sine.

## 6. Oppsummering av funn

Dette forskningsprosjektet hadde som mål å kartlegge hvilke former for fysisk aktivitet ungdom med utviklingshemming drev med på fritiden. Undersøkelsen skulle i tillegg studere hvor mye av aktiviteten som var organisert versus egenorganisert aktivitet. Avslutningsvis ønsket studien å ta for seg hvilken sammenheng støttekontakt hadde å si for både forekomst, og organiseringsform av aktivitetene. For å nå disse målene ble det gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse for ungdom med utviklingshemming mellom 15-20 år. Informanter fra Oslo, Akershus og Østfold ble invitert, og 35 ungdommer fra Oslo og Østfold takket ja.

Aktiviteten som hadde høyest forekomst av alle var å gå på tur. Dette samsvarer godt med tidligere forskning for den gjennomsnittlige befolkningen og mennesker med utviklingshemming. Idrettsanleggene som ble mest benyttet var gang- og sykkelsti, svømmebasseng, skøytebane og idrettshall. Sammenlignet med tidligere studier er svømming og benyttelse av svømmehall svært godt representert i denne undersøkelsen, og det kan tyde på at mennesker med utviklingshemming svømmer oftere nå enn tidligere. I undersøkelsen kom det frem at gutter og jenter var like aktive, noe som strider imot tidligere forskning for jevnaldrende ungdom. På en annen side tyder funnene i studien på at gutter driver mer med ball- og lagspill, mens jenter driver mer med estetiske aktiviteter som dans og turn. Dette stemmer overens med funn fra tidligere forskning om ungdom i samme alder.

Ungdom med utviklingshemming er i denne studien like godt representert i idrettslag som resten av befolkningen i tilnærmet lik alder. I den organiserte idretten hadde ”andre idretter” høyest forekomst, og det ble kommentert at dette for det meste gjaldt allidrett. Resultatene viste signifikante forskjeller der flere som deltok i idrettslag også synes at fysisk aktivitet var gøy. Dette kan knyttes opp mot at svært mange i den organiserte idretten deltok i allidrett, som har fokus på læring gjennom lek og mestringsfølelse. Det var generelt høy bevissthet omkring helsefremmende effekter og svært mange (83%) oppga at de var fysisk aktive for å holde kroppen sunn. Likevel viser funn i studien signifikante forskjeller, der flere informanter som deltar i organisert idrett er mer opptatt av aktivitetens helsefremmende effekter.

I undersøkelsen kommer det frem at informantene er mye i aktivitet utenom organisert- og medlemsbaserte aktiviteter. Dette understreker at en stor andel aktive på egenhånd, til tross

for at de ikke deltar i organisert idrett. Av egenorganiserte aktiviteter er å gå tur, danse hjemme eller hos venner og være ”aktiv for moro skyld” de mest populære. Å være aktiv for moro skyld er en bred kategori og ble forklart ved når de eksempelvis spilte fotball i hagen, lekte eller gjorde andre aktiviteter som gjorde at de ble andpusten eller svett. 43% av utvalget oppga at de var aktive for moro skyld én eller flere ganger i uka.

Flere av informantene som hadde støttekontakt har benyttet seg av gangsti, svømmebasseng og skiløyper. I resultatene kommer det også frem at de utfører disse aktivitetene oftere enn informantene som ikke har støttekontakt. Motsatt ser vi at flere av informantene som ikke har støttekontakt benytter seg av fotballbane og ballbinge. Til tross for at vi ser tendenser til forskjell mellom gruppene, viser ingen seg å være signifikante. En større differanse finner vi blant hvem som deltar i idrettslag. Her fremmes en tydelig tendens til at ungdom med støttekontakt er mer representert i idrettslag enn de uten støttekontakt. Det viser seg likevel ikke å være signifikante forskjeller til tross for en tydelig forskjell i utvalget. Det største skillet finner vi blant foreldrenes deltakelse i fysisk aktivitet. Funnene i studien belyser en signifikant forskjell der informantene med støttekontakt oftere er aktive med foreldrene sine.

## 6.1 Videre forskning

Denne undersøkelsen viser en kartlegging av hvilke aktiviteter ungdom med utviklingshemming driver med på fritiden, og en pekepinn på hvor mange som deltar i organisert idrett. Med denne innsikten ser jeg et behov for å undersøke ytterligere omkring aktivitetsnivået til mennesker med utviklingshemming.

