

«Et steg i riktig retning – Endring av livsstil»

En kvalitativ studie om endring av livsstil blant voksne med overvektsproblematikk.



Universitetet
i Stavanger

Helsevitenskap -
masterstudium

Institutt for helsefag

SV fakultetet

Universitetet i Stavanger

Kandidat: Camilla Hofstad

Veileder fra UIS: Bjørg Karlsen, professor og dr. polit

Stavanger, november 2014

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høsten 2014

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Camilla Hofstad

VEILEDER: Professor og dr. polit Bjørg Karlsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: «Et steg i riktig retning – Endring av livsstil». En kvalitativ studie om endring av livsstil blant voksne med overvektsproblematikk.

Engelsk tittel: «A step towards a new lifestyle. A qualitative study of lifestyle change among adults with obesity problems.

EMNEORD/STIKKORD: Livsstilsendring, endringsprosess, fedme, overvekt, motivasjon, sosial støtte, livsstilsprogram, behandlingopplegg.

ANTALL SIDER: 73

STAVANGER: 11.11.14, Camilla Hofstad

Forord

Så var jeg i mål for denne gang! De to siste årene har bydd på spennende og verdifulle erfaringer som jeg kommer til å ta med meg videre. Masteroppgaven vært krevende og følelsen at man til tider ikke kommer noen vei har vært tung. Det er derfor med stolthet at jeg endelig kan presentere arbeidet mitt. I denne forbindelsen er det er noen jeg ønsker å rette en spesiell takk til.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min veileder, Bjørg Karlsen, som har bidratt med engasjement og kunnskap gjennom prosessen med masteroppgaven. Du har vært spesielt god å ha i slutfasen. Dette kunne jeg ikke vært foruten.

Videre rettes en stor takk til Mette Svendsen og Nanna Lien som har bidratt i prosessen med å innhente informanter og utvikling av intervjuguiden.

Medstudenter ved Universitetet i Stavanger har vært til stor hjelp i prosessen med masteroppgaven, og har bidratt med kunnskap. Videre har det vært fundamentalt med gode venner og kjæreste i en krevende periode.

Til slutt, og definitivt ikke minst, takk til alle informantene som har bidratt med personlige opplevelser vedrørende et nært tema.

Stavanger, 11. november 2014

Camilla Hofstad

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
1.0 INTRODUKSJON	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.1.1 Utfordringer å leve med overvekt	3
1.1.2 Behov for støtte ved livsstilsendring	4
1.1.3 Litt om nåværende behandlingstilbud i Norge	4
1.2 Tidligere forskning	5
1.2.1 Studier med fokus på forhold av betydning for endring av livsstil	5
1.2.2 Studier med fokus på livsstilsprogram	7
1.3 Studiens hensikt	8
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål	8
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	9
2.1 Endringsstadiene i den transteoretiske modellen	9
2.1.1 Føroverveielsesstadiet	9
2.1.2 Overveielsesstadiet	10
2.1.3 Forberedelsesstadiet	10
2.1.4 Handlingsstadiet	10
2.1.5 Vedlikeholdelsesstadiet	11
2.2 Betydningen av motivasjon	12
2.2.1 Indre motivasjon	12
2.2.2 Ytre motivasjon	13
2.3 Sosial støtte	14
2.3.1 Instrumentell støtte	15
2.3.2 Informasjonsstøtte	15
2.3.3 Emosjonell støtte	15
2.3.4 Tilhørighet	16
2.4 Modell som illustrerer det teoretiske rammeverket	16
3.0 METODE	18
3.1 Valg av kvalitativ metode	18

3.2 Egen forforståelse	18
3.3 Utvalg og rekruttering	19
3.3.1 Forsknings samarbeid med et sykehus på Østlandet	19
3.3.2 Rekruttering av informanter	20
3.4 Innsamling av data	20
3.4.1 Semistrukturert dybdeintervju	21
3.4.2 Utarbeiding av intervjuguiden	21
3.4.3 Gjennomføring av 6 semistrukturerte dybdeintervjuer	22
3.4.4 Transkripsjon	23
3.5 Dataanalyse	23
3.6 Reliabilitet og validitet	28
3.6.1 Reliabilitet	28
3.6.2 Validitet	29
3.7 Forskningsetiske vurderinger	30
3.7.1 Informert samtykke og konfidensialitet	30
3.7.2 Søke- og meldeprosessen i REK og NSD	31
3.8 Metodiske overveielser	31
4.0 FUNNENE	33
4.1 Gradvis tilvenning av nye livsstilsvaner	34
4.1.1 Opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt	34
4.1.2 Fra erfaring med dietter til en gradvis bevissthet om en langvarig vekt nedgang og endring i livsstil	36
4.1.3 Betydningen av små justeringer og gode rutiner i omlegging av kostholds- og treningsvaner	38
4.2 Motivasjon for endring av livsstilsvaner	40
4.2.1 Ønske om bedret helse	40
4.2.2 Ønske om bedret selvfølelse	42
4.3 Betydningen av støtte	42
4.3.1 Støtte fra helsepersonell i et livsstilsprogram	43
4.3.2 Opplevelsen av fellesskap og samhold i et behandlingsopplegg	45
4.3.3 Støtte fra familie og venner	46
5.0 DISKUSJON	49
5.1 Informantenes tilvenning av nye livsstilsvaner	49

5.1.1	Opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt	49
5.1.2	Fra erfaring med dietter til en gradvis bevissthet om en langvarig vektnedgang og endring i livsstil	50
5.1.3	Betydningen av små justeringer og gode rutiner i omlegging av kostholds- og treningsvaner	52
5.2	Informantenes motivasjon for endring av livsstilsvaner	52
5.2.1	Ønske om bedret helse og bedret selvfølelse	52
5.3	Betydning av sosial støtte for informantene ved livsstilsendring	54
5.3.1	Støtte fra helsepersonell i et behandlingsopplegg	54
5.3.2	Opplevelsen av fellesskap og samhold i et behandlingsopplegg	55
5.3.3	Støtte fra familie og venner	56
5.4	Implikasjoner for praksis og videre forskning	57
6.0	KONKLUSJON	58
6.1	Hvilke erfaringer hadde informanten i arbeidet med å endre livsstil?	58
6.2	Hvorfor ønsket informantene å endre livsstil og hva har bidratt til denne avgjørelsen?	58
6.3	Hvordan ønsket informantene at livsstilsprogrammet skulle bidra med støtte med tanke på endringsprosessen?	59
	REFERANSER	61
	VEDLEGG	66

Sammendrag

Overvekt er et stort problem i dagens samfunn, både nasjonalt og på verdensbasis, og skal man lykkes med livsstilsendring så er det viktig å være bevisst på at det er flere komponenter som påvirker. En hovedstudie, knyttet til utvikling av nåværende livsstilsprogram for å behandle pasienter med fedme ved et sykehus på Østlandet, ønsket en masterstudent som skulle intervjuer deltakere fra livsstilsprogrammet, med ønske om å revidere programmet ut i fra pasientevalueringene. Studiens hensikt var å bidra med økt kunnskap om hvordan overvektige pasienter erfarer forhold av betydning for endring av livsstil og hvilken støtte i et livsstilsprogram de mente var viktig for endringsprosessen. Videre at kunnskapen kan brukes av helsepersonell som skal lage livsstilsprogram, slik at nåværende livsstilsprogram for denne pasientgruppen kan forbedres. Studien hadde et kvalitativ design gjennom bruk av semistrukturerte dybdeintervju. Overvekt kan være et nært og privat tema for flere mennesker og det ble derfor utført dybdeintervju. Funnene fra studien kan tyde på at tidligere erfaringer hadde påvirket informantene i negativ retning. Dette medførte skuffelser knyttet til avbrutte dietter, eller manglende vedlikeholdelse av livstilsvanene. Gjennom livsstilsprogrammet ble informantene gradvis bevisste om at en langvarig vektnedgang, og endring i livsstil bør være fokuset i endringsprosessen. Informantene sine ønsker knyttet til livsstilsendring relaterte seg hovedsakelig til helseaspektet. Motivasjonen for å endre livsstil var å unngå sykdom eller forverring av allerede helseplager. Funnene tydet at livsstilprogrammet hadde stor betydning for informantene i arbeidet med livsstilsendring.

1.0 INTRODUKSJON

Tematikken for denne studien er overvektige pasienter som gjennomgår endring av livsstil. Fokuset vil være på hvordan overvektige pasienter erfarer forhold av betydning for endring av livsstil. Videre skal det sees på hvilken støtte i et livsstilsprogram pasientene mener er viktig for endringsprosessen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Overvekt er en av de viktigste helseutfordringene i verden (Helsedirektoratet 2011, s. 12). Stadig flere menn og kvinner passerer grensen for hva WHO definerer som overvekt. På verdensbasis er antall overvektige doblet siden 1980. Denne grensen baserer seg på BMI, body mass index, som er et uttrykk for vekt i forhold til høyde. En BMI på 25 og opp til 30 vil tilsvare overvekt, mens en BMI over 30 tilsvare fedme (WHO, 2013). I Norge finnes det ingen omfattende helseundersøkelser som kan vise til utvikling av overvekt, men tall fra noen fylker indikerer at overvekt er et mer omfattende og utpreget helseproblem enn det var tidligere. Det ble blant annet utført tre helseundersøkelser i Nord-Trøndelag, i perioden fra 1984-2008. Undersøkelsene tydet på at spesielt unge menn i aldersgruppen 20-30 år hadde størst økning (Folkehelseinstituttet, 2013). I følge Midthjell et al. (2013) har utbredelsen av voksne i alderen 20-29 år med en BMI på over 30, har økt de siste årene for begge kjønn. Det som kan være kritisk for unge voksne, er at de er i en etableringsfase i livet, og dermed har problemer med å prioritere livsstilsendring.

Årsaker til økning i fedmeproblematikken kan knyttes direkte til valg av livsstil (Helsedirektoratet, 2011). Livsstil kan betegnes som våre levevaner – hvordan man tar egne valg og handlinger relatert til sosiale levevaner, kosthold og fysisk aktivitet (Prescott & Børtveit, 2012). De levevanene vi velger å følge, og hvilke miljø vi er en del av, vil kunne påvirke livsstilen vår. Genetiske forhold vil også påvirke, men det er miljøet som har endret seg de siste tiårene, og dermed skapt en økning i fedmeproblematikken (Helsedirektoratet 2011, s. 17). På et generelt plan er nordmenn mindre fysisk aktive, dette gjelder blant annet hverdagsaktivitet, som er redusert med 28 %. Fremkomstmidler som bil, tog og trikk gjør det lettere for mennesker å velge dette fremfor sykkel eller beina.

Videre vises det til at nordmenn har mer fritid enn tidligere, og mye av denne fritiden brukes til sittestillende aktiviteter som tv-titting eller foran PC-en (Helsedirektoratet, 2011). Det skal samtidig påpekes at dette kun gjelder aktivitet knyttet til hverdagen. Dette gjelder ikke treningsnivået i Norge, som forøvrig er stabilt. Noen har et høyt treningsnivå, mens andre er mer inaktive. Når dette sees i sammenheng med den nedadgående hverdagsaktivitet så utgjør det et redusert aktivitetsnivå i Norge sammenlignet med tidligere år (Helsedirektoratet, 2011). Videre vil valg innenfor kostholdet ha avgjørende betydning for fedmeproblematikken. Tilgjengeligheten til usunn mat har økt kraftig den siste tiden. Nordmenn spiser mer godteri, chips og drikker mer brus enn det som er ønskelig. Samtidig ser vi at forbruket av grønnsaker og frukt er mindre enn det burde være (Helsedirektoratet, 2011). Tendensene ovenfor viser at valg knyttet til livsstil, får direkte utfall for fedmeproblematikken i Norge.

1.1.1 utfordringer å leve med overvekt

Utfordringene ved å leve med overvekt er mange, og vil også være individrettet. Johannessen (2013) berører noen av utfordringene gjennom et intervju med en kvinne i 30-årene som gjennomgår livsstilsendring. Lind, Johansen og Hardy (2006) tok opp lignende utfordringer gjennom et intervju med en fedmeoperert kvinne i 40-årene, og så på faktorer som påvirket livet hennes før og etter operasjonen. Kvinnene fortalte at overvekten fikk dem til å føle seg fanget i sin egen kropp, og at de ikke innså at de var overvektige før det hadde gått lang tid (Johannessen, 2013; Lind et al., 2006). Utfordringen med å gå rundt med en tung kropp plaget de både fysisk og psykisk. Fysisk var det hemmende på grunn av for stor belastning ved aktivitet. De opplevde blant annet å få problemer med balansen, prolaps i ryggen, vonde knær, lammelser i ekstremitetene og søvnproblemer. For den ene kvinnen førte de fysiske plagene til en lengre sammenhengende sykemelding. Videre opplevde kvinnen i 30-årene som yngre å bli mobbet grunnet vekten hennes, og følte at mennesker rundt henne hadde mindre respekt for henne (Johannessen 2013). Kvinnen i 40-årene opplevde blikk og kommentarer fra andre som til tider ble for mye, og kunne relatere seg til det å bli mobbet. Råd og bemerkninger som gikk direkte på at hun måtte trene mer og spise mindre og sunnere, førte til at hun ofte var nedfor og deprimert (Lind et al., 2006).

Dette er kun noen av vanskene mange overvektige må leve med. Summen av de fysiske og psykiske belastningene kan gjøre det utfordrende å komme i gang med en livsstilsendring.

1.1.2 Behov for støtte ved livsstilsendring

Å totalendre livsstilen sin, byr på komplekse utfordringer. Det inkluderer store omveltninger, som kan ta lengre tid å gjennomføre. Ved denne studien vil derfor livsstilsendringen sees på som en endringsprosess. Med endringsprosessen menes prosessen med endring av en atferd. Ordet prosess tar for seg en endring av livsstil, som ofte inkluderer en lengre overveielse. Det kan ta lang tid før man kommer til den endelige resultatet man ønsker (Prochaska & DiClemente, 1992). For pasientene som opplever utfordringer knyttet til endringsprosessen vil behovet for støtte fra helsepersonell bli naturlig. Videre vil pasientens egne erfaringer knyttet til livstilsendring og behov for støtte ved livsstilsprogram vil trolig bidra til forbedring av nåværende tilbud. Getz, Kirkengen og Ulvestad (2010) påpeker at levde erfaringer må bli anerkjent på lik linje med biomedisinen.

Overvekt viser seg å være mer et samfunnsproblem enn et individproblem. I St.meld. nr. 34 fremheves det at økende overvekt og fedme kan få avgjørende betydning for folkehelsen framover (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, s. 8). Dette vil gi seg utslag i at helsevesenet vil spille en større rolle i forebyggingsaspektet, og videre behandling av overvektige, blant annet gjennom livsstilsprogram som tar til sikte på å hjelpe personer med å endre livsstil. Det vil derfor være viktig å sette søkelys på hvordan helsepersonell kan bidra med støtte til personer som gjennomgår livsstilsendring. St. Meld. nr. 34 hevder at sosial støtte er summen av støtte og hjelp vi får gjennom relasjoner til andre mennesker. Dette kan gi seg utslag i omsorg, trøst, hjelp, informasjon og råd (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, s. 56). Støtte i og rundt et livsstilsprogram vil hevdes å være en form for sosial støtte. Sosial støtte synes å være en viktig faktor ved livstilsendring, og kan i stor grad bidra til å motivere personen til endring (Russel et al., 2013; Barth, Børtveit & Prescott, 2013; Kodama et al., 2012). Viktigheten og behovet for sosial støtte ved deltakelse i livsstilsprogram, kan derfor være av avgjørende karakter med tanke på endringen pasientene gjennomgår.

1.1.3 Litt om nåværende behandlingstilbud i Norge

Et forholdsvis nytt konsept i Norge er Frisklivssentraler som er et kommunalt

forebyggende helsetiltak. Slike sentraler er i full oppblomstring omkring i Norge, og finnes i mange kommuner allerede. Personer som har behov for støtte og hjelp til å endre livsstil, blir henvist fra fastlegen. Tilbudet er bredspektret, og omfavner blant annet treningsopplegg, både i gruppe og individuelt, veiledning rettet mot kosthold og trening, og hjelp til røykeslutt (Helsedirektoratet, 2014).

Noen lignende tiltak finnes på sykehus i Norge. Flere avdelinger, hovedsakelig gjennom polikliniske behandlinger for pasienter med fedmeproblematikk, har livsstilsprogram der hjelp til selvhjelp, og veiledning rundt endring av livsstil, er fokuset. Gruppemøter og individuell oppfølging er en del av tilbudet som tilsvarende den kommunale behandlingen gjennom Frisklivssentraler. Her vil psykologer, ernæringsfysiologer, leger og sykepleiere være tilgjengelig for pasientene som benytter seg av et slikt tilbud (Oslo Universitetssykehus, 2014; St. Olavs hospital, 2014; Sykehuset i Vestfold, 2014).

1.2 Tidligere forskning

For å finne fram til tidligere forskning, ble det foretatt et systematisk elektronisk søk i databasene Academic Search Premier, PubMed og Cinahl. Søkeordene som ble anvendt var overweight, adults, lifestyle change, treatment, support, social support, experience, change process og motivation. Ulike kombinasjoner ble benyttet for å maksimere funnene. Søkene er avgrenset fra år 2005 til 2013. Videre er det gjort manuelle søk, der det er blitt søkt direkte på forfattere og artikler. Store deler av artiklene var kvantitativ forskning. Nedenfor presenteres artiklene og avhandlingene som gir bakgrunn for studien.

1.2.1 Studier med fokus på forhold av betydning for endring av livsstil

Hardcastle og Hagger (2011) utførte en kvalitativ studie, der formålet var å undersøke hvordan det er å være overvektig. Fokuset i denne studien var hvilke faktorer informantene oppga som nødvendige for i det hele tatt å kunne starte prosessen med livsstilsendring. Motivasjon var en av faktorene som ble oppgitt, men de gikk ikke noe mer i dybden på hvilken motivasjon deltakerne hadde for endring av livsstil – kun at det var en essensiell del av livsstilsendring. Intervjuobjektene i denne studien var voksne mennesker i alderen rundt 50-60 år.

Lewis, Thomas, Hyde, Castle & Komesaroff (2011) studerte 36 overvektige menns helsevaner gjennom individuelle dybdeintervjuer. Funnene som kom frem tyder på at flere av informantene følte et personlig ansvar for vektøkningen deres, grunnet den livsstilen de hadde. Dette førte videre til en barriere mot å gå inn for en endring i livsstil, og å søke profesjonell hjelp. En videre hindring som stod i veien for et ønske om å endre livsstil, var manglende støtte fra de nærmeste.

Riebe et al. (2005) utførte en kvantitativ studie hvor 144 overvektige voksne, med en gjennomsnitt BMI på 32,5, gjennomførte et 6 måneders klinisk program med en oppfølgingsperiode på 18 måneder. Etter 24 måneder viste resultatene at individene reduserte kroppsfett, kaloriinntak og økte ukentlig treningstid. Riebe et al. (2005) konkluderte med at gjennomføring av et slik klinisk program, bidro til fremming av vedvarende livsstilsendring. De deltakerne som aktivt engasjerte seg i vedlikeholdelsesfasen ville mer sannsynlig opprettholde suksessen videre. I denne studien ser man at programmet hadde positiv effekt på deltakerne.

I Rugseth (2011) sin kvalitative studie hvor hun har dybdeintervjuet 2 kvinner, har hun fokusert på overvekt som en livserfaring. Hun har belyst hvordan det erfarer å leve som overvektig, og hva disse erfaringene forteller om hvordan det er å være overvektig i dagens samfunn. Begge kvinnene hadde prøvd å endre livsstil tidligere, blant annet gjennom kurer og dietter, og gått ned i vekt. Opplevelsen av å gå opp igjen i vekt etter endte kurer hadde de også erfaringer med.

I Syvertsen sin kvalitative masteroppgave (2007) intervjuet hun overvektige personer i håp om å finne ut hva som var essensielt for varig livsstilsendring. Funnene viser at sosial støtte, tilhørighet og opplevelsen av mestring var viktige i forhold til livsstilsendring.

Smedsrød (2012) studerte i sin masteroppgave personer som har lyktes med å endre livsstilsvaner. Resultatene fra de 14 individuelle dybdeintervjuene, viser at en vellykket livsstilsendring er omfattende og bygger på flere aspekter. Motivasjon til endring var en essensiell faktor for at personene klarte å gjennomføre livsstilsendringen. Personene som hadde klart å utvikle en større grad av kontroll over eget liv og den nye livsstilen, kom heldigere ut av endringsarbeidet.

1.2.2 Studier med fokus på livsstilsprogram

Wagenschutz, Ross, Bernat & Lypson (2013) utførte en kvalitativ studie hvor fokusgrupper ble gjennomført med 10 overvektig kvinner i aldersgruppen 57 – 75 år. Disse pasientene deltok fra før av på livsstilsprogram. Resultatene viste at deltakelse på slike program bidro til positiv endring i livsstilen. Dette lot seg vise gjennom økt bevissthet, og motivasjon til å endre livsstil – blant annet trening og kosthold. Denne studien viser at livsstilsprogram er en effektiv metode for å hjelpe pasienter til å bli bevisst behovet for endring, som igjen fører til handling og positiv livsstilsendring.

En amerikansk studie identifiserte faktorer som, gjennom deltakelse i et livsstilsprogram, fremmet eller hemmet atferdsendring. Studien var av kvalitativ karakter, og intervjuene ble utført i fokusgrupper. Sosial støtte og familiære forhold var hovedfaktorene ved livsstilsendring, og opplevdes i stor grad å kunne bidra til å motivere personen til endring (Russel, Rufus, Fogarty, Fiscella & Carroll, 2013).

Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) utførte en kvalitativ studie med individuelle intervjuer i håp om å tilegne seg mer kunnskap om hva som fremmer og hemmer personer som skal gjennomføre livsstilsendring. De så videre på hvordan lærings- og mestringssentre kunne bistå personene i denne prosessen. Resultatene viser at motivasjon er et viktig aspekt for endring av livsstil. Men hos de fleste informantene kom ikke dette aspektet frem før helseplagene ble for store å håndtere alene. Videre hadde møtet med helsepersonellet mye å si for gjennomføringen av endringen, og hvordan lærings- og mestringssenteret kunne gjøre dem mer bevisst egne holdninger knyttet til egen livsstil.

Kiernan et. al. (2012) utførte en amerikansk kvantitativ studie som inkluderte 267 kvinner som deltok på livsstilsprogram, og supplementerte med kvalitative data. Resultatene viser at 75 % av kvinnene sjelden opplevde støtte fra familie og venner. Kvinnene som ikke opplevde støtte fra familien hadde minst sannsynlighet for å gå ned i vekt, sammenlignet med de kvinnene som opplevde at de hadde støtte i nær omgangskrest. Likevel var det de kvinnene som aldri opplevde støtte fra venner som hadde størst sannsynlighet for å gå ned i vekt.

Helle (2008) utførte en masterstudie hvor det skulle forskes på pasienters erfaringer fra

deltakelse i helsefremmende grupper. Det overordnede målet med disse gruppene, var å legge til rette for erfaringsutveksling mellom pasientene. Resultatene viser at helsetilbudet var et av flere viktige aspekter for å få til livsstilsendring.

Litteratursøket viser at det er noe forskning rundt voksnes erfaringer med forhold av betydning for endring av livsstil. Det skal likevel påpekes at dette er individuelle opplevelser, og at disse opplevelsene kan erfares forskjellige. Det vil derfor være viktig å sette et videre søkelys på hvordan overvektige pasienter erfarer forhold av betydning for endring av livsstil. Vedrørende støtte påvises det at det er en viktig faktor ved endring av livsstil. På den andre siden går forskningen lite inn på hvilken støtte i et livsstilsprogram som er viktig ved en livsstilsendring. Det skal også påpekes at i de foregående studiene er det stort sett eldre voksne mennesker som har blitt intervjuet. Min studie inkluderer også yngre voksne og så langt jeg kan se er det gjort lite forskning på erfaringer om livsstilsendring hos denne gruppen.

1.3 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å bidra til økt kunnskap om hvordan overvektige pasienter erfarer forhold av betydning for endring av livsstil, og hvilken støtte i et livsstilsprogram de mener er viktig for endringsprosessen. Slik kunnskap kan være verdifull for helsepersonell for å få innsikt i viktige aspekter ved pasientenes endringsprosess, og for å kunne forbedre tilbudet til denne pasientgruppen.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hvordan erfarer overvektige pasienter forhold av betydning for endring av livsstil, og hvilken støtte i et livsstilsprogram mener de er viktig for endringsprosessen?

For å kunne utdype og få innsikt i problemstillingen, vil aktuelle forskningsspørsmål være:

- Hvilke erfaringer har du i arbeidet med å endre livsstil?
- Hvorfor ønsket du å endre livsstil, og hva bidro til denne avgjørelsen?
- Hvordan ønsker du at livsstilsprogrammet skal bidra med støtte i endringsprosessen?

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet presenteres og belyses noen aktuelle teorier og begreper som danner rammeverk for denne studien. Studien vil knyttes opp til Prochaska, DiClemente og Norcross (1992) sin transteoretiske modell hvor de går inn på de forskjellige stadiene en person går igjennom når han skal endre livsstil. Den transteoretiske modellen er valgt på grunnlag av problemstillingen om forhold av betydning for endring av livsstil. Det følte naturlig å trekke inn modellen, og se på de ulike stadiene personer gjennomgår ved livsstilsendring.

Videre vil motivasjonsaspektet ved livsstilsendring tas opp gjennom Deci og Ryan (2000) sin selvbestemmelsesteori. Det er valgt å trekke inn motivasjonsaspektet da det oppleves som en viktig del av forhold av betydning som pasientene har for endring av livsstil.

Deretter vil det bli redegjort for ulike typer sosial støtte, og hvordan sosial støtte kan bidra til opprettholdelse av livsstilsendring hos personen som gjennomfører endringen (Cohen & Wills, 1985).

2.1 Endringsstadiene i den transteoretiske modellen

Stadiene i den transteoretiske modellen er: føroverveielles-, overveielles-, forberedelses-, handlings- og vedlikeholdelsesstadiet. Det er kjent at livsstilsendring kan ta tid og de fleste personene får ikke til suksessfull endring ved første forsøk (Prochaska et al. 1992, s. 1104). Derfor vil personer som går gjennom livsstilsendring flyte frem og tilbake på de ulike stadiene flere ganger. Det er mulig at personer går gjennom stadiene som en lineær prosess, men dette er hovedsakelig teoretisk forankret, og den transteoretiske modellen kan dermed kalles en syklisk modell. I det følgende vil det bli gitt en kort beskrivelse av de ulike stadiene i modellen. Handlingsstadiet vil ha en større del av fokuset, da det er her informantene befinner seg i prosessen med livsstilsendring. Modellen vil likevel bli tatt opp i sin helhet for å få en oversikt over hvordan en livsstilsendring kan foregå.

2.1.1 Føroverveiellesstadiet

Ved dette stadiet har personen ingen intensjoner om å endre livsstil. Prochaska et al. (1992) hevder at vedkommende som befinner seg i dette stadiet ofte ikke enser at han har et problem, og dermed ikke ser behovet for handling. Dersom en person ikke har tenkt å gjennomføre endring innen det neste halve året, hevder Prochaska et al. (1992) at personen befinner seg i dette stadiet. Det kan hende vedkommende har et ønske om å endre vaner, men dette ønsket er derimot vagt, og er ikke knyttet til noen bestemte planer. Dersom det er prøvd livsstilsendring tidligere, men personen opplever tilbakefall, vil det være naturlig å føle fortvilelse over at man ikke klarer å gjennomføre endringen i sin helhet. Således vil vedkommende ofte vende tilbake til føroverveiellesstadiet, og begynne på nytt. Forskjellen er at personen har tilegnet seg erfaring om hva som ikke fungerte, og kan endre tankesett og opplegg til neste gang.

2.1.2 Overveiellesstadiet

I motsetning til føroverveiellesstadiet innser personen ved dette stadiet at den har et problem (Prochaska et al., 1992). Under dette stadiet vil personen gå inn i en vurderingsfase der han overveier å endre livsstil, men en endelig beslutning er ikke avgjørende. I dette stadiet kan man befinne seg over en lenger periode. Det er ikke uvanlig at personen vurderer livsstilsendringen i flere år. Hovedaspektet blant personen som befinner seg her, er ofte at han vet at han bør endre livsstil, men ikke er klare til å gjennomføre den videre prosessen. Flere vil gjerne ha tanker som: «Dette kommer jeg ikke til å klare uansett, så hvorfor prøve?». Vedkommende vil veie opp fordelene og ulempene ved endringen (Prochaska et al., 1992). Dersom det for personen er ønskelig å endre livsstil innen et rimelig tidsaspekt, et halv år, hevdes det at han befinner seg i overveiellesstadiet.

2.1.3 Forberedelsesstadiet

Ved dette stadiet har personen en intensjon om livsstilsendring, sammen med en konkret beslutning om å utføre dette innen nær fremtid. Hovedsakelig er det snakk om rundt en måneds tid. Personen ved dette stadiet vil også være mer mottakelig for hjelp og støtte fra andre. Dette danner grunnlaget for planlegging av livsstilsendringen, sammen med en utforsking av egne personlige ressurser (Prochaska et al., 1992).

2.1.4 Handlingsstadiet

Før dette stadiet har personen vurdert en endring av livsstil over en lenger periode, og til slutt kommet frem til en beslutning om livsstilsendring. Fra personens side kreves det stor forpliktelse og stort engasjement for å gjennomføre den valgte livsstilsendringen. Fokuset er nå overført fra tankesett til handling. Vedkommende som kommer til handlingsstadiet og aktivt utfører noe positivt, vil oppnå bedre utfall enn den som blir værende i enten et føroverveielses- eller overveieelsesstadiet (Prochaska et al. 1992, s. 1105). Tar personen i bruk konkrete fremgangsmåter vil det hjelpe de på veien med endringen. Motivasjonsaspektet spiller en vesentlig rolle ved dette stadiet. Ofte er det motivasjonen bak et ønske om endring som gjør at en person velger å ta en beslutning om å endre livsstil, og går i gang med konkrete tiltak for å begynne en livsstilsendring. Dersom denne drivkraften er sterk nok, kan dette i mange tilfeller bidra til at personen klarer å bli værende ved dette stadiet og over lenger tid vedlikeholde endringen (Prochaska et al., 1992).

Personen som har kommet til handlingsstadiet vil ofte oppleve suksess og tilfredshet over at han har klart å komme i gang med endringen. Personen befinner seg i dette stadiet dersom han har klart å endre livsstil fra én dag og opp til et halvt år. Personen som har kommet til handlingsstadiet vil som regel oppleve både fremgang og tilbakefall. Støtte fra andre vil i denne sammenheng bidra en god del, spesielt dersom personen opplever motgang i prosessen. Prochaska et al. (1992) hevder videre at dersom profesjonelt helsepersonell klarer å bidra med individuellrettet behandling, etter hvor de er i de ulike stadiene, vil det føre til at personen klarer å komme seg videre i de ulike stadiene i den transteoretiske modellen, og til slutt til vedlikeholdsstadiet, som er målet med livsstilsendringen (Prochaska et al., 1992).

2.1.5 Vedlikeholdelsesstadiet

Dersom handlingfasen strekker seg utover et halvt år, vil personen gå over en i vedlikeholdsfasen (Prochaska et al., 1992). Her har det nye livsstilmønsteret satt seg, og oppgavene man har besluttet, vil etter hvert gå lettere og bli mer rutinepreget. I denne fasen vil det være spesielt behov for støtte og veiledning fra andre; både familie, venner og muligens profesjonelle, for å opprettholde livsstilsendringen over et lengre tidsperspektiv. Opprettholdelse av personens motivasjonen spiller også en vesentlig rolle ved dette stadiet.

2.2 Betydningen av motivasjon

I det følgende blir motivasjon vektlagt, da dette er en sentral faktor i forhold til endringsprosessen. Ryan og Deci (2000) hevder at motivasjon er en drivkraft som bidrar til at vi utfører spesifikke handlinger. På den andre siden hevdes det at en person som ikke føler noe drivkraft eller inspirasjon til å handle, betraktes som umotivert (Ryan & Deci 2000, s. 54). Motivasjonen vil videre variere fra *hvilken type* motivasjon til *hvor mye* motivasjon. Dette er et viktig og avgjørende aspekt når det kommer til personer som er i en endringsprosess relatert til livsstilsendring.

Hvilken type motivasjon handler om hvilken underliggende årsak personen har til å ville endre livsstil. Ønsker personen dette for egne helsegevinst, eller vil han vise for utenforstående og hans nærmeste at dette klarer han? Graden av motivasjon en person innehar vil også være med på å bestemme utfallet av en livsstilsendring.

Videre skilles det mellom indre motivasjon og ytre motivasjon. Indre motivasjon er en motivasjon man har fordi noe er interessant og at man selv har lyst. Ytre motivasjon kan komme fra ytre press, i form av at det stilles krav fra mennesker rundt oss. Av tidligere forskning har det vist seg at det er vanskelig å separere disse ulike formene for motivasjon, og vite når de ulike treffer inn (Ryan & Deci 2000, s. 54-55).

2.2.1 Indre motivasjon

Indre motivasjon er noe iboende i alle mennesker som kommer av en interesse eller glød for å oppnå en egen tilfredstillelse. Den indre motivasjonen blir ikke styrt av press fra andre mennesker, men er en driv man har i seg. I motsetning til den ytre motivasjonen, er den indre den mest gjennomgripende og avgjørende for beslutninger knyttet til livsstilsendring (Ryan & Deci, 2000). De mener også at den indre motivasjonen er en del av et forhold mellom personen og en bestemt oppgave – i denne sammenheng livsstilsendring. Dersom fokuset retter seg mot livsstilsendringen vil også den indre motivasjon kunne bli styrket (Ryan & Deci, 2000).

Et annet interessant moment ved den indre motivasjonen er graden av eget valg. Dersom

en person som gjennomgår livsstilsendring i en periode ikke opplever noe ytre press til å fortsette med endringen, men likevel ønsker å fortsette, er nettopp det at personen gjorde et eget valg en medvirkende faktor til at personen beslutter å fortsette med oppgaven.

En person som deltar på et livsstilsprogram, kan under den perioden oppleve noe grad av press eller krav fra helsepersonell, og gjerne familie og venner, til å fortsette med endringen. Når programmet er ferdig, og oppgaven om å fullføre er bestått, vil dette presset bli redusert. Om personen underveis i programmet har tatt selvstendige valg eller ikke, kan ha direkte betydning for om personen velger å fortsette med livsstilsendringen. Graden av selvbestemt valg spiller en avgjørende rolle ved den indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2000).

Selvbestemmelsesteorien angir også faktorer i sosiale sammenhenger som bidrar til variasjon i den indre motivasjonen. Faktorer som belønninger, kommunikasjon og tilbakemeldinger fra medmennesker, kan bidra til at personen som gjennomgår livsstilsendring opplever følelsen av oppnåelse og kompetanse. Dette kan øke den indre motivasjonen. Følelsen av oppnåelse og kompetanse i livsstilsendringen, vil ikke styrke den indre motivasjonen med mindre de er ledsaget av en følelse av autonomi (Ryan & Deci 2000, s. 58). Personens opplevelse av at handlingene og valgene knyttet til livsstilsendringen er selvvalgt, er dermed essensielt for at den indre motivasjonen skal opprettholdes. Det skal påpekes at dette gjør seg kun gjeldende i settinger der personen innehar en indre motivasjon til å utføre en konkret handling, som endring av livsstil.

2.2.2 Ytre motivasjon

Selv om indre motivasjon er en viktig type motivasjon, er mange aktiviteter mennesker foretar seg ikke kun motivert fra vekommende selv. Ytre motivasjon er all motivasjon som ikke kommer fra en selv (Ryan & Deci, 2000). Dette kan være de nærme – til en person som gjennomgår livsstilsendring – som stiller krav og har forventninger til hvordan en person skal handle i en slik endringsprosess. Dette kan føre til at personen selv ønsker å innfri deres forventninger og dermed har en ytre motivasjon til å ville glede de. Målet for personen blir i denne sammenheng ikke kun å oppnå livsstilsendring, men også å tilfredsstille de nærmeste sitt behov om at han skal klare endringen. I slike tilfeller vil graden av autonomi varierer med hvilken intensjon personen har. Dersom han kun utfører

livsstilsendringen for å tilfredsstille andre, og ikke har et eget ønske om å oppnå en endring, vil graden av autonomi kunne vurderes som liten.

Ryan og Deci (2000) hevder at *tilhørighet* og *kompetanse* spiller en rolle ved den ytre motivasjonen. Dersom personen som skal gjennomgå livsstilsendring føler en form for tilhørighet til de respektive andre som ønsker at personen skal utføre livsstilsendringen, vil dette være med på å bidra til at den ytre motivasjonen blir trigget. Det kan enten være direkte slektskap, eller tilhørighet i form av at personen deltar på et livsstilsprogram, og føler seg inkludert av helsepersonellet og de andre deltakerne. Kompetansen går ut på at personen må føle at han mestrer oppgaven med å endre livsstil, og at han klarer å se at han vil oppnå målene som er satt for endringen. Dersom han føler at han ikke innehar kunnskapen og ferdighetene til å mestre oppgavene som er gitt han, og er nødvendig for livsstilsendringen, vil dette kunne svekke den ytre motivasjonen. Faktorene tilhørighet og kompetanse er essensielle aspekter ved den ytre motivasjonen, og kan ha en avgjørende rolle for utfallet ved en større livsstilsendring.

2.3 Sosial støtte

Sosial støtte kan defineres som informasjon fra andre som bryr seg om vedkommende – at man er verdsatt og en del av et nettverk der man står likeverdig, og gjennom kommunikasjon og respekt har lagt et felles grunnlag gjennom ulike forpliktelser (Taylor 2012, s. 180). De personene man har nærmest tilknytning til, og daglig kontakt med, vil kunne bidra med mer effektiv støtte enn personer man ikke er så nært knyttet til. De som står personer nærmest vil gjerne være ektefelle, samboer eller en nær venn. ”Nærme”, sett i et livsstilsendringperspektiv, vil også kunne være helsepersonell gjennom et livsstilsprogram. Andre familiemedlemmer vil kunne bidra med støtte – ofte ikke i like stor grad som de nærmeste, men det vil være individuelle forskjeller (Taylor, 2012).

Tidligere studier viser at sosial støtte kan føre til helsefremming, og kan hjelpe personer som befinner seg i et sykdomsforløp eller en belastende og krevende situasjon – som livsstilsendring vil hevdes å være (Taylor, 2012; Gurung, 2010; Cohen & Wills, 1985). Dersom en person ikke opplever sosial støtte mens han gjennomgår livsstilsendring, kan dette påvirke resultatene man ønsker med endringen (Cohen & Wills, 1985). Videre påpeker Cohen og Wills (1985) at det finnes ulike former for sosial støtte: Instrumentell

støtte, informasjonsstøtte, emosjonell støtte og tilhørighet. Nedenfor vil disse bli beskrevet i sin helhet.

2.3.1 Instrumentell støtte

Instrumentell støtte dreier seg om materielle goder. Pengeytelser som økonomisk støtte til treningsmedlemskap, hjelp fra familiemedlemmer til å lage mat og porsjonere denne, kjøre personen som gjennomgår livsstilsendring til livsstilsprogram eller treningssenter, er eksempler på instrumentell støtte (Cohen & Wills, 1985). Denne typen støtte vil kunne hjelpe personen med å redusere den stressende og krevende situasjonen en livsstilsendring er. Det vil også kunne bidra til at personen får mer tid til å fokusere på aspekter ved livsstilsendringen av viktigere karakter.

2.3.2 Informasjonsstøtte

Informasjonsstøtte er støtte som kommer til uttrykk gjennom hovedsakelig informasjon og veiledning. Informasjonen kan komme fra familiemedlemmer, venner eller profesjonelt hold. Her vil fokuset være at de skal få personen som gjennomgår livsstilsendring til å forstå og takle situasjonen han er i. Vedkommende som har bestemt seg for å endre livsstil, kan få informasjon fra personer som allerede er i en endringsprosess, og vet hva som er viktig å fokusere på. Veksling av erfaringer kan være en god informasjonsstøtte (Cohen & Wills, 1985). Videre vil praktisk informasjon gjennom et livsstilsprogram også falle under denne kategorien.

2.3.3 Emosjonell støtte

Emosjonell støtte er å vise omsorg og verdsettelse overfor personen som er i en endringsprosess relatert til endring av livsstil. I en endringsprosess vil vedkommende møte motgang. Spesielt i de tyngre periodene vil emosjonell støtte være godt å ha. Denne støtten kan også bidra til at personen klarer å håndtere motgangen mer effektivt (Cohen & Wills, 1985). At personen som befinner seg i en livsstilsendring mottar omsorg, vil kunne oppleves som tryggende i en krevende prosess. Her vil det kunne være aktuelt at de nærmeste, ektefelle, venner eller helsepersonell gjennom et livsstilsprogram, kan hjelpe personen til å fokusere på det positive med endringen.

Emosjonell støtte kan videre vise seg gjennom selvtillitsbygging og oppmuntring til personen som skal endre livsstil. Å styrke vedkommende sin selvtillit, og gi han tro på egne ferdigheter i en endringsprosess, vil være det naturlige ved denne støtten (Cohen & Wills, 1985). Denne form for støtte vil være spesielt viktig i et endringsperspektiv.

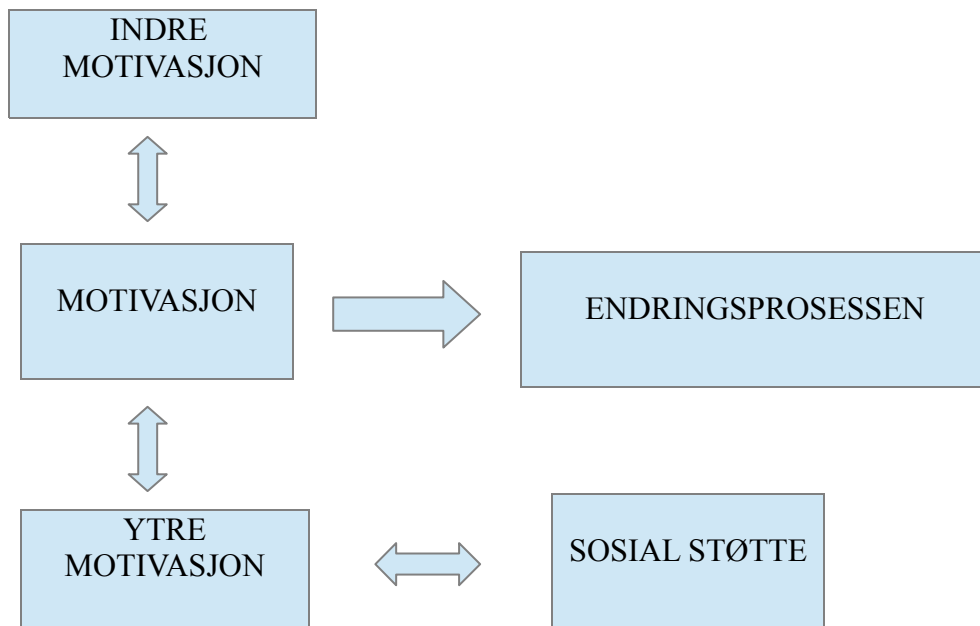
2.3.4 Tilhørighet

Her vil fokuset være å tilhøre et nettverk og tilbringe tid sammen med andre (Cohen & Wills, 1985). Knytte bånd gjennom livsstilsprogram med andre personer vil kunne være en form for tilhørighet. Å kunne dele erfaringer med andre i samme situasjon, vil kunne gi et positivt utslag. Ved å delta i andre sosiale settinger, som familiemiddager eller andre type sammenkomster med venner, vil kunne bidra til å få fokuset vekk fra livsstilsendringer til tider. Å kunne slippe å bekymre seg for problemene med livsstilsendringer, og få andre ting å tenke på, vil til tider kunne hjelpe personen. Videre å ha et nettverk rundt seg, hvor en opplever tilhørighet, vil kunne føre til et bedre utgangspunkt for den spesifikke persons livsstilsendring, og dermed bidra til en vellykket endring av livsstil (Cohen & Wills, 1985). Det vil kort nevnes at noen studier hevder at sosial støtte gjennom et nettverk også vil kunne være en kilde til stress og konflikter, og dermed kunne bidra til negativ effekt hos en person som gjennomgår livsstilsendring. Det kan være individuelle tilfeller av dette, men i det generelle bildet er dette ikke et fenomen (Cohen & Wills 1985, s. 350). Støtte, i form av tilhørighet, kan også hevdes å ha mye tilfelles med emosjonell støtte.

2.4 Modell som illustrerer det teoretiske rammeverket

Det kan antas at de nevnte teoriene og begrepene kan forsterkes og sees i lys av hverandre. For å synliggjøre dette er det valgt å fremstille det i en modell. Pilene i modellen er tatt med for å poengtere hvordan de ulike faktorene kan påvirke hverandre, men er ikke ment å si noe videre om retningen eller hvordan forløpet ved en livsstilsendring utspiller seg.

Modell 1. Presentasjon av modell



Som tidligere nevnt er det krevende å endre livsstil, og det kan by på utfordringer for personen som gjennomgår en livsstilsendring. Det vil være naturlig at personer som er i handlingsstadiet også opplever motgang selv om de har kommet langt på veien i endringsprosessen. Personen må finne en stabil motiverende kraft som kan hjelpe dem gjennom arbeidet med å endre livsstil. Dette er et viktig aspekt ved en livsstilsendring (Brumoen, 2007). Som det vises i modellen, kan drivkraften komme gjennom den indre eller ytre motivasjonen. Videre kan man se at sosial støtte vil være essensielt ved endring av livsstil, og kan bidra i positiv retning i de periodene personen opplever motgang. Således kan sosial støtte bidra til å forsterke den ytre motivasjonen for vedkommende som er i en endringsprosess relatert til livsstilsendring, som igjen vil påvirke den totalte endringsprosessen. Ut i fra modellen kan det antas at de ulike faktorene er en integrert del av en livsstilsendring, der faktorene kan påvirke hverandre, og vedkommende som er i en endringsprosess.

3.0 METODE

En viktig del av forskningsprosessen er å beskrive hvordan man har kommet frem til ny kunnskap. Dette er med på å underbygge kvaliteten over studien. Prosessen med hvordan man har samlet inn data, analysert, og til slutt kommet frem til kunnskap, bør komme tydelig frem (Thagaard, 2013). I dette kapitlet vil en avklaring for valg av kvalitativ metode begrunnes. Deretter vil en redegjørelse for egen forforståelse bli presentert. Utvalg og innsamlingsmetode presenteres deretter, og dataanalyse vil bli gått gjennom steg for steg. Avslutningsvis vil reliabilitet og validitet, forskningsetiske vurderinger, og metodiske overveielser ved studien bli drøftet.

3.1 Valg av kvalitativ metode

I samfunnsvitenskapelig metodelære skilles det mellom kvalitative og kvantitative metoder (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010, s. 99). Kvantitative metoder fokuserer på målbare data, ofte gjennom tallfesting eller spørreundersøkelser, mens ved kvalitative metoder er fokuset å oppnå dypere innsikt i et fenomen hvor teksten har en essensiell rolle, og tallfesting ikke er like relevant som ved kvantitative metode (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Når det skal avgjøres om det er kvalitativ metode fremfor kvantitativ metode som skal anvendes, må det sees på hvordan problemstillingen er formulert. Studien er av kvalitativ metode med et deskriptivt og eksplorerende design, og tar sikte på å forske på hvordan overvektige pasienter erfarer forhold av betydning for endring av livsstil, og videre hvilken støtte i et livsstilsprogram de mener er viktig for endringsprosessen (Johannessen et al., 2010). Slike utdypende svar hadde vært vanskelig å få tak i ved kvantitativ metode, og med utgangspunkt i problemstillingen ble en kvalitativ metode valgt.

3.2 Egen forforståelse

Malterud (2011, s. 40) definerer forforståelse som ryggsekken man tar med seg inn i et forskningsstudie før studien har startet. Dette inkluderer blant annet tidligere erfaringer, faglig perspektiv og det teoretiske rammeverket som man har ved studiens innledningsfase.

Min yrkesbakgrunn som sykepleier har stor innvirkning på egen forforståelse. På et generelt grunnlag har jeg begrenset erfaring med pasienter som gjennomgår livsstilsendringer. Men det har vært enkelttilfeller der pasienter har gjennomgått mindre livsstilsendringer, som har fått meg grepet i prosessene som oppstår når pasienter må endre livsstilen sin ved sykdom, eller ved bekymringer for sykdom i fremtiden. Å få større innsikt i hvilken problematikk disse pasientene sliter med, og hvilke behov de har for å kunne gjennomføre en livsstilsendring, har alltid interessert meg.

Grunnet den begrensede erfaringen med pasienter som gjennomgår livsstilsendring, har det vært behov for å lese meg nærmere opp på det teoretiske rammeverket knyttet til temaet. Dette har også vært med på å påvirke egen forforståelse. I ulik grad vil forskeren påvirke datamaterialet og resultatene. Forskningsprosessen har foregått i en sosial kontekst hvor forsker og informant påvirker hverandre (Malterud, 2011). Mine erfaringer med pasienter som gjennomgår livsstilsendring, kan ha påvirket både i positiv og negativ retning. Det skal nevnes at viktige ledd i en endringsprosess, kan ha blitt utelatt grunnet mine begrensede erfaringer. På den andre siden kan det også tenkes at den begrensede erfaringen har bidratt til at temaet har blitt sett på fra et annet perspektiv, og påvirket i en positiv retning.

3.3 Utvalg og rekruttering

3.3.1 Forskningssamarbeid med et sykehus på Østlandet

En hovedstudie, knyttet til utvikling av nåværende program for å behandle pasienter med fedme ved et sykehus på Østlandet, ønsket en masterstudent som skulle intervju deltakere fra et livsstilsprogram, med ønske om å revidere programmet ut i fra pasientevalueringene. Jeg tok dermed kontakt med sykehuset for å etablere et forskningssamarbeid for å kunne utføre intervjustudien. Resultatene av intervjuene skulle danne bakgrunn for utvikling og forbedring av tjenestetilbudet deres.

Sykehuset på Østlandet tilbyr i dag et livsstilsprogram der pasienter får behandling og hjelp til vektreduksjon. Pasientene blir henvist fra primærhelsetjenesten, hovedsakelig ved fastlegene deres, eller fra sykehusleger, og får deretter et tilbud om å delta på livsstilsprogrammet ved sykehuset på Østlandet. Livsstilsprogrammet fokuserer blant annet

på kunnskapsutvikling for pasientene som deltar på programmene. Nåværende livsstilsprogram relaterer seg til kosthold og fysisk aktivitet, og fordeler seg på 17 møter over et år. Det gis en innføring i matkunnskap relatert til vektreduksjon, og enkle strategier for endring av vaner. Målet ved fullført program er at de skal bli mer bevisst egne spiseatferdsvaner, og lære seg tiltak for å forbedre dette. Pasientene lager arbeidsmål knyttet til temaene, og eventuelle problemer blir diskutert ved neste møte. Det er lagt opp til at pasientene kan utveksle erfaringer knyttet til de aktuelle temaene. Videre har de utviklet et treningstilbud pasientene kan benytte seg av. Dette er et tilbud som har 14 ukers varighet, og inkluderer 1 time trening i gymsal hver uke.

3.3.2 Rekruttering av informanter

Rekruttering av informantene ble gjennomført av sykehuset og prosjektlederen, på bakgrunn av denne studiens inklusjonskriterier. Prosjektleder kjente deltakerne godt, og hadde erfaring med hvem som passet inklusjonskriteriene og egnet seg til å delta på studien. På den andre siden kan en utfordring ved en slik utvelgelse være at informantene føler seg presset til å delta på studien, ved at det vil få konsekvenser for videre behandling på sykehuset. En strategisk utvelgelse er satt sammen med mål om at materialet best mulig skal belyse problemstillingen som tas opp (Malterud 2011, s. 56). Informanter hadde relevant kunnskap og erfaringer, da de hadde deltatt på livsstilsprogram, og kunne bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Inklusjonskriteriene var: Personer som ønsker å endre livsstil uavhengige av diagnose, overvektige med BMI på 30 eller høyere, voksne personer fra 18 og oppover, deltakere på livsstilsprogram, og norsktalende.

Jeg tok selv kontakt med informantene i begynnelsen av februar 2014, og tidspunkt for intervjuene ble avtalt. Av de aktuelle deltakerne som prosjektlederen hadde valgt ut, var det 6 som takket ja til å delta på intervju, mens 2 av de ikke lenger var interessert. Informasjonskriv og samtykkeerklæringen ble deretter sendt til informantene på mail, (se vedlegg 1). 3 kvinner og 3 menn ble intervjuet. Alderen varierte fra 22 – 55 år. De 3 kvinnene var i 20-30-årene, mens mennene var i 40-50-årene.

3.4 Innsamling av data

3.4.1 Semistrukturert dybdeintervju

Hensikten med kvalitativt intervju er å få mest mulig kunnskap om fenomenet. Det innebærer fyldige og detaljerte beskrivelser fra enkeltpersoner, i stedet for å generalisere, som er mer vanlig ved kvantitative undersøkelser (Johannessen et al., 2010). Selv om man ikke kan generalisere så kan effekten av intervjuene ha gjenkjennelseeffekt hos andre med lik diagnose eller likt problem. For enkeltindivider kan denne gjenkjennelsesverdien i flere sammenhenger bety mer enn generaliseringen.

Det er pasientens forståelse og erfaringer av sitt eget liv som skal være fokuset, og hovedmålet med intervjuene blir at informantene skal klare å formulere erfaringene med egne ord (Rosberg, 2012). I prosessen har det blitt vektlagt at datamaterialet skal kunne reflektere informantenes egne erfaringer knyttet til livsstilsendring, og hvilken støtte i livsstilsprogrammet de mente var viktig for endringsprosessen. Det er informantenes stemme og erfaringer som skal være i fokuset, men en viss subjektiv påvirkning i form av egen forforståelse er det umulig å komme unna, men det er da viktig å erkjenne dette, og reflektere over hvordan denne påvirkningen utspiller seg. Dette er nevnt under egen forforståelse, avsnitt 3.2.

3.4.2 Utarbeiding av intervjuguiden

Ved et semistrukturert individuelt dybdeintervju vil det ofte forekomme en overordnet intervjuguide med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, der spørsmålene, temaene og rekkefølge kan varieres. Dette vil bidra til mer fleksibilitet ved intervjuet, og videre gi mer frihet til informanten for å uttrykke seg (Johannessen et al., 2010). Ved bruk av en overordnet intervjuguide lot det seg gjøre å stille validerende spørsmål for å få bekreftelse fra informanten på om man har forstått det riktig. Dette styrker dataene, og minsker muligheten for feiltolkning senere.

Prosjektleder for hovedprosjektet, samt en professor fra Universitetet i Oslo, har sett over intervjuguiden, og den har blitt bearbeidet i samarbeid mellom oss. Med utgangspunkt i teori knyttet til temaet, har intervjuguiden formet seg over tid. Intervjuguiden ble delt inn i tre hoveddeler ut i fra forskningsspørsmålene (se vedlegg 2). 1. hoveddel tok utgangspunkt i hvilke erfaringer informanten hadde i arbeidet med livsstilsendring. Del 2 tok

utgangspunkt i ønsker knyttet til å endre livsstil, og hva som har bidratt til en avgjørelse om livsstilsendring. Den siste hoveddelen gikk ut på ønsker for livsstilsprogrammet, og hvordan helsepersonell kunne bidra med støtte i forhold til endringsprosessen.

Fedme et sårt tema, og kan for mange oppleves som vanskelig å snakke om. Det var derfor hensiktsmessig å begynne med positive erfaringer informantene hadde fra tidligere livsstilsendringer. Videre var spørsmålene åpne, for å få beskrivende hendelser fra informantene.

I forkant av intervjuene ble det gjennomført et prøveintervju med en medstudent, slik at det kunne beregnes hvor lang tid det ville ta, og om spørsmålene var forståelige. Noen av formuleringene opplevdes som tunge og vanskelige å forstå. Etter prøveintervjuet ble derfor intervjuguiden rettet på, slik at den ble mer tydelig. Malterud (2011) hevder at all empirisk data er forpliktende til studien. Det første intervjuet med informantene var tenkt som en pilot, men ble i stedet en del av resultatene.

3.4.3 Gjennomføring av 6 semistrukturerte dybdeintervjuer

6 intervjuer ble gjennomført i løpet av to uker, og ble avholdt på sykehuset. Vi hadde fått utdelt et eget rom på samme avdeling som livsstilsprogrammet fant sted. Det var også ønskelig fra informantenes side at intervjuet ble avholdt på sykehuset. Varigheten på intervjuene varierte fra 40-80 minutter. I løpet av den første uken ble tre intervjuer gjennomført. Den andre uken ble de tre siste gjennomført. Dersom tidsaspektet hadde vært annerledes hadde det vært ønskelig å intervjuer noen flere informanter for å øke bredden i datamaterialet. Dette lot seg dessverre ikke gjøre grunnet lang søkeprosess hos REK. Dette er utbrodert videre under forskningsetiske vurderinger, avsnitt 3.8. Fra intervjuene kom det likevel frem flere fellestrekk, som bidro til en viss bredde i datamaterialet.

Intervjuene ble innledet med at informantene fikk gjentatt informasjonen om studien, og at vi skrev under samtykkeerklæringen (se vedlegg 1). Informantene fortalte deretter litt om seg selv og hva de drev med på fritiden. Hensikten med det var å tilrettelegge for trygge omgivelser, oppnå fortrolighet hos informantene, og at det ble en myk start på intervjuet (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Under selve intervjuet la jeg vekt på å være åpen til informantene, og ikke lede spørsmålene i en bestemt retning der de bare skulle

bekreftede det man som forsker allerede hadde en mening om. Fra prosjektleders side var det ønskelig at intervjuer gikk med hvit frakk, dette på grunnlag av at intervjuene skulle oppleves som en del av behandlingen, og de omgivelsene informantene var vant med på sykehuset.

Intervjuene ble tatt opp med diktafon slik at man som forsker kunne fokusere på å lytte til informantene, og det ble kun tatt noen notater underveis. Dermed ble det en mulighet til å se på informantens kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Når oppmerksomheten ble rettet mot informantene, og ikke så mange notater ble tatt, opplevdes det at de slappet av. Avslutningsvis fikk informantene anledning til å utdype temaene om ønskelig.

Flere forskere hevder at man skal utføre intervjuer helt til man ikke får ny informasjon for fenomenet man forsker på (Kvale & Brinkmann, 2009). Når intervjuene var gjennomført, opplevdes funnene som helhetlig ved at det var flere fellestrekk som gikk igjen blant informantene. Når det kommer til utvalgsstørrelse, må man i tillegg være bevisst på hva som er mulig å gjennomføre. I dette tilfellet, hvor det har vært snakk om en mindre studie på under et år, der både tidsaspektet og ressurser var begrenset, var det ikke realistisk med flere enn 5-10 intervjuer (Johannessen et al. 2010).

3.4.4 Transkripsjon

Transkripsjoner er oversettelser fra talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2012). De tre første intervjuene ble transkribert fortløpende så var tid til å gå igjennom materialet, og se om det svarte på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Deretter ble de siste tre intervjuene transkribert. Under transkriberingen blir man bedre kjent med materialet, og det ble derfor utført av forsker selv, slik at en nær tilknytning til datamaterialet ble oppnådd.

3.5 Dataanalyse

For analysemetoden har inspirasjon av Malteruds (2011) kvalitative innholdsanalyse vært utgangspunktet. Denne er nært tilknyttet en fenomenologisk tilnærming. Formålet med en slik tilnærming er at det skal utvikles kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt tema (Malterud 2011, s. 97). Det er meningsinnholdet informantene

formidler som skal tolkes, ikke hva forskeren tror informantene prøver å formidle.

Malteruds innholdsanalyse kalles for systematisk tekstkondensering, og er en utdypning av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2011). Malterud (2011) hevder at systematisk tekstkondensering består av fire analysetrinn: helhetsinntrykk, identifisering og sortering av meningsbærende enheter, kondensering, og sammenfatning. Gjennom alle trinnene i analysearbeidet har fokuset vært å ha forskningsspørsmålene i bakhånd, slik at det danner utgangspunktet for kategoriene og underkategoriene. Deler av analysearbeidet ble utført i samarbeid med medstudenter og veileder. Fordelen med å ha utført analysearbeidet sammen, er at man fikk et annet syn på materialet, og det oppstod detaljer man muligens ikke ville oppdaget om man arbeidet helt på egenhånd (Malterud, 2011).

Nedenfor vil først en kategori bli fremstilt i tabellen gjennom de ulike analysetrinnene. Deretter vil analysetrinnene bli gjennomgått i sin helhet for å vise hvordan analysearbeidet har utspilt seg.

Tabell 1. Eksempel på utvikling av en hovedkategori gjennom de ulike analysetrinnene.

Kategori: Gradvis tilvenning av nye livsstilsvaner				
Analysetrinn 1: Helhetsinntrykk gjennom foreløpige temaer.	Analysetrinn 2: Identifisering og sortering av meningsbærende enheter.	Analysetrinn 2 fort.: Underkategorier oppstår.	Analysetrinn 3: Kondensat	Analysetrinn 3 fort.: De endelige underkategoriene
Gjennomføringskraft. Trygghet. Bidragsytende.	«Så kom det til et punkt, nå gidder jeg ikke mer, da fikk jeg nok. Nå har vi vært alt for mange runder opp og ned. Nå må jeg prøve å få til noe som er varig.»	Lei tidligere skuffelser	Til slutt sa det stopp, jeg gadd ikke mer, nå ønsker jeg noe varig. Jeg er lei at vekten går opp og ned. Jeg er vant med at det failer med tidligere dietter, det er jeg lei. Jeg har prøvd å endre kosthold og aktivitetsnivå, og gått ned i vekt men så stopper det opp, da blir jeg oppgitt. Jeg skuffer meg selv når jeg ikke klarer å gjennomføre	Opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt.

			endringen.	
Justeringer. Drivkraft. Helseaspektet.	«Først og fremst å få dette litt mer systematisk og at man innså at dette var et livsvarig problem, at det ikke er et problem som forsvinner veldig veldig enkelt. Det er ikke noe som forsvinner etter et år dette her, det kommer man til å slite med til man er gammel.»	Realistisk tilnærming til endring.	Jeg forstår nå at dette er et livsvarig problem, dette vil være med meg i lang tid. Det handler om livsstil, jeg er ferdig med kurer og dietter hvor man raser opp i vekt igjen etter en periode. Å ha en realistisk tilnærming til endring og ikke være for overoptimistisk, en eller annen gang vil det nok stoppe, men hvis jeg klarer å gå ned noe av kiloene som jeg ønsker så vil jeg være fornøyd. Jeg vet det vil bli en kjempejobb og jeg er forberedt på det.	Fra erfaring med dietter til en gradvis bevissthet om en langvarig vektnedgang og endring i livsstil.
		Strategier for varig justering.	Jeg har lagt om vaner, det var ikke noe problem, altså det var igrunn bare å justere litt på de vanene jeg hadde, så det var ikke de store endringene. Jeg synes det har vært overraskende enkelt, kun litt omlegging i forhold til kostholdet, mer frukt og grønt, noe mindre rødt kjøtt, det har ikke vært noen dramatiske endringer, kun mer av enkelte varer og mindre av de usunne.	Betydningen av små justeringer og gode rutiner i omlegging av kostholds- og treningsvaner.

Under analysetrinn 1, helhetsinntrykk, var det essensielt å bli kjent med datamaterialet, og danne seg et større bilde av hva datamaterialet fortalte. I den forbindelse vil det være viktig at man oppdager de store linjene og ikke fokuserer på detaljer. Malterud (2011) hevder at

når man leser gjennom transkriberingen er det viktig å danne seg et overblikk over datamaterialet. Når materialet var lest igjennom, ble det satt opp noen foreløpige temaer. I følge Malterud (2011) er det essensielt å være kreativ i denne prosessen, og velge temaer som ikke sammenfaller for mye med temaene og ordene i intervjuguiden. Temaene som ble vektlagt i dette trinnet av analysen kan sees i tabellen.

Ved analysetrinn 2, identifisering og sortering av meningsbærende enheter, ble meningsbærende enheter funnet i datamaterialet ved å identifisere og organisere elementer som belyste problemstillingen. Kodingen går ut på at man markerer disse forskjellige meningsbærende enhetene etter hva de gir informasjon og kunnskap om. Det kan være alt fra en setning eller et lengre avsnitt. Her trekker Malterud (2011) frem viktigheten av heller å inkludere for mye enn for lite. I denne prosessen har det å være tro til informantene vært av essens ved å bruke deres egne ord og uttrykk i kodingsarbeidet. Dette er med på å styrke reliabiliteten.

Ut i fra tabell 1 kan man se at gjennom de meningsbærende enhetene så oppstod underkategoriene. Underkategoriene viker noe fra de opprinnelige temaene. Når fokuset kom på de meningsbærende enhetene, var det lettere å se hva informantene ønsket å formidle, og ved bruk av informantenes egne ord ble underkategoriene laget. Datamaterialet ble lest gjennom i sin helhet på ny for å se om det trengtes supplement til hver kategori og underkategori, og videre om noe ble utelatt fra tidligere lesning. Ved kategorien som er valgt ut i tabell 1, gradvis tilvenning av nye livsstilsvaner, oppstod det en ny underkategori ved dette analysetrinnet. Ut i fra de meningsbærende enhetene ble det vurdert at det avsnittet ikke bare handlet om realistisk tilnærming til å endre livsstilsvaner, men at informantene også trakk inn essensen av å få vanene satt i system. Dette kan sees i den valgte meningsbærende enheten som er tatt med i tabellen. På grunnlag av dette kom en ny underkategori frem; strategier for varig justering.

I analysetrinn 3, kondenseringsarbeidet, skal man som forsker ende opp med et redusert materiale, som er lettere å håndtere. Forskeren skal hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som i forrige analysetrinn ble identifisert og klassifisert. Utgangspunktet er å velge den meningsbærende enheten som er rikt og uttrykksfullt, og flette de andre meningsbærende enhetene inn i et såkalt kunstig sitat, kondensat (Malterud, 2011). Her ble en og en underkategori gått gjennom, og et kondensat

ble utviklet på grunnlag av de meningsbærende enhetene fra de ulike underkategoriene. De meningsbærende enhetene som ikke passet inn i kondensatet ble vurdert om hørte inn under den valgte underkategorien, og noen av underkategoriene ble fjernet.

Gjennom bearbeidelsen av kondensatet ble de forskjellige underkategoriene endret noe på, og ble mer presise i forhold til hva informantene formidlet. I tabell 1 ser man at underkategorien, lei tidligere skuffelser, ble revidert til, opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt – dette med utgangspunkt i kondensatet. Videre ble, realistisk tilnærming til endring, forandret til, fra erfaring med dietter til en gradvis bevissthet om en langvarig vektnedgang og endring i livsstil. Til slutt ble den siste underkategorien, strategier for varig justering gjort om til, betydningen av små justeringer og gode rutiner i omlegging av kostholds- og treningsvaner.

Avslutningsvis, ved analysetrinn 3, ble hovedkategoriene fastslått med utgangspunkt i underkategoriene. I tabell 1 ser vi at underkategoriene sirkler rundt tidligere erfaringer og skuffelser, til en bevissthet om langvarig vektnedgang, og om å få inn rutiner i endring av livsstil gjennom kostholds- og treningsvaner. Summen av dette ble vurdert til å handle om en gradvis tilvenning av nye livsstilsvaner, som også til slutt ble hovedkategorien for de valgte underkategoriene som er fremstilt i tabell 1.

Under analysetrinn 4, sammenfatningen, skal forskeren forhåpentligvis oppdage at det er samsvar mellom beskrivelsene man gir ut i fra funnene, og det opprinnelige datamaterialet fra før man startet med analysearbeidet (Malterud, 2011). Siste steg i analyseprosessen er å validere funnene i forhold til den sammenhengen de ble hentet ut fra. Resultatene skal rekontekstualiseres opp mot datamaterialet. En sammenfatning av de endelige kategoriene med underkategoriene ble dannet. Sammenfatningen gir seg til uttrykk i beskrivelsene i funnkapittelet.

Ved å følge disse fire analysetrinnene skal man til slutt komme fram til meningsinnholdet ut i fra analysen. Det som er essensen ved denne metoden er at forskeren skal sette sin egen forforståelse og kunnskap til side, og lese transkripsjonen fordomsfritt og fokusere på det informantene ønsker å formidle (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Denne analysemetoden egnet seg til denne studien fordi den vektlegger menneskelige erfaringer. Den søker etter økt forståelse og innsikt i informantenes erfaringer med forhold av

betydning for endring av livsstil, og hvilken støtte i et livsstilstilbud de mener er viktig for endringsprosessen.

3.6 Reliabilitet og validitet

3.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet har med hvor pålitelig undersøkelsen og resultatene er (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010; Halvorsen, 2002). Reliabiliten skal gjenspeile hvorvidt studien er konsekvent gjennomført, og om man kan stole på funnene som blir presentert.

I metodekapittelet er det prøvd å oppnå tydelighet rundt egen fremgangsmåte, og gitt innsyn i alle deler av forskningsprosessen ved denne studien. Gjennom beskrivelse av analysearbeidet gis det mulighet for leseren til å følge den trinnvise bearbeidingen av datamaterialet. Det er prøvd å synliggjøre de ulike fasene i analysearbeidet slik at leseren kan følge hvordan prosessen har utspilt seg. Ved analysearbeidet er det også essensielt at man samarbeider, slik at dette blir oppnådd (Kvale & Brinkmann, 2009). Det har blitt samarbeidet tett med både veileder og medstudenter, blant annet i form av seminarene og veiledningstimer. På denne måten ble ikke resultatene kun farget av forskerens egen analyse. Gjennom samarbeidet ble det en fruktbar diskusjon knyttet til analysen. Dette er med på å styrke påliteligheten.

Gjennom en overordnet intervjuguide, ble det sikret svar på hovedaspektene. Intervjuguiden ga også åpning for at informantene kunne komme inn på emner de ønsket å ta opp. De fleste informantene delte gledelig av sine erfaringer og opplevelser knyttet til livsstilsendring. Målet er at informantene skal godkjenne og bekrefte resultatene de presenteres for (Kvale & Brinkmann, 2009). For at informantenes erfaringer skulle komme best mulig frem, ble det forsøkt å transkribere så nøyaktig som mulig.

Påliteligheten går videre ut på at man som forsker skal være tro mot det informantene formidler. En forutsetning her er at spørsmålene som ble stilt under intervjuene ble forstått av informantene og videre at jeg oppfattet informantene riktig. Der det var tvil om hva informantene mente, ble det bedt om en bekreftelse eller avkreftelse på at de var forstått

riktig. På denne måten ble innholdet i det informantene ønsket å fortelle korrekt. Videre er intervjuguiden lagt ved studien (se vedlegg 2).

Grunnet min begrensede erfaring med denne pasientgruppen har det blitt forsøkt å være åpen til informantene, og det datamaterialet som har foreligget. Det er forsøkt å legge vekk tidligere forskning og litteratur om hvordan overvektige erfarer forhold av betydning for endring av livsstil, men noe påvirkning er umulig å unngå da intervjuguide bygger på dette. Videre vil egen forforståelse kunne påvirke resultatene. Denne er gjort rede for under punkt 3.2.

3.6.2 Validitet

Validiteten refererer til studiens gyldighet og relevans, og om man forsker på det man hevder at man gjør (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010; Halvorsen, 2002).

Ved denne studien har forarbeidet vært en essensiell del for bearbeiding av validiteten. Forarbeid har blitt utført med tanke på å få større innsikt i pasientgruppen. Jeg har lest meg opp på teorier og studier knyttet til fedmeforskning, og dette har videre bidratt til utforming av intervjuguiden. Under intervjuene ble informantene spurt om å bekrefte bestemte uttalelser der det var usikkerhet rundt hva de mente. Dette er med på å styrke validiteten (Johannessen et al., 2010).

Det er viktig å være bevisst at ved kvalitative studier, kan man ikke generalisere funnene på samme måte som ved kvantitative studier. Selv om det er færre informanter som blir intervjuet ved kvalitative studier, vil det på den andre siden være rikere beskrivelser og erfaringer (Malterud, 2011). Ved denne studien ble det inkludert 6 informanter, og det opplevdes som et hensiktsmessig utvalg med tanke på tidsaspektet. Intervjuguiden var et hensiktsmessig verktøy ved at informantene delte mange opplevelser og erfaringer, som igjen var med på å belyse problemstillingen. Dette er med på å styrke gyldigheten på dataene.

Et annet aspekt som styrker validiteten er at det er mangfold i datamaterialet, så det blir mulig å belyse flere sider ved et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved denne studien ble både menn og kvinner intervjuet – både yngre i 20-30 årene, og noen litt eldre i 40-60

årene. Så godt det lot seg gjøre med 6 informanter, var det noe variasjon i datamaterialet. Informantene hadde alle erfaringer som var nyttige i studiens sammenheng. Det kan stilles spørsmålsteget i ettertid om de valgte informantene opplevdes som de mest informative, og dermed fikk forespørselen om å delta i denne studien. Det er på den andre siden også avhengig av forskeren – forskerens evne til å stille de gode oppfølgingsspørsmålene som bidrar til rikt datamaterialet vil også påvirke studiens gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette opplevdes som en utfordring ved de første intervjuene, da dette var en ny situasjon å være i. Opplevelsen av å ha kontroll og trygghet ved intervjuene følte lettere utover i prosessen.

3.7 Forskningsetiske vurderinger

Forskning er underlagt etiske prinsipper og gjeldende regelverk, som er til for å beskytte informantene for forskning som kan skade, og videre for at personlige opplysninger ikke skal komme på avveie (Johannessen et al., 2010).

3.7.1 Informert samtykke og konfidensialitet

I Norge har vi helseforskningsloven (2008) som pålegger at informantens samtykke skal være frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Informantene ble informert skriftlig og muntlig om prosjektet. De mottok først et informasjonsbrev (se vedlegg 1) der studiens hensikt ble forklart, og hvilke rettigheter de hadde. I brevet ble det beskrevet at studien var frivillig, og at de hadde rett til å reservere seg mot videre deltakelse underveis i studien, uten negative konsekvenser for videre behandling på sykehuset. Dette var noe de også ble fortalt muntlig før intervjuet. De ble også bedt om å signere en samtykkeerklæring før intervjuet startet (se vedlegg 1). Informantene fikk informasjon om at besvarelsene deres ville bli anonymisert for gjenkjennelige detaljer, at opplysningene i intervjuene vil bli behandlet konfidensielt, og at man som forsker hadde taushetsplikt knyttet til studien (Kvale & Brinkmann, 2009; Helseforskningsloven, 2008). Samtykkeerklæringene har vært oppbevart på sykehuset, og vil bli makulert etter at masteroppgaven er ferdigstilt og rettet – dette sammen med datamaterialet.

Videre ble transkripsjonen av datamaterialet oppbevart på en minnepenn. Sammen med diktafonen og samtykkeerklæringene ble dette oppbevart i låst skuff på sykehuset. Videre

ble interne retningslinjer på UIS fulgt, og krypteringsprogram ble lastet ned på privat PC for å øke sikkerheten rundt datamaterialet. Når masteroppgaven er ferdigstilt og rettet vil opptakene bli slettet .

3.7.2 Søke- og meldeprosessen i REK og NSD

Før oppstart av prosjekt og innhenting av informanter, gikk prosjektet gjennom en godkjenning i Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Dersom prosjektet omhandlet personidentifiserbare opplysninger og vurderinger om helseforhold så skulle REK søkes (REK, 2012). Det var enighet mellom rådgivere i REK-vest og ansatte ved Universitetet i Stavanger om at denne studien skulle belyse helseforhold til informantene, og at en REK-søknad var nødvendig. 7 uker senere, i midten av desember, ble søknaden avslått på grunnlag at studien ikke falt under REK sitt forskningsområdet. Videre prosess var da melding til personvernombudet, NSD. Meldeprosessen hos NSD gikk raskere, og i begynnelsen av januar kom tilbakemeldingen på at prosjektet kunne gjennomføres (se vedlegg 3). I prosjektvurderingen hadde de noen kommentarer. Disse ble endret slik at både prosjekt og informasjonsskriv ble tilfredsstillende fra NSD sin side. Det ble formidlet til informantene, så de visste at prosjektet var planlagt på et forsvarlig grunnlag, og at personvernet til informantene ble ivaretatt (NSD, 2013).

3.8 Metodiske overveielser

Metodiske overveielser tar utgangspunkt i at man som forsker skal ha en kontinuerlig prosess med avveining relatert til hvilke avgjørelser man tar i forhold til studien. Videre at man er bevisst sin egen rolle og de beslutningene man tar vil få konsekvenser, og således er direkte med på å avgjøre hvilken retning studien tar (Malterud, 2011).

Ved denne studien ble det utført individuelle dybdeintervju. Hovedtanken bak dette var at overvekt kan være et sårt og privat tema for flere av pasientene, og det kan være vanskelig å åpne seg foran flere mennesker. Fordelen med dybdeintervju er at det kun er forskeren og informantene som deltar, og det skal foregå under trygge, nøytrale og rolige omgivelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Under intervjuene fremstod informantene som avslappet og komfortable i situasjonen. Sett i ettertid kan det derfor ha vært mest hensiktsmessig med individuelle dybdeintervjuer i denne studien.

Studien er begrenset til 6 informanter og resultatene gir ingen mulighet for generalisering. På den andre siden kan studien gi muligheten til gjenkjennelseeffekt hos deltakerne i pasientgruppen, og videre gi antakelser på hvordan pasienter erfarer forhold av betydning for endring av livsstil, og hvilken støtte i et livsstilsprogram de mener er viktig for endringsprosessen.

Som forsker ved denne studien har mine valg påvirket prosessen og resultatene studien har gitt. Selv om jeg som masterstudent har vært nybegynner i forskningssammenheng, skal det likevel påpekes at jeg har prøvd å følge viktige kriterier for forskning. I intervjusituasjonen har det blitt forsøkt å legge tidligere forskning, og det teoretiske rammeverket ved studien, til side. Dette er et viktig aspekt for å kunne gjengi informantenes erfaringer og opplevelser på en riktig og lojal måte (Malterud, 2011). Det er ikke prøvd å lede informantene gjennom styrende spørsmål, men heller ha åpne spørsmål slik at funnene representerer informantenes erfaringer.

Videre er mine kunnskaper om intervjusituasjonen begrenset, som også kan ha påvirket resultatene. Jeg har lest meg opp på hvordan forskningsintervju skal foregå, og hvilke forhold som bør ligge til rette, men utover det hadde jeg ikke noe erfaring fra lignende situasjoner. Det skal nevnes at det var ønskelig at informantene tidvis skulle forteller mer utbroderende enn de gjorde. Sett i lys av egen forskerrolle sees det at jeg kunne vært mer pågående, og fulgt opp med gode spørsmål. Dette kan ha bidratt til at jeg har gått glipp av verdifull data.

4.0 FUNNENE

I det følgende vil funnene bli presentert, som kom frem gjennom intervjuene med informantene. Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene utkrystalliserte hoved- og underkategoriene seg. Med fokus på forskningsspørsmålene ble det lettere å få innsikt i hvordan kategoriene, og underkategoriene kunne utarte seg. Forskningsspørsmålene var som følgende: *Hvilke erfaringer har du i arbeidet med å endre livsstil? Hvorfor ønsket du å endre livsstil og hva har bidratt til denne avgjørelsen? Hvordan ønsker du livsstilsprogrammet skal bidra med støtte i endringsprosessen?* Kategoriene og underkategoriene vil nedenfor bli presentert (se tabell 2). Av funnene var det 3 kategorier med 2-3 underkategorier hver som kom frem gjennom analysen. Underkategoriene danner basis for kategoriene. Store deler av funnene blir presentert som sitat for å underbygge kategoriene og underkategoriene. Det er valgt å referere til informantene som hunkjønn da utvalget er relativt lite, og kan ha betydning for anonymiteten. Sitatene er bearbeidet noe for bedre flyt i teksten, da det er stor variasjon mellom det muntlige og skriftlige språket.

Tabell 2. Presentasjon av kategorier og underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Gradvis tilvenning av nye livsstilsvaner	<ol style="list-style-type: none">1. Opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt2. Fra erfaring med dietter til en gradvis bevissthet om en langvarig vektnedgang og endring i livsstil3. Betydningen av små justeringer og gode rutiner i omlegging av kostholds- og treningsvaner
Motivasjon for endring av livsstilsvaner	<ol style="list-style-type: none">1. Ønske om bedret helse2. Ønske om bedret selvfølelse
Betydningen av støtte	<ol style="list-style-type: none">1. Støtte fra helsepersonell i et behandlingsopplegg2. Opplevelsen av fellesskap og samhold i et behandlingsopplegg3. Støtte fra familie og venner

4.1 Gradvis tilvenning av nye livsstilsvaner

Den første kategorien som kom frem var *gradvis tilvenning av nye livsstilsvaner* som bygger på underkategoriene: opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt, fra erfaring med dietter til en gradvis bevissthet om en langvarig vektnedgang og endring i livsstil, og betydningen av små justeringer og gode rutiner i omlegging av kostholds- og treningsvaner. Det kom frem av analysen at tidligere skuffelser var et fellespunkt blant informantene. De hadde også prøvd ut flere ulike kurer og dietter, som fikk dem til å innse at livsstilsendring må bli sett i lys av et langvarig perspektiv, og at gode rutiner i hverdagen var utgangspunktet for dette.

4.1.1 Opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt

Alle informantene hadde mye erfaring relatert til endring av livsstil. De hadde alle opplevd en form for tilbakefall mens de gikk igjennom tidligere endring, noe som gjenspeilte seg i at de var lei tidligere skuffelser. En av informantene fortalte om flere perioder hvor hun hadde prøvd ut ulike dietter og kurer uten større hell, og uttrykte at hun innerst inne var skuffet over seg selv, og at hun ikke klarte å gjøre noe med det:

«Innerst inne var jeg antagelig litt skuffet over meg selv, at jeg ikke maktet å gjøre noe med det.»

Dette var noe som også gikk igjen hos de andre informantene. Flere fortalte om forskjellige dietter de hadde prøvd ut, hvorav tidsperspektivet de greide holdt ut diettene var varierende. En informant fortalte om en periode hvor hun hadde gått på et Grete Rode kurs, og hun beskrev det som følgende:

«Jeg gikk på Grete Rode kurs og lagte et ganske rigid opplegg rundt meg. Jeg datt lett ned i vekt. Det var ikke noe problem i det hele tatt. Det var en kur på rundt 12-16 uker, hvor man da er på et platå hvor man ikke kommer seg videre. Man detter ut av de nye vanene veldig kjapt og går fort opp igjen.»

En tredje informant uttrykte følgende:

«Per dags dato så har ingen dietter fungert for meg..(..)..jeg gikk kanskje ned et halvkilo fordi jeg spiste og telte kalorier og når du begynner å spise som normalt igjen så begynte du sakte men sikkert å gå opp igjen. Så du kan ikke slutte å slanke deg når du først har begynt.»

Flere av informantene tok opp aspektet ved manglende vedlikeholdelse av livsstilsendring. Problemet som oppstod var om de klarte å holde de nye vanene vedlike, eller om de falt tilbake til gamle vaner. De fleste gikk noe ned i vekt for deretter å gå opp igjen. For én informant handlet det om at hun tidligere ikke hadde prøvd å gå inn med fullt engasjement relatert til en langvarig livsstilsendring:

«Da jeg gikk på en Nutrilett-kur gikk jeg ned bortimot 20 kilo, men det var ikke noe endring av livsstil eller noe. Jeg gikk ned, men jeg holdt meg ikke der. Siden har det sakte men sikkert gått opp.»

De fleste informantene opplevde at de gikk ned i vekt, men en langvarig endring var vanskeligere å vedlikeholde, som videre førte til skuffelser og at de ga opp. En informant beskrev det slik:

«Tidligere erfaringer har gjort meg pessimistisk og skuffet. I den forstand at jeg alltid er forberedt på at det her failer, at det går sakte, at det ikke skjer noe, kroppen min bare stopper opp, over lange perioder.»

En annen av informantene fortalte om flere perioder hvor hun hadde prøvd ulike dietter. Hun erfarte at hun hadde fått dårligere livsstil av alle diettene i stedet for en forbedring, da det hadde gitt henne flere negative opplevelser enn positive. Hennes fortvilelse og skuffelse over alle de ulike type diettene som var ute i samfunnet kom tydelig frem gjennom intervjuet. Hun opplevde det vanskelig for personer som skulle endre livsstil å vite hvordan man skulle gå frem når det stadig var endringer av hvilken diett som var «den nyeste» og mest populære.

En av informantene fortalte at hun og mannen hver sommer dro til Spania på et behandlingsopplegg hvor fokuset var trening og kosthold. Men når de kom hjem til Norge var det vanskelig å fortsette med den gode livsstilen, og de falt dermed tilbake til gamle

vaner. Hun trodde også at et aspekt knyttet til de tidligere erfaringene, var at innsatsen for å endre livsstilen da var litt halvhjertet, og at det derfor ikke ble noe seriøst ut av det. Dette var hun nå lei. Hun ønsket å snu trenden og få til en varig endring.

Selv om de fleste deltakerne hadde opplevd skuffelser knyttet til vektnedgang og endring av livsstil, trakk likevel noen av de frem positive aspekter ved dette. Som tidligere nevnt gikk flere ned i vekt for en periode. Dette var et aspekt som noen av informantene tok med seg videre. En av informantene uttrykte følgende:

«Jeg tar med meg det positive. Jeg gikk noe ned i vekt og jeg har sluttet å røyke.»

4.1.2 Fra erfaring med dietter til en gradvis bevissthet om en langvarig vektnedgang og endring i livsstil

Opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt, bidro til at flere informanter kom til et punkt hvor det var nok. Nå ønsket de noe varig. De var lei ulike dietter og kurer. Dette bidro til en beslutning om endring – forhåpentligvis langvarig. En informant forklarte følgende:

«Så kom det til et punkt, nå gidder jeg ikke mer, da fikk jeg nok. Nå har vi vært alt for mange runder opp og ned. Nå må jeg prøve å få til noe som er varig.»

Selv om informantene var lei tidligere skuffelser, hadde de likevel en realistisk tilnærming til at endring er en langvarig prosess, og mest sannsynlig vil vare livet ut. Noe av denne tilnærmingen hadde de blant annet tilegnet seg gjennom livsstilsprogrammet. De fleste fortalte om episoder hvor helsepersonellet hadde fokusert på en langvarig endring, i stedet for ulike dietter som kun varte over en viss periode. Én informant hadde tilegnet seg noe av denne kunnskapen fra helsepersonellet og beskrev følgende:

«Du skal ikke være overoptimistisk og prøve å presse deg ned i vekt for da går den fort opp igjen etterpå.»

En av informantene forklarte at hun ønsket å holde vekten, og gjerne gå ned 5 kg til frem til sommeren. Hun hadde allerede gått ned det som var forespeilet som helsemessig gunstig

av helsepersonellet, og forstod at det ville bli vanskeligere med tiden fremover. Når intervjuet ble utført, hadde vekten hennes stått stille i tre uker. I utgangspunktet gjorde det henne ikke noe særlig, da hun allerede hadde gått ned i vekt. Fremover var målet at hun skulle klare å holde seg der, og hun var inneforstått med at det ville bli en jobb. Dette beskrev hun på følgende måte:

«Jeg har hele tiden sagt at jeg vil ned et sted mellom 3 og 5 kg, kanskje litt mer. Jeg har jo gått ned litt mer enn det også. Så jeg har jo gått ned det som de har forespeilt og er veldig fornøyd med det sånn sett.»

En annen informant nevnte også at det ville bli et hardt arbeid å få til en langvarig endring:

«Skal jeg gå ned de kiloene som jeg ønsker så må jeg jobbe for å holde de der. Det vil bli en kjempejobb og det vet jeg.»

Flere tok opp at tidligere erfaringer med kurer og dietter hadde gjort dem mer realistiske med tanke på at en total endring i livsstil er nødvendig for å oppnå et varig resultat. Funnene kan tyde på at informantene var innforstått med at kurer og dietter kun tok de et lite steg på veien. Flere av informantene nevnte at diett i seg selv ikke er en livsstilsendring, og at i det lengre løp er det nødvendig med en større endring av livsstil. En informant beskrev følgende:

«Først og fremst fordi at tidligere så jeg på det som en kur mye mer enn at det handlet om en livsstil.»

Mens en annen informant sa noe lignende:

«Jeg nekter alt det er verdt, jeg går ikke på Nokas-diett eller noe lignende der du fysisk skal sulte kroppen din, og telle kalorier. Nei, det skal være livsstil.»

En av informantene skulle gjennomgå gastric bypass, og beskrev viktigheten av ikke å bare flyte på operasjonen. Hun var innforstått med at man måtte jobbe for å opprettholde vekten etter operasjonen, og at man måtte stå på tilsvarende for å gå ned videre i vekt. Hun visste at hun ville gå ned i vekt etter operasjonen, men at den største delen av arbeidet kommer

etterpå. Det er da man må være bestemt på at det er dette man vil. Hun beskrev følgende:

«Og vite at man må jobbe for det, ikke bare flyte på en operasjon. Altså hvis du får den operasjonen så går du jo ned i vekt, det er sikkert, men det er ikke sikkert at du blir der. Så man må vite det at man må jobbe for det.»

4.1.3 Betydningen av små justeringer og gode rutiner i omlegging av kostholds- og treningsvaner

De fleste informantene hevdet at de ikke hadde gjort noen voldsomme endringer i kostholdet. I følge dem selv var det kun små endringer som hadde vært nødvendig. Flere tok opp at de ikke fikk i seg nok grønnsaker og frukt, og at inntaket av kalorier i løpet av en dag var høyere enn de skulle ha i forhold til egen kroppshøyde og vekt. Likevel var det ikke de store endringer som ble utført – kun endring av mengden og type mat. En av informanten forklarte omleggingen som følgende:

«Etter hvert som jeg har sett så har det vært veldig liten endring egentlig. Jeg har hatt de fleste elementene i bånd, i kosthold som sådan. Det har vært litt endringer og justeringer på mengden og det har ikke vært noe problem.»

Behovet for å få inn rutiner, var også noe de fleste tok opp. Alle forstod viktigheten av å få inn trening og kosthold i et system. Dette var blant annet noe som ble vektlagt gjennom livsstilsprogrammet. Flere av informantene fortalte at nå hadde de faste handledager og faste tidspunkt for når måltidene skulle inntas. En av informantene lagde større porsjoner med mat enn tidligere, og fryste ned det hun ikke spiste. På den måten hadde hun middag for flere dager, og hun fikk satt måltidene mer i system. En annen informant hadde fått mer rutiner på treningen. Hun syklet faste dager i uken, og en dag var hun på et treningsopplegg i regi av et annet behandlingstilbud. Mens en annen hadde et annet opplegg relatert til treningen:

«Nå er det faste rutiner...(...)Jeg trener 3 ganger i uken. Hvor jeg trener 2 ganger høyintensitet en time også trener jeg en time gjennom det opplegget de har her. Ellers er jeg en aktiv person, så jeg er i bevegelse hele tiden.»

Vedrørende trening var det også et par stykker som ikke hadde noen aktuelle rutiner. Hun ene fortalte at hun hadde en fysisk jobb som bestod av mye gåing og tunge løft. Hun ønsket likevel å komme i gang med et treningsopplegg, slik at hun fikk det mer i system.

En informant brukte ulike hjelpemidler for å få fokuset på rutiner, og forklarte følgende:

«Det er helt enkle ting som: matdagbøker, treningsdagbøker, å være strukturert i forhold til hverdagen og planlegge det man skal gjøre. Få hverdagsstrukturen på plass igjen, og da kommer det andre av seg selv etter hvert.»

Omlegging av kosthold og trening hevdet de fleste informantene var overkommelig da de først hadde bestemt seg for å få til en helhetlig livsstilsendring. En informant uttrykte:

«Jeg opplevde endringene som meget enkelt. Jeg har ikke hatt noe problem med å kutte ut sjokolade og is for eksempel..(..)..og jeg har heller ikke noe savn etter det.»

På den andre siden var det noen som syntes det var vanskeligere å få til endringer ved kostholdet gjennom gode rutiner. Dette var ikke noe de var vant med fra før. En informant beskrev følgende:

«Sånn måltid og sånt er det litt vanskelig for jeg har alltid utsatt det til jeg er kjempesulten. Så for meg er det litt vanskelig å spise når jeg ikke føler meg veldig sulten.»

En av informantene hadde vansker med å spise frokost, og et av hovedpunktene som ble tatt opp ved livsstilsprogrammet, var at hun skulle lage det til en vane å komme i gang med frokostspisingen. Hun slet med sultfølelsen, og denne ga spesielt utslag på morgenen. Dersom hun ikke klarte å få i seg frokost, skulle hun prøve å få i seg lunsj. Fokuset på rutiner ved måltidene var gjeldende selv om hun ikke alltid klarte å spise frokost.

Behovet for å få inn rutiner, forklarte en annen informant ved at hun hadde flere episoder der hun utsatte måltidene fordi hun enten hadde det travelt eller ikke var sulten, og når kvelden kom skulle man «ta igjen» for en hel dag. Da kom kaloriene fort, og hun så dermed behovet for å fokusere på å planlegge hverdagen:

«Det hender at man spiser veldig lite i løpet av dagen, og når man kommer til kvelden så kommer hele måltidet da. Det kan fort bli 3000-4000 kalorier i løpet av få timer, også har man ikke spist noe som helst i løpet av dagen.»

4.2 Motivasjon for endring av livsstilsvaner

Den andre kategorien som kom frem var *motivasjon for endring av livsstilsvaner*, med følgende underkategorier: Ønske om bedret helse, og ønske om bedret selvfølelse. I underkategorien, ønske om bedret helse, var det et fellestrekk at informantene ønsket bedre helse i form av å minske de kroppslige plagene. Ønske om bedre helse, og ønske om bedret selvfølelse, bygget på motivasjonen for endring i vaner ved livsstilsendringen de gjennomgikk.

4.2.1 Ønske om bedret helse

Alle informantene delte opplevelsen av at helseaspektet var en avgjørende faktor for endring av livsstil – både i form av fravær av sykdom, og oppnåelse av bedre fysisk form. Informantene vektla hovedsakelig et ønske om forbedret helsetilstand i form av å minske allerede kroppslige plager, og unngå videre sykdomssituasjoner som kunne komme av tidligere livsstil.

Flere av informantene hadde opplevd sykdomssituasjon som hadde fått dem til å revurdere viktigheