

Hva identifiserer foreldre som viktige aspekter i veiledning knyttet til sitt overvektige barn? En kvalitativ studie.



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Selvvalgt fordypning

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Ingrid Edland

Veileder: Kristin Hjorthaug Urstad, Førsteamanuensis

15.11.16

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(høst – 2016)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Ingrid Edland

VEILEDER: Kristin Hjorthaug Urstad, førsteamanuensis

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel:

Hva identifiserer foreldre som viktige aspekter i veiledning knyttet til sitt overvektige barn? En kvalitativ studie.

Engelsk tittel:

What do parents identify as important aspects of counseling regarding their overweight children. A qualitative study

EMNEORD/STIKKORD:

Foreldre veiledning, overvekt blant barn.

ANTALL SIDER: 100

STAVANGER

15.11 2016

Førord

Denne oppgave markerer en lærerik tid som masterstudent i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Det har vært en fantastisk givende og utviklende prosess som har latt seg krydre av noe frustrasjon og fortvilelse underveis.

Det er mange som fortjener en stor takk. Først og fremst veilederen min Kristin Hjorthaug Urstad for oppmuntring, tålmodighet og konstruktiv kritikk.

En stor takk går til mine informanter som har vært imøtekommende og har vært villige til å dele sine tanker og erfaringer, selv om oppgavens tema kan oppfattes sårbart for mange. Jeg er utrolig takknemlig for at dere tok dere tid til meg og mitt prosjekt, midt i en hektisk og krevende hverdag. Jeg vil også takke mine verdifulle, flotte helsesøstre som har hjulpet meg til å rekruttere mine informanter. Uten dere og informantene, ville jeg ikke hatt noen studie og er derfor evig takknemlig for deres bidrag.

Til slutt og ikke minst vil jeg få takke venner og familie: Elisabeth for entusiastiske diskusjoner, konkrete råd, korrekturlesning og motiverende ord på veien. Familien min for gjennomlesning og støtte underveis i en noe følelsesladd berg og dalbane. Min kjære samboer for gode samtaler, støtte og tilrettelegging, og som har måttet bo sammen med meg, spesielt de siste ukene før innlevering.

Stavanger, November 2016

Ingrid Edland

Abstrakt

Denne masteroppgaven har til hensikt å belyse hvilke aspekter foreldre identifiserer som viktige i veiledningen knyttet til sitt overvektige barn. Jeg ønsker å gå i dybden og fremme foreldreperspektivets erfaringer, tanker og meninger rundt tematikken.

Overvekt og fedme betraktes i dag som en av de største truslene verdenssamfunnet står ovenfor når det gjelder folkehelsen. I dag kan amerikanske barn bli den første generasjonen lever kortere liv enn sine foreldre grunnet fedmerelaterte helseproblemer. Overvekt er ikke en sykdom i seg selv, men disponerer for sykdommer som blant annet hjerte- og karlidelser, psykososiale problemer og diabetes. Folkehelseinstituttet rapporterer at 14-17% av norske barn og unge i dag har overvekt eller fedme. For å endre denne utviklingen kreves det utarbeiding av effektive tiltak både på samfunns- og individnivå.

Oppgaven baseres på kvalitativ forskningsdesign, hvor det er gjennomført fem semi-strukturerte dybdeintervju av foreldre til overvektige barn. Innsamlet data ble deretter analysert i henhold til Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse.

Studiens resultat viser til fem hovedfunn som belyser aspekter foreldrene identifiserte som viktige i veiledningen knyttet til sitt overvektige barn. Disse var å bli *møtt uten fordommer*, hvor veileders evne til empati, åpenhet og forståelse fremmes som betydningsfulle egenskaper for å skape en god relasjon mellom veileder og foreldre. At det settes av *nok tid* i veiledningen og at veileder er tilstede i samtalen. Dette var viktig for å skape et tillitsforhold og gode forutsetninger for å utforske hvilke utfordringer som foreligger. *Øke foreldrenes bevissthet* rundt egne kost- og aktivitetsvaner, og motta økt kunnskap om hvordan disse kan bedres. Lære *hvordan man skal kommunisere med barna* sine om overvekts problematikken uten å skape grobunn for dårlig selvbilde og selvtillit hos barnet. Og til sist, få en *skreddersydd veiledning* som er tilpasset deres familie og situasjon. Det kommer frem at veiledning ønskes å være individuelt rettet med fokus på foreldre- og familie. Oppfølging over tid for å hindre tilbakefall og at veiledningen foregår i nærmiljøet.

Abstract

This thesis aims to highlight which aspects parents of overweight children identify as important in the counseling of their child. I wish to present an in depth examination of the Parent-Perspective's experiences, thoughts and opinions regarding this theme.

Overweight and obesity are considered some of the greatest threats when it comes to public health globally. The current generation of American children may become the first generation to live shorter lives than their parents as a result of obesity-related health issues. Obesity is not a disease in its own right, but may cause diseases such as cardio-vascular diseases, psychosocial ailments, and diabetes. The Norwegian Public Health Institute report that 14-17% of Norwegian children and adolescents today are either overweight or obese. In order to change this development, effective approaches are needed, approaches that target both on the level of the individual and society as a whole.

The thesis is based on a qualitative research design, where five semi-structured in-depth interviews with parents of overweight children have been conducted. The gathered data has been analyzed in accordance with Graneheim and Lundman's (2004) content analysis (model).

The results of this study are five main findings which illuminate aspects that the parents identified as important in the guidance and counseling of their overweight children. These five aspects were; *the absence of prejudice*, where the counselor's ability to show empathy, openness, and understanding were stressed as important characteristics for forming good relations between counselors and parents. That enough time was spent on counseling and the counselor's presence and involvement in the conversation. This was important in order to create a trust-based relationship and the grounds for exploring the challenges the children and parents were faced encountered. *Increasing the parents' awareness* regarding their dietary and activity-related habits, and increased knowledge about how to improve these habits. Learning how to communicate with one's own children about the issue of obesity without damaging the child's self-conception and self-esteem. And finally, *establishing counseling that was tailored* to the family and their respective situation. Findings show that it is desired that counseling is individually structured and focuses on the parents *and* the family.

Counseling and checkups over time to prevent relapses was key, in addition to counseling that took place in community/immediate surroundings of the family.

Innholdsliste

FORORD	IV
ABSTRAKT	VI
ABSTRACT	VIII
1.0 INTRODUKSJON.....	1
1.1 ÅRSAKER TIL OVERVEKT OG FEDME BLANT BARN	2
1.2 HELSEKONSEKVENSER VED OVERVEKT OG FEDME BLANT BARN.....	4
1.3 VEILEDNING VED OVERVEKT HOS BARN	5
1.4 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	9
1.5 OPPGAVENS HENSİKT OG PROBLEMSTİLLING	9
2.0 TEORI OG TEORETISK FUNDAMENT.....	11
2.1 FOREBYGGENDE HELSEARBEID	11
2.2 HELSEOPPLYSNING OG VEILEDNING.....	13
2.3 BANDURAS SOSIALKOGNITIVE LÆRINGSTEORI.....	18
2.3.1 <i>Stadier for atferdsendring</i>	20
2.4 BETYDNING AV RELASJON TIL VEILEDER	23
3.0 METODE OG METODISKE OVERVEIELSER	27
3.1 DESIGN OG VITENSKAPELIG STÅSTED	27
3.2 MIN FORFORSTÅELSE.....	28
3.3 UTVALG OG REKRUTTERING.....	29
3.3.1 <i>Utvalg</i>	29
3.3.2 <i>Rekruttering</i>	29
3.3.3 <i>Intervju</i>	30
3.4 ANALYSE	31
3.5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.....	33
3.6 METODENS BEGRENSENINGER, STUDIENS TROVERDIGHET OG OVERFØRBARHET.....	34
4.0 RESULTAT.....	37
4.1 BLI MØTT UTEN FORDOMMER.....	37
4.1.1 <i>“Menneskelig” veileder</i>	39
4.2 NOK TID BEDRER RELASJON.	40
4.3 ØKT BEVISSTGJØRING.....	42
4.3.1 <i>Ernæring, enkle kostnader som er oppnåelige</i>	43
4.3.2 <i>Foreldre ønsker økt kunnskap om fysisk aktivitet og aktivitetstilbud som fremmer mestring</i>	44

4.3.3	<i>Veileders kunnskap og erfaring øker troverdighet og tillit</i>	47
4.4	HVORDAN SNAKKE MED BARNA?.....	49
4.5	BEHOV FOR SKREDDERSYDD VEILEDNING.....	50
4.5.1	<i>Foreldre – og familiefokusert veiledning</i>	51
4.5.2	<i>Individuell veiledning i starten. Gruppeveiledning senere</i>	53
4.5.3	<i>Tett oppfølging reduserer tilbakefall</i>	54
4.5.4	<i>Veiledning må foregå i nærmiljøet</i>	56
4.6	OPPSUMMERING AV FUNN.....	57
5.0	DISKUSJON	59
5.1	BLI MØTT UTEN FORDOMMER.....	59
5.2	NOK TID BEDRER RELASJON	62
5.3	ØKT BEVISSTGJØRING.....	64
5.4	HVORDAN SNAKKE MED BARNA?.....	66
5.5	BEHOV FOR SKREDDERSYDD VEILEDNING.....	67
5.5.1	<i>Foreldre- og familiefokusert veiledning</i>	69
5.5.2	<i>Oppfølging over tid reduserer tilbakefall - ferdig</i>	70
5.5.3	<i>Veiledning må foregå i nærmiljøet – ferdig</i>	71
5.5.4	<i>Individuell veiledning i starten. Gruppeveiledning senere</i>	72
6.0	KONKLUSJON	75
7.0	REFERANSER	77
VEDLEGG 1	86

1.0 Introduksjon

Fedme blir betraktet som en av de største truslene verdenssamfunnet står ovenfor når det gjelder folkehelse, og er velkjent som en risikofaktor for utvikling av diabetes type 2, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk, flere typer kreft, muskel og skjelettplager og psykiske lidelser (Øen, 2012b). I dag står amerikanske barn i fare for å bli den første generasjonen som vil leve et kortere liv enn sine foreldre, noe som mange folkehelseeksperter mener er forårsaket fedme og fedmerelaterte helseproblemer (Hamid, 2009). I følge International Obesity Taskforce (IOTF) viste målinger som ble utført allerede på nittitallet at i flere europeiske land var 30-40% av barn i alderen 7-11 år overvektige, hvorav 10-12% hadde fedme (IASO, 2007 referert i Øen, 2012b).

Siden disse målingene ble gjennomført har overvekt og fedme blant barn gradvis økt, uten at en kan presentere et fullstendig verdensbilde av situasjonen per i dag (Holmbäck et al., 2007). Det kan se ut til at kurven blant europeiske barn holder på å flate ut, men forekomsten av overvekt og fedme er fortsatt svært høy (Folkehelseinstituttet, 2014; Lien et al., 2010). Folkehelseinstituttet rapporterer at 14 - 17% av norske barn og unge har overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet, 2016).

I følge de to mest valide populasjonsstudiene i Norge, Waaler (1983) og Jùliusson og Bjerknes (2008), har overvekt blant barn økt fra perioden 1971-74 til perioden 2003-2006. I vekststudien til Jùliusson og Bjerknes (2008) ble ingen store endringer funnet i de nedre og midtre percentilene, mens endring ble vist i de to øverste percentilene. Dersom vektutviklingen hadde vært uendret, kunne man forventet at 2,5% av barna målt i 2003-2006 ville ligge over 97,5-percentilen fra 1971-74, derimot fant Jùliusson og Bjerknes (2008) at 8% av guttene og 7% av jentene lå over 97,5 percentilen, for vekt/høyde kurvene til Waaler (1983). Det vil med andre ord si at de tyngste har blitt tyngre. Dersom barnet overstiger 97.5 percentilen kan det betraktes som overvektig.

Det er ingen internasjonal konsensus på hvilken definisjon man skal anvende for å definere fedme hos barn og unge, og dette vanskeliggjør det til å sammenligne epidemiologiske studier basert på ulike grenseverdier (Jåtun, 2012). I Norge benyttes ofte Kroppsmasseindeks (KMI) for å definere normal-, over- eller undervekt (Jùliusson et al., 2009). For barn under 17 år

nyttes Iso-KMI, ettersom barn har andre normalverdier enn voksne. Iso-KMI er et uttrykk som beskriver hvilken verdi barnets måling tilsvarer hos voksne. Studier som er gjort med voksne viser at det er en økt risiko for sykdom og dødelighet fra KMI 25 og særlig KMI over 30. Det er grunnlag for å anta at det samme gjelder for barn og unge, men det er ikke dokumentert ved hvilke KMI-verdier overvekten blir et helseproblem for barnet (Jùliusson & Roelants, 2007).

Det kan være misvisende å nytte KMI som måleenhet for barns overvekt ettersom barnas skjelett og muskelmasse ikke er ferdig utviklet. Av den grunn brukes ofte standardiserte vekstkurver med percentiler for høyde- og vektutvikling for å kartlegge barnets vekt og høyde er innenfor antatte normalverdier. I Norge nyttes vekstkurven for barn mellom 0-5 år, laget av WHO, mens for barn mellom 6-9 år brukes vekstkurven fra Barnevekststudien i Bergen (Jùliusson & Bjerknes, 2008). Vekstkurvene anses som et godt redskap for å følge med på utvikling over tid (Jùliusson & Bjerknes, 2004). Det er derimot viktig å merke seg at dersom et barn ligger over det som anses som normalverdi, overstiger 97.5 percentilen, betyr ikke det at barnet veier for mye, men at det øker risikoen for at barnet kan utvikle en overvekt.

1.1 Årsaker til overvekt og fedme blant barn

Årsaken til overvekt og fedme blant barn er svært kompleks og flere faktorer inkludert fysiologisk, biologiske, psykososiale, medisinske og sosioøkonomisk faktorer spiller inn under denne problematikken (Fismen, Samdal & Torsheim, 2012; Grøholt, Stigum & Nordhagen, 2008; Who, 2016). Jeg vil i denne oppgaven vektlegge fysiologiske og psykososiale faktorer. En fysiologisk årsak for overvekt kan være når en person har en ubalanse mellom energitilskudd og energiforbruk (Helsedirektoratet, 2010a). Dersom en persons forbruk er lavere enn dens inntak lagres dette overskuddet i kroppens fettlagre og over tid fører det til overvekt. Barns kosthold har derfor stor innvirkning på deres vekt. Flere studier viser at inntak av energitett mat og sukkerholdigdrikke bidrar til økt overvekt og fedme (Gubbels, Van Assema & Kremers, 2013; Ludwig, Peterson & Gortmaker, 2001; Moreno & Rodríguez, 2007; Wate et al., 2013).

I følge Oellingrath, Svendsen og Brantsæter (2010) er det sammenheng mellom overvekt og et kosthold som er preget av prosessert mat med høyt innhold av fett og sukker. Studien viser

at det er lavest forekomst av overvekt blant barn som har et kosthold bestående av lite fett og sukker. Studier har også vist at det er en sammenheng mellom barns overvekt og spising fremfor tv-en, spising uten tilsyn, måltidsrytme, samt når man hopper over frokosten (Dubois et al., 2009; Gubbels et al., 2012; Moreno & Rodríguez, 2007; Vik et al., 2010).

Det er lavere forekomst av overvekt og fedme blant barn som driver med mye fysisk aktivitet (Boreham & Riddoch, 2001). Dette kan forklares i en balanse mellom barnets energiinntak og energiforbruk (Helsedirektoratet, 2010a). I dag anbefaler helsedirektoratet 60 minutt med moderat fysisk aktivitet daglig for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008). Undersøkelse av Helsedirektoratet (2012) viser at 87% av jenter og 95,7% av gutter i 6-års alderen innfrir disse anbefalingene, mens 69,8% av jenter og 86,2% av gutter i 9-års alderen oppnår denne anbefalingen. Når det kommer til norske 15-åringer oppnår kun rundt halvparten, 43,2% av jenter og 58,1% av gutter, helsedirektoratets anbefaling for daglig fysisk aktivitet.

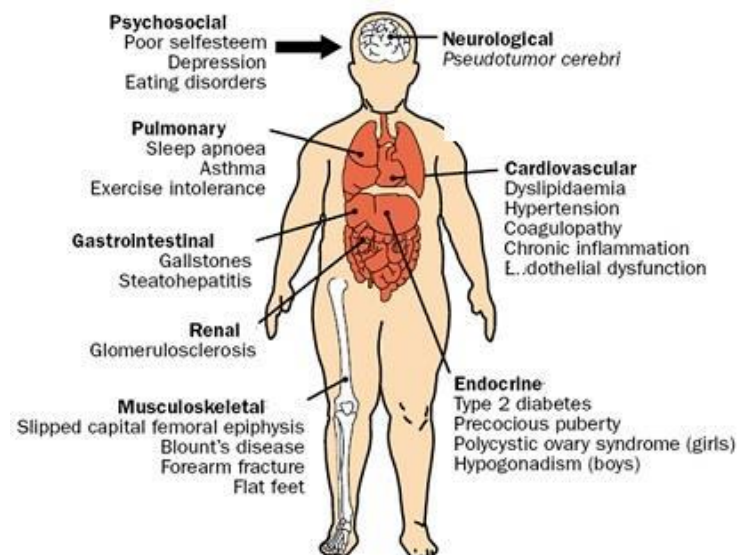
Flere studier påpeker at det kan være en sammenhengen mellom antall timer skjermbasert stillesitting og overvekt og fedme blant barn (Danielsen et al., 2011; Granich et al., 2010). Årsak til dette kan være redusert fysisk aktivitet, redusert hvilemetabolisme og økt kaloriinntak forårsaket blant annet reklame (Robinson, 2001). I følge Helsedirektoratet (2012) har stillesittende atferd blant norske 9- og 15 åringer økt i 2011 sammenlignet med 2005/2006 (Helsedirektoratet, 2012). Foreldres vaner er en viktig faktor som påvirker barns kost og aktivitetsvaner (Golan, 2006).

Vanene danner grunnlaget for ubevisst og bevisst atferd vi gjør i hverdagen som tilsammen danner grunnlaget for hvordan vi lever livet vårt (Orbell & Verplanken, 2010). Atferd over tid automatiseres og medfører at den får stor innvirkningskraft på hverdagslig atferd. Man kan derfor føle at tidvis er dette atferd som kun delvis er eget valg. En vane kan være vanskelig å endre når den først er etablert og endring krever derfor øving over tid. Vaner vi danner oss i tidlige leveår følger oss ofte inn i det voksne livet. Venner, foreldre, familien og miljøet rundt oss er sentrale i påvirkning av hvilke vaner vi anskaffer oss, men i tidlige leveår er det spesielt foreldre som har stor påvirkningskraft. I de familiene hvor familiemedlemmene og spesielt foreldrene har tilegnet seg gode kost- og aktivitetsvaner, er det større sannsynlighet at også barnet tilegner seg disse vanene (Orbell & Verplanken, 2010). Whitaker et al. (1997) hevder at barn som har overvektige foreldre har økt risiko for selv å bli overvektig.

Jeg vil videre presentere hvilke helsekonsekvenser som kan forekomme som et resultat av overvekt og fedme.

1.2 Helsekonsekvenser ved overvekt og fedme blant barn

Overvekt og fedme blant barn er en økende utfordring for folkehelsen og kan ha flere helsemessige konsekvenser. Figur 1 viser en billedlig oversikt over potensielle fysiologiske og psykososiale helsekonsekvenser av overvekt og fedme (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002). I følge Ebbeling et al. (2002) øker overvekt og fedme sannsynligheten for å utvikle en rekke sykdommer som høyt blodtrykk, flere typer kreft, diabetes 2 og psykiske lidelser.



Figur 1: Figuren viser helsekonsekvenser av overvekt og fedme hos barn, fra (Ebbeling et al., 2002).

Folkehelseeksperter mener at fedmerelaterte sykdommer er årsaken til at barn i noen land står i fare for å leve et kortere liv enn sine foreldre (Hamid, 2009). I følge Melbye og Hansen (2015) har et barn som er overvektig i 6 til 9 års alderen fem ganger større risiko for overvekt som voksen, og dersom barnet er overvektig i 10 til 14 års-alderen er risikoen økt 22 ganger. Studier viser videre at barn og unge opplever at overvekt kan gi redusert livskvalitet, dårlig selvbilde og selvtillit, og i noen tilfeller depresjon og økt risiko for utvikling av

spiseforstyrrelser (Steinbekk & Danielsen, 2010). Stigmatisering og diskriminering som overvektige opplever, indikerer at normalvektige beskylder dem for å være mindre intelligente og late. Dette kan medføre en følelse av mindreverd, gi lav selvfølelse og negativt kroppsbilde (Helsedirektoratet, 2010a; Livingstone, Mccaffrey & Rennie, 2006).

Jeg har til nå gjennomgått utviklingen og forekomst av overvekt og fedme på verdensbasis og i Norge. Videre har jeg sett på ulike årsaker som kan føre til at barnet utvikler overvekt, samt hvilke helserisikoer overvekten kan medføre seg. Jeg vil videre beskrive teori som omhandler veiledning ved overvekt hos barn.

1.3 Veiledning ved overvekt hos barn

Det er et økende fokus på hvordan man kan utvikle verktøy og metoder som gir dokumentert effekt ved sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet, 2010b).

Helsedirektoratet (2010a) oppfordrer til å satse på forebygging og samfunnstiltak som tilrettelegger for å fremme en sunn livsstil i befolkningen, og som hindrer og forebygger at flere får fedme. Forebyggende og helsefremmende arbeid anses som den mest samfunnsøkonomiske måten å bekjempe overvekt på, i tillegg til at det kan være betydelig mer skånsomt og mindre belastende for enkeltindivider å hindre at en sykdom manifesterer seg enn å igangsette behandling mot en etablert sykdom.

I Stortingsmelding 34 (2012-2013) beskrives helsestasjonen- og skolehelsetjenesten som spydspissen i det forebyggende arbeidet for barn og unge. Tjenesten skal fokusere på prosesser og metoder som stimulerer at barn og unge samt foreldre kan påvirke sin egen helse, mestring og trivsel (Sosial- Og Helsedirektoratet, 2004). Helsedirektoratets “nasjonale og faglige retningslinjer for Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn” betraktes som en faglig normering for tjenesten (Helsedirektoratet, 2010a). I følge retningslinjene skal det gjennomføres en veiledningssamtale og kartlegging med foreldre når barn overstiger en Iso-KMI 25, og fastlege og helsesøster gjennom kliniske undersøkelser og sykehistorie ser en utvikling av overvekt.

For å bedre individrettede helseundersøkelser og nasjonal helseovervåkning fremmer nye retningslinjer fra Helsedirektoratet (2010b) hyppigere måling av høyde og vekt fra

spedbarnsalder til 8.klasse i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010b). Helsesøstrene veier barna og følger med på om det skjer noen store forandringer hos barnet i løpet av kort tid, enten om vekstkurven stiger eller faller. Dersom barnets vekt faller utenfor normalpercentilen kan det være behov for videre oppfølging, som i hovedsak gjøres av helsesøster gjennom skolehelsetjenesten eller helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2010b).

Foreldre, barn og unge er de som best kjenner sin situasjon og behov, og det er viktig at hjelperen har et bevisst forhold til egen råd og veiledning, samt brukerens innflytelse på sin situasjon. I veilederen “kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten” fremheves bruk av rådgivning og veiledning sammen med brukermedvirkning som metode, hvor metoden ikke skal være moraliserende men heller stimulere til refleksjon og handling (Sosial- Og Helsedirektoratet, 2004). Når det gjelder endringsbaserte tiltak for barn skal som hovedregel innsatsen rettes mot foreldre, mens tiltak for ungdommer, rettes det mest mot ungdommen.

I følge helsedirektoratet (2010a) foreligger det begrenset med kunnskap om hvilken behandling som er mest effektiv innenfor området overvekt og fedme blant barn. Livingstone et al. (2006) fremhever at det er viktig å belyse faktorene som har betydning for om man lykkes eller ikke ved behandling av overvekt og fedme, men understreker at det foreløpig ikke er mulig å avdekke den beste behandlingen på grunn av manglende kvalitative studier på området. Eksisterende forskning taler for at det er best effekt fra tidlig intervensjon gjennom individuell oppfølging av barn og familien (Helsedirektoratet, 2010a), der veiledning som kombinerer kostholdsending, økt fysisk aktivitet og atferd strategier kan redusere KMI (Folkehelseinstituttet, 2016).

I veiledning av overvekt og fedme blant barn og unge, benyttes ofte sammensatte livsstilstiltak som fokuser på atferdsending, kostholdsending, redusere inaktivitet og øke fysisk aktivitet (Berry et al., 2007; Epstein et al., 1994; Moens, Braet & Van Winckel, 2010; Savoye et al., 2005; Savoye et al., 2011; Shaw et al., 2009; Whitlock et al., 2008; Wilfley et al., 2007). Kostholdstiltak omfatter i hovedsak å endre energiomsetning og redusere energiinntaket. Dette gjøres ved å endre måltidsrytme, matvarevalg eller ved å fokus på dietter (Sbu, 2013). Tiltak som retter seg mot økt fysisk aktivitet har på sin side som hensikt å

øke forbrenning av energi og/eller øke muskelmasse, samt redusere stillesittende atferd, eksempelvis redusere skjermtid (Rössner, 2006).

Atferdstiltak har som mål om å endre vaner og tankemønster, spesielt i forhold til aktivitetsvaner, måltidsrytme og matvarevalg (Whitlock et al., 2008). Ved slike atferdstiltak er veiledningen ofte rettet mot foreldre og hele familien, og ikke bare mot det overvektige barnet. Forskning har vist positiv effekt av intervensjoner hvor hele familien inkluderes, sammenlignet med intervensjoner som kun har det overvektige barnet i fokus (Øen, 2012a). Dette kreves derimot at foreldrene erkjenner barnets overvekt (Elvsaa et al., 2016). Flere studier (Golan, 2006; Golan & Weizman, 2001; Golan et al., 1998) viser viktigheten av foreldre som rollemodeller og ledere av prosessen og familien som utgangspunkt for endring ved overvekt blant barn. Mindre fokus på barna er viktig for å unngå risiko for spiseforstyrrelse og negativt selvbildet og selvtillit (Steinbekk & Danielsen, 2010).

Selv om flere av studiene viser god effekt av intervensjon på psykososialt velvære, insulinresistens og kroppssammensetning (Berry et al., 2007; Savoye et al., 2005; Savoye et al., 2011; Shaw et al., 2009) er det få studier som ser på langtidseffekten (Berg & Underland, 2012). Dette gjør det vanskelig å konkludere med at forebyggende tiltak for overvekt hos barn og unge i alderen seks til 12 år er gode ettersom det er manglende forskning på området (Elvsaa et al., 2016). Eksisterende forskning fokuserer i hovedsak på intervensjoner som foregår i grupper, og det er derfor også manglende dokumentasjon på individuelle tiltak for den aktuelle gruppen.

Det kan tenkes at relasjon mellom veileder og bruker har betydning for effekten av veiledningen (Garuda, Javalgi & Talluri, 1998; Lacy et al., 2004; Perron et al., 2010; Walker et al., 2007). I følge Walker et al. (2007) fremhever leger og helsesøstre, som ble intervjuet, at overvekt problematikken er et sårbart tema som kan skape negativ relasjon mellom dem og pasient. De identifiserte også at manglende kunnskap, ressurser og tidsbegrensning er påvirkende faktorer som er med på å redusere en god relasjon (Walker et al., 2007). Videre opplever mange overvektige å bli stigmatisert og diskriminert blant folk flest, men også i helsevesenet. Ifølge Wigton og Mcgaghie (2001) er en utbredt oppfatning at personer med overvekt og fedme er mindre intelligente, ulykkelige og mangler selvkontroll. En norsk studie

viser at et betydelig antall leger mener pasienter med en negativ livsstil bør ha lavere prioritering når det gjelder helsetilbud (Bringedal & Feiring, 2011).

Et dårlig forhold til veileder og negative erfaringer kan redusere effekten av veiledning, eller medføre at man ikke engang tar kontakt ved behov for hjelp. Lacy et al. (2004) understreker at manglende respekt fra veileder, og dårlig kommunikasjon er avgjørende for drop-out raten fra veiledning. Videre er brukernes tidligere erfaringer avgjørende for om brukeren forsetter veiledning etter første konsultasjon (Garuda et al., 1998).

I studiene Gillespie et al. (2015), Grow et al. (2013) og Smith et al. (2014) prøver de å forstå familiens motivasjon eller barrierer for å delta i livsstilsprogram for barn og unge. I studien av Gillespie et al. (2015) ble 27 foreldre til overvektige barn intervjuet for å identifisere hva de opplevde som viktig innhold i veiledningen de ble tilbudt. Det som gikk igjen hos foreldrene var at veiledningen måtte være morsom, vennlig, gratis, fokus på foreldrene og at de var lokalisert i lokalsamfunnet. Studien viste at det å sette fokus på de positive effektene av normalisering av barnets vekt kan øke deltakelse på tilbudene. I studien til Gillespie et al. (2015) ble det brukt fokusgruppe intervju. En svakhet ved denne metoden er at det ikke er garanti for at alle i gruppen tørr å komme med egne tanker og opplevelser, og henger seg på andres meninger. Det ble heller ikke satt noe krav til barnets KMI ved rekruttering. Det vil si at man ikke kan vite om deres barn falt innenfor kategorien overvekt ($KMI < 25$). Funnene i studiene til Smith et al. (2014) og Grow et al. (2013) samsvarer med funnene til Gillespie et al. (2015). Smith et al. (2014) gjennomførte både fokusgruppe intervjuer og dybdeintervju, mens Grow et al. (2013) kun benyttet seg av dybdeintervju. Disse studiene ble derimot utført på foreldre av overvektige ungdommer.

For å kunne tilby en veiledning som skal gi effekt er det nødvendig å ha kunnskap om hva som oppleves som nyttig for de som selv erfarer situasjonen. Det å få likemannsarbeid og brukerrepresentanter lokalt er viktig nettopp fordi det er brukeren som har erfaringer og vet hvor skoen trykker (Tveiten, 2007a). Foreldre selv har et overvektigbarn har erfaringskunnskap som kan være nyttig for andre i lignende situasjon. Denne erfaringen kan videre nyttes til utvikling av veiledningen.

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobber daglig i en frisklivssentral. Der har jeg tilegnet meg god erfaring i det å drive endringsfokuserte prosesser med deltageren i fokus. Jeg har tilegnet meg god kjennskap til det som har kommet frem i tidligere forskning angående viktigheten av god relasjonen og kommunikasjon mellom helsearbeider og bruker, samt viktigheten av at selve veiledningen er individuelt tilpasset for å få optimal effekt av veiledningen. I min arbeidskommune har vi prosedyrer for hvordan vi skal gå frem ved oppdagelse av overvekt hos et barn. I hovedsak er det helsesøstrene i kommunen som tar seg av samtaler med foreldre og barn, men frisklivssentralen stiller sin kompetanse til rådighet innen endring av levevaner rettet mot til fysisk aktivitet, kosthold og endringsfokuserede prosesser hvor familien er i fokus.

Slik jeg oppfatter det er en utfordring for helsesøstrenes som driver med dette arbeidet, å oppsøke foreldrene med overvektige barn. Først og fremst fordi de føler at overvekt blant barna er et vanskelig tema å snakke om. I tillegg er det vanskelig å komme i kontakt med foreldrene og få dem med på tilgjengelige tilbud som kommunen tilbyr. Kommunens helseprofil, som beskriver helsetilstanden til innbyggerne i en gitt kommune, tilsier at det er flere foreldre som har barn som er overvektige og at rekruttering til tilbud derfor ikke begrenses av manglede potensielle deltagere.

Hva er det da som gjør at vi ikke når denne målgruppen? Å få en bedre forståelse av dette startet min interesse for oppgavens tema. Etter samtaler med helsepersonell fra flere nabokommuner tydet det på at dette ikke var en problematikk som kun gjaldt min arbeidskommune, men som også gikk igjen i mine nabokommuner.

Jeg synes temaet er utrolig spennende og har god tro på at vi kan få til et godt og fungerende tilbud som møter foreldrenes behov. Vi trenger derfor mer forskning som belyser brukeren stemme, altså foreldrene, om hva de trenger, slik at vi kan tilpasse oss de som faktisk kjenner hvor skoen trykker.

1.5 Oppgavens hensikt og problemstilling

Tidligere forskning viser at faktorer som relasjon til helsepersonell og tidligere erfaringer av veiledning kan være årsaken til at foreldrene ikke deltar på, eller dropper ut i fra tilbud som er

tiltenkt deres overvektige barn (Garuda et al., 1998; Lacy et al., 2004). Det er lite litteratur som fokuserer på brukerens ønsker om hvordan et veiledningstilbud bør være oppbygd og hva det bør inneholde, uten at det blir en evaluering av en allerede gjennomført intervensjon. Hvilket tilbud ønsker de og trenger de? Ved å undersøke brukernes opplevelser og erfaringer av tiltak, er det mulighet til å avdekke aspekter som kan være relevante for å få til en god veiledning som bidrar til hensiktsmessig helseatferd. Da det kan tyde på at tilbudet for overvektige barn ikke fungerer optimalt vil det være nyttig å undersøke dette nærmere. Ettersom det er brukeren som er målgruppen, vil dens behov være elementært for et fungerende tilbud.

Få studier finnes i en norsk sammenheng som fokuserer på brukerperspektivet, og det er derfor behov for denne type studier for å få økt kunnskap i offentlig sektor. Det er også mangle på studier som tar for seg barn i barneskole alder med en definert overvekt, og studier som tar for seg et helhetlig bilde av veiledningen som både ser på innholdet, og som belyser viktigheten av relasjon til veileder i endringsprosessen rettet mot overvektige barn. Jeg ønsker derfor med min studie å undersøke hvilke aspekter foreldre anser som betydningsfulle i veiledning ved deres overvektige barn. Mitt hovedfokus er å gå i dybden og få frem foreldrenes refleksjoner, erfaringer og meninger. Jeg ønsker ikke at foreldrene kun skal evaluere tidligere opplevelser, men også komme med egne ideer og ønsker. Sett i lys av dette, håper jeg at resultatet av denne studien kan bidra til ny kunnskap, hvor brukerperspektivet belyses, samt som et supplement i videreutvikling og optimalisering av kommunale tiltak rettet mot behandling/forebygging av overvekt og fedme blant barn.

Problemstilling

Hvilke aspekter foreldre identifiserer som viktige i veiledningen de tilbys knyttet til sitt overvektige barn?

Forskningsspørsmål:

Hva opplever foreldre er viktig ved veiledning av sitt overvektige barn?

Hvilken betydning har relasjon mellom veileder og bruker for effekt av veiledning?

Hvilket innhold i veiledningen oppleves som relevant og viktig?

2.0 Teori og teoretisk fundament

I dette kapitlet vil jeg belyse teori og teoretisk fundament som inngår i oppgaven. Kapitlet vil først beskrive relevant teori innen forebyggende helsearbeid og helseopplysning, og veiledning som metode. Dette for å belyse teorien om vår helseatferd og hvilke faktorer som kan påvirke denne, med hovedfokus på individnivå. Jeg skal videre beskrive Banduras (1977) sin sosialkognitive teori som tar utgangspunkt sosiokulturelt- og kognitivt læringssyn. Deretter belyse dens relevans i forklaring av hvilke faktorer som påvirker bedring av vår helseatferd, da via en endringsprosess. Til sist vil de ulike stadiene i en atferdsendring bli presentert.

2.1 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid er et begrep som både omhandler å fremme helse og å forebygge sykdom (Mæland, 2005). Tidligere dreide helsearbeid seg i hovedsak om sykdomsforebygging, mens det i dag retter seg mer mot helhetstenkning, helsefremming, ressurser og salutogenesetenkning (Tveiten, 2007a). Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er to begreper som ofte blir oppfattet som identisk og brukes om hverandre og det er derfor viktig å avklare deres betydning. I denne studien skal helsefremmende arbeid forstås som arbeid som fremmer folks helse og bidrar til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet (Mæland, 2005). Sykdomsforebyggende arbeid fokuserer på å redusere eller fjerne de risikofaktorer som øker sannsynlighet for skade, sykdom eller død (Mæland, 2005).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer, i Ottawa charteret, helsefremmende arbeid som “prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over eller forbedre sin helse. For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov eller mestre sitt miljø” (Mæland, 2005, s.66). Med andre ord betyr det at helsefremmende arbeid handler om å gi den enkelte personen bedre kontroll over hvilke forhold som påvirker deres helse og livskvalitet. For å lykkes forutsetter det at man både fokuserer på gruppe – og individnivå. På gruppenivå kan helsefremmende arbeid eksempelvis være å fremme mulighet for økt fysisk aktivitet i nærmiljøet gjennom godkjente lekeplasser,

tryggscolevei, eller tilbud om frukt- og grønt i skolen (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011). Mens på individnivå kan det være å styrke personlige ressurser gjennom økt bevisstgjøring som kan gi et individ større mulighet til å ta valg som fremmer helse, egenmestring og kan skape forsterket tro på dem selv.

Sykdomsforebyggende arbeid på sin side har som målsetting å forhindre eller eventuelt utsette sykdom hos friske individer, å hindre at sykdom kommer tilbake eller utvikler seg videre, og å redusere de følgene sykdommen har for kroppslig funksjon og livskvalitet (Mæland, 2005). Eksempel på sykdomsforebyggende arbeid kan være ulike tiltak for å forebygge eller redusere overvekt som senere kan medføre helsekonsekvenser og kroniske sykdomstilstander (Øverby et al., 2011). Det vil både innen helsefremmende – og sykdomsforebyggende arbeid være nyttig og fokusere på tiltak som fremmer positiv helseatferd.

Helseatferd er et sentralt begrep innen helsefremmende arbeid og kan beskrives som atferd som påvirker helsen i ulik grad (Mæland, 2005). Helseatferd kan defineres som: “enhver aktivitet hos en person som oppfatter seg selv som frisk, og hvor målet er å forebygge eller oppdage sykdom før den bryter ut” (Kasl & Cobb, 1966 referert i Espnes & Smedslund, 2001, s.78). Det betyr at helseatferd fokuserer på elementer som styrker helsen. Forskning viser at økt kunnskap om hvilken sammenheng det er mellom helse og atferd kan gjøre det lettere for hver enkelt å velge en livsstil som medfører god helse (Prescott & Børtveit, 2004). Kognitive og sosiale faktorer som holdninger, intensjoner, subjektive normer og mestringsforventning, kan se ut til å være viktige for helseatferden. I tillegg til eksterne faktorer som tilgjengelighet og priser på sunne matvarer, røykeloven og tilrettelagde sykkelstier (Mæland, 2005).

Denne oppgaven retter seg både mot sykdomsforebyggende arbeid da målet er å forebygge overvekt og fedme blant barn, og mot helsefremmende arbeid som er prosessen som gjør folk i stand til å bedre eller bevare sin helse, altså bedre sin helseatferd (Mæland, 2005). Oppgaven retter sitt fokus på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid på individnivå da jeg ønsker å undersøke den aktuelle brukerens behov.

2.2 Helseopplysning og veiledning

Helseopplysning kan fungere som et viktig virkemiddel i det forebyggende helsearbeidet (Mæland, 2005). Opplysningsarbeidet både kan rette seg mot befolkningen som helhet, spesielle grupper og mot enkeltpersoner. Det finnes ulike former for helseopplysning som blir brukt avhengig av målgruppe, formål og ideologisk innstilling til forebyggende helsearbeid og pedagogisk metode. Man kan nytte helseopplysning som helseundervisning i skolen, via massemedier til befolkningen, som pasientundervisning i sykehus og i helsesamtale mellom en rådgiver og en bruker.

I denne oppgaven er fokuset på helseopplysning i form av helsesamtale. I den forbindelse er det viktig å avklare bruken av begrepene “helsesamtale” og “veiledning”, som nyttes mye på tvers av hverandre, for å unngå forvirring. En helsesamtale har til hensikt å kartlegge hvilke behov, problemer og ressurser en bruker har, samt å hjelpe vedkommende til å foreta valg (Mæland, 2005). Denne prosessen skal skjer på brukerens egne premisser, hvor veilederen skal ha en rolle som rådgiver og samtalepartner. Veiledning på sin side har noenlunde samme betydning og kan defineres som: “en pedagogisk og relasjonell prosess med oppdagelse, læring, vekst og utvikling som mål, og der den lærende er i fokus. Veiledningens hovedform er dialog” (Tveiten, 2002, s. 24). For oppgavens problemstilling belyser begrepene to sider av samme sak og for å unngå å skape forvirring for leseren og for å holde meg til et begrep vil “veiledning” bli brukt. Da oppgaven har fokus på foreldre av overvektige barn, gir ikke begrepet “pasient” riktig beskrivelse av deres rolle. “Bruker” kan forklares som en person som benytter seg av en relevant tjeneste i en eller annen form (Helsedirektoratet, 2016a). Av den grunn vil jeg benytte “bruker” istedenfor “pasient” da jeg anser det som mer passende.

Det er viktig å merke seg at helseopplysning, her i en veiledning, ikke bare handler om å formidle kunnskap, men også bygger på kommunikasjon og læring. Hensikten er å påvirke folks holdninger og gi dem økt kunnskap slik at de selv kan tilegne seg vaner og gjør valg som vil være helsefremmende og føre til et bedre liv (Mæland, 2005). Helseopplysning kan derimot oppfattes mot sin hensikt ved at man føler en økt psykologisk belastning, som skaper skyldfølelse og frykt. Hovedintensjonen med veiledning er at den som veiledes skal ha en aktiv rolle med tanke på egen utvikling og læring, og det er viktig at den som veiledes selv skal finne sin egen vei (Tveiten, 2002). Når veileder og bruker sammen utforsker hvilke

valgalternativer og hvilken livssituasjon brukeren er i, kan dette bidra til økt selvinnsikt i egen tankemåte, vurderinger og holdninger for brukere (Mæland, 2005). Det er viktig at man kartlegger eventuelle faktorer i livssituasjonen som er positive og hvilke som kan skape problemer. Veileder må vise respekt for at det er brukeren som skal ta helse relaterte beslutninger, og heller bidra til klargjøring av hva de enkelte valgene innebærer (Mæland, 2005).

Når det gjelder vektrelaterte problemer blant barn viser forskning at foreldre spiller en sentral rolle i forebygging og behandling, noe som gjør det naturlig å inkludere dem i veiledningsprosessen av barna deres (Golan & Crow, 2004). Foreldrene er eksperter på sine barn, og desto yngre barna er desto større påvirkningskraft har vanene deres på barnet. Fra barna blir født og gjennom hele oppveksten har foreldre direkte kontakt med barna og foreldrenes oppførsel, etablerte holdninger og vaner, vil derfor påvirke barnas fysiske og sosiale miljø (Orbell & Verplanken, 2010). I tillegg til foreldre påvirkes de av venner, familien og miljøet. Foreldrene spiller også en viktig rolle i forhold til å øke barnets mestringsevne, redusere problematferd og øke emosjonell, personlig og kognitive utvikling (Golan & Crow, 2004). Da barns atferd i stor grad gjenspeiler sine foreldre, kan endring av foreldrenes atferd være tilstrekkelig tiltak for å påvirke barnas vaner (Orbell & Verplanken, 2010; Tveiten, 2007b).

Foreldrene er videre sentrale ved oppfølging og iverksetting av ulike tiltak som er rettet mot deres overvektige barn (Golan & Weizman, 2001). Noen foreldre trenger mer støtte og hjelp enn andre og det er derfor viktig at familien selv får muligheten til å definere hva de behøver hjelp til. Veiledningen kan da fokusere på hva foreldrenes og familiens ressurser (Tveiten, 2002, 2007b). I en slik prosess er det viktig at veileder fremmer empowerment av brukeren. Mæland (2005) mener at dette vil føre til økt følelse av kontroll over eget liv, noe som er sentralt for mestringsevne og selvfølelse. Empowerment kan defineres som:

En sosial prosess som innebærer å erkjenne, promotere og forbedre folks evner til å møte deres egne behov, løse egne problemer og mobilisere de nødvendige ressurser [de trenger] for å føle at de har kontroll over sine egne liv. En enklere definisjon er at empowerment er en prosess som hjelper folk til å ha kontroll over faktorer som påvirker egen helse (Gibson, 1991, p. 359).

Sentrale prinsipper innen empowerment er å aktivt lytte til brukeren og skape en dialog med brukeren i sentrum med fokus på likeverd. Det er viktig at det skapes felles forståelse av brukerens situasjon, i tillegg til rundt handling eller forandring som skal skje. I den forbindelse er det viktig at veileder og bruker snakker samme språk og legger sin kommunikasjon på et gjensidig kunnskapsnivå. Kunnskapsnivået til brukeren har bare de siste 10-15 årene økt mye da man i større grad har tilgang til informasjon i dag via internett og sosiale medier (Tveiten, 2007a). Tveiten (2007a) fremhever at tidligere ble helsepersonellet oppfattet mer som ekspert styrt og med en mer paternalistisk rolle enn hva man ser i dag. Med paternalistisk menes at veileder gjerne fremtrer med holdningen “jeg vet best hva du trenger”, uten å faktisk utforske og spørre vedkommende selv hva den ønsker og trenger.

Brukeren bør i større grad ses på som en aktiv samarbeidspartner snarere enn en målgruppe (Mæland, 2005). På denne måten skapes det en selvforsterkende sosial prosess hvor identitet, tilhørighet og selvfølelse øker hos de innblandede. Mæland (2005) fremhever viktigheten av at helsearbeidet ikke må følge en bestemt plan, men heller være fleksibelt og tilpasses de lokale forhold og skapes gjennom en kontinuerlig prosess. Når individet opplever å ha styrke og makt over forhold i eget liv vil det kunne mobilisere handlingskompetanse, kunnskap, ferdigheter og ressurser til å gjøre helsefremmende valg for sitt liv, og sannsynlig oppleve økt grad av mestring.

Tanken bak begrepet empowerment er at mennesket er ekspert på seg selv og det legges derfor stor vekt på brukermedvirkning i veiledning som bygger på empowerment. Brukermedvirkning forklares som brukerens rett til å medvirke og tjenestenes plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes utfordring (Helsedirektoratet, 2016a). I en empowerment prosess skal det enkelte individ selv finne sin løsning uten at noen sier hva som er best for dem (Tveiten, 2007a). For å få bedre innblikk i foreldrenes egne ønsker og motivasjon, samt faktorer de mener er av betydning for en vellykket veiledning, kan man ta i bruk ulike samtalemetoder, eksempelvis “motiverende intervju” (MI) (Barth, Näsholm & Sjøbu, 2007).

Motiverende intervju ble utviklet av psykologene Stephan Rollnick og William Miller i 1983, og er effektiv og empatisk metode for samtaler om mestring, motivasjon og atferdsendring.

Grunnverdiene aksept, nysgjerrighet, medfølelse og partnerskap bidrar til å skape en god relasjon mellom veileder og bruker. Dette øker sannsynligheten for å hente ut brukerens egen motivasjon, evner, verdier og ressurser som trengs for å lykkes med endringen. Metoden fremmer samarbeid, interesse, og pasientens autonomi (Arkowitz & Miller, 2008; Helland et al., 2003). Analyser av MI-samtaler viser at samtalemetoden bidrar til endringsprosess for brukeren (Helsedirektoratet, 2016b).

En vanlig utfordring for profesjonelle hjelpere er å formidle velmente råd og informasjon som brukeren ikke følger (Barth et al., 2007). Når en helper opplever at en person gjør noe som ikke anses som helsemessig eller unnlater å gjøre noe som vil fremme dens helse, vekkes ofte en korrigeringsrefleks hos han. MI er derimot konstruert dithen at brukeren selv får mulighet til å fremme hvilken endring han ønsker, og deretter overtale seg selv til å gjennomføre den bestemte endringen etter dens egne premisser. Det tyder på at det man selv sier er det man lytter mest til og opplever som viktig og sant. Når man har kartlagt hvilke vaner som skal endres behøves økt kunnskap om helsemessig atferd. Hvordan vi tilegner oss denne kunnskap og hva som påvirker vår læring kan være individuelt (Helland et al., 2003).

Det finnes ikke et entydig svar på hvordan vi lærer, men man skiller ofte mellom tre teoriretninger om læring: behavioristisk læringssyn, kognitivt læringssyn og sosialkulturelt læringssyn (Helland et al., 2003). Alle læringsteoriene går ifølge Helland et al. (2003, s. 177) “ut fra at mennesket kan skaffe seg kunnskap. Det som skiller de forskjellige teoriene fra hverandre, er forståelsen av hva kunnskap er, hvor kunnskapen kommer fra, og hvordan mennesker får kunnskap”.

Det behavioristisk læringssyn, som har sitt opphav fra 1900-tallet, oppfattes som objektiv og kvantitativ der kunnskapen finnes utenfor individet (Dysthe, 2001). Her er det læreren som “eier” kunnskapen og dens rolle blir å være en formidler, en som overfører kunnskapen til mottaker. Læring forstås som en endring av atferd ved at individet gir respons på ulike ytre stimuli. Læringen kan med andre ord observeres. For at den lærende skal bli i stand til å lære deler den lærde kunnskapen opp i sekvenser av små kunnskapsbiter trinn for trinn. I et behavioristisk læringssyn ses ytre motivasjon, som straff og belønning, på som drivkrefter for læring (Dysthe, 2001). Den andre læringsteorien er *kognitivt læringssyn*.

Kognitivt læringssyn basere seg på tanken om at mennesket er grunnleggende nysgjerrig og ønsker mer kunnskap som de setter inn i et system (Helland et al., 2003). Med andre ord de prosesser som skjer inni hodet til mottakeren som fører til forståelse, tenkning, problemløsning, læring og hukommelse. Mennesket forstås som et aktivt vesen som ikke kun responderer på ytre stimuli. Kognitivt læringssyn skiller seg fra behavioristisk læringssyn ved at individet her er en aktiv deltager i egen læring hvor kunnskapen eies av både lærer og mottaker. Lærerens rolle er å være en guide som støtter mottakeren i læringsprosessen. I kognitivt læringssyn vil lærerens rolle blir å vekke mottakerens indre motivasjon, slik at mottaker selv kan finne frem til kunnskapen. Den tredje læringsteorien er *sosiokulturelt læringssyn*.

I sosiokulturelt læringssyn vektlegges at mennesket ikke lærer i et vakuum, men at læring foregår gjennom bruk av språk, som sees på som en sentral del av læringsprosessen, og deltagelse i sosial praksis (Säljö, 2001). Säljö (2001, s. 155) fremhever følgende

I et sosiokulturelt perspektiv fungerer psykologiske og fysiologiske redskaper som strukturerende ressurser som gjør det mulig for deltakere i sosiale praksiser å tolke og handle kompetent i nye situasjoner. [...] Resultatet av interaksjonen er at vi forandres som individer; det gjelder både vårt intellektuelle og kommunikative repertoar og vår måte å beherske fysiske redskaper på. Vi øker vår evne til å forstå hvordan sosiale aktiviteter er strukturert og hva de innebærer.

Dette perspektivet vektlegger sosiale rammer rundt menneskers handling, hvor interaksjoner og kommunikasjon mellom mennesker er sentralt. Læring skjer til enhver tid og sted, og skjer i hovedsak når man inntreer som en del av fellesskapet.

De tre læringsteoriene presenterer ulike tanker og holdninger til hvordan en person lærer, hva kunnskap er og hvordan forholdet mellom lærer og mottaker fungerer. Behavioristisk læringssyn vil oppfattes som det mest kontroversielle, hvor man ved bestemte ytre stimuli, får endring i atferd. Det kan derimot tenkes at endring av atferd er noe mer komplekst. En teori som beveger seg på kryss av flere læringsteorier, kan tenkes å best beskrive prosessen for bedring av helseatferd, da via en endringsprosess. For å bedre kunne beskrive denne prosessen har jeg valgt å videre presentere Banduras (1986) sosialkognitive læringsteori. Teorien inneholder deler av det kognitive læringssynet som vektlegger egne tanker,

refleksjoner og bevissthet rundt egen helse atferd og dens nytteverdi. I tillegg til deler av det sosialkulturelle læringssynet som på sin side vektlegger hvordan personens sosial rammer påvirker dens oppfattelse av kunnskap og læring. Eksempelvis barn som observerer foreldrenes måltidsvaner, og etterligner disse. Jeg anser det som nødvendig å bruke en teori som nytter deler av disse to læringssynene. Teoretisk fundament indikerer at individets helseatferd både påvirkes av hvilken kunnskap den innehar om hva som gir god helse, men og at det foreligger påvirkning fra det sosiale miljø, som familie og venner.

2.3 Banduras sosialkognitive læringsteori

Banduras sosial kognitive læringsteori belyser kognitive aspektene som påvirker valg man tar, samt de kontinuerlige samspillene mellom vår atferd og kognitive prosesser (Bandura, 1986; Mæland, 2005). En persons handler basert på kognitive forestillinger og konkrete erfaringer, samt med bakgrunn i observasjoner av andres handlinger og erfaringer. Ved hjelp av denne teorien kan man bedre forstå hvilke faktorer som er gjeldende når man ønsker å endre adferd, som i denne oppgaven vil være å bedre vår helseatferd.

I den sosial kognitive læringsteorien er mestringsforventning og resultatforventning sentrale elementer (Bandura, 1986). Mestringsforventning er en persons tiltro til egen evne til å gjennomføre en handling som er nødvendig for å forsøke og eventuelt lykkes med en endring. Resultatforventning på sin side er en persons tiltro til at en spesifikk atferd vil føre til ønsket resultat (Mæland, 2005). Resultatforventning vil i hovedsak påvirke motivasjonen til å gjøre en handling, men troen på egne evne (mestringsforventning) vil være avgjørende både i beslutning og gjennomføring av handling (Mæland, 2005). Positiv mestringsforventning medfører at man jobber litt hardere for å oppnå resultat, og vil være svært gunstig når man forsøker å endre vaner.

I følge Bandura (2004) er mestringsforventning den viktigste mekanismen for atferd. Mestringsforventning påvirkes av fire informasjonskilder: observerte representative erfaringer av andres prestasjoner (Modell – læring), fysiologiske og affektive tilstander, og egne erfaringer (Bandura, 1997; Mæland, 2005). Tidligere erfaringer er den sterkeste informasjonskilden. En persons tidligere mestringsopplevelser vil derfor senke eller heve forventningen han har når han står over for en ny oppgave. Nye erfaringer evalueres så på

bakgrunn av de tidligere opplevelsene som deretter forankrer eller modifierer eksisterende forventningene.

Observasjon av andre og deres mestring, enten den er positiv eller negativ, kommuniseres direkte eller mediert, kan påvirke egen mestringsforventning. Modell-læring, som dette ofte kalles, baserer seg på at en person observerer hvordan andre mestrer enn gitt handling, og tilegner seg deres erfaring (Mæland, 2005). Dersom et overvektig barn skal sykle en gitt distanse, kan den få økt tro på egen mestring dersom han ser et annet barn med samme kroppsfasong lykkes i oppgaven. Avstanden blir derimot større dersom et sprekere barn forteller om sin erfaring. Det er derfor viktig at “modellen” er oppnåelig eller et forbilde. Modell-læring kan være nyttig i en endringsprosess av barns vaner ved at foreldrene kan endre sine vaner ettersom barn opp til barneskolealder i stor grad imiterer foreldrenes vaner (Bandura, 1986).

Verbal påvirkning er en læringsmetode de fleste kjenner igjen fra skolegangen, hvor påvirkningsformen for å endre resultat i hovedsak skjer gjennom skrevne eller talte ord (Mæland, 2005). Dette kan foregå gjennom oppmuntrende tilrop eller saklige argumentasjoner. Formen har derimot vist seg å ha mindre effekt på endring av atferd da forventning ikke påvirkes i samme grad (Bandura, 1986).

Den fysiologiske og affektive tilstanden vil også ha ulik effekt på mestringsforventning og tilhørende atferd (Mæland, 2005). Det hender at personer lar være å gjøre en handling fordi de feiltolker kroppens signaler. Et eksempel på dette kan være at de unngår å drive med fysisk aktivitet fordi det oppleves som ubehagelig å bli andpusten. Ved positiv erfaring vil man ikke la seg stoppe når man blir andpusten, men snarer forbinde dette med mestring. I andre tilfeller frastår man fra å gjøre handlinger som medfører dårlige emosjonelle erfaringer, eksempelvis dersom man har opplevd ubehagelig hendelser i vann, som da fører til at det kreves mye for å delta på svømmetrening. I andre tilfeller kan akkurat samme emosjonelle følelse fungere som en motivasjon for å kunne komme over frykten. Dette avhenger i høy grad av hvilken forventning man har til å mestre dens slags utfordring (Bandura, 1997).

Den beste måten å styrke egen mestringsforventning er gjennom opplevelse av å lykkes (Mæland, 2005). Dersom man har høy mestringsforventning forklares ofte mislykkede forsøk

i dårlig valg av strategier, situasjonelle faktorer eller skuffende innsats, mens ved negativ mestringsforventning vil det mislykkede forsøket ofte forklares i manglende evner (Bandura, 1997). Hvordan utfallet av et mislykket forsøk påvirker mestringsforventning avgjøres derfor av hvilken årsaksattribusjon som genereres. Det er viktig i atferdsendring at man derfor ikke setter for høye mål og arbeidsoppgaver som øker sannsynligheten for å mislykkes og økt negativ mestringsforventning.

Den sosialkognitive læringsteorien til Bandura (1986) viser hvordan tro på egen mestring påvirkes av hvilke erfaringer og forventninger man har til en oppgave. Dette betyr at til og med personer med relevante evner og forutsetninger kan mislykkes i en oppgave dersom de ikke har tro på egne ferdigheter. Motsatt kan personer som har stor mestringserfaring gjennomføre nærmest umulige oppgaver.

Det er viktig å rette bevissthet mot det faktum at høy mestringsforventning på et område ikke betyr at personen har dette på alle områder. En veileder bør derfor kartlegge hvilke forventninger brukeren har til en gitt handling. Selv om en bruker besitter dårlig erfaring med å redusere sin vekt, kan en bruker ha god erfaring innen det å øke sitt aktivitetsnivå. Høy eller sterk mestringsforventning, kan derfor stimulere til økt innsats og utholdenhet for oppgaven som skal gjennomføres. Det er nyttig om veileder deler brukerens målsetting opp i flere delmål for å stimulere evner til mestring. Kravet til hvert mål må gjenspeile brukerens evner og ressurser. Veileder kan også hjelpe brukeren å redusere dens forventninger til utfallet, gjennom for eksempel å redusere vektreduksjonsmålet fra 10 kilo på tre måneder til fem kilo. Det er også viktig å kartlegge foreldrenes vaner og benytte seg av empowerment for å sette foreldrene i førersetet for prosessen som skal gjennomføres.

I dette delkapittel har jeg identifisere hvilke faktorer som er gjeldende når man ønsker å endre helseatferd og vedlikeholde nye vanene. Videre vil jeg beskrive hvordan denne endringen skjer gjennom en prosess som foregår gradvis.

2.3.1 Stadier for atferdsendring

I følge psykoterapeutene Proschaska og Diclemente (1984) går personer igjennom samme stadier i en endringsprosess, uavhengig av hvilken atferdsendring og psykoterapeutisk metode (kognitiv terapi, gruppeterapi, familierapi, stressmestring) som blir benyttet. Disse stadiene

for atferdsendring blir beskrevet i en transteoretisk modell (Proschaska & Diclemente, 1984). Modellens belyser seks stadier som følger hverandre i en gitt rekkefølge, men under selve prosessen vil mange gå frem og tilbake mellom de ulike stadiene (Mæland, 2005). Modellen ble introdusert på samme tid som Motiverende Intervju og kombineres gjerne med denne metoden (Barth et al., 2007). Jeg vil videre presentere modellens seks stadier.

Det første stadiet i modellen er *før-overveielser (ignorering)*. I dette stadiet opplever ofte personen at sin nåværende atferd er uproblematisk, og viser derfor lite interesse for opplysning. Personen har i dette stadiet ingen ønsker eller tanker om å endre atferden. Dersom personen får økt helseopplysning, kan det derimot bidra til å sette i gang en prosess som videre kan motivere til endring. Eksempelvis kan økt oppmerksomhet blant foreldre om at endring av barnas kostvaner kan være helsemessig gunstig for forebygging av barnets overvekt, stimulere til ønske om å sette i gang en endringsprosess (Proschaska & Diclemente, 1984).

Når man er åpen for å begynne en endringsprosess beveger man seg over til andre stadiet som er *overveelse*. Det er i dette stadiet at personen erkjenner at nåværende atferd er problematisk. Personen har da startet en tankeprosess om endring, men ikke tatt noen forpliktende beslutninger. I dette stadiet er personen mer åpen for påvirkning, men det er viktig at personen får veie gevinster av endring opp mot tap. Stadiet avsluttes når personen har dannet en intensjon om endring. Tre faktorer som påvirkning det kognitive er her gjeldende: resultatforventning ("Hva vil skje om atferden endres?"), normativ påvirkning ("Hva synes andre jeg bør gjøre?") og mestringsforventning ("Vil jeg klare det?") (Proschaska & Diclemente, 1984).

I det tredje stadiet, *forberedelse*, har personen tatt en beslutning om hvilken atferd han ønsker å endre, og starter planlegging for hvordan det skal gjøres (Mæland, 2005; Proschaska & Diclemente, 1984). I dette stadiet fokuserer personen på å lage en solid plan som tar for seg hvordan endringen skal gjøres, når det skal gjøres, hvilken støtte han har underveis i prosessen og hva som kreves av personlige ressurser. I denne planen vil det komme frem hvilken motivasjon personen har for endring. Er det ytre omstendigheter og støtte fra andre som er viktig, eller mener personen at endringen er selvbestemt der han vektlegger egne forpliktelser og motivasjon? Veileders rolle er på dette stadiet å guide personen slik at den

setter seg realistiske mål som vil være oppnåelige, og som da i større grad vil stimulere til mestring.

Det fjerde stadiet er *handling*. I dette stadiet gjennomfører personen endringen den har planlagt, og dette krever oppmerksomhet og energi (Mæland, 2005; Proschaska & Diclemente, 1984). I denne fasen kan det være nyttig å kontrollere at man får effekt av det man gjør, og det er derfor viktig at man i tredje stadiet setter mål som er kontrollerbare, eksempelvis vektkontroller eller antall spiste epler ved ønske om å spise mer frukt. Det er viktig at personen blir forberedt på at handlingsfasen er krevende og at tilbakefall snarere er regelen enn unntaket (se tilbakefall under).

Den femte og nest siste stadiet er *vedlikehold*. Etterhvert som den nye atferden automatiseres blir den en rutine (Mæland, 2005; Proschaska & Diclemente, 1984). I dette stadiet fokuseres det på å hindre tilbakefall slik at atferden sakte men sikkert blir innarbeidet, og omdannes til personens nye vaner. Mange faller derimot tilbake til de gamle vanene de har som mål å endre i løpet av prosessen, og beveger seg da inn i det sjette og siste stadiet som er *tilbakefall*. I en startfase er det mer krevende å holde på den nye atferden enn i selve endringsfasen (Marlatt & Gordon, 1985 referert i Mæland, 2005). Det er størst sannsynlighet for tilbakefall når man møter motstand de to til tre første månedene i endringsprosessen. I slike situasjoner er det viktig å lage en plan B. Hva gjør man dersom det regner den dagen man skal ut å gå tur? Tar man på seg regnjakken og går, eller blir man sittende i sofaen? Kan man trø litt på ergometersykkelen som står inne istedenfor?

Ved stadige *tilbakefall* reduseres mestringsforventningen og kontrollen (Mæland, 2005). Det er viktig å snakke om hvordan man forholder seg til tilbakefall. Resulterer glippen i at man dropper videre endring og faller tilbake for godt, eller aksepterer man at man har hatt en liten glipp, men fortsetter arbeidet der man slapp. Sistnevnte vil trolig føre til økt mestring der og da, men også en positiv mestringsforventning ved neste tilbakefall, da personen ser hvilke indre ressurser den besitter. Tidligere erfaringer vil være nyttige for at personen skal sette seg realistiske mål som stimulerer til mestring. Dette vil være av stor betydning for å unngå slike tilbakefall.

For å eksemplifisere denne prosessen vil jeg nå ta utgangspunkt i endring av aktivitetsvaner, for å bedre aktivitetsnivået i en familie. I føroverveiellesfasen tenker familien lite på hvordan sine aktivitetsvaner påvirker deres helse. Ved å få økt opplysning av helseeffektene ved økt aktivitets nivå, som eksempelvis vektreduksjon og mer energi, starter de en prosess hvor de vurderer å endre sin nåværende vane. De veier gevinster av å drive fysisk aktivitet mot tapet av mindre tid i sofakroken. Familien er nå i overveiellesstadiet. Dersom familien i denne prosessen avgjør at gevinsten av å øke sitt aktivitetsnivå til gir mer nytte, trer de inn i planleggingsfasen. I denne fasen blir det viktig for familien å lage seg en konkret plan for hvordan de ønsker å gjennomføre endringen. Planen bør være målbar og realistisk i forhold til familiens ressurser. Dersom familien aldri er aktive, vil det være lite realistisk å starte med trening seks ganger i uken. Familien kan veiledes til å sette mål som er mer realistisk. Dette kan eksempelvis være å gjøre en familieaktivitet to ganger i uken. Ved å sette seg realistiske mål, krever den nye atferden mindre tilpassing i familiens hverdag og reduserer sannsynligheten for tilbakefall. Deretter kommer handlingsstadiet hvor planen skal gjennomføres og familien skal være aktive to ganger i uken. Videre starter prosessen med å vedlikeholde den nye atferden. Dette kan være en krevende prosess hvor man kan enkelt kan få ett tilbakefall til gamle vaner, dersom man ikke yter innsats og holder seg til planen. I denne prosessen vil det være nyttig for familien å lage seg en plan B. Hva gjør vi dersom det regner og vi ikke ønsker å gå tur? Kan vi finne på noe inne? Eventuelt hva? Etter mye øving vil til slutt familieaktiviteten bli en vane.

I dette delkapittelet har jeg beskrevet de ulike stadiene den aktuelle personen gjennomgår i en atferdsendring og innholdet i hver enkelt av dem. Videre vil jeg se på betydningen av relasjon mellom bruker og veileder i denne prosessen.

2.4 Betydning av relasjon til veileder

En nøkkelfaktor i helsetjenesten er å ha god kommunikasjon mellom brukere og behandlere, enten det handler om behandling, diagnose eller forebygging (Mæland, 2005). Samtalen må bygges på pasientens reelle behov ved veiledningen. For å kunne skape en åpen og positiv atmosfære er det avhengig av at veileder evner å vise tillit, åpenhet og empati. Tillit er viktig for at brukeren skal tørre å åpne seg og bringe frem den informasjonen som er nødvendig, selv om informasjonen ikke går overens med den generelle oppfatningen i samfunnets om hva

som anses som “sunn” livsstil. For å få dette til må veileder opptre med respekt og gi brukeren en følelse av kontroll, ansvar og egenkompetanse (Mæland, 2005).

For å få til en god kommunikasjon er det viktig at det foregår en toveiskommunikasjon, hvor brukeren opplever at han får fremme sine ønsker og synspunkter, han blir sett, lyttet til og forstått. Disse faktorer er viktig for at brukeren kan føle en trygg relasjon til veileder (Finset, 2013). Veilederens holdninger til personer med overvekt kan i noen tilfeller komme i veien for å få til en god dialog. Det viser seg at voksne med fedme i stor grad føler seg stigmatisert og føler at helsepersonellet pålegger dem all skyld for deres overvekt (Øen, 2012c). Studier viser at pasienter med høy KMI opplever at de mottar mindre respekt fra sin lege (Huizinga et al., 2009). Wigton og McGaghie (2001) viser til utbredt oppfatning at personer med overvekt og fedme er mindre intelligente, ulykkelige og mangler selvkontroll. En norsk studie indikerer at et betydelig antall leger mener at pasienter med en dårlig livsstil, bør ha lavere prioritering ved tilbud av helsetjenester (Bringedal & Feiring, 2011). Negative erfaringer i møte med helsetjenesten kan for mange føre til manglende tro på seg selv, og manglende tillit til at helsepersonalet egentlig er interessert i å hjelpe. Disse erfaringene kan medføre at vedkommende vegrer seg for å søke hjelp dersom deres barn utvikler overvekt.

I følge Walker et al. (2007) er det legers og sykepleiernes plikt å ta opp temaer knyttet til et barns overvekt. Helsepersonellet i studien identifiserte flere barrierer for dette arbeidet, blant annet at de var bundet tidsmessig, at de manglet opplæring og ressurser. Videre var de bekymret for at relasjonen dem imellom og deres forhold til klinikken kunne forverres ved å ta opp et slikt sårbart tema. Sykepleiere og allmennlegene følte seg også for dårlig utrustet til å behandle fedme blant barn da det fortsatt er lite forskning som kan konstatere at intervensjoner virker over tid. I tillegg var de skeptiske til om trening og kosthold ville ha betydning for barnets vekt (Walker et al. (2007). Turner, Shield og Salisbury (2009) fant de same barrierene som gjeldende, i tillegg viser de at sykepleiere og leger i helsestasjonene ikke anser primærhelsetjenesten som en effektiv behandlingsarena for barnefedme.

I motsetning til legene og sykepleierne mener foreldre at primærhelsetjenesten er en egnet arena for behandling av barnefedme, men de er tilbakeholdne med å konsultere tjenesten i frykt for å bli klandret for deres barns vekt og av bekymring for deres barns psykiske velvære (Turner, Salisbury & Shield, 2011). Foreldrene stiller seg også noe kritisk til om legen har

nok kunnskap, ressurser og tid til å håndtere barnefedme. Foreldrene i studien har ulik oppfatning om i hvor stor grad de opplever møte med lege som nyttig, og oppsummert viser det seg at skolesykepleierne og allmennlegene tilbyr ulik form for støtte.

Studiene ovenfor viser at det kan være mye å hente på å utvikle ferdigheter hos helsepersonell, som bedre kommunikasjon og relasjon, men også å fremme betydningen av veileders holdninger til problematikken. Det kan tenkes at foreldre som opplever negative holdninger hos veileder, ikke tørr eller ønsker å åpne seg om familiens utfordringer. Dette kan redusere kvaliteten på veiledning da foreldrenes behov ikke ligger til grunn.

3.0 Metode og metodiske overveielser

I dette kapitlet gjør jeg rede for hvilken metodisk tilnærming som ligger til grunn for denne masteroppgaven. Forskning påvirkes av en forskers erfaringer, opplevelser og teoretiske ståsted og det er derfor viktig å belyse forskerens vitenskapelige ståsted og fremheve at valg av teori og utvalg for innsamling av datamateriale er subjektivt. Dette kapitlet presenterer de ulike valgene jeg har foretatt gjennom hele forskningsprosessen. Jeg vil først gi en kort presentasjon av valg av design og vitenskapelig ståsted. Deretter vil jeg presentere min datainnsamlingsprosess fra utarbeidelse av intervjuguide, rekruttering av informanter til datainnsamling og analyseprosess. Til slutt vil det foreligge etiske overveielser, og metodens begrensninger, studiens troverdighet og overførbarhet.

3.1 Design og vitenskapelig ståsted

Valg av metode er valgt med ønske om å få kunnskap om informantenes tanker og erfaringer rundt hva de selv mener er nyttig ved en veiledningssituasjon og dens innhold. Hva føler de fungerer/funcer ikke? Er det noe de skulle ønske var annerledes? For å best kunne tilegne meg kunnskap om dette har jeg valgt å benytte kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. Målet er å utvikle en samtale der det informantene får en stemme, og ordene formidler kunnskap og egenskaper til det man snakker om (Malterud, 2011). Det er viktig for denne studien da det tillater forskeren å forstå hvordan deltakerne opplever sine erfaringer og får frem informantens perspektiv. Jeg anser denne metoden som god da den egner seg godt til studie av temaer som det stilles store krav til åpenhet og fleksibilitet, og som det er lite forskning på fra før (Thagaard, 2009).

Empirisk fenomenologi brukes som et veiledende perspektiv fordi det innebærer å utforske “levde opplevelser” av flere deltakere om et bestemt fenomen (Merriam, 2009). En fenomenologisk tilnærming betyr å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer og forståelse av et fenomen (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Menneskers erfaringer og opplevelser av en situasjon, og deres tanker og følelser har betydning for den aktuelle situasjonen. Målet er å identifisere informantens eksakte beskrivelser og belyse dens mening og forståelse. Jeg gjennomførte semi-strukturert intervju basert på en intervjuguide (se vedlegg 1) som omfatter tema og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet med

metoden er å innhente kunnskap som kan belyse og besvare problemstillingen. Dette gjøres ved åpne spørsmål med fokus på tema i forskningsintervjuet.

3.2 Min forforståelse

Som masterstudent har jeg utviklet en forforståelse for oppgavens tema. Det er ikke å unngå at analyser og konklusjoner av datamateriale vil ha en subjektiv stemme, som reflekterer en forskers valg av teoretisk rammeverk og vitenskapelig ståsted. Det har derfor vært viktig for meg å sette meg godt inn i temaet, og forsøke å ha et åpent syn uten fordommer når jeg inntok rollen som forsker. På den måten ønsket jeg å redusere muligheten for å overse eller gjøre antagelser uten at det fantes grunnlag for det.

Jeg har opparbeidet meg forforståelse for temaet gjennom min bachelorutdannelse i ernæring, samt i min tid som masterstudent i Helsevitenskap. Videre har jeg fått økt forståelse og interesse for temaet gjennom min jobb i Frisklivssentralen, der jeg jobber med endring av livsstil og har en rolle som veileder. I løpet av de siste årene har jeg lest mye litteratur for å tilegne meg mer kunnskap og har reflektert mye over temaet gjennom samtaler med venner, familie, kollegaer på frisklivssentralen, fysioterapitjenesten og sammen med kommunale helsesøstre.

Det har vært viktig for meg å reflektere sammen med andre kompetanseområder for å utvide mitt eget syn på området. Malterud (2011) hevder at ved å ha for stor nærhet til stoffet så kan dette være et hinder for kritisk refleksjon, samt det kan føre til at man stadig søker kjente erfaringer i datamateriale. Nærhet til stoffet kan også opptre som en styrke da man i større grad evner økt forståelse og innsikt i problemstillingen. Det har derfor vært viktig for meg å rette min bevissthet mot det faktum at min forforståelse i stor grad kan påvirke min oppfattelse av det informantene mine forteller (Malterud, 2011). Dette har ført til at jeg i større grad har evnet å stille kritiske spørsmål og reflektert rundt mine metodiske avgjørelser underveis i prosessen. Jeg har ofte luftet mine tanker og ideer med medstudenter, kollegaer, venner og veileder for å undersøke andre synsvinkler for temaet.

3.3 Utvalg og rekruttering

I denne deler blir oppgavens utvalg og rekrutteringsprosess grundig beskrevet.

3.3.1 Utvalg

For å besvare problemstilling valgte jeg å intervju foreldre av overvektige barn som går i 1-7 klasse. Dette fordi barn i dette alderstrinnet fortsatt er så unge at de blir påvirket av sine foreldres vaner og verdier. Det kan være mer utfordrende for foreldre til ungdomsskolebarn å endre deres vaner da disse i større grad er selvstendige (Orbell & Verplanken, 2010).

Jeg hadde følgende inklusjonkriteriene:

- Foreldre til barn som har en Iso-KMI på over 25.
- Foreldre til barn i 1-7 klasse, både jenter og gutter, da barn i den alderen enda er under stor påvirkning fra foreldrene sine (Orbell & Verplanken, 2010).
- Snakke godt norsk. Dette fordi jeg ikke hadde mulighet til å innhente tolk i dette prosjektet.

Utvalget kan karakteriseres som et strategisk utvalg. I følge Malterud (2011) er et strategisk utvalg sammensatt slik at det kan belyse det problemet som er aktuelt på en best mulig måte. Utvalget besto av foreldre som hadde barn med KMI på over 25 og var derfor relevante informanter til å besvare min problemstilling. Utvalget besto både av mødre og fedre til barna.

3.3.2 Rekruttering

Informantene i denne studien ble rekruttert gjennom en helsesøster i informantenes hjemkommune. Helsesøstrene foretok måling og veiing av alle barn i førskolealder og tredjeklasse, noe som gjorde at de hadde en oversikt over hvilke foreldre som kunne være aktuelle for deltagelse i studien.

Jeg fikk delta på et personalmøte i hver av kommunene og fortelle litt om studien, hvilke inklusjonskriterier som var gjeldene, samt gi ut et informasjonsskriv og samtykkeskjema som helsesøstrene kunne gi til aktuelle informanter. Helsesøstrene spurte så foreldre som gikk

under inklusjonskriteriet om å delta i studien. Når en informant takket ja ble telefonnummer hans sendt til meg slik at jeg kunne ta kontakt med informant og avtalte tid og sted for gjennomføring av intervju.

3.3.3 *Intervju*

Jeg gjennomførte semistrukturerte intervju med fem foreldre. Semistrukturerte intervju benyttes gjerne når forskeren har et bestemt sett av spørsmål som han ønsker å belyse (Polit & Beck, 2008). Denne intervjuformen baserer seg på en intervjuguide, der forskeren kan variere mellom rekkefølgen på spørsmålene og temaene, i tillegg til å ha mulighet til å stille oppfølgerspørsmål. Den utarbeidet intervjuguide har som hensikt å være veiledende for tema under intervjuet, men forskeren har selv mulighet til å bevege meg fritt i intervjuguiden (Johannessen et al., 2010). Dette er gunstig da det kan oppstå nye og spennende data underveis i intervjuet.

Før jeg begynte med selve datainnsamlingen gjennomførte jeg et prøveintervju. Prøveinformant var representativ i forhold til problemstilling og inklusjonskriterier. Hensikten med prøveintervjuet var å finne ut hva som fungerte, eventuelt hva som ikke fungerte ved intervjuguiden og intervjusituasjonen. Det var viktig at spørsmålene var konkrete, presise og ikke tvetydige spørsmål. Dette er viktig for å opprettholde validiteten. Prøveintervjuet ble gjennomført slik at jeg hadde mulighet til å gjøre forbedringer i forkant av datainnsamlingen. Data fra prøveintervjuet inngår ikke i oppgaven. Gjennom prøveintervjuet erfarte jeg at de fleste spørsmålene var åpne og fungerte godt, men at flere spørsmål var svært like, noe som førte til mye gjentakelse i svarene, samt unødvendig bruk av informantens tid. På bakgrunn av prøveintervjuet gjorde jeg endringer slik at spørsmålene i større grad ble konkretisert.

Jeg gjennomførte totalt fem forskningsintervju. Mine informanter var fem foreldre, en far og fire mødre. Alle hadde barn mellom 6 og 12 år med påvist overvekt eller fedme. Alle intervjuene ble gjennomført på lokale kontorer i informantens hjemkommune. Da informant ble oppringt for avtale av intervju fikk de selv velge om de ønsket dagtid eller kveldstid slik at det skulle passe inn i deres hverdag. Jeg tilbydde meg også å komme hjem til dem, men alle ønsket å komme på et av de lokale kontorene. Noen av kontorene var kjente arenaer for

foreldrene og ble oppfattet som trygge, mens et av de fant sted på et lokalt treningssenter. Jeg var noe usikker på hvilke tanker de hadde angående å komme dit for å gjennomføre intervjuet, men dette så ikke ut til å påvirke informantene i noen grad.

Jeg møtte alle informantene på venterommet eller ved resepsjonen, håndhilste ved første møte og ledet vei inn til kontoret. Før jeg satt på båndopptaker snakket vi litt for å skape et trygt og positivt miljø. Jeg spurte deretter om hvor mye rekrutterende helsesøster hadde fortalt om studien. Noen husket mer enn andre, men alle var klare over hvilken hensikt studien hadde. Ingen av informantene hadde fått utdelt informasjonsskrivet som jeg hadde gitt helsesøstrene, så jeg tok meg derfor god tid til å fortelle dem nøyere hva studien gikk ut på, ut ifra informasjonsskrivet jeg hadde lagd. Da dette var gjort signerte alle samtykkeskjemaet om deltagelse i studien og at det var greit at intervjuet ble tatt opp på bånd. Jeg fortalte så at intervjuet var delt opp i to hovedtemaer og at informanten ikke måtte være redd for å si ifra dersom noen av spørsmålene var uklare eller dersom det var noe de lurte på underveis.

Intervjuet tok utgangspunkt i en intervjuguide som ikke var kjent for informanten, basert på åpne spørsmål som var knyttet til oppgavens tema. Dersom informantene kom med nyttig informasjon, ba jeg dem utdype videre, eller kom med oppfølgingsspørsmål utover det som sto i intervjuguiden. Dersom informanten kom inn på et tema som kom senere i intervjuguiden så hoppet vi litt frem og tilbake slik at samtalen fikk en fin flyt. Spørsmålene ble ikke stilt ordrett i alle fem intervjuer, men essensen av spørsmålet kom godt frem.

I etterkant av intervjuet snakket jeg og informanten litt løst rundt temaet, før jeg igjen tok informant i hånden og takket for dens deltagelse. Jeg spurte også alle informanter om tillatelse til å ringe dem i ettertid dersom jeg under transkribering så at jeg hadde glemt å spørre om noe. Dette var samtlige informanter positive til. Selve intervjuet varte mellom 40 minutter og en time og 15 minutt.

3.4 Analyse

Hvordan man går frem i analysearbeidet varierer i kvalitativ forskning fra prosjekt til prosjekt, da dette avhenger av informasjonen man søker etter (Malterud, 2011). Analyseprosessen er ikke bare avgrenset til analysering av innsamlet datamateriale, men en kontinuerlig prosess.

Den foregår gjennom hele arbeidet fra man starter i sitt forskningsfelt, til man ferdigstiller sin avhandling (Dalen, 2004; Postholm, 2005).

Jeg har valgt å ta utgangspunkt Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse. Hensikten med tilnærmingen er å dele opp intervjueteksten, slik at relevant datamateriale blir kategorisert. Dette gjøres ved å identifisere fremtredende mønstre og tema i datamaterialet. Det første jeg startet med i analyseprosessen var å lytte gjennom alle intervjuene mine på båndopptakeren. Deretter transkriberte jeg hvert enkelt intervju fra lydfiler med hensikt å gjøre en videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg begynte transkriberingsprosessen etter at jeg hadde gjennomført alle intervjuene. Jeg transkriberte alle intervjuene selv slik at jeg kunne bli bedre kjent med datamaterialet. Dette viste seg å være en tidkrevende prosess, men også svært lærerik.

Bekreftende lyder som “eeh” og “mhm” ble utelatt i de tilfeller hvor informanten stoppet sin fortelling. Dette ble gjort slik at det skriftlige materialet skulle bli mer sammenhengende, og fremstå med likhet til opptak. Følelsesmessige uttrykk, eksempelvis latter, er markert der det forekommer i teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). Alle intervjuer ble skrevet på informantens dialekt og deretter oversatt til bokmål. Dette gjort jeg for å gjøre datamateriale forståelig for leseren, ettersom noen av informantene brukte ord og uttrykk på dialekt. Da alle intervjuene var transkribert satt jeg igjen med 56 tettpakkede sider med datamateriale.

Etter jeg var ferdige å transkribere leste jeg gjennom intervjuene en gang til, der jeg reduserte teksten til mindre meningsenheter, men uten at det ble foretatt noen tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Deretter utførte jeg en meningskondensering hvor ulike koder ble identifisert. Dette gjør tekstene lettere å arbeide med, men det er svært viktig at man bevarer kvaliteten i innhold som belyser problemstilling. Videre vurdert jeg disse kodene opp mot hverandre for å se om det fantes likheter eller eventuelle forskjeller. I denne delen av prosessen benyttet jeg meg av fargekoder på de ulike intervjuene slik at det ble lettere å organisere innholdet. Videre samlet jeg alle kodene for å se om det oppstod et felles mønster, som igjen dannet sub-kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Til slutt identifiserte jeg like mønstre i de ulike sub-kategoriene og plasserte disse under felles hovedkategorier. Tabell 1 vise en oversikt over hvordan analyseprosessen foregikk. Det overordnede temaet i min studie

ble så dannet ut i fra den latente innholdsanalysen, altså tolkning av den underliggende mening og budskap identifisert i teksten, samt min egen forforståelse.

Tabell 1: Tabellen viser prosessen av analysearbeid som er utført av intervjuetekst.

Intervjuet tekst	Redusert tekst	Kode	Subkategori	Kategori
<p>Det har med måten folk imøtekomme meg på. Ja, at du føler at du blir sett og hørt. Det får meg til å føle meg trygge og ja. At du blir sett og hørt. Fordi at det er jo mange som kan ta imot deg, sant. De kan ta imot deg eh, fordi du ska på det eller det eller det. Også utstråler de at: ja versegod neste liksom. Ja det er litt sånn at de utsondre ikkje det at de har tid og ønsker, at jeg er her for deg nå. Viser det at nå er det meg og deg her å. Men det er vanskelig å sette ord på, det e bare en sånn følelse du får når du e med noen.</p>	<p>Det har med måten folk imøtekomme meg på at jeg føler at jeg blir sett og hørt. Det får meg til å føle meg trygg. [...] Det er mange som kan ta imot deg, [...] [men så] utstråle de at; ‘Ja versegod neste’. De utstråler ikke at de har tid og ønske [...] [om å være] der for deg.</p>	<p>Bli møtt med respekt, bli sett. Føle seg trygg, ikke dømmende.</p>	<p>“Hvordan man ønsker å bli møtt av veileder”</p>	<p>Møtt uten fordommer</p>

Funnene fra analysen er systematisk presentert i resultatkapittelet.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Før oppstart av prosjektet ble det undersøkt om prosjektet behøvde godkjenning både ved Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette gjort både jeg og veileder. Både REK og NSD mente at

prosjektet ikke behøvde offentlig godkjenning fra dem da datamaterialet ikke inneholder personopplysninger som navn, personnummer eller andre persontydelige kjennetegn. Jeg har heller ikke benyttet meg av databaserte tjenester hvor eventuelle e-postadresser samt IP-adresser kan spores tilbake. Jeg opplyser om informantenes kjønn, men utelater å opplyse andre bakgrunnsopplysninger som eksempelvis bostedskommune, alder, yrke eller andre sensitive opplysninger som kan føre til at informantenes identitet spores eller gjenkjennes. Da informantene kun er rekruttert fra kun to kommuner har jeg, i mine etiske overveielser, valgt å ikke presentere dem for å bevare informantenes anonymitet. Informantenes fulle navn står kun ført på samtykkeskjemaet som er oppbevart i låsbart skap.

I intervjuprosessen ble alle informanter informert om at deltagelse var frivillig og at de til enhver tid sto fritt til å trekke seg fra prosjektet dersom de ønsket, uten at det ville foreligge noen negative konsekvenser. Jeg var fleksibel med tanke på tidspunkt og sted for intervjuet for å redusere belastningen av deltagelse for foreldrene. Deltagelse i en studie kan for mange oppfattes som belastende da de må ta seg tid til dette i en ellers hektisk hverdag. Jeg opplevde derimot at informantene hadde en positiv opplevelse og følte det som nyttig å kunne bidra med egne tanker og erfaringer. Da informantene ikke hadde mottatt samtykkeskjema og informasjonsskriv på forhånd brukte jeg ekstra tid på å gå igjennom dette nøye for å unngå usikkerhet rundt studiens formål, samt hvilke forpliktelser som var gjeldende ved deltagelse.

Alle intervjuer ble overført fra båndopptaker til egen minnepenn og oppbevart i låsbart skap. Lydfilene ble deretter slettet fra båndopptaker. Lydfilene som er oppbevart på minnepenn vil bli slettet straks etter masteroppgaven er levert.

3.6 Metodens begrensninger, studiens troverdighet og overførbarhet

Validiteten sier noe om gyldigheten til resultatene og metoden som er brukt for å komme fram til dem (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien benyttet intervju som metode som er hensiktsmessig for å gi valide funn. For å øke grad av validitet ble det utført et strategisk utvalg. En slik tilnærming vil gi gyldig data om fenomenet som studeres (Malterud, 2011). For at studien skal være reliabel er det gjort rede for alle steg i forskningsprosessen. For å øke reliabilitet fikk jeg eksternt bidrag til gjennomlesning intervjueteksten for å se om de tolket teksten ulikt eller annerledes. Det blir en form for dobbeltkontroll og kvalitetssikring

(Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har gjennom hele studieprosessen fått veiledning og tilbakemelding på mitt arbeid, fra både veiledere, medstudenter og lærere via masterseminarer.

Prosjektets overførbarhet og gyldighet begrenses av antall informanter. Videre ytret noen helsesøstre at det i noen tilfeller var vanskelig å spørre foreldre om de ønsket å delta på studien da overvekt kan være et sårt tema. Det ble også nevnt at flere av foreldrene til barn hvor målingen hadde vist overvekt ikke ble forespurt om deltagelse i studien da helsesøstre selv ikke hadde ressurser til å følge dem opp i ettertid. Dette kan påvirke mine resultat da et visst antall foreldre som kunne vært aktuelle som informanter er blitt utelatt. Grunnet at studien inngår i et masterforløp har tidsbegrensninger vært en utfordring ved rekruttering av informanter, jeg ble derfor nødt til å sette en frist for at oppgaven skulle bli ferdig i tide.

Informantene i denne studien innfrir inklusjonskriteriene og er alle aktuelle for å kunne gi data for oppgavens problemstilling. Svakheten er at informanter som er rekruttert er uavhengig av blant annet kjønn og sosioøkonomisk status. Fordelingen av informantene i denne oppgaven er fire kvinner og en mann. Det er heller ikke tatt hensyn til hvilken sosioøkonomisk status de rekrutterte faller under. Dette er en faktor som kan være nok en svakhet da man i forskningen har sett en tendens til at folk av lavere sosioøkonomisk status har større forekomst av overvekt (Folkehelseinstituttet, 2016). Igjen, min studie ønsker ikke å belyse hva foreldrene har gjort "feil" tidligere, snarere hvilke visjoner og tanker de har om hvordan veiledningen kunne se ut. Dette setter foreldrene mer i førersetet og stiller dem på lik linje da ingen svar vil være mer riktig enn andre.

Deltagerne er rekruttert fra to kommuner og en helsesøster i hver av kommunene. Dette begrenser variasjonen i utvalget samt deltagerne kan også være påvirket av kommunal organisering samt personlig oppfattelse av helsesøster. Som nevnt ønsker oppgaven å se på foreldres ønsker og visjon om en optimal veiledning, derfor kan dette også ansees som positiv da tidligere erfaring også kan øke foreldres refleksjon rundt hva de da anser som optimalt.

En annen svakhet var at helsesøstre glemte å gi deltagerne informasjonsskrivet i forkant av selve intervjuet. Selv om deltagerne hadde mottatt informasjon om studiens hensikt i forkant av rekruttering var det varierende hukommelse om studiens formål da de møtte til intervjuet.

Jeg gikk derfor nøye gjennom studiens formål og informasjonsskrivet sammen med hver informant før de signerte samtykkeskjemaet slik at ingenting var uklart før start.

Når man foretar et intervju kan man aldri være helt sikre på informantens åpenhet. Dette kan heller ikke måles på noe vis. Tematikken overvekt blant barn kan være et sårt tema for foreldre, og jeg var derfor bevisst på at intervjuguide ikke skulle ta for seg “feil” foreldrene har gjort, men heller få frem deres tanker og visjon om hvordan veiledningen optimalt kunne se ut. Jeg gjennomførte derfor et prøveintervju med en informant som innfridde inklusjonskriteriene mine for å teste om noen av spørsmålene kunne oppfattes støtende eller negativt da dette kunne påvirke informantens åpenhet. Under selve intervjuet forsøkte jeg å etterspørre informanten ved “Har jeg forstått deg riktig hvis...? Så det du mener er...?”. Dette var viktig for å korrigere eventuelle misforståelser slik at jeg forsto informantens utsagn riktig. Dette bidrar til å øke pålitelighet og troverdighet og styrke resultatet.

Det er viktig å understreke at flere studier som tar for seg brukerperspektivet er nødvendig. Da kan man med større sikkerhet kan si om funnene i denne studien er av relevans.

4.0 Resultat

I resultatdelen vil datamaterialet, fra mine intervjuer, bli presentert gjennom en kategorisk fremstilling. Datamaterialet er innhentet via fem semi-strukturerte dybdeintervjuer utført på foreldre av overvektige barn. Kategoriene er identifisert gjennom analyseprosess og har til hensikt å svare på oppgavens problemstilling. Formålet med oppgaven er å sette lys på aspekter foreldre identifiserer som viktige i veiledning av deres overvektige barn. Jeg ønsker ikke at foreldrene skal evaluere ett gitt behandlingsopplegg eller veiledningsform, men komme med egne synspunkter på hva de opplever som viktig for deres situasjon. Et resultat av analyseprosessen er at datamaterialet ble delt inn i flere kategorier og underkategorier, som hver identifiserer hva informantene anser som betydningsfullt. For å bedre kunne fremme foreldrenes stemme har jeg valgt å gjengi noen av deres sitater. Dette gjør jeg for å nyansere, gi eksempler og utdype kategoriene. Jeg har valgt å selv gjenfortelle deres historier gjennom mine ord for å få en fyldigere forståelse av deres meninger og opplevelser.

4.1 Bli møtt uten fordommer

Foreldrene ble forespurt om, hva som skal til, eller er av betydning, for at de skal føle seg ivaretatt i en veiledningssituasjon. De responderte at det er viktig at veileder er hyggelig, imøtekommende, ikke-dømmende, klarer å vise empati og forståelse for deres situasjon. Flere av foreldrene beskriver viktigheten med en god relasjon for at veiledningen skal ha effekt. En av mødrene eksemplifiserer:

Det har med måten folk imøtekomme meg på at jeg føler at jeg blir sett og hørt. Det får meg til å føle meg trygg. [...] Det er mange som kan ta imot deg, [...] [men så utstråle de at; 'Ja versegod neste'. De utstråler ikke at de har tid og ønske [...] [om å være] der for deg (sitat informant 5).

Overvekt og fedmeproblemet er, ifølge foreldrene, et sårbart tema som krever skånsomhet og veileder må vite hvordan den skal uttrykke seg. Språk som oppleves nedlatende og dømmende, kan føre til dårlig relasjon med veileder og redusere veiledningens kvalitet. Dersom man opplever at veileder har en dømmende holdning til barnets overvektsproblematikk, kan det, ifølge foreldrene, medføre en økt skyldfølelse og følelse av at man har

mislykkes som foreldre. Flere forteller at de er åpne for veiledning, men det har svært mye å si hvordan veileder uttrykker seg. En mor forteller:

[Veileder] skal ikke være kritisk. [...] Du må være forsiktig med hvordan du forteller folk [at de eller barnet deres er overvektig]. [...] [Veilederen] kan ikke si at 'jeg synes du er overvektig og at det ikke er bra at du har lagt på deg så mye' (sitat informant 2).

En annen mor tilfører:

[Det viktig at veiledningen er] litt romslig, ikke total A4. [...] Jeg vet ikke om jeg skal si ordet humor, [...] [men at det] ikke er så stivt. [...] [Det er viktig at] du føler at du blir sett og at du føler at du blir respektert (sitat informant 4).

Foreldrene sier at de tåler å høre at deres barn er overvektig, men hvordan dette blir lagt frem har mye å si. Har foreldrene selv en overvekt kan de føle skyld, for at barnet deres er blitt overvektig. En av foreldrene forteller om en situasjon, hvor en av barnets foreldre, ikke ønsket å erkjenne sitt barns overvekt, trolig da det selv hadde en overvekts problematikk og følte skyld. De ønsker derfor å bli møtt med forståelse, en mor understreker: "Du må jo føle at [veileder] er på samme bølgelengde, i tillegg må du føle at det er forståelse for situasjonen din" (sitat informant 3).

En av mødrene forteller at hun har forståelse for at veileder må ta opp overvekts problematikken med den aktuelle forelder, men at dette gjerne kan sies på en respektfull måte, hvor veileder også vektlegger barnets positive kvaliteter. Med dette mener hun at selv om barnet er overvektig, betyr ikke det at det at barnet trenger å sykliggjøres eller at det er noe galt med det:

Jeg tenker at mange foreldre er nok litt sårbare [...] [i forhold til barnets overvekt]. Du har gjerne slitt med ting selv, så tenker du skal gjerne få det servert, [litt] skånsomt. [...] I mitt tilfelle som synes [at] jeg har en så sunn og frisk gutt, og aktive gutt, så kunne det ha blitt sagt i samme setning (sitat informant 4).

Noen foreldre er allerede oppmerksom på barnets overvekt. Det er da viktig at veileder spør foreldrene om hvilke tanker de har rundt resultatene fra veiingen og målingene som er

gjennomført av helsesøster. En mor synes at når man allerede er i gang med tiltak på hjemmebane og allikevel blir “tvunget” til veiledning kan det oppfattes som at man ikke blir hørt, eller forstått. Det er avgjørende at veileder ser hele banet og ikke bare et tall som overstiger ønsket vekstkurve og diagrammer. Hun forteller: “Jeg synes det er fint at de følger opp for det kunne ha vært at jeg ikke tenkte på dette [barnets overvekt] i det hele tatt, [...] [men] dette jobbe jeg med” (sitat informant 4).

En far hadde selv bedt om hjelp til å løse utfordringen med deres barns overvekt. Han fremmer viktigheten av å bli tatt på alvor, når man først ber om hjelp. Dersom man ikke blir tatt på alvor, kan det medføre et dårlig inntrykk av helseforetaket og at man ikke tar kontakt ved en senere anledning. Det kan også føre til at man mister motivasjonen til å ta tak i problemet.

Det gikk veldig lange tid fra jeg tok kontakt til det skjedde noe. [...] Vi snakke to, tre måneder i alle fall. [...] Jeg skulle ønske at [det] skjedde litt fortere. [...] Det er litt dumt for du oppleve gjerne at du ikke blir tatt helt på alvor. [...] Hvis du tar kontakt med noen fordi du vil ha hjelp til noe, så forvente jeg at i løpet av en uke eller to bør folk ringa opp igjen (sitat informant 3).

4.1.1 “Menneskelig” veileder

Foreldrene ønsker en veileder som opptrer menneskelig og som ikke fremstille seg selv som perfekt, eller som de aldri har gjort noe urett. En av mor forteller om hennes helsesøster, som uttrykket forståelse for hennes travle hverdag, da hun selv hadde små barn. Dette hadde positiv innvirkning på deres samarbeid. Veileder må opptre som er et medmenneske, vise forståelse og være genuint interessert i fremme foreldrene sitt behov frem.

Tre foreldre forteller, at dersom veileder blir for autoritær, skapes det en avstand mellom dem, som igjen hindrer god kommunikasjon. Veiledere må ikke innta en ekspertrolle hvor den kun gir råd, uten å ta hensyn eller forhøre seg om hvilke ønsker og behov foreldrene har. Kanskje ønsker man ikke råd i det hele tatt? En av fedrene beskriver hvordan autoritær holdning kan føre til motstand fra foreldrene:

Hvis du skal få til dette [veiledningen] er du avhengige av dialog. Og hvis du får en ovenfor og ned holdning så blir det belæring og da har du ikke noe dialog, da er det bare du som snakker og jeg som hører etter. [...] Da skal jeg i alle fall ikke gjør så du sier, det er noe som sitter i alle mennesker. [...] Du føle deg mindre verd, og [da] går du i forsvarsposisjon. Det kan veldig fort snu til at du havne i en angrepsposisjon. [...] Jeg er slik at om du kommer til meg med uttrykk for en bekymring så er jeg mye mer mottakelige enn om du sier at vi har et problem. [...] Altså ikke si at sønnen din har et problem, si heller at vi har en utfordring her, [og at] den må vi løse i sammen (sitat informant 3).

Foreldrene sier, at negative opplevelser eller erfaringer med tidligere, eller nåværende veileder, eller annet helsepersonell, kan stanse, eller forhindre at foreldre får den hjelpen de trenger.

Foreldrene påpeker at man, i en veiledning, må snakke samme språk. Med det mener de at veileder ikke må ha fokusere på at den skal oppfattes for profesjonell, i den grad at det påvirker hvordan den ordlegger seg. Dersom veileder bruker avanserte faguttrykk som forelderen ikke forstår kan det oppfattes som om veileder snakker over hodet til forelderen. Veilederen skal ikke blære seg i sin høye utdanning for å visa at deres kunnskapsnivå er høyere enn foreldrenes. Veileder må tilpasse seg kunnskapsnivået til den aktuelle forelder, slik at den får utbytte og læring. En av mor beskriver:

Ikke bank på oss all kompetansen [din]. For hva skal vi med den viss vi ikke kan forstå hverandre? Man må møte andre på deres nivå, [...] [og] ikke [ha] så mye fokus [på] det jeg har gjort feil, og så at de står nærmest å trampe på deg. For det er jo ikke bra. Du blir litt liten, du unngår folk då [og] du har ikke lyst å delta når folk er slik (sitat informant 5).

4.2 Nok tid bedrer relasjon.

Et viktig aspekt for foreldrene, er at veileder viser at de har satt av nok tid til dem, slik at de får nok tid til virkelig å ta opp utfordringen sin. Når veileder ikke setter av nok tid, føler

foreldrene at de ikke blir sett, de føler seg til bry og at veileder ikke ønsker å hjelpe dem. En av mødrene forteller om hvorfor nok tid er viktig:

[Når man har nok tid] får du på en måte løsne i tråer, du får nye innputt, du får hjelp, [...] [og] du kan gå derifra med en god følelse. [...] Hvorfor ikke bare ta seg litt bedre tid [til] å gjør det skikkelig istedenfor at vi skal komme tilbake og kanskje få svar på det spørsmålet vi hadde [første gang]. [...] Når du har tid så føler jeg [at] [...] du går derifra med tiltak og ting du kan gjør med ny giv. [...] Når du føler [at] folk er travle [...] då skal du skunta deg. Da tar du kanskje det aller viktigste men kanskje det ikke var det viktigste (sitat informant 5).

Hun føler at dersom det ikke ble satt av nok tid, får man en følelse av at veileder ikke ønsker å hjelpe og ikke har tid til å høre etter. Dette medfører en oppfatning av at veileder ikke respekterte hennes situasjon. Dette kan fører til redusert tillit og påvirke hvordan hun “åpne seg”. Samme oppfatning gikk igjen hos de andre foreldrene.

[Jeg] får en følelse av at de ikke har tid, hvorfor skal de høre på meg? [...] Du føler deg liten, du føler litt hva har du å komme med? [...] Du blir redde for å si ting og bli dømt. [...] En går ut [...] med tårer i øynene og føler at, ‘Off hva er det jeg har gjort’. [...] Det har så mye å si hva en blir fylt opp med innvendig selv, hva den andre [veilederen] kan gi oss. Når vi då går ut herifra, ble vi motiverte og glade, og fikk lyst å gjør noe, eller ble vi trykte ned noe og følte oss veldig dårlige (sitat informant 5).

Selv om foreldrene ønsker seg mer tid under selve veiledningen, er det i hovedsak det faktum, at veileder viser dem sin fulle oppmerksomhet under tiden de tilbringer sammen. Dersom veileder oppleves fraværende og overarbeidet, fører det til en følelse av at man er til bry. En veileder som vise sin interesse for foreldrenes situasjon, ved å vise at man er tilstede i samtalen, skaper grunnlag for god samtale.

God relasjon til veileder viser seg, ifølge foreldrene, å være en avgjørende faktor for at man skal få effekt av veiledningen. Evne til å vise empati, sette av nok tid til samtalene og virkelig være til stede under samtalen, er viktige faktorer som bringes frem. Videre viser analysen at veileders kunnskap og erfaring, påvirker i hvilken grad informantene opplever dem som

troverdige. Økt troverdighet til deres kompetanse og evne til å hjelpe, øker foreldrenes tillitt til veileder.

4.3 Økt bevisstgjøring

I denne studien kommer det frem at foreldrene ønsker at veiledning skal bidra til økt bevisstgjøring rundt deres daglige vaner og øke deres bevissthet på hvilke valg som fremmer barnets og familiens helse. Noen foreldre trenger økt kunnskap og praktiske verktøy de kan benytte for å endre sin vane. De påpeker at første steg er, å erkjenne barnets overvekt. Det er enighet blant foreldrene at ved en endringsprosess, enten det gjelder kosthold, trening eller annet, er det nyttig å vite litt om prosessen man begir seg ut på. De ønsker tips om hvordan man skal endre vaner og hvilke utfordringer man kan støte på. Hva må ligge til grunn for en vellykket endringsprosess? En av mødrene beskriver:

Det er hverdagen som setter grunnlaget, som gjør at man legger på seg og har lagt på seg. Så for at ting skal snu så må man jo få kunnskap om hvordan man [kan] endre livet [sitt]. Hvordan endre man vanene sine? [...] [Gjennom veiledning] blir du bevisst på så mange ting som du ikke var bevisste [på før]. [...] Når tid [skal du spise]? Hvor ofte? Hvordan er rutinene dine? Hvordan endre [du] dem? Hvordan kan vi legge opp til en sunnere hverdag? [...] [Bevisstgjøring] har veldig mye å si (sitat informant 5).

En annen mor beskriver hvor viktig det var, også for henne, å bli mer bevisst på enkle verktøy hun kan nytte seg av i hverdagen. For henne var økt bevissthet rundt mellommåltidet effektivt; “Det var jo bare en yoghurt han skulle ha som mellommåltid. Bare det, hadde jeg fått beskjed om det for lenge siden, [...] konkret hva han kan gjøre [hadde kanskje situasjonen vært annerledes nå]” (sitat informant 1). En annen mor understreker at ved å motta en form for veiledning, har bidratt til å øke hennes bevissthet. Hun fremhever viktigheten av bevisstgjøring i forhold til de daglige valgene hun som forelder tar og hvordan man med små grep kan endre disse i en positiv retning.

[Veiledningen] har gjort meg veldig bevisst på mange ting som jeg ikke var bevisst på før. [...] [For eksempel] måten du lage mat på. [Når] du skal steke fiskepinner så [la

jeg de] før alltid i olje, men så [lærte jeg at jeg kan] [...] [sette fiskepinnene] på ett brett og steke det i ovnen så spare jeg mange kalorier (sitat informant 5).

Informantene identifiserer tre temaer, hvor de mener økt bevisstgjøring og økt kunnskap, vil være nyttig. Disse er ernæring, fysisk aktivitet og kommunikasjon med barn.

4.3.1 Ernæring, enkle kostråd som er oppnåelige

Flere av foreldrene har behov for en grunnleggende innføring i ernæring. De ønsker økt kunnskap om hvilke matvarer som er sunne, hvilke matvarer man bør spise, eventuelt ikke spise, hvilke alternativer kan usunne matvarer byttes med og hvordan maten påvirker barnets kropp. De vil lære mer om ulike næringsstoffene som finnes i maten og hvilken effekt disse har på kroppen. Det er viktig at veiledning tar utgangspunkt i foreldrenes kunnskapsnivå og den enkeltes sunnhetsnivå, slik at undervisningen er forståelig og arbeidsoppgavene blir oppnåelige. Dersom det blir for store endringer fra deres daglige kosthold, vil oppgaven føles umulig og stimulerer til liten grad av mestring. En av mødrene beskriver hennes behov:

Det må være helt ned på basis nivå. Hva er sunt og hva er ikke sunt? [...] Hva er det som gir mye kalorier og hva spare vi kalorier på? [...] Hvordan lager [man] sunn mat som smake godt for barna? [...] Grunnbasisen [er viktig]; [...] hva er fett, hva er proteiner og hva er karbohydrater? Hva er forskjellen? (sitat informant 5).

Flere forteller at manglende kunnskap om kosthold, medfører matvarevalg som viser seg å være usunne. Mat foreldrene serverer i god tro, kan vise seg næringsfattig.

Det er fort å gå for ting du tror [er bra] [...], og så er det ikke så bra som vi tenke. Eller at en gjerne ikke tenkte over det. [...] Jeg tenker generelt at det er nok ikke alltid vi vet helt hva maten [inneholder] [...] [eller] hva som skjer med kroppen din når du spiser to og tre store måltider til dagen. Du spiser feil og for lite (sitat informant 4).

Foreldrene understreker at de ønsker enkle og praktiske råd som de kan bruke i hverdagen. En mor forteller hvordan enkle råd har hjulpet hennes barn å redusere inntak av mat: “Vi har alltid dekket på vanlig middagstallerken, men nå tar vi alltid [en] liten. Dette har hjulpet dem til å redusere mengde [mat]” (sitat informant 1). Brødskalaen ble foreslått som et godt

praktisk råd: “Vi visste ikke om den sirkelen [Brødskalaen] som står på brød, om det er godt grovt eller ikke. [...] Den som har full sirkelen er mye sunnere enn den som har to” (sitat informant 2).

Foreldrene mener at kunnskap omkring måltidsrytme, hvor mye mat barnet skal spise og andre relevante kostholdsråd er nyttig. En mor beskriver “Det er egentlig hvor mye de kan ha i mellommåltidene, for det er ikke alle som vet det. [...] Det er alltid bare ‘spis litt mindre’ Men hvor mye cirka? [...] [Det er viktig å lære] konkret hva de kan spise” (sitat informant 1).

Det er en felles enighet om at det er utfordrende å få barna og andre familiemedlemmer, til å spise grønnsaker og fisk. Foreldrene ønsker konkrete råd på hvordan de kan tilberede maten, eller andre triks de kan gjøre for å få barna til å ville spise den. En far foreslo et hefte med oppskrifter for å vekke nysgjerrigheten. Sunn mat trenger, ifølge foreldrene, ikke ta lenger tid, men man må vite hvordan den lages.

[Det er] mange utfordringer med å få barna til å spise grønnsaker, [...] eller fisk. Hva kan du gjør for å få de til å spise det, kan du blanda det i noe, [eller] kan du tilberede det på en måte? (sitat informant 3).

Ernæring viser seg å være et aktuelt tema for veiledning av foreldrene ved overvekt hos deres barn. Foreldrene ønsker økt basiskunnskap, bevissthet rundt egne kostvaner og praktiske råd de kan benytte seg av i hverdagen. Videre fremheves foreldrenes tanker rundt viktigheten av temaet fysisk aktivitet.

4.3.2 *Foreldre ønsker økt kunnskap om fysisk aktivitet og aktivitetstilbud som fremmer mestring*

Foreldrene ønsker økt kunnskap om hvorfor det er viktig å drive med fysisk aktivitet. Felles utfordringer er å komme opp med aktiviteter man kan gjøre med barna og finne aktiviteter som barna mestrer. De forteller at det er viktig å få vite hvor mye fysisk aktivitet som skal til, slik at man ser at mengden for å oppnå helseeffekt er overkommelig. Det er betryggende å vite at man ikke trenger å trene seg ihjel for å få effekt. En av fedrene beskriver viktigheten av å få vite hvor mye fysisk aktivitet som skal til, for å få effekt. Han påpeker, i tillegg, hvor viktig det er at aktiviteten er motiverende og oppnåelig:

Du må ikke trene deg ihjel for og ikke se ut som en badeball. Det er et forhold her mellom forbruk og inntak. [...] Hva må jeg gjør eller hva bør jeg gjør? Må du gå her å trene [på treningsstudio] seks dager i uken hvis ikke dør du av hjerteinfarkt innen du er 18? Eller holder det faktisk å gå en tur og to? For det må jo være noe som er oppnåelig, hvis ikke så får du ikke noen til å gjør det. [...] Det er viktig for motivasjonen. [...] [Det er viktig å få] enkle råd i forhold til hvordan du kan tilrettelegge [en aktivitet], [...]fordi det er ikke alltid like lett å komme på dette selv (sitat informant 3).

Alle foreldrene mener det er nyttig å bli mer bevisst på hverdagslig aktivitet. Hva kan de gjøre i hverdagen som krever lite planlegging og organisering, men som likevel øker barnets aktivitetsnivå? Det hjelper å få konkrete råd til aktiviteter som er helsefremmende, og som kan gjøres i nærområdet, eksempelvis i skogen, eller når det er dårlig vær. Det har vært nyttig for foreldrene å bli mer bevisste på bruk av sykkel, eller for eksempel bruke beina som transportmiddel. En av mødrene forteller:

Hvis vi skal på butikken, ta sykkelen, tenk dere litt om, [og] vær litt bevisste. Det er så mange ganger du bare gjør ting uten å tenke deg om. Hvis du skal til ei venninne så kjører du, og då 'hallo, hva det går i?', [...] Hvis du skal på butikken, gå bort der. Og når vi er ute, hva kan vi finne på? Slik så i skogen? Hva kan vi finne på? [...] Mange ganger så er du ute så går du bare å daffe rundt. [...] Hva kan du gjør så det blir litt trim ut av det? (sitat informant 5).

I tillegg til økt bevissthet rundt hvilke hverdagslige aktiviteter man kan gjøre med barna, opplever foreldrene mindre fokus på barnets vektproblematikk, dersom de gjør aktiviteter sammen som en familie. Dette fører til at aktiviteten skaper en positiv opplevelse for barnet og kan skape samhold i familien, far forteller:

Jeg kan ikke sette han tiåringen til å gå tur alene, men jeg har to 13-åringer også, vi kan dra de to med så kan vi gå tur hele gjengen, eller kan jeg dra med meg kjerringa og hunden så går vi en tur. For da er det ikke han så går tur då er det vi som går tur (sitat informant 3).

Det er utfordrende å finne aktivitetstilbud for barnet som fremmer mestring og som ikke måler barnets ferdigheter opp mot andre barn. Flere savner aktiviteter som barnet kan delta på i fritiden, som ikke omhandler eksempelvis håndball og fotball, der man i stor grad blir sammenlignet etter ferdigheter. Det er viktig med fokus på aktiviteter som barna kan mestre, som øker deres selvtillit og som gir aktivitetsglede. Det er avgjørende å finne aktiviteter som stimulerer til at barnet ønsker å være aktive. En mor utdyper:

En utfordring for overvektige barn, [er] [...] aktiviteten, om det er i skole eller fritid. Det å finne ting så de mestre på sitt nivå. For det har så mye å si for selvfølelse og selvtillit at du holde deg aktive, for de vil jo ikke være med [på aktiviteten] når de ikke mestre [den] (sitat informant 5).

Fire av foreldrene sier det er vanskelig å få barnet sitt med på fysisk aktivitet. Barnet er tungt og opplever aktivitet som anstrengende. Følelsen av være den som løper saktest, hopper kortest og blir mest andpusten gir barnet dårlig mestringsfølelse og tro på egne evner. Negative erfaringer med aktivitet, som barna ikke mestrer, gjør det vanskeligere for foreldrene å få dem med på aktiviteter.

Da foreldrene ble spurt om hvilke tanker de hadde om et tilrettelagt aktivitetstilbud, rettet for inaktive barn, var responsen positiv av samtlige. Gjentakende var ønsker om et tilbud som bygger selvtillit og mestringsfølelse til barnet. Aktivitetstilbudet må stimulere til aktivitetsglede over tid. Det er viktig med aktivitet som ikke målet hvem som er best, men som er lekpreget og morsomt. En annen mor forteller:

[Det er viktig å ha] tilrettelagt [tilbud] og at det er masse lek og gøy i en aktivitet som de kunne trives med. [...] Hvis du er kjempe tykk og skal begynne på fotball, og du klare å springe tre steg etter ballen, og så blir du den dårligste og da gjør det jo noe med selvtilliten. [...] De skulle fått skikkelig kredit for det [de gjør] og kjent at dette er gøy, dette klarer jeg (sitat informant 4).

En mor erfarer, at hennes barn trenger et aktivitetstilbud hvor de kan se at de mestrer og får det til. Dette er ett tilbud både hun og barnet savner. Hun forteller: “Hvis han kunne sett at det [aktivitetstilbudet] fungerte så tror jeg [at] han hadde vært mer motiverte. [...] Han vil jo ikke gå på fotball [fordi] han føler seg ikke god nok” (sitat informant 1). Flertallet opplever, at

aktivitet som er morsomt og som gjøres sammen med andre barn, er motiverende og gjør det lettere å aktivisere barna. En av de andre mødrene har troen på at aktivitet i lag med andre i samme situasjon vil virke positivt og støttende:

Der [aktivitetstilbud] man treffer dem på deres nivå, og at hver enkelt av dem kan føle mestring. [Det er av betydning] at de føler at de får til noe, for det gir de en giv. Det kjenne jo vi voksne også at når vi får til noe så gjør vi det jo igjen, og når du ikke får til noe så miste du lysten. [...] Når barnet får trent i lag med andre [i samme situasjon] så tror jeg at det gir barnet mestring. [...] Da er ikke barnet plent sist [og da får barnet] også treffe andre [i samme situasjon] (sitat informant 5).

Selv om alle var positive til et alternativt tilbud fra den organiserte idretten, kom det frem fra en av fedrene at det er viktig at denne gruppen ikke blir satt i bås. Han ønsker ikke at tilbudet skal oppleves som ett alternativ, kun fordi de ikke er “gode nok”, eller fordi de er overvektige. Det er viktig at dersom barnet ønsker å delta på et vanlig aktivitetstilbud så skal det motiveres til dette.

Du går fra å være den så stort sett alltid er sist [...], og det er klart at [dersom] du samle 15 av de [overvektige] så er du plutselig ikke sist lenger. [...] Det kan jo ha en veldig effekt. [...] [Men] hvis du skal dra frem det negative, [...] skal du gå og kjenne litt på den følelsen at nå må jeg gå her med de tykke igjen. [...] [Jeg har] mer tro på litt enkle treningstips og kostholdsveiledning. [...] For det er ting du kan gjør selv (sitat informant 3).

4.3.3 Veileders kunnskap og erfaring øker troverdighet og tillit

Foreldrene i studien identifiserer kunnskap om ernæring, fysisk aktivitet, livsstilsendring og andre ulike årsaker til at barna legger på seg, som relevante tema for veiledningen. Men, det er også viktig, i følge foreldrene, at veileder har en utdanning eller erfaring, som er relevant for utfordringen de står ovenfor. Dette er med på å øke troverdigheten og tillit til veileders kompetanse. En mor beskriver dette:

[Veileders kompetanse] har mye å si, for du vet at de har gått på skole i mange år for å lære dette. [...] [For eksempel] hvis det var en som hadde hatt fokus på de grønne bladene hadde jeg heller gått til han og spurt om de grønne bladene, enn han som

studerte trestammen, selv om jeg vet at begge har kunnskap om treet. [...] Du tror mer på den som har spesifikk utdanning (sitat informant 5).

En annen mor forteller at veileder bør ha relevant kunnskap og erfaring, og at det er nyttig å med kunnskap om ulike kulturelle tradisjoner. Dette for å bedre kunne tilpasse veiledningen foreldre av ulikt etnisk opphav: “kanskje veileder kan vite litt om forskjellige land, hva er kulturen og litt om hvordan folk spiser i forskjellige land i Europa. Veileder skal bli litt mer forsiktig kanskje når hun snakker med forskjellige grupper personer” (sitat informant 2).

Et annet tema, var at veileder bør inneha kunnskap om ulike årsaker til hvorfor barna utvikler overvekt. Foreldrene sier at det er nyttig å vite, at det kan være ulike årsaker til, hvorfor man spiser. Noen bruker mat som trøst for å rømme bort fra ett problem. Andre ganger kan det være vekten i seg selv som gjør man blir usikker. Dette kan gi et dårlig selvbilde, som deretter medfører trøstespising. De understreker at kunnskapen er viktig, slik at de kan tilpasse veiledningen etter barnets utfordringer. En far forteller:

Noen [barn] er generelt bare glad i mat, mens andre spise for å trøstespise. Det ser jeg litt med [mitt barn, og] jeg lurte på hvorfor han gjør det. [...] Jeg ser at det [er noe som] plager han, men han gir jo ikke uttrykk for [hva]. [...] Det kan jo vær at det er et resultat av at ting er blitt slik [som de er], altså at en blir litt store fordi en er glad i mat. [...] Og når han komme der som [han] føler at alle kikke rart på ham, så begynne [han] å trøstespise. [...] Du må komme til roten av problemet på et eller annet vis (sitat informant 3).

En mor forteller at, hennes barns matlyst blir påvirket av hvilket humør det er i. Eksempelvis, når barnet kjeder seg, får det mer lyst på søtsaker. En annen mor ble selv overrasket, da hun ble oppmerksom på at mange overvektige har et underliggende problem. Årsakene til overvekt var ikke kun manglende kunnskap om mengde mat og trening, som hun hadde trodd. Hun påpeker, i likhet med den ene faren, viktigheten av å snakke med foreldrene om årsakene til at barnet har blitt overvektig. Foreldrene var enige i, at istedenfor å kun gi råd om fysisk aktivitet og kosthold, så bør man se hele mennesket og familiens situasjon. Veileder må forsøke å komme til bunns i barnets utfordring. Det kan da være fordel at veileder har erfaring

og kunnskap om hvilke andre faktorer, som for eksempel mobbing, overgrep og ensomhet, som kan påvirke vekten. En av mødrene forteller:

Den som har erfaring skal ha litt bedre mulighet til å forklare foreldre enn andre personer som har bedre utdanning som aldri har jobbet med folk som har slike typer problemer. [...] [Jeg] synes at veilederen skal invitere personen på en samtale og litt forsiktig spørre først hvorfor du er overvektig, hva er problemene? [...] Jeg var veldig overrasket hvor mange personer som sa at de har problemer og det er derfor de er tykke. [...] Veileder bør spør hvorfor du er overvektig, [og] hva i ditt liv som påvirker [overvekten]? (sitat informant 2).

Det er viktig at veileder besitter kunnskap om ernæring, fysisk aktivitet og kunnskap om ulike kulturelle tradisjoner. Det er også viktig at veileder har kunnskap om ulike årsaker som kan forklare barnets overvekt. Relevant utdanning og erfaring er viktig for at informantene skal ha tillitt til at veileders kompetanse.

4.4 Hvordan snakke med barna?

Foreldrene fremhever at kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet er viktig når de skal hjelpe sitt overvektige barn. Men, noe som kom frem i like stor grad, er temaet hvordan kommuniserer vi med barna våre? Hvordan skal vi snakke om overvekten og andre sårbare temaer, uten å svekke barnets selvfølelse og selvtillit. Foreldrene er redde for å si noe feil, som kan føre til at barna spiser mer, eller som gir barnet, et dårlig forhold til egen kropp. Flere av foreldrene ønsket seg gode råd om hvordan de ordlegger seg, når de konverserer med sine barn, for å kunne snakke om ulike temaer på barnets nivå. En mor utdyper viktigheten av å kunne ha en samtale med datteren sin om kosthold, uten at dette skal gi negative konsekvenser videre:

Hvordan skal jeg prate med dattera mi om kosthold og bra mat? [...] Jeg vet jo ikke hvordan jeg skal si det. Kan det bli feil? Kan måten jeg sier ting på, gi grobunn for mer spising? eller jeg vet jo ikke hvilken måte som er rett. [...] [Veileder kan] hjelpe oss som foreldre til å kunne snakke med de om kosthold på deres nivå [...]. Du blir så

veldig forsiktige når det er snakk om sånne ting som overvekt og mat (sitat informant 5).

Foreldrene understreker viktigheten av å kunne snakke med barnet sitt, om sårbare temaer. De er redde for at dersom man snakker om kosthold på feil måte, vil det føre til at man plutselig har en unge på slank. Det er viktig at man, fremmer mestring og fokuserer på det som er positivt hos barnet, slik at veiledningen øker selvtillit og selvfølelse. En av mødrene forteller:

Måter du kan jobbe med barnet ditt og måter du kan si ting på, ville jeg hatt hjelp til. At du ikke sier feil, for du vil ikke snu det til at du har en 8-åring som går på slank. [...] [Man bør] forklare det på deres [barnas] nivå sli at de forstår det. [...] Det må være fokus på at barna er godt nok slik de er, [og] at de skal aldri bli brutt ned (sitat informant 4).

En av mødrene forteller om viktigheten av å lære hvordan man setter grenser for sine barn. Hun forteller at det er svært lett å bli litt svak for barnet og at det da er lett å gi etter for mas, om for eksempel søtsaker. I noen tilfeller, kunne det være lettere når rådene rettet mot barnet, kom fra en annen person, enn mor eller far. En mor forteller: “[Veileder kan] gjerne hjelpe å forklare barnet [...] slik at barnet også forstår det. [...] Det er lettere hvis de får høre det av andre som de stoler på, som helsesøster, enn at moren skal stå og masa” (sitat informant 1).

4.5 Behov for skreddersydd veiledning

I dette kapittelet vil foreldrenes tanker om hvilken betydning veiledningens metodiske oppbygning har for deres utbytte. De er enige om at veiledningens hensikt, er endring av deres og familiens helseatferd, og at fokuset da må derfor rette mot familien. Veiledningen må tilpasses den aktuelle familiens utfordringer og behov. Viktigheten av å få oppfølging over tid er sentralt. I tillegg, er det av betydning om behandlingsopplegget foregår individuelt eller i grupper. Rent praktisk ønskes det at veiledning foregår i nærområdet.

Veiledningen skal være effektiv og ikke minst tilpasset foreldrenes og familiens hverdag. Foreldrene ønsker ikke å forholde seg til flere instanser og ulike personer på en gang. Det kan med fordel være en hovedperson som organiserer tiltakene. Foreldrene ønsker at man utarbeider en plan for fokus i veiledningen, slik at veiledningen har en kontinuitet. Foreldrene

ønsker at veiledningen skal være individuelt, da familiene har ulike utfordringer. En av mødrene utdyper:

Du kan ikke forholde deg til 70 ting [...]. Det blir så forvirrende. Det er bedre å ha en ting å forholde seg til [...]. Det er et opplegg og det er en plan. Sånn gjør vi det. Det er mye enklere å forholde seg til det. En langsiktig plan (sitat informant 5).

Når man mottar veiledning, er det ifølge foreldrene, viktig at den tilpasses deres barns utfordringer og behov. En mor opplever å ha ett barn som er i svært god fysisk form, men som kanskje trenger mer rettledning på kostholdet. Hun fremmer viktigheten av å se det bestemte barnets behov, og ikke lage veiledning ut ifra hvilke resultater barnet får på en vekstkurve.

[Veileder burde] se hvordan barnet var, altså hva barnet trengte, og gjerne i etterkant av det gitt råd og veiledning på hvordan du kunne gjort ting. [...] Hvis mitt barn var så tykk at han ikke klarte å hoppe, eller gjør noe, så måtte mitt barn ha noe annet enn om mitt barn var så aktive. [...]. Vi må gjerne tenke litt [på] andre ting, gjerne jobbe enda mer i forhold til mat, ikke så mye med mosjon. [Det er viktig] at det er individuelt på alle barn, at det skulle vert samtale først med foreldre, [og deretter] sett barnet hvordan det var, og jobbet ut i fra det. [...] [Det er viktig at veileder] ikke bare skal se ut ifra de diagrammene (sitat informant 4).

For at en behandling skal være individuelt tilpasset, sier foreldrene at den må tilpasses deres hverdag og situasjon, og at de ikke blir plassert inn i ett standardisert opplegg.

4.5.1 Foreldre – og familiefokusert veiledning

Foreldrene er enige i, at en endringsprosess skal skje over tid og bør gjelde for hele familien. De ønsker ikke at det overvektige barnet skal være i fokus og få følelsen av at det skal slankes. De forteller videre, at trolig har også familien samlet noe å hente på å gjøre endringer sammen. Det poengteres derimot at det er de voksne i familien som skal stå ansvarlig for gjennomføring av prosessen. En mor utdyper at barn etterligner foreldrene handlinger, og tilegner seg foreldrenes vaner, ukritisk om disse er gode eller dårlig.

Barn ser veldig mye på foreldrene sine og prøver å kopiere og gjøre det samme som de gjør. Så [når] mannen min vil ha is, da sier jeg til han at nei, ikke framfor barna. [...]

Barna ser på han og tenker hvorfor kan ikke jeg få is når pappa kan (sitat informant 2).

To av foreldrene forteller at det er lettere å gjøre endringene, dersom hele familien er motivert og støttende. En far deler sin erfaring:

Det er ikke lett å få en guttunge på 10 år til å legge om livsstilen sin. Men du kan jo, de er jo bare barn så det går jo på oss voksne. Det er jo vi voksne som må gjøre en familieendring [...]. Det handle jo om holdningsendring for alle involverte. [...] Hvis barnet har et problem, så har mest sannsynlig familien også et problem. Det er ikke slik at bare en av fem spise usunt i et hus, enten så spise alle fem eller ingen usunt. Og hvis det bare er en som legger på seg så holde han på med et eller annet som vi andre ikke vet, eller så har han jo en sykdom. Hva er utfordringen her? Er det matvanene som er feil? Er det kostholdet som er feil? [...] Er det genetisk? Det kan godt vær begge de to, [...] men då må jo veiledningen og vær den rette. [...] Så det må jo kartlegges (sitat informant 3).

En av mødrene utdyper at barnets vekt ikke må være fokuset i veiledningen. Hun fastslår at endringene må gjelde hele familien, så barnet ikke opplever at det skal slankes.

Hvis mitt barn bare blir større og større så er det jo noe som gjør at han blir det. Men jeg tenke gjerne at hele familien må være med [å gjøre endringer], eller i alle fall at mor og far må ha forståelse for dette. [...] Man må passe på at hvis man gjør en slik ting [endring] med barna at [fokuset] ikke [er] 'Nå skal vi slankes'. Det må ikke bli fokus på den kroppen igjen. [...] Ofte hvis det er en i en familie som er overvektig så er det gjerne flere, at du då skulle fått lagt til noe [et opplegg] som en familie. [...] Hvis du gjør [noe] en hele familie i lag, så står du gjerne fire mot en, og da må den siste være med (sitat informant 4).

Foreldrene vektlegger at veiledningens innhold må tilpasse seg barnets og foreldrenes individuelle utfordringer. Det fremheves at dersom ett barn er overvektig, er det kanskje flere i familien som kunne hatt nytt av en livsstilsendring. Da med fokus på endring av vanene som

er lite helsefremmende. De forteller at de oppfatter det som mer motiverende å gjøre endringen sammen som en familie, og at det er lettere å gjennomføre endringene når familien står samlet om målsettingen. Foreldrene setter seg selv som hovedansvarlige for gjennomføring av endringsprosessen.

4.5.2 Individuell veiledning i starten. Gruppeveiledning senere.

Foreldrene foretrekker veiledning som foregår individuelt for dem og barna deres. Noen føler at det var lettere å åpne seg når det kun er dem og veileder til stede, og mener at dersom man har ulike psykiske utfordringer kan en gruppeveiledning føre til at man ikke deltar. En mor utdyper: “Det er [...] [noen] som ikke liker [gruppeveiledning], det er jo noen som har sosial angst og slike ting som jeg tror at det er bedre med en og en. [Jeg] tror mer [at] folk tar tak i det [en til en], enn i grupper” (sitat informant 1).

Selv om alle foreldrene foretrekker individuell veiledning i en startfase, er det noen som ser fordeler gruppeveiledning. To av foreldrene ser fordelen med å kunne snakke sammen med andre som er i samme situasjon. Men, de påpeker også viktigheten av at gruppeveiledning er på frivillig basis. Det kan for mange kreve mye energi å være med på et gruppebasert opplegg, i en ellers travel hverdag. En av mødrene utdyper dette:

Det er så forskjellig. [...] For noen grupper hadde [gruppebasert opplegg] gått helt greit, mens andre ganger kunne det vært helt totalt krasj. [...] Det [er] litt denne her dyrebare tiden vi har at dagene suser avgårde, og så er det hvor mye du skal legga ned. Skal du ha noe som er så gøy med noen andre grupper, og så kjenne du de ikke, så egentlig ville du brukt tiden din på noe annet. Jeg tror gjerne at det heller måtte vert alene at du fikk gode tips og råd på en litt ordentlig måte. Og så kunne dere som familie gjort dette innimellom, i istedenfor å måtte sette av dagen fra fem til sju, så den dagen blir det bare kav og stress (sitat informant 4).

En av fedrene fremhever, at det å kunne dele erfaringer og utfordringer med andre personer i samme situasjon, kan være nyttig. Han påpeker også at deltagelse i gruppeveiledning kan oppleves som støttende, da du ofte føler deg alene med dine utfordringer.

Du får en følelse av å ikke være alene. Selv om du kanskje er den eneste som har en overvektig gutt i klassen, så er det bare [i] en klasse. [...] Det kan godt være to, tre andre på de andre barneskolene som du ikke vet. [...] Du føler deg jo veldig alene i situasjonen av og til. [...] Hvis dette er et vedvarende problem, noe du skal slite med lenge, da er det helt klart at et alternativ kan være å møte andre og dele utfordringer (sitat informant 3).

En mor hadde hørt om ett kommunalt opplegg fra en bekjent, som foregikk som gruppeveiledning. Dette opplegget inneholdt felles treninger, matlaging og veiledning. Opplegget ble oppfattet som positivt av deltagerne, da det inneholdt det hun oppfattet som, et helhetlig tilbud.

Det var slik opplegg på alt, og så binder du deg litt opp til det og du er ikke alene. Du blir med andre foreldre. Det har ganske mye å si at du blir med andre både som voksen og som barn. For det så jeg når vi gikk i den fysioterapigruppen her. Da var det jo bare en gutt, men uansett så var det så gøy fordi det var ikke bare oss (sitat informant 5).

Foreldrene tenker at barna kan delta på noen av samtalene, men at de også gjennomføres på tomannshånd, slik at foreldrene kan ta opp mer sårbare temaer uten at barnet er tilstede. En mor forteller:

[Jeg ønsker veiledning] uten [at barnet er tilstede] også, slik [at] jeg kan spør om ting hvis det er noe jeg lurer på. [...] Det er jo ikke kjekt for han å sitte og høre om vekten sin hele [tiden]. [...] Du ser jo på han at han synke (sitat informant 1).

Det er viktig for foreldrene at veileder viser hensyn til både dem og barnet deres. I tillegg foretrekker de fleste at hele behandlingsopplegget foregår individuelt, med en individuell tilpasning til den aktuelle familien.

4.5.3 Tett oppfølging reduserer tilbakefall

Da foreldrene ble spurt om hvilke tanker de har rundt viktigheten av oppfølging og eventuelt hvor lang en oppfølgingsperiode bør vare, svarte samtlige at dette var betydningsfullt. De var alle enige i at veiledningens hovedfokus må omhandle endring av nåværende helseatferd, og

at dette kan ta tid. Ved økt kunnskap om ernæring og fysisk aktivitet, blir man, ifølge foreldrene, bedre rustet for å ta helsemessig gode valg. Endring av levevaner er tidkrevende. Foreldrene ønsker ikke at veiledningen skal oppleves som ett skippertak, men heller som en prosess mot varig endring. Det betyr at veiledningen må inneholde oppfølging over tid. De fremhever at det er viktig å ha en person man forplikter seg til, og som kan gi støtte i vanskelige faser. Dette mener de vil redusere sjansen for å falle tilbake til gamle vaner, når hverdagen går litt trått. Kun en av foreldrene hadde mottatt oppfølging over en lengre periode. Hun forteller at det å ha en forpliktelse øker motivasjonen til å fortsette endringsprosessen.

Dersom du vet at om to måneder så har du en oppfølgingstime [...] tror jeg mer du vil prøve. [...] For det er jo alltid veldig lett å gjør ting i en periode, så detter [du tilbake til] slik som har hatt det de siste 30 årene. [...] [Med oppfølging] tror jeg du lettere klare holde på [endringen] (sitat informant 5).

Utforming av konkrete planer og målsettinger, for hvordan de skal endre sin vane, oppleves for foreldrene, som svært nyttig. I tillegg til at noen følger deg opp, og bekrefter at det du gjør er riktig. Det å vite at noen hjelper og støtter deg, og viser at du ikke står alene i prosessen, er tryggende og motiverende. Samme mor forteller videre:

[Det er av betydning at veileder] setter opp time videre, det er [med den oppfølgingen] du legge merke at: jo om en måned skal du komme tilbake då gjør vi slik. [...] Den delen der at noen legge en slagplan for deg [...] [var viktig for meg fordi] det ga meg motivasjon til å ta tak selv. [...] Nå har jeg noen så følger med på meg og hjelper meg å rettleie meg hvis jeg gjør noe feil. [...] [Jeg] har noen jevnlig å gå å lufte tankene til; 'Nå gjør vi slik hjemme, [og jeg] vett ikke om det fungere. Hva tenke du?' Så veileder hun meg (sitat informant 5).

Foreldrene sier, at når man skal foreta en livsstilsendring, så krever det arbeid over tid. Fire av foreldrene mener det er viktig med tettere oppfølging i en startfase, og at man etterhvert, kan la det gå lengre tid mellom hver oppfølgingstime. Noen påpeker at foreldrene selv må være aktive i endringsprosessen, og at det er de som er ansvarlige for å skape endring i familien. En av fedrene mener det er viktig å ha oppfølging etter behov. Det kan være varierende hvor ofte man bør treffes. Dette avgjøres av hvordan man føler at endringsprosessen går, om man har

kontroll over situasjonen. Dersom alt går etter plan, trenger man ikke like tett oppfølging som ved en mer krevende prosess.

Da bør du i denne perioden prøve litt selv, både å gjør ting med maten, med aktiviteter og fortsette med det til du er ferdige, også er jo det en livsstilsendring tenke eg. [...] Og så [kan du] gjerne [ha] en oppfølgingstime senere [...] slik at du ser hva som fungerer og ikke fungerer, så kunne du lært mer til neste [veiledning] (sitat informant 3).

Videre tar resultatdelen for seg hva foreldrene anser som nyttig med den metodiske oppbygningen av veiledningen. Hvordan skal det organiseres og gjennomføres?

4.5.4 Veiledning må foregå i nærmiljøet

Ovenfor ser vi flere aspekter som er viktige for en god veiledning. Men, kan veiledningens lokalitet ha betydning? Det var enighet blant foreldrene, at veiledningen bør foregå lokalt. Det er viktig at veiledningen foregår i nærområdet slik at det ikke krever mye organisering i en ellers travel hverdag. Noe de mener kan føre til at de dropper å delta på tilbudet.

Dersom barnet skal veiledes, bør dette skje, ifølge foreldrene, på en arena hvor barna har en naturlig relasjon. En far utdyper at i de deler av veiledningen hvor barnet skal inkluderes, er det viktig at dette foregår på en arena som oppleves som trygg. Han påpeker viktigheten av at barnet ikke skal føle seg annerledes, eller at noe er galt med det. Barn med overvekt føler seg gjerne allerede litt annerledes, da de er større enn sine klassekamerater. Han foreslår at veiledning av barnet bør skje i skolehelsetjenesten, hos helsesøster, siden dette er en kjent arena for barnet og de andre barna på skolen.

Helsesøster er [...] en naturlig relasjon. I all fall i den alderen sønnen [min] er [ungdomsskole], er de veldig [...] redde for å være annerledes. [...] Det å bli tatt ut av timen for å snakke med helsesøster det er ikke så farlig for det er noe så kan skje med alle. [...] Hvis du konstant drive og går til legen eller skal snakke med en eller annen, så begynne de [klassekameratene] å lure å spør hvorfor skal du det? Så blir du snart skyldige så blir det flaut (sitat informant 3).

Helsestasjonen ble foreslått som en passende arena for veiledning generelt. Flere har gode assosiasjoner og føler seg trygge der. Andre forslag er frisklivssentral, dersom det eksisterer i den aktuelle kommunen hvor veiledningen skal foregå.

Foreldrene ønsker at den første samtalen foregår på kontoret til veileder og ikke via telefon. De opplever at når de snakker sammen på et kontor, er det lettere å skape en god kommunikasjon og man kan se at veileder lytter og vier dem deres fulle oppmerksomhet. Det er lettere å tolke veileders kroppsspråk, og de føler seg mer sett og hørt, samt det er bedre å snakke direkte til personen. En mor bekrefter:

Det er bedre å komme på kontoret enn å snakke gjennom en telefon, [...] [fordi jeg] føler meg mer hørt. Du ser på personen at den er interessert i å hjelpe deg, men når du har det gjennom telefonen så ser du ikke personen (sitat informant 1).

Lokalitet for veiledning er, ifølge foreldrene, viktig. Veiledningen bør foregå lokalt, slik at den ikke oppleves som en tidstyv i en travel hverdag. Videre foretrekker de, at første veiledning skjer ansikt til ansikt med veileder. Dette mener de kan bidra til å skape en god samtale, som bygger grunnlag for god kommunikasjon. Oppfølging senere i prosessen kan skje via telefon, men det presiseres at første samtalen bør foregå på veileders kontor.

4.6 Oppsummering av funn

Ved å presentere data gjennom ulike hovedtemaer og underkategorier, har jeg forsøkt å gi leseren ett innblikk i hvilke aspekter foreldrene identifiserer som viktige i veiledning av deres overvektige barn. Jeg har forsøkt å fremme deres synspunkt og tolket deres utsagn. Underkategoriene er knyttet opp mot hverandre og derfor har jeg valgt å videre diskutere datamateriale, for å besvare min problemstilling, under mine hovedtemaer. Det kommer frem at det er flere aspekter som gjør seg gjeldene. Disse beskrives i mine hovedfunn “Bli møtt uten fordommer”, “Nok tid bedrer relasjon”, “Økt bevisstgjøring”, “Hvordan snakke med barna?” og “Behov for skreddersydd veiledning”.

Jeg skal i kommende kapittel diskutere mine analytiske funn, i lys av de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for denne oppgaven.

5.0 Diskusjon

Denne masteroppgaven har som problemstilling å identifisere hvilke aspekter foreldrene anser som viktige i veiledningen de tilbys knyttet til sitt overvektige barn. Jeg har valgt å fokusere på foreldrenes stemme, egne ønsker og refleksjoner rundt hva de anser som viktig for å få til en god veiledning, istedenfor å kun be dem evaluere veiledning de allerede kjenner til.

Med utgangspunkt i mine utarbeidede kategorier fra analysering av datamaterialet, har jeg valgt fem fokusområder. Disse fokusområdene er “Bli møtt uten fordommer”, “Nok tid bedrer relasjon”, “Økt bevisstgjøring”, “Hvordan snakke med barna?” og “Behov for skreddersydd veiledning”. Jeg velger å knytte underkategoriene sammen til fokusområder da mye av tematikken går igjen i alle underkategoriene. Dette gir meg mulighet til å trekke ut og fremheve det jeg anser som kjernen i datamaterialet, på tvers av de ulike underkategoriene.

Jeg ønsker i denne delen å diskutere funn fra min analyse med utgangspunkt i problemstillingen, sett i lys av de aktuelle teoretiske perspektivene og teorien som er presentert i tidligere kapitler.

5.1 Bli møtt uten fordommer

Denne studien viser at foreldrene anser god relasjon og kommunikasjon mellom veileder og foreldre som avgjørende for å tørre å ta imot og be om hjelp. Foreldrene vektlegger at hvordan de føler seg ivaretatt av veileder, har stor betydning for hvordan de opplever veiledningen. Forholdet mellom foreldre og veileder, påvirker i hvilken grad foreldre tørr å åpne seg og virkelig fremme sine utfordringer. Viktige faktorer for en god veiledning var, at veileder hadde satt av nok tid, man følte at veileder lyttet og forstod situasjonen. Veilederen må videre være imøtekommende, virkelig ønsker å hjelpe, samtidig som han opptrer som ikke-dømmende, respektfull, snill og åpen.

Stigmatisering og diskriminering av overvektige eller fete personer har, dessverre, vist seg å ikke være uvanlig (Øen, 2012c). I følge Wigton og Mcgaghie (2001) er det en utbredt oppfatning at personer med overvekt og fedme er mindre intelligente, ulykkelige og mangler selvkontroll. Foreldrene i denne studien, forteller at de har negative erfaringer med veiledere som ikke viser forståelse og empati for deres situasjon. Ved slike opplevelser reduseres

foreldrenes motivasjon, og ønske til å motta hjelp. I de tilfeller, hvor veileder har vært åpen og imøtekommende, oppleves dette enklere. Bandura (1977) forklarer, i sin sosialkognitive læringsteori, at våre emosjonelle erfaringer, påvirker hvilke forventningen vi har til lignende situasjoner. I dette tilfelle har personens emosjonelle forventning betydning for utbytte av veiledningen. Dersom foreldrene har et godt forhold til en helsesøster, kan det tenkes å at de forbinder helsesøstre som omsorgsfulle og empatiske personer, som de har en positiv relasjon med. Dette kan tenkes å redusere terskelen for å ta kontakt, dersom man trenger veiledning. Har man derimot, negative opplevelser av helsesøstre, kan dette tenkes å gi negativ erfaring og bli en barriere for senere kontakt.

Kommunikasjonsmodellen “fire gode vaner” belyser hvordan helsepersonell kan bygge opp en konsultasjon og strukturer allerede kjente prinsipper for å tilrettelegge for god kommunikasjon og relasjon mellom bruker og veileder (Frankel & Stein, 2001). Modellen er delt inn i “Fire vaner”: (1) investere i begynnelsen, (2) få frem pasientperspektivet, (3) vise empati og (4) investere i avslutningen. I “vane en” fremmes viktigheten av å tidlig oppnå god kontakt med foreldrene. Dette gjøres ved å tilstrebe og oppnå en vennlig atmosfære slik at foreldrene slapper av og føler seg trygg. En slik atmosfære er et god grunnlag for å oppnå tillit til veileder, der brukeren føler at veileders “godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på” (Fugelli, 2013, s. 88). Dette kan videre reduserer risikoen for konflikter senere i veiledningen.

Veileders evne til å vise empati i veiledningssituasjonen, “vane tre”, er videre viktig for en gode relasjoner i veiledning (Jensen, 2013). Det er viktig for foreldrene at veileder klarer å vise empati, og sette seg inn i deres situasjon, uten å opptre dømmende (Eide & Eide, 2013). Flere foreldre fremhevet viktigheten av at veileder opptrer som et medmenneske som selv kan ha gjort feil i livet. Dette er av betydning for å redusere “avstanden” mellom bruker og veileder. Foreldre kan føle skyld i barnets overvekt, og trenger en veileder som kan vise forståelse. Dette bidrar til å ivareta, foreldrenes selvbilde (Eide & Eide, 2013). Det at veileder bekrefter og erkjenner foreldrenes følelser og tanker medfører dybde og gir veiledningen betydning, for foreldrene.

Eide og Eide (2013) forteller at bekræftende kommunikasjon skaper trygghet og tillit. Dette kan være en avgjørende faktor for om man oppnår en god relasjon og et godt samarbeidsklima. Får man til dette, vil det gi et godt grunnlag for å utforske følelser og

tanker. En hyggelig og smilende veileder, skaper et godt førsteinntrykk, som kan bidra til videre relasjon. for å skape ett godt og trygt miljø, ønsker foreldrene at veileder setter av nok tid, er imøtekommende, og utstråler et oppriktig ønske om å hjelpe foreldrene. Mange hadde tidligere opplevd at veilederen ikke viet dem sin fulle oppmerksomhet, men heller fokuserte på pc-skjermen eller var fraværende. I følge Gulbrandsen (2013) er dette en fremtredende atferd av helsepersonell, som tyder på forbedringspotensialer.

I følge foreldrene er det viktig at veileder har evne til å vise forståelse for deres situasjon og ikke oppfører seg dømmende eller nedlatende ovenfor dem. I noen tilfeller har foreldrene selv hatt problemer med overvekt eller fedme og dette kan derfor oppleves som ett sårbart tema. Foreldrene som tidligere hadde oppfattet en veileder som dømmende, rettet mot sin egen overvekt, kunne opptre tilbakeholdent. Dette i frykt for at de skulle bli kritisert, dømt eller gitt skyldfølelse for at deres situasjon har utartet seg slik den har. Dette gjaldt også ved dårlige opplevelser med tidligere konsultasjoner, av barnets overvekt.

Edmunds (2005) fremhever at det er svært forenklet å holda foreldrene fullt og helt ansvarlige for barnets overvekt. Dette vil være lite hensiktsmessig og trolig helle skape større barrierer i samarbeidet med familien. Dersom en opplever at veileder ønsker å arrestere en for å ha tatt dårlige valg, vil dette sannsynligvis gi et dårlig utgangspunkt for opplevelsen av at veilederen genuint ønsker å hjelpe. Samtidig som det vil forsterke opplevelsen av å bli møtt av dømmende holdninger, lite respekt og forståelse. For de foreldrene som blir møtt med fordomsfull holdning kan det resultere i at de ikke våger å åpne seg ovenfor veileder i frykt for å bli sett ned på.

Forskning viser at dersom relasjonen til veileder ikke er bra, kan det påvirke om brukerens ønsker å komme tilbake, eller om den uteblir fra avtalt time (Garuda et al., 1998; Lacy et al., 2004). Grunner for manglende oppmøte ble forklart i emosjonelle faktorer, manglende respekt og dårlig kommunikasjon (Lacy et al., 2004). Det fremkommer at brukeren tilfredshet, basert på tidligere erfaringer, er et moment som kan forklare om den møter opp eller ikke (Garuda et al., 1998). Inn under tilfredshet foreligger det studier som viser, at der hvor brukeren opplever å møte samme helsepersonell ved hver konsultasjon, har brukeren større tilbøyelighet for å møte opp. Relasjon til personalet, vil dermed være en faktor for om bruker møter til veiledning, eller ikke (Perron et al., 2010).

I følge kommunikasjonsmodellen “fire gode vaner” er det viktig å få frem pasientperspektivet, i dette tilfellet brukerperspektivet (Jensen, 2013). Det er viktig å få en forståelse for hvilken situasjon foreldrene er i, og hvordan de selv oppfatter sin situasjon, for å bedre å kunne forstå foreldrene og deres behov. I tillegg kan det gi en mer effektiv bruk av tiden. Det er viktig å lytte til foreldrene slik at man til slutt sitter igjen med lik oppfattelse, målsetting og fremgangsplan, for videre arbeid. At veileder er mentalt tilstede og viser interesse for forelderens som sitter på andre siden av bordet, er belyst som svært betydningsfullt for å oppnå en god relasjon.

Ved å nyttiggjøre seg av ulike samtalemetoder, som eksempelvis motiverende intervju (Arkowitz & Miller, 2008), kan man i større grad kunne fremheve foreldrenes egne ønsker og hvilke faktorer som er av størst betydning for deres motivasjon. Motiverende intervju har til hensikt å sette den aktuelle forelder i førersetet, hvor veileder trer inn i en rolle som hjelper (Arkowitz & Miller, 2008). Ved hjelp av veileder skal foreldrene selv identifisere hvor utfordringene er. Man starter deretter en prosess med å finne ut hvilke utfordringer eller atferd forelderens har mest motivasjon for å ta for seg. Det kan tenkes, at ved å bedre veilederens kommunikasjonsferdighet, vil man lettere komme til bunns i foreldrenes utfordringer (Eide & Eide, 2013).

5.2 Nok tid bedrer relasjon

Foreldrene av overvektige barn anser, at veileder setter av nok tid til samtale, som et viktig aspekt for god relasjon. Flere av foreldrene hadde tidligere erfaringer med at det ble satt av for liten tid til dem slik at de ikke fikk komme helt til bunns i utfordringene de hadde. Flere opplevde at veileder gjerne allerede var travel og overarbeidet, og at de følte seg til bry. Når de allerede, ved første møte, får en følelse av at veileder ikke er tilstede, kan det medføre en følelse av mindre verd og at dine utfordringer bagatelliseres. Dette gir det en dårlig start på samarbeidet.

I følge Beckman og Frankel (1984), som gjennomførte opptak av 74 pasientbesøk på et legekontor, tok det gjennomsnittlig 18 sekunder før legene avbrøt sine pasienter mens pasienten fortalte legen hvorfor han var der. Dette kan være uheldig da pasienten ikke får fortalt sin bekymring eller utdype hvorfor de er der. Det kan også føre til at legen, eventuelt

veilederen, går glipp av relevant informasjon. Samme tendensen var fremtredende i oppfølgingsstudien til Dyche og Swiderski (2005) 20 år senere, hvor bare 26% av pasientene fikk fullført sin fortelling, om hvorfor de var der. Oppfølgingsstudien benyttet seg av samme metodikk som Beckman og Frankel (1984). Når veilederen stadig avbryter en bruker når han snakker, kan det gi en følelse av at veileder ikke hører etter og at de er mer opptatt av å få spurt om det de selv anser som viktig. Dette kan oppleves som at foreldrenes historie er av mindre betydning.

Mange veiledere opptrer med en slik paternalistisk holdning der de tenker at de vet best hva brukeren trenger, og overser på den måten brukerens eget behov (Tveiten, 2007a). Flere av foreldrene understreket at en slik holdning mange ganger fører til at de "stenger" seg litt inne. Dette kan medføre at de blir sittende å høre på hva veileder sier, men at de ikke er interesserte i å ta det innover seg. For foreldrene er det viktig at veileder hører på deres historie og tar hensyn til deres opplevelse av situasjonen, istedenfor for å overkjøre dem med råd og tiltak som ikke engang er nødvendige.

Flere foreldre fremhevet at de i større grad opplever at veileder ønsket å hjelpe når det er satt av nok tid og når veilederen er tilstedeværende. Selv om foreldrene foreslo at en veiledning burde vare mellom 30- 60 minutt, kom det frem, at det er av større betydning at veileder viser at den er tilstede i samtalen. Dette gjøres med å gi foreldrene deres fulle oppmerksomhet. Det er viktig at noen lytter til dem og viser interesse for hvordan de tenker og opplever sin situasjon. Det kan styrke selvfølelsen deres og fylle et psykologisk behov de har for nærhet og tilknytning til andre mennesker (Eide & Eide, 2013). Ved å få en tilbakemelding, eller en respons på sine bekymringer, føler man i større grad at veileder har lyttet.

Røkenes og Hanssen (2006) påpeker betydningen av tilbakemelding i en sirkulær prosess, hvor tilbakemelding sees på som en reaksjon på en reaksjon. Negativ tilbakemelding er en reaksjon som ikke fører til endring i kommunikasjonsmønsteret. I slike situasjoner signaliserer veileder en negativ tilbakemelding hvor den ikke lytter, og man får en relasjon som hemmer endring. Positiv tilbakemelding kan ha motsatt effekt, og sees som atferd som fører til at samspillet endrer seg (Røkenes & Hanssen, 2006).

Det er viktig å skape en positiv allianse med veileder, og oppleve dens rolle som en hjelper

istedenfor en som skal fortelle deg hvordan du burde handle. Bordin (1979) forklarer allianse som en enighet om terapiens mål og de terapeutiske oppgaver, hvor brukeren har en klar forventning til terapeuten som hjelper. Dette krever at både veileder og foreldre er enige om hvilken målsetting som er gjeldene for veiledning og at det er en felles forståelse at begge parter må delta for å nå dette målet. Det er viktig at det er foreldrene som setter betydningsfulle mål for seg selv, slik at disse skaper nytteverdi i deres hverdag. Det at en veileder lytter til brukerens ønske, og hjelper han med å lage en tiltaksplan som er i tråd med brukerens bekymring er grunnleggende, og kan føre til økt selvfølelse og motivasjon til videre endring.

Eide og Eide (2013) mener at det å lytte med forståelse, vil bidra til at det oppstår ekte kommunikasjon mellom partene. Dette betyr at veileder klarer å vise empati ovenfor foreldrene ved at han forstår deres følelser, tanker og behov. Eide og Eide (2013) forteller at det å vise at man ser og forstår er grunnleggende kommunikasjonsferdigheter for å anerkjennelse av den andre, samt for å vise respekt og interesse for den andres integritet, rett til selvbestemmelse og frihet. Foreldrene forteller at, ved å lytte til den enkelte forelder, og spørre dem om hva de trenger, vil veileder i større grad kunne tilpasse opplegget den enkeltes behov, slik at det i større grad kan stimulere til mestring.

Mæland (2005) mener at ved å fremme brukerens empowerment vil det føre til økt følelse av kontroll over eget liv, noe som er sentralt for mestringsevne og selvfølelse. I empowerment vektlegger man bruk av brukermedvirkning, for å øke foreldrenes opplevelse av styrke og makt i eget liv. Dette betyr at brukerens behov må kartlegges, samt at foreldrene må inkluderes i planlegging av videre tiltak. Ved å øke foreldrenes kunnskap, kan det fremme deres handlingskompetanse, ferdigheter og ressurser til å gjøre helsefremmende valg (Mæland, 2005).

5.3 Økt bevisstgjøring

I følge Svendsen (2008) er det viktig å fokusere på bevisstgjøring rundt hva den enkelte gjør og hvilke resultater den eksakte handling gir, for å oppnå resultater i forhold til overvekt og fedmeproblematikken. Foreldrene, i denne studien, mener at veiledningens hovedfokus, bør være å bedre deres helseatferd, gjennom bevisstgjøring rundt egne kost- og aktivitetsvaner.

Dette vil da gi en positiv effekt for det overvektige barnet og resten av familien. Ved å kartlegge hvilke faktorer i omgivelsene og hvilken atferd foreldrene har, kan det tenkes, at man kan påvirke barnets utvikling av overvekt. Golan og Crow (2004) fremhever i sin studie at foreldrene har en sentral rolle i behandling og forebygging, relatert til sine overvektige barn. Foreldrenes vaner er både avgjørende for barnas kosthold, ettersom de kjøper inn og tilbereder maten de spiser, og som tilrettelegger for fysisk aktivitet i hverdagen (Øen, 2007). Foreldrene bestemmer hvilke aktiviteter barna holder på med og hvordan deres måltidsvaner er. Grunnet dette, er de svært sentrale i en endringsprosess.

Etablerte vaner og holdninger i familien vil påvirke barnets fysiske og sosiale miljø (Orbell & Verplanken, 2010). Golan og Crow (2004) viser at foreldre er viktige rollemodeller i forhold til fysisk aktivitet, og dersom foreldre er fysisk aktive, er ofte barna også det. Fysisk aktive søsken, er i likhet med foreldrene, gode rollemodeller i denne sammenhengen. I forhold til kosthold, viser studien at barn helst velger å spise den maten som ofte tilbys hjemme og foretrekker det som er tilgjengelig og akseptert i husholdningen. I følge Banduras (1986) teori om modell-læring, ser og lærer barna av sine forbilder, som i dette tilfelle er foreldre og søsken. Det kan derfor være et tilstrekkelig tiltak ved overvekt hos barn, å starte med bevisstgjøring og endring rundt foreldrenes holdninger og vaner (Orbell & Verplanken, 2010; Tveiten, 2007b).

Økt bevisstgjøring inngår i Proschaska og Diclemente (1984) to første stadiene, *før-overveielsen* og *overveielsen*, i deres transteoretiske modell for atferdsendring. Disse stadiene tar for seg prosessen hvor personen oppdager nytteverdien av en spesifikk atferd, samt erkjenner at deres nåværende atferd ikke gir ønsket resultat. I overveiellesstadiet er man mer påvirkelig for å endre sin helseatferd (Mæland, 2005; Proschaska & Diclemente, 1984). Et eksempel på dette kan være at foreldrene erkjenner at deres barns nåværende inntak av søtsaker er for høyt og at de videre ser nytten av at deres overvektige barn reduserer inntaket.

I følge Rothschild (1999) har individets kunnskap om sammenhengen mellom helse og livsstil, i lag med vår tro på at vi selv kan styre egen helse og liv, grunnleggende forutsetninger for de helsevalgene vi gjør. Det er viktig at veileder gir foreldrene verktøyene og kunnskapen til å gjøre endring selv. I bevisstgjøringsprosessen mener foreldrene at det er viktig med økt kunnskap om ernæring, hva maten inneholder, hva er sunt og hvordan man

praktisk kan endre kostholdet sitt. Det er nyttig å få veiledning om effekten av fysisk aktivitet og forslag til hvordan man kan øke aktivitetsnivået til både barnet og familien. I tillegg, trenger foreldrene verktøy for å formidle dette til sine barn, på en forståelig og helsefremmende måte, som ikke oppleves som støtende..

Forskning viser at med den økende kunnskap man har rundt hvilken sammenheng det er mellom helse og atferd, er det mulig for hver enkelt å velge en livsstil som medfører god helse (Prescott & Børtveit, 2004). En veiledning kan, som et verktøy for helseopplysning, bidra til å kartlegge hvilke behov, problemer og ressurser brukeren har, samt å hjelpe vedkommende til å foreta valg. Når veileder og bruker sammen utforsker hvilke valgalternativer og hvilken livssituasjon brukeren er i, kan dette bidra til økt selvinnsett i egne tankemåter, vurderinger og holdninger for brukeren (Mæland, 2005). Veileder må vise respekt for at det er brukeren som skal ta helserelaterte beslutninger, og heller bidra til å formidle hva de enkelte valgene innebærer.

5.4 Hvordan snakke med barna?

Foreldrene er, som nevnt ovenfor, blant de viktigste hjelperne i en endringsprosess for barn med overvekt, og veileder bør derfor i første omgang hjelpe foreldrene slik at de igjen kan hjelpe barnet sitt (Øen, 2007). Det er i hjemmet barna har utviklet sin overvekt, og dermed vil det være potensielt mulighet for å gjøre noen helsefremmende endringer, akkurat der. Golan og Weizman (2001) foreslår at å øke foreldrenes oppdragelsevner i grad av grensesetting, og bedre deres evner til å kommunisere med barna sine, bør være en sentral del av behandlingen av et overvektig barn. Flere av foreldrene synes derimot, at det er vanskelig å snakke med barna om overvekt. De er bekymret for at det de sier, kan oppleves som sårende, og at det videre kan påvirke barnas selvbilde og selvtillit i negativ grad.

I følge Steinbekk og Danielsen (2010) er det viktig at foreldrene bekrefter følelsene og opplevelsene barnet har, ovenfor sin overvekten. Ved å lytte til barnet med interesse for dets tanker og følelse, på lik linje som ved voksne, skapes et godt og trygt miljø for god kommunikasjon (Eide & Eide, 2013). For å fremme mestring oppfordres det til å rose barnet så ofte som mulig. Ros gir en tilbakemelding på hva som er rett og galt, og skape positiv atmosfære (Steinbekk & Danielsen, 2010). I endringsprosessen bør det ikke være for stort

fokus på selve overvekten, men heller på hvilke endringer man ønsker å gjøre, og hvilke mulige tiltak som kan iverksettes (Steinbekk & Danielsen, 2010). Videre oppfordres det til å rette fokus på hvilke kost- og aktivitetsvaner man ønsker å ha i familien og at disse gjelder alle, ikke bare det overvektige barnet (Golan & Weizman, 2001).

I denne prosessen kan det være nyttig å inkludere barnet og forklare barnet hva de skal gjøre. Ved å la barnet ta del i prosessen kan medbestemmelse, innenfor gitte rammer, øke motivasjonen til barnet (Steinbekk & Danielsen, 2010). Dette kan bidra til økt trygghet for barnet, da dette i stor grad handler om barnets opplevelse av kontroll (Eide & Eide, 2013). Det kan være nyttig å utforske med barnet og spør hvordan de selv ønsker å beskrive sin egen kropp. Videre kan det være nyttig å spørre barnet hva de tenker er årsaken til at de er store, om de føler seg hemmet på grunn av størrelsen og hva de tror kunne vært bedre dersom de var smalere. På denne måten kan barnet fremme sin motivasjon for endring og sammen med familien, sette målsettinger som kan bidra til endring av levevaner (Steinbekk & Danielsen, 2010).

Barn med overvekt eller fedme, kan ha nytte av å redusere sine porsjonsstørrelser eller gjøre endringer i kosten sin. I den sammenheng er barna avhengige av at foreldrene begrenser matmengde og type mat, og hjelpe barnet med å lære hvor mye mat kroppen trenger (Kostverktøyet, 2016). Foreldrene opplever at dette kan by på utfordringer, ettersom de synes det er vanskelig og ubehagelig å si nei til barna sine, når de ber om mer mat. Steinbekk og Danielsen (2010) fremhever, at selv om det er vanskelig å si nei, viser man ansvar og god omsorg for barnets helse, ved å sette begrensninger.

5.5 Behov for skreddersydd veiledning

Under hovedtemaet “Behov for skreddersydd veiledning” har jeg valgt å plassere underkategoriene “Veiledning må foregå i nærmiljøet”, “Foreldre – og familiefokusert veiledning”, “Tett oppfølging reduserer tilbakefall” og “Individuell veiledning i starten. Gruppeveiledning senere”.

Rollnick, Miller og Butler (2008) hevder at helsepersonell ofte oppfatter klienten som umotivert, når den ikke vil ta imot våre råd. Denne oppfattelsen er ikke uvanlig, men den er heller ikke alltid riktig. Foreldrene forteller at det er viktig for dem, at veileder er på samme

bølgelengde som dem selv, og gjennom god kommunikasjon har forstått deres situasjon og utfordringer. I mange tilfeller inntreer helsepersonell en rådgivende rolle, hvor man overøser brukeren med råd en anser som viktige for deres situasjon. Dette gjøres, uten å undersøke hva brukeren selv har behov for, eller ønsker.

Foreldrene belyser viktigheten av at veiledningen blir tilpasset deres hverdag og egne- og familiens resurser. De forteller at det er viktig at veileder klarer å se, at utfordringen i de ulike familiene kan være forskjellige og at de derfor må få veiledning der etter. Man kan gjerne ha en grunnstruktur i veiledningen, men fokusområdene må tilpasses den aktuelle familien. Noen trenger mer kunnskap og veiledning rundt kosthold, mens andre trenger å vite hvordan de skal bli mer aktive i hverdagen. En av foreldrene opplevde å ha en aktiv sønn, men fikk allikevel råd om økt aktivitet. Hun opplevde selv at hun hadde kontroll på aktivitetsnivået, men behøvde mer kunnskap om kosthold. Eksemplet viser til paternalistisk holdning, med liten grad av rådføring med brukeren (Tveiten, 2007a).

Veileders ansvar er å kartlegge og tilpasse veiledningen for den enkelte familie (Helsedirektoratet, 2010a). Skal familiene behandles individuelt, må de også behandles ulikt. En av foreldrene fortalte om sitt barn som ikke kan fordra fotball, nettopp fordi det blir forbundet med å mislykkes. En annen fortalte om sitt barn som elsket fotball, som den mestret i alle høyeste grad. Dette barnet strålte hver gang det skulle på trening.

Veileder og bruker må snakke samme språk og legger sin kommunikasjon på ett gjensidig kunnskapsnivå. Dette er nødvendig, slik at foreldrene og veileder forstår hverandre og med sikkerhet vet at de har samme fokusområde for veiledningen (Tveiten, 2007a). Bandura (1997) beskriver i sin sosial-kognitiv teori at motivasjon er en prosess, hvor målrettet aktivitet blir satt til verks og vedlikeholdt, gjennom forventninger til resultat og forventning til det å mestre arbeidsoppgaven. Da man ikke direkte kan observere motivasjon, vil personens handlinger og hvordan personen utfører disse handlingene, gi oss en pekepinn på grad av motivasjon.

Utfallsforventning, mestringsforventning og mål vil være konkretiserende for motivasjonsbegrepet (Bandura, 1977). Veileder skal ikke sette mål etter hvordan den selv mener at det er mest effektivt å gjøre en endring, men må la foreldrene styre prosessen.

Veileder må utforske hvilke endringer foreldrene ønsker å iverksette, og hvilket resultat de forventer av handlingen. Arbeidsoppgaver som dannes bør ha en nytteverdi for foreldrene og er realistiske for deres hverdag. Fokus bør være på foreldrenes egne ressurser og resurser foreldrene har i sin familien og i sitt nærmiljø (Øen, 2007). Foreldrene forteller at dersom man ikke mestrer arbeidsoppgaven man får, reduserer det motivasjonen til å gjenta denne senere. Dette fremheves spesielt under temaet som omhandlet fysisk aktivitetstilbud for barna. Dersom barnet stadig erfarer at det alltid blir sett på som den som kommer sist og er dårligst, gir det barnet negative erfaringer, og reduserer motivasjon til å drive med fysisk aktivitet.

Samtlige foreldre trekker frem viktigheten av at det man gjør, uavhengig av aktiviteten, må ha fokus på mestring og positive erfaringer, både for foreldre og barn. I denne fasen kan “Motiverende intervju” (MI) benyttes som en egnet samtalemetode (Arkowitz & Miller, 2008). MI er en samtale teknikk som kan være til hjelp for å identifisere hva foreldrene selv anser som viktige fokusområder i deres situasjon. I tillegg til å fremme empowerment (Gibson, 1991, p. 359). Dette kan være med på å bygge opp en støttende relasjon til veileder, som tillater foreldrene å sette seg i førersetet og være sjef over prosessen de skal gjennom. For å oppnå en god og støttende relasjon er det viktig at en omsorgsfull atmosfære og respekt blir lagt til grunn (Eide og Eide, 2013).

Det er svært viktig at veiledere legger merke til det foreldrene deler. Hvilke erfaringer foreldrene har, kan påvirker hvilke forventninger de har til nye arbeidsoppgaver og utfordringer som gis dem. Er dette oppgaver de forventer å mestre, eller sier deres tidligere erfaringer, at her kommer det nok en oppgave jeg kommer til å mislykkes i? Sett i lys av Banduras (1997) teori om mestringsforventning, kan vi påpeke viktigheten av at veileder tilpasser veiledningen til brukerens egne ressurser og jobber bevisst mot mestring.

5.5.1 Foreldre- og familiefokusert veiledning

Barn tilegner seg foreldrenes vaner (Epstein et al., 1994). Derfor er det viktig at foreldre blir inkludert i veiledningen. Whitaker et al. (1997) hevder at i de tilfeller hvor foreldrene til barnet har overvekt, øker risikoen for at barnet skal utvikle overvekt. Foreldre er de som har direkte kontakt med barna fra de blir født og gjennom hele oppveksten (Orbell & Verplanken, 2010). Foreldres oppførsel, egne etablerte holdninger og vaner fører til at de indirekte

påvirker barnets fysiske og sosiale miljø (Orbell & Verplanken, 2010). Venner, foreldre, familien og miljøet rundt oss er sentrale i påvirkning av hvilke vaner barna anskaffer seg. I tidlige leveår er det spesielt foreldre som har stor påvirkningskraft. Epstein et al. (1994) så på langtidseffekten etter 10 år av familiebaserte intervensjoner. Studien fant, gjennom sin randomisert- kontrollerte intervensjon, bedre effekt i de intervensjoner hvor hele familien inkluderes i endringsprosessen, enn når intervensjonen kun omfatter barnet alene.

Foreldrene ønsker ikke at det overvektige barnet skal være i fokus og få følelsen av at det skal slankes. Trolig har også familien samlet, noe å hente på å gjøre endringer sammen, men at det er viktig at de voksne i familien skal stå for ansvaret. Samme kommer frem i studien til (Golan & Weizman, 2001), hvor hensikten var å lage en modell for hva som er viktig ved behandling av overvekt hos barn. Dersom veiledningen omhandler barn under 11 år, foreslåes det at fokuset i hovedsak skal være på å endre foreldrenes vaner. Dette kan gjøres ved å gi dem økt kunnskap om gode kostvaner og om hvordan de kan implementere disse i familien, uten at det vekten til barnet er i fokus.

Vaner har stor påvirkning på valgene vi står ovenfor, og endring av vaner er krevende (Øen, 2012a). For å optimalisere veiledning, må dens fokus rettes mot det totale miljøet som barnet tilhører. Dette innebærer at foreldredeltagelse er viktig. Dersom hele familien blir inkludert og er motiverte for endringen, har foreldrene tro på at dette vil forminske sannsynligheten for tilbakefall. En av foreldrene sa, at dersom man var fem i en familie, og det var en som ikke ønsket å delta, så ville han lettere overtales til å ombestemme seg.

5.5.2 Oppfølging over tid reduserer tilbakefall - ferdig

Det ble tidlig fortalte i intervjuene, at veiledningen var en del av en endringsprosess som krever innsats over tid. Forskning viser at det er viktig at foreldrene tar ett aktivt engasjement i prosessen (Golan, 2006). I startfasen av endringsprosessen vil det være krevende å endre sitt handlingsmønster. Ved å utføre den nye atferden gjentatte ganger, vil den automatiseres i større grad. Foreldrene er bevisst på, at dersom man ikke får en varig endring, vil man med stor sannsynlighet, falle tilbake til gamle vaner. Teorien beskriver dette som ett tilbakefall (Mæland, 2005; Proschaska & Diclemente, 1984). For å unngå tilbakefall er det sentralt med oppfølging over tid. Dette bekreftes av Svendsen (2008) som fremhever oppfølging over tid

og bevisstgjøring av egne vaner, som sentrale faktorer i endringsprosessen. Det vil være størst sannsynlighet for tilbakefall de første to til tre månedene av endringsprosessen (Marlatt & Gordon 1985 referert i Mæland, 2005). Foreldrene frykter også at det var en økt sjanse for tilbakefall de første månedene, og ønsker derfor en tettere oppfølging i denne perioden.

Det er sentralt for foreldrene at noen viste dem støtte og engasjement underveis i prosessen. En av foreldrene forteller, at det er betryggende å vite at du har noen du kan spørre om hjelp, dersom prosessen byr på utfordringer. Det er viktig at veileder forteller foreldene at tilbakefall er en del av endringsprosessen og at disse vil forekomme. Men, det er ikke hvordan man faller som betyr noe, men hvordan man reiser seg igjen. Ved å reise seg igjen etter et tilbakefall og fortsette med målsetting, vil det kunne føre til økt mestring. Samtidig kan man få en positiv mestringsforventning ved neste tilbakefall, da personen ser hvilke indre ressurser den besitter. Dette bekreftes av Banduras (1986), teori om mestringsforventning. Tilbakefall kan forebygges ved, at man i forberedelsesstadiet i endringsprosessen (se kap.2.3.1), bevisst setter seg realistiske mål som vil være oppnåelige. Disse vil i større grad stimulere til mestring (Proschaska & Diclemente, 1984).

Det belyses, at det er lettere å gi opp dersom man ikke får oppfølging over tid. Det å ha en form for forventning til seg og støtte på veien, er med på å holde foreldrene på rett spor. Sosial støtte kan fungere som støttende tilbakemeldinger og veiledning i møte med sosiale eller ved personlige utfordringer (Folkehelseinstituttet, 2015). Når foreldrene vet at noen venter på dem, og forventer at de jobber med målsettingen sin, er det lettere å holde motivasjonen oppe og følge plane.

5.5.3 Veiledning må foregå i nærmiljøet – ferdig

Det går frem av min analyse, at hvor veiledningen foregår kan være av betydning for foreldrene. Forskning viser at helsetjenestens lokalisering, og når på dagen man får time kan være av betydning for om man møter opp til timen (Hixon, Chapman & Nuovo, 1999). Årsaker kan være at det er vanskelig å få fri fra jobb, problemer med barnepass eller utfordringer med transportmiddel. Logistikk vedrørende reiseavstand fra hjemmet til behandlingstedet viser seg å både øke og redusere oppmøteprosenten (Hixon et al., 1999). Foreldrene sier at det er viktig at veiledningen foregår i nærmiljøet, slik at de ikke må beregne

mye ekstra tid i transport. Foreldrene opplever at de har en travle hverdager og veiledningen må ikke bli en tidstyv og belastning for familien.

Foreldrene foreslår at veiledningen enten kan foregå på den kommunale helsestasjonen eller kommunens frisklivssentral, dersom dette finnes. En av foreldrene belyser viktigheten av at veiledningen skjer på en antatt trygg arena for barna. Han erfarer at barn ikke ønsker å være annerledes, da dette ofte medfører usikkerhet og redusert selvbildet og selvtillit. Når man er overvektig er man allerede litt annerledes bygd, sammenlignet med de normalvektige.

Dersom man i tillegg blir fjernet fra klassen, fordi man må til veiledere som holder til i andre lokaler, vil de andre barna lure på hvorfor dette barnet er så mye borte. Han foreslår derfor helsesøster som en trygg og god arena for veiledning av barna. Helsesøster er kjent for alle, og er en naturlig del av skolen. Dersom man går til helsesøster vil det anses som mer normalt. Dette medfører i tillegg, at man ikke sykliggjør overvekten med å ta barnet med på ett legesenter eller sykehus. Skolehelsetjenesten og helsestasjonen har en sentral rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet ved overvekt blant barn (Meld. St. Nr.34 (2012–2013)). Tjenesten må fokusere på prosesser og metoder, som stimulerer at barn og unge, samt foreldre, kan påvirke sin egen helse, mestring og trivsel (Sosial- Og Helsedirektoratet, 2004).

5.5.4 Individuell veiledning i starten. Gruppeveiledning senere

Samlet sett ønsker foreldrene at veiledningen, i hovedsak, skal foregå individuelt, spesielt i en startfase. Flere føler at det er lettere å åpne seg, dersom det kun er de og veilederen tilstede.

En av foreldrene forteller at dersom noen sliter med psykiske utfordringer, eksempelvis sosial angst, kan en gruppesetting være utfordrende. Brownell og Wadden (1991) hevder at å arbeide med vektreduksjon i grupper, kan gi større nytteeffekt enn når en står alene. I gruppeterapi utnytter man den sosiale effekten, etablerer felles handlemåter og felles normer.

En ser at gruppetilbud både har positive og negative sider. Hvordan effekten av gruppedynamikken utarter seg, avhenger mye av hvilke deltagere som er med i gruppen, samt de normer som blir gjeldene (Brownell & Wadden, 1991). I følge Bandura (1977, 1986) vil fordelene med gruppeterapi være at man kan benytte seg av ”modell-læring”. Det vil si at man observerer de i gruppen, og kopierer deres teknikker. Det vil derimot være viktig at foreldrene kan identifiser seg med de andre i gruppen, for å få en følelse av at suksessen er oppnåelig.

Dersom man ser at andre foreldre med overvektige barn har lyktes, med eksempelvis å øke dere fysiske aktivitet, kan det medføre økt motivasjon og tro på at en selv kan lykkes.

Noen foreldre så fordelen med å delta på ett gruppebasert tilbud sammen med andre foreldre, som var i samme situasjon som dem. Dette for å kunne lufte sine utfordringer og dele positive og negative erfaringer. De anså det som positivt å kunne treffe og få støtte fra likesinnede, da man kan føler seg noe alene med overvekts problematikken. Det ble foreslått, at man etterhvert, kunne få tilbud om å delta på ett gruppetilbud, men at det var viktig at dette foregikk på frivillig basis. Samtlige så fordelen med aktivitet et aktivitetstilbud, som foregikk sammen med andre barn.

Flere av foreldrene ga uttrykk for at deres hverdag allerede er travel og tiden er dyrbar. Det å sette av ekstra tid til gruppeveiledning, ville for noen, være for krevende. I tillegg kunne de risikere å komme i en gruppe hvor de ikke følte kjemi med de andre foreldrene. Dette vil da påvirke deres utbytte av veiledningen.

Behandling som forekommer i grupper kan tyde på å være like effektive, om ikke mer kostnadseffektivt enn andre behandlingsopplegg (Nowicka & Flodmark, 2011). Kanskje vil det være mest gunstig å kunne tilby begge former for veiledning, både individuelt og gruppebasert? Vi trenger mer forskning på hvilke pasientgrupper som responderer best på de ulike behandlingsformene, enten det er individuelt, blandet terapi eller gruppe terapi for å finne ut hvor satsningsområdet bør være.

6.0 Konklusjon

Denne studien hadde som hensikt å belyse hvilke aspekter foreldre identifiserer som viktige i veiledningen knyttet til sitt overvektige barn. Foreldrene fremmer viktigheten av at veileder opptrer uten fordommer for deres situasjon. Hvordan de blir møtt av veileder påvirker hvordan samarbeidet for veiledningen utvikler seg. Overvekt oppfattes for mange som et sårbart tema, som bør behandles med skånsomhet og respekt. Dømmende holdninger, hvor veileder indirekte beskylder foreldrene for manglende kunnskap og dårlig oppdragelse, svekker tillitsforholdet og kommunikasjonsutveksling. Evne til å vise empati og forståelse er egenskaper som blir verdsatt av foreldrene. Veileders evne til å fremstå menneskelig og vise støtte, bidrar til at foreldrene i større grad åpnet seg om sine utfordringer.

Foreldrene ønsker at det skal settes av nok tid til veiledningssamtalen de har i samråd med sin veileder. Dette er viktig for å kunne fremme sitt perspektiv og fortelle om hvilke utfordringer de som familie står ovenfor. De belyser viktigheten av at veileder viser at den er tilstede i samtalen. De trenger at veileder viser forståelse og respekterer deres situasjon. Relasjoner hvor veileder oppleves som travel, overarbeidet og fraværende gir en negativ innvirkning på foreldrenes inntrykk av veileder. Foreldrene har behov for å føle seg sett og hørt. Ved å gi foreldrene en god opplevelse og inntrykk, vil det fremme foreldrenes empowerment. Dette setter dem i førersetet i endringsprosessen og stimulerer til økt kontroll over egen situasjon, økt mestringsfølelse og selvbilde.

Resultatene belyser foreldrenes behov for økt bevisstgjøring rundt familiens kost – og aktivitetsvaner. De er innforstått med at barna tilegner seg deres vaner, og trenger hjelp til å identifisere hvilke av disse som er lite hensiktsmessige. Deretter starte endringsprosessen. Videre trenger de grunnleggende kunnskap om kosthold, måltidsrytme og måltidsvaner. Hva er sunt? Hva er ikke? Temaet medfører mye usikkerhet, og foreldrene trenger praktisk rettede råd som de kan benytte i hverdag. Økt kunnskap om effekt av fysisk aktivitet og forslag til familieaktiviteter, er verdsatt.

Foreldrene ønsker økt kunnskap om hvordan de skal kommunisere med barna sine, om vanskelige temaer, som eksempelvis overvekt. De er bekymret for at dårlig kommunikasjon kan skape grobunn for negativt selvbilde og selvtilit. Foreldrene anser det som nyttig å lufte

sine tanker med veileder, og få råd til hvordan de kan håndtere utfordrerne situasjoner ved barnets overvekt.

Studien viser behovet for en skreddersydd veiledning. Foreldrene trenger en veiledning som tilpasses deres hektiske hverdag. De ønsker en individuell oppfølging i starten. Foreldrene kan derimot, vurdere ett gruppebasert tilbud, dersom det appellerte til deres utfordring. Det er viktig at veiledning ikke retter fokus på barnets overvekt. Samtlige foreldre ønsker en familiefokusert veiledning, med de som foreldre som ansvarlige for endringsprosessen. Oppfølging og støtte over tid, belyses som en viktig faktor for å opprettholde motivasjon i endringsprosessen. For å unngå tilbakefall de første månedene i prosessen, mener foreldrene at det var ekstra viktig med tett oppfølging. Hverdagslige utfordringer vil melde seg sporadisk i prosessen og da er det nyttig med en veileder man kan rådføre seg med. I tillegg viser resultatene at en form for forpliktelse ved å sette seg realistiske mål, øker motivasjon og reduserer sannsynligheten for tilbakefall. Til sist, fremmer foreldrene et behov for at veiledningen skal foregå nærmiljøet, grunnet logistikk. Helsestasjonen, skolehelsetjenesten eller frikslivssentral, ble foreslått som passende arenaer.

Denne studien har rettet søkelyset rundt foreldreperspektivet ved en veiledning knyttet til deres overvektige barn. I en mulig oppfølgingsstudie kunne det vert interessant å intervju et enda større antall foreldre, for i større grad å kunne kartlegge deres preferanser ved en veiledningssituasjon. En annen innfallsvinkel, kan være å intervju veilederne for å fremme deres erfaringer. Deretter sammenligne veileder – og foreldreperspektivet for å avdekke eventuelle likheter og ulikheter, for bedre å gi en felles forståelse av utfordringene. Dette kan kommunale helsetjenester dra nytte av og benytte resultatene som utgangspunkt i utarbeiding av behandlende og forebyggende tiltak, rettet mot overvekt og fedme blant barn.

7.0 Referanser

- Arkowitz, H. & Miller, W. R. (2008). Learning, applying and extending motivational interviewing. I H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller & S. Rollnick (red.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (s. 1-32). New York: Guilford.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior*, 31(2), 143-164.
- Barth, T., Näsholm, C. & Sjøbu, A. (2007). *Motiverende samtale-mi: Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Beckman, H. B. & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692-696.
- Berg, R. C. & Underland, V. (2012). Effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak på kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og seksuell helse hos barn og unge. Nr. 06 – 2012 (s. 104). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Berry, D., Savoye, M., Melkus, G. & Grey, M. (2007). An intervention for multiethnic obese parents and overweight children. *Applied Nursing Research*, 20(2), 63-71.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260.
- Boreham, C. & Riddoch, C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*, 19(12), 915-929.
- Bringedal, B. & Feiring, E. (2011). On the relevance of personal responsibility in priority setting: A cross-sectional survey among norwegian medical doctors. *Journal of Medical Ethics*, 37(6), 357-361.
- Brownell, K. D. & Wadden, T. A. (1991). The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy*, 22(2), 153-177.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (1 utg.). Oslo: Universitetsforlaget

- Danielsen, Y. S., Júlíusson, P. B., Nordhus, I. H., Kleiven, M., Meltzer, H. M., Olsson, S. J. & Pallesen, S.-. (2011). The relationship between life-style and cardio-metabolic risk indicators in children: The importance of screen time. *Acta paediatrica*, 100(2), 253-259.
- Dubois, L., Girard, M., Kent, M. P., Farmer, A. & Tatone-Tokuda, F. (2009). Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. *Public Health Nutrition*, 12(1), 19-28.
- Dyche, L. & Swiderski, D. (2005). The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *Journal of general internal medicine*, 20(3), 267-270.
- Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B. & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: Public-health crisis, common sense cure. *The lancet*, 360(9331), 473-482.
- Edmunds, L. D. (2005). Parents' perception of health professionals' responses when seeking help for their child's weight and health. *Family Practitioner*, 22(3), 287-292.
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elvsaa, I.-K. Ø., Juvet, L. K., Giske, L. & Fure, B. (2016). Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt eller fedme. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R. & Mccurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology*, 13(5), 373-383.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2001). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finset, A. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i en enkel kommunikasjonsmodell. I K. Johnsen & H. O. Engvold (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 15-22). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fismen, A.-S., Samdal, O. & Torsheim, T. (2012). Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: A population-based survey. *BMC Public Health*, 12(1).
- Folkehelseinstituttet (2014) Resultater barnevekststudien 2008-2012: Arkiv ingen økning i andel overvektige barn 2008-2012. Lastet ned fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=105675> [Nedlastet: 04.11.2016]
- Folkehelseinstituttet (2015) Sosial støtte og ensomhet - faktaark. Lastet ned fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/> [Nedlastet: 15.11.2016]

- Folkehelseinstituttet (2016) 4.3. Utvikling av overvekt og fedme hos barn og unge. Lastet ned fra: <https://www.fhi.no/nettpub/barnehelserapporten/helse-og-levevaner/utvikling-av-overvekt-og-fedme-blant/> [Nedlastet: 04.11.2016]
- Frankel, R. M. & Stein, T. (2001). Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *The Journal of Medical Practice Management*, 16(4), 184-191.
- Fugelli, P. (2013). Helsetjenestens gudestoff: Tillit. I K. Johnsen & H. O. Engvold (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 86-91). Oslo: Universitetsforlaget.
- Garuda, S. R., Javalgi, R. G. & Talluri, V. S. (1998). Tackling no-show behavior: A market-driven approach. *Health Marketing Quarterly*, 15(4), 25-44.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- Gillespie, J., Midmore, C., Hoeflich, J., Ness, C., Ballard, P. & Stewart, L. (2015). Parents as the start of the solution: A social marketing approach to understanding triggers and barriers to entering a childhood weight management service. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28, 83-92. doi: 10.1111/jhn. 12237
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity—from research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 66-76.
- Golan, M. & Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62(1), 39-50.
- Golan, M. & Weizman, A. (2001). Familial approach to the treatment of childhood obesity: Conceptual model. *Journal of Nutrition Education*, 33(2), 102-107.
- Golan, M., Weizman, A., Apter, A. & Fainaru, M. (1998). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 67(6), 1130-1135.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Granich, J., Rosenberg, M., Knuiman, M. & Timperio, A. (2010). Understanding children's sedentary behaviour: A qualitative study of the family home environment. *Health Education Research*, 25(2), 199-210.
- Grow, H. M. G., Hsu, C., Liu, L. L., Briner, L., Jessen-Fiddick, T., Lozano, P. & Saelens, B. E. (2013). Understanding family motivations and barriers to participation in community-based programs for overweight youth: One program model does not fit all. *Journal of Public Health Management and Practice*, 19(4), E1-E10. doi: 10.1097

- Grøholt, E.-K., Stigum, H. & Nordhagen, R. (2008). Overweight and obesity among adolescents in Norway: Cultural and socio-economic differences. *Journal of Public Health Dentistry*, 30(3), 258-265.
- Gubbels, J. S., Kremers, S. P., Stafleu, A., Goldbohm, R. A., De Vries, N. K. & Thijs, C. (2012). Clustering of energy balance-related behaviors in 5-year-old children: Lifestyle patterns and their longitudinal association with weight status development in early childhood. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9.
- Gubbels, J. S., Van Assema, P. & Kremers, S. P. (2013). Physical activity, sedentary behavior, and dietary patterns among children. *Current Nutrition Reports*, 2(2), 105-112.
- Gulbrandsen, P. (2013). Klinisk kommunikasjon i sykehus - et skrikende forbedringsbehov. I K. Johnsen & H. O. Engvold (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 102-112). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamid, T. K. A. (2009). *Thinking in circles about obesity: Applying systems thinking to weight management*. London: Springer
- Helland, T., Lillejord, S., Manger, T. & Nordahl, T. (2003). *Livet i skolen 1: Grunnbok i pedagogikk og elevkunnskap: Undervisning og læring* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010a). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010b). Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). Fysisk aktivitet blant 6-, 9-, og 15-åringer i Norge: Resultater fra en kartlegging i 2011. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2016a) Brukermedvirkning. Lastet ned fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning> [Nedlastet: 04.11.2016]
- Helsedirektoratet (2016b) Motiverende intervju som metode. Lastet ned fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#teorigrunnlag-bak-mi> [Nedlastet: 15.11.2016]
- Hixon, A. L., Chapman, R. W. & Nuovo, J. (1999). Failure to keep clinic appointments: Implications for residency education and productivity. *Family Medicine* 31, 627-630.

- Holmbäck, U., Fridman, J., Gustafsson, J., Proos, L., Sundelin, C. & Forslund, A. (2007). Overweight more prevalent among children than among adolescents. *Acta Paediatrica*, 96(4), 577-581.
- Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M. & Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1236-1239.
- Jensen, B. F. (2013). Fire gode vaner sikrer effektiv klinisk kommunikasjon. I K. Johnsen & H. O. Engvold (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 113-117). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jùliusson, P. B. & Bjerknes, R. (2004). Hvordan skal vi måle og definere overvekt og fedme hos barn og unge. *Pediatrisk Endokrinologi*, 18, 24-30.
- Jùliusson, P. B. & Bjerknes, R. (2008). Sekulær økning i vekt hos barn og unge. *Pediatrisk Endokrinologi*, 22, 16-24.
- Jùliusson, P. B., Roelants, M., Eide, G. E., Moster, D., Juul, A., Hauspie, R., . . . Bjerknes, R. (2009). Vekstkurver for norske barn. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 129(4), 281-286.
- Jùliusson, P. B. & Roelants, M. (2007). Internasjonal definisjon av overvekt og fedme hos barn: Noe for bruk i norge. *Pediatrisk endokrinologi*, 21, 29-32.
- Jåtun, B. M. (2012). Målemetoder, definisjon og forekomst av fedme. I G. Øen (red.), *Overvekt hos barn og unge: Forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (s. 51-59). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kostverktøyet (2016) Foreldrerollen Lastet ned fra:
<http://www.kostverktoyet.no/familie/starthjelp/Foreldrerollen> [Nedlastet: 15.11.2016]
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D. & Lovejoy, B. (2004). Why we don't come: Patient perceptions on no-shows. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 541-545.
- Lien, N., Henriksen, H. B., Nymoen, L. L., Wind, M. & Klepp, K.-I. (2010). Availability of data assessing the prevalence and trends of overweight and obesity among european adolescents. *Public Health Nutrition*, 13(10A), 1680-1687.
- Livingstone, M., Mccaffrey, T. & Rennie, K. (2006). Childhood obesity prevention studies: Lessons learned and to be learned. *Public Health Nutrition*, 9(8A), 1121-1129.

- Ludwig, D. S., Peterson, K. E. & Gortmaker, S. L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: A prospective, observational analysis. *The Lancet*, 357(9255), 505-508.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Melbye, E. L. & Hansen, H. (2015). Child weight and parental feeding practices: A child-responsive model. *Nutrition & Food Science*, 45(1), 174-188.
- Meld. St. Nr.34 (2012–2013). *Folkehelsemelding: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moens, E., Braet, C. & Van Winckel, M. (2010). An 8-year follow-up of treated obese children: Children's, process and parental predictors of successful outcome. *Behaviour research and therapy*, 48(7), 626-633.
- Moreno, L. A. & Rodríguez, G. (2007). Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 10(3), 336-341.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nowicka, P. & Flodmark, C. E. (2011). Family therapy as a model for treating childhood obesity: Useful tools for clinicians,. *Clinical child psychology and psychiatry*, 16(1), 129-145.
- Oellingrath, I. M., Svendsen, M. V. & Brantsæter, A. L. (2010). Eating patterns and overweight in 9-to 10-year-old children in telemark county, norway: A cross-sectional study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(11), 1272-1279.
- Orbell, S. & Verplanken, B. (2010). The automatic component of habit in health behavior: Habit as cue-contingent automaticity. *Health Psychology*, 29(4), 374-383.
- Perron, N. J., Dao, M. D., Kossovsky, M. P., Miserez, V., Chuard, C., Calmy, A. & Gaspoz, J.-M. (2010). Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: A randomised controlled study. *BMC family practice*, 11.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). Collecting unstructured data *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8 utg., s. 392-413). London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Proschaska, J. O. & Diclemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, Illinois: J. Irwin.
- Robinson, T. N. (2001). Television viewing and childhood obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 1017-1025.
- Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care*. New York: The Guilford Press.
- Rothschild, M. L. (1999). Carrots, sticks, and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. *The Journal of Marketing*, 63, 24-37.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rössner, S. (2006). Overvekt og fedme. I R. Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 466-483). Oslo: Helsedirektoratet.
- Savoie, M., Berry, D., Dziura, J., Shaw, M., Serrecchia, J. B., Barbetta, G., . . . Caprio, S. (2005). Anthropometric and psychosocial changes in obese adolescents enrolled in a weight management program. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(3), 364-370.
- Savoie, M., Nowicka, P., Shaw, M., Yu, S., Dziura, J., Chavent, G., . . . Caprio, S. (2011). Long-term results of an obesity program in an ethnically diverse pediatric population. *Pediatrics*, 127(3), 402-410.
- Sbu. (2013). Mat vid fetma. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Shaw, M., Savoie, M., Cali, A., Dziura, J., Tamborlane, W. V. & Caprio, S. (2009). Effect of a successful intensive lifestyle program on insulin sensitivity and glucose tolerance in obese youth. *Diabetes Care*, 32(1), 45-47.
- Smith, K. L., Straker, L. M., Mcmanus, A. & Fenner, A. A. (2014). Barriers and enablers for participation in healthy lifestyle programs by adolescents who are overweight: A qualitative study of the opinions of adolescents, their parents and community stakeholders. *BMC pediatrics*, 14(1), 53.
- Sosial- Og Helsedirektoratet. (2004). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjonsog skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. April 2003 nr. 450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Steinbekk, S. & Danielsen, Y. S. (2010). Fedme hos barn og unge—implikasjoner for psykologisk praksis. *Tdsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(1), 23-28.

- Svendsen, B. (2008). *Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn - en studie av de innledende samhandlingsprosessene*. PhD, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis: Et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Turner, K. M., Salisbury, C. & Shield, J. P. (2011). Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: A qualitative study. *Family Practice*, 0, 1-6.
- Turner, K. M., Shield, J. P. & Salisbury, C. (2009). Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 59(568), 856-862.
- Tveiten, S. (2002). *Veiledning: Mer enn bare ord...* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2007a). *Den vet best hvor skoen trykker: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2007b). Veiledning. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 173-191). Oslo: Akribe.
- Vik, F. N., Øverby, N. C., Lien, N. & Bere, E. (2010). Number of meals eaten in relation to weight status among norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5 suppl), 13-18.
- Waalder, P. E. (1983). Anthropometric studies in norwegian children. *Acta paediatrica Scandinavica. Supplement*, 308, 1-41.
- Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J. & Abbott, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family Practice*, 8(1), 50-57.
- Wate, J. T., Snowdon, W., Millar, L., Nichols, M., Mavoia, H., Goundar, R., . . . Swinburn, B. (2013). Adolescent dietary patterns in fiji and their relationships with standardized body mass index. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1).
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D. & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337(13), 869-873.
- Whitlock, E. P., O'connor, E. A., Williams, S. B., Beil, T. L. & Lutz, K. W. (2008) Effectiveness of weight management programs in children and adolescents. *170*.

Lastet ned fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38587/> [Nedlastet: 11.11.2016]

- Who (2016) Childhood overweight and obesity. Lastet ned fra: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> [Nedlastet: 04.11.2016]
- Wigton, R. S. & Mcgaghie, W. C. (2001). The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 262-265.
- Wilfley, D. E., Tibbs, T. L., Van Buren, D., Reach, K. P., Walker, M. S. & Epstein, L. H. (2007). Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Health Psychology*, 26(5), 521-532.
- Øen, G. (2007). Views of content and responsibility of treating obese children in norwegian hospitals and communities : A multiple case study focused on perspectives and methods. *International Journal of Obesity*, 31(Supplement 1), 205.
- Øen, G. (2012a). Atferdsterapeutiske prinsipp i behandling av barn og unge med overvekt. I G. Øen (red.), *Overvekt hos barn og unge. Forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (s. 213-236). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Øen, G. (2012b). Fedmeproblematikkens utfordringer. I G. Øen (red.), *Overvekt hos barn og unge: Forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (s. 21-38). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Øen, G. (2012c). Samhandling og kommunikasjon om overvektsproblematikk. I G. Øen (red.), *Overvekt hos barn og unge: Forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (s. 193-212). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K. & Høigaard, R. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Møte med helsepersonalet, tillit, kommunikasjon, relasjon.

Hovedspørsmål:

Hvordan ønsket du å bli møtt av helsepersonell da det ble oppdaget at ditt barn var overvektig?

- Hva var viktig for deg?
- Hvilke tanker har ang det å få noen form for råd eller veiledning?
- Hva opplevde du som bra? Hva opplever du som dårlig? Er det noe du tenker kan gjøres annerledes? Hva i så fall og hvorfor?

Hvordan ønsker du at forholdet (kommunikasjon, emosjonelt, faglig) ditt til veilederen/hjelperen skal være? Når jeg sier veileder/ hjelper mener jeg den/ de personene som skal hjelpe deg eller veilede deg ved ditt overvektige barn.

- Kommunikasjon: Kan du beskrive hvordan du ønsker at dere skal snakke sammen? Hvordan ønsker du at kommunikasjonen skal være? Hva er viktig for deg?
- Kan du gi noen eksempler på situasjoner som har vært bra eller dårlige?
- Har du opplevd å bli forstått? Har du følt at du har blitt lyttet til?
- Har du følt det har vært satt av nok tid?
- Emosjonelt? Har du følt deg trygg?
- Kan du gi noen eksempler på situasjoner som har vært bra eller dårlige?
- Er det noe som kunne vært gjort annerledes? Kan du utdype dette?

Kan du beskrive hvordan du ønsker å bli møtt av personen som skal veilede deg? Kan du fortelle litt om hvilke kvalifikasjoner du mener er viktig at denne personen innehar?

- Hvilke egenskaper tenker du er viktige for personen som skal gjennomføre veiledningen?
- Hvilke personlige egenskaper mener du er viktig at veilederen har?
- Hvilke kunnskaper mener du er viktig at veilederen har? Har du opplevd at du får svar på dine spørsmål? Opplever du å ha tillit til helsepersonellens kompetanse?

Metodisk oppbygning av en veiledningssituasjon

Hovedspørsmål

Kan du fortelle hvordan du ønsker veiledningen skal gjennomføres?

Hjelpespørsmål

Kan du fortelle litt om hvilken informasjon du mener er relevant og viktig i veiledningen?

Kan du utdype hvorfor du mener akkurat dette er viktig?

- Kan du fortelle meg om hva du har behov for å vite om kosthold?
- Kan du fortelle meg om hva du har behov for å vite om fysisk aktivitet?
 - Hvilke tanker har du om felles treningsøkter rettet mot barnet?
- Er det andre tema du tenker kunne være relevante?

Kan du fortelle litt om hvordan du ønsker at veiledningen skal foregå?

- Skal den være i individuell? i grupper? familiebasert? Kan du utdype hvorfor du mener dette?
- Kan du fortelle meg litt om hvor du ønsker veiledningen skal gjennomføres?
- Kan du fortelle meg litt om hvor lenge, og hvor ofte (tid) du ønsker at veilederen skal være? Hva føler du er realistisk å få til i din hverdag?
- Er det noe annet du synes er relevant knyttet til dette som ikke har kommet frem enda i dette intervjuet?