Helsedirektoratet (2016a) anbefaler at barn og unge skal være i fysisk aktivitet minst 60 minutter hver dag. Dette kan og bør være aktiviteter av moderat og høy intensitet. Aktiviteten bør være så allsidig som mulig, og ha som hensikt å utvikle utholdenhet, bevegelse, koordinasjon og motorikk. Det ville vært interessant å utføre en studie der en forsker på ungdommens aktivitetsnivå, og se hvor lenge de var i aktivitet hver dag, samt intensiteten på aktivitetene. Da ville man fått en pekepinn på hvor mange som faller utenfor anbefalingene fra helsedirektoratet. Dette ville kreve mer utstyr, og en aktivitetsmåler kunne vært interessant å bruke for å supplere med spørreundersøkelser/intervju.

I denne undersøkelsen får vi innblikk i hvor mange som deltar i organisert idrett. Det ville vært interessant å studere videre hvor mange som deltok i segregerte idrettsaktiviteter og inkluderende idrettsaktiviteter. Da kunne det vært behov å undersøke dypere hvilken betydning de ulike tilbudene hadde for opplevelse av aktivitet og følelse av tilhørighet. Faktorer som selvfølelse, opplevelse av mestring, og livskvalitet kunne vært spennende aspekter knyttet opp mot inkludering i idrettslag.



# Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Arbeid- og sosialdepartementet. (2001). *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. (NOU 2001:22). Hentet 17.01.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/sec15>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016a). *På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. (NOU 2016:17 s.6). Hentet 16.01.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/sec4?q=Fysisk%20aktivitet%23KAP11-3>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016b). *Regjeringens handlingsplan for universell utforming*. Hentet 16.01.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/handlingsplan-for-universell-utforming/id2472380/>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2013). *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming*. (St.meld.nr.45 2012-2013). Hentet 02.02.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/sec1>
- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. Latvia: Cappelen Damm AS
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget

- Datatilsynet. (2004). *Barn og unges personopplysninger. Retningslinjer for innhenting og bruk*. Hentet 09.02.2017 fra [https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/04\\_veiledere/samtykkje\\_fra\\_mindrearige.pdf](https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/04_veiledere/samtykkje_fra_mindrearige.pdf)
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2009). *Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning*. Generelle prinsipper. Hentet 13.02.2017 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/Generelle-prinsipper/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2009). *Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning*. Bakgrunn. Hentet 13.02.2017 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/Bakgrunn/>
- De Vaus, D.A. (2014). *Surveys in Social Research. An Introduction*. 6th Ed. London: Routledge.
- Ellingsen, K.E. (2015). *Utviklingshemmede*. Hentet 09.02.2017 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Utviklingshemmede/>
- Forskrift om opplæringslova. Forskrift 30.juli 2009 nr. 1014 om opplæringslova.
- Gall, M.D., Gall, J.P. & Borg, W.R. (2007). *Educational Research. An Introduction*. New York: Longman Publishers. 8th Ed.
- Grue, J. (2015). *Teori i praksis. Analysestrategier i akademisk arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grøsvik, K. (2008). Diagnostisering av utviklingshemning hos barn. I: J. Eknes, T.L. Bakken, J.A. Løkke & I. Mæhle. *Utredning og diagnostisering: utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*. (s. 17-34) Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet., Arbeids- og sosialdepartementet., Barne- og familiedepartementet., Kommunal- og regionaldepartementet., Kultur- og kirkedepartementet., Miljøverndepartementet., Samferdsdeprtamentet & Utdannings- og forskningsdepartementet. (2004). Handlingsplan for fysisk aktivitet. *Sammen for fysisk aktivitet*. Hentet 05.01.2017 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan\\_2005-2009.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf)

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24.juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Helsedirektoratet. (2016a). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet 9.01.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet. (2016b). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og sittestilling*. Hentet 3.05.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>

Helsetilsynet. (2008). *Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv!*. Rapport nr. 4. Hentet 18.01.2017 fra [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport4\\_2008.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport4_2008.pdf)

Ingebrigtsen, J.E. (2015). Idrett og kroppøving – to sider av samme sak? I: H. Sigmundsson, J.E. Ingebrigtsen (red). *Idrettspedagogikk*. 2.utg. (s. 34-43) Oslo: Universitetsforlaget

- Ingebrigtsen, J.E. & Aspvik, N.P (2009). *Fysisk aktivitet og idrett*. En pilotstudie av utviklingshemmedes fysiske aktivitet. Rapport 01/2009. Trondheim: NTNU
- Johannessen, A., Tuft, P. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag
- Kalleberg, R.(2007). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog I: Blandingskompendium SPED4010 (Red.), *Vitenskapsteori og forskningsmetode*. (s. 83-131) Oslo: Universitet i Oslo
- Kittelsaa, A. (2010). En dobbel utfordring – å intervju unge med utviklingshemming. I: R.G. Gjærum (red.) *Usedvanlig kvalitativ forskning*. (s. 162-187) Oslo: Universitetsforlaget AS
- Kittelsaa, A, Wik, S.E., Tøssebro, J. (2015): *Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne: Fellestrekk og variasjon*. Rapport, NTNU Samfunnsforskning AS
- Kolle, E., Stokke, J.S., Hansen, B.H. & Anderssen, S. (2012). *Fysisk aktivitet blant 6- 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra kartlegging i 2011* (ISBN-nr. 978-82-8081-262-9). Hentet 09.03.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/710/Fysisk-aktivitet-blant-%206-9-og-15-aringer-i-norge-resultater-fra-en-kartlegging-i-2011-IS-2002.pdf>
- Kulturdepartementet. (2000). *Idrettslivet i endring. Om statens forhold til idrett og fysisk aktivitet*. (St.meld.nr.14 1999-2000). Hentet 02.02.2017 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/c5a73bedb2e448f5876b81b7024f884d/no/pdfa/stm199920000014000dddpdfa.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Larsson, B. (2008). *Ungdomarna och idrotten. Tonåringars idrottande i fyra skilda miljöer*. Stockholm: Stockholms universitet
- Lund, T. (red.) (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag.
- Lund, T. & Christophersen, K-A. (1999). *Innføring i statistikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meyer, J. (2008). Mennesker med utviklingshemming og sosial kapital. I: T. Bjørnrå, W.Guneriussen & V.Sommerbakk. (red).(2008). *Utviklingshemning, autonomi og avhengighet* (s. 58-69) Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæhlum, S., Heiberg, A., Stanghelle, J.K., Gusli, S., Fagerli, A., Sköld, C., Sternhaug, M., Røe, C., Morisbak, I., Haug, E., Sørensen, M., Kahrs, N., Strand, G.H., Fredriksen, P.M., Vestengen, S., Einarsson, U., Hillert, J. (2004). *Fysisk aktivitet for mennesker med funksjonsnedsettelse: anbefalinger*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- NAKU. (2017, 4.januar). *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming*. Hentet 19.01.2017 fra <http://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming>
- NAKU. (2016, 30.mars). Helse: Forskning. Hentet 09.01.2017 fra <http://naku.no/kunnskapsbanken/helse-forskning#main-content>
- NESH, Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Hentet 09.02.2017 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/b.-hensyn-til-personer-5---18/>
- Norges idrettsforbund. (u.å.). *Idrett for funksjonshemmede. Special Olympics Norway*. Hentet 17.01.2017 fra <https://www.idrettsforbundet.no/funksjonshemmede/om-idrett/SONorway/>

NSD. (u.å). *Må jeg melde prosjektet mitt?* Hentet 24.03.2017 fra

[http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html)

Sigstad, H.M.H. (2014). Characteristic interviews, different strategies: Methodological challenges in qualitative interviewing among respondents with mild intellectual disabilities.

I: *Journal of Intellectual Disabilities*, Vol.18, No.2

Skille, E.Å. (2006). *Ungdom og idrett. Empiriske faktorer, teoretiske perspektiver og metodiske refleksjoner*. Rapport nr. 7. Elverum: Høgskolen I Hedmark

Smith, T.E.C. (2008). Developmental Disabilities: Definition, Description and Directions. I: H.P., Parette, G.R Peterson-Karlan. *Research-Based Practices in Developmental Disabilities*. (s. 59- 74) Austin, Texas: pro-ed

Soldal, K.A. (2003). *Støttekontakter. Soveputer eller ressurser i velferdssamfunnet?* Bergen: Fagbokforlaget

Statistisk sentralbyrå (2015). *Pleie- og omsorgstjenester. Mottakere av støttekontakt*. Hentet 31.01.2017 fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>

Statistisk sentralbyrå (2011). *Organisasjonsaktivitet. Andel over 16 år med medlemskap i ulike organisasjoner*. Hentet 13.03.2017 fra <http://ssb.no/a/aarbok/tab/tab-244.html>

Söderström, S & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner*. Rapport NTNU Samfunnsforskning. Hentet 30.03.2017 fra

<https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Rapport%20Innfridde%20m%C3%A5l%20WEB-utgave.pdf>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Thorsen, K. & Myrvang, V.H. (2008). *Livsløp og hverdagsliv med utviklingshemming: livberetninger til personer med utviklingshemming og deres foreldre*. Tønsberg: Aldring og helse
- Tidemand-Andersen, C. (2008). Elever med utviklingshemning. I Rygvold, A-L. & Ogden, T. (red). *Innføring i spesialpedagogikk* (4. utg.). (s. 170-208) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tøssebro, J. (2015). Fritid før og nå. I: A. Midtsundstad & T. Bliksvær (red.) *Deltakelse på fritiden. Perspektiver på fritidsdeltakelse for mennesker med utviklingshemming*. (s. 23-36) Bergen: Fagbokforlaget
- Tøssebro, J. (2006, 30.mai). Utviklingshemmedes levekår 10 år etter HVPU-reformen. Hentet 09.01.2017 fra [http://www.forskningsradet.no/prognett-yfo/Artikkel/Utviklingshemmetes\\_levekar\\_10\\_ar\\_etter\\_HVPUreformen/1224698372860](http://www.forskningsradet.no/prognett-yfo/Artikkel/Utviklingshemmetes_levekar_10_ar_etter_HVPUreformen/1224698372860)
- Vedeler, L. (2000). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag. En innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization [WHO] (2017). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Hentet 03.01.2017 fra <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F70-F79>
- Ytterhus, B. (2010). Funksjonshemmede barn og fysisk aktivitet i barnehagen. Sosial deltakelse og inkludering. I: E.B.H Sandseter., T.L Hagen & T. Moser (red.). *Barnas barnehage. Kroppslighet i barnehagen. Pedagogisk arbeid med kropp, bevegelse og helse*. 1. utg. (s. 202-221) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Quennerstedt, M. (2006). *Att lära sig hälsa*. Örebro: Universitetsbiblioteket.

# Vedlegg 1



## Resultat av meldeplikttest: Ikke meldepliktig

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte identifiserende personopplysninger skal registreres i forbindelse med prosjektet.

Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og du trenger ikke sende inn meldeskjema til oss.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en veiledning basert på hvilke svar du selv har gitt i meldeplikttesten og ikke en formell vurdering.

Til info: *For at prosjektet ikke skal være meldepliktig, forutsetter vi at alle opplysninger som registreres elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.*

*Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, hverken:*

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videooptak.

*Vi forutsetter videre at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.*

Med vennlig hilsen,

NSD Personvern



# Vedlegg 2

## Forespørsel om å delta i spørreundersøkelse

Jeg er masterstudent i spesialpedagogikk ved Universitet i Oslo og skal i den forbindelse skrive en masteroppgave. Det jeg ønsker å undersøke er hvilke aktiviteter ungdommer med utviklingshemming driver med på fritiden. Jeg vil også se på hvilke aktiviteter ungdommene gjør sammen med støttekontakten sin.

For å finne ut av dette ønsker jeg at ungdommer med utviklingshemming i alderen 15-20 år deltar i en spørreundersøkelse. Jeg vil ha både ungdom som har støttekontakt, men også de som ikke har støttekontakt for øyeblikket. Jeg vil selv være tilstede under besvaringen av spørreskjemaene, så langt det lar seg gjøre, slik at spørsmålene blir godt forklart. Hvis det er ønskelig, kan elevene også svare på skjemaet i samarbeid med foreldre.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du har lov til å trekke deg når som helst mens undersøkelsen pågår. Dersom du trekker deg vil alle opplysningene om deg bli slettet. Spørsmålene i undersøkelsen vil ikke være spesielt personlige, og kommer ikke til å inneholde navn, konkret alder eller hvilken skole du går på. Prosjektet innhenter ingen personopplysninger og spørreskjemaene utfylles i papirform. Derfor er ikke prosjektet meldt inn til godkjenning av NSD (avgjort i samarbeid med NSD).

Opplysningene behandles konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Spørreskjemaene makuleres etter oppgaven er ferdig (sommeren 2017).

Hvis du har lyst til å delta i spørreundersøkelsen ønsker jeg både at du og en av dine foresatte skriver under på samtykket og leverer det til skolen. Hvis skjemaet blir besvart hjemme med foresatte, leveres begge deler til skolen samtidig.

Hilsen Lina Bruteig Brunvoll  
Mobilnummer: 48113678  
Mail: [linas\\_bb@hotmail.com](mailto:linas_bb@hotmail.com)

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon, og er villig til å delta i studien.

Elev:

Foresatt:

Telefon:

- Jeg har støttekontakt
- Jeg har ikke støttekontakt

# Vedlegg 3

## Spørreskjema

### Generelt

1. Er du gutt eller jente? Gutt  Jente
2. Har du støttekontakt Ja  Nei

### Om idrett

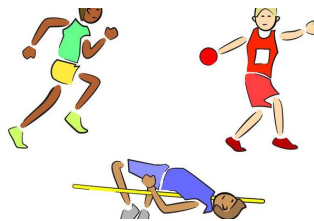
3. Deltar du i noen form for idrett? (På et lag med trener)



Ja  Nei

Kryss av for hvilke idretter du deltar i

- Fotball   
Håndball   
Andre ballidretter   
Ski



Friidrett



- Turn   
Svømming   
Langrenn

Andre idretter ( )

4. Har du brukt følgende idrettsanlegg etter skoletid?

	Ja		Ja
Alpinbakke		Ballbinge	
Skiløype		Fotballbane	
Idrettshall		Gang- eller tursti	
Skøytebane		Sykelsti	
Svømmebasseng		Treningsstudio	

### Om din fritid

5. Hvor ofte gjør du dette? (etter skoletid)

	Aldri	En sjelden gang	1 gang i uka	Flere ganger i uka
Trener i idrettslag ( <i>f.eks ballidrett eller andre idretter</i> )				
Konkurrerer i idrett				
Er fysisk aktiv for moro skyld ( <i>f.eks leker, spiller fotball i hagen</i> )				
Trener i treningsstudio				
Svømmer				
Danser ( <i>f.eks danse til musikk hjemme eller hos venner</i> )				
Sykler				
Går på tur				

6. Hvor ofte gjør du følgende på vinteren?

	Aldri	En sjelden gang	1 gang i uka	Flere ganger i uka
Går på ski				
Er i alpinbakke/aker				
Går på skøyter				

7. Hvor ofte er du fysisk aktiv?

Det vil si at du er i aktivitet slik at du blir andpusten eller svett

	Aldri	En sjelden gang	Noen ganger	Ofte
Med mamma eller pappa				
Med venner				
Med søsken				
Med lagkamerater og trener				
Med støttekontakt				

**Om litt av hvert**

8. Kryss av om påstandene passer for deg?

- Det er gøy å være fysisk aktiv                      Passer ( )      Passer ikke ( )
- Jeg er fysisk aktiv for å holde kroppen sunn      Passer ( )      Passer ikke ( )
- Jeg er fysisk aktiv for å være med venner      Passer ( )      Passer ikke ( )

Jeg ønsker flere muligheter til å være fysisk aktiv

Passer ( ) Passer ikke ( )

### For deg som har støttekontakt

9. Hva gjør du med støttekontakten din?

Hvis du ikke har støttekontakt trenger du ikke å svare på dette.

	Ofte	Noen ganger	En sjelden gang	Aldri
Går på café				
Går på kino/teater				
Går på tur				
Trener på treningsstudio				
Driver med ballidrett ( <i>f.eks fotball, innebandy</i> )				
Andre idretter ( <i>som f.eks ridning, turn, friidrett</i> )				
Går på diskotek/dans				
Går på sang/kor				
Leker				

### Om spørreskjemaet?

Jeg liker å svare på slike spørsmål

Ja ( ) Nei ( )

Jeg fikk hjelp til å fylle ut spørreskjemaet

Ja ( ) Nei ( )

**Takk for at du svarte på spørsmålene 😊**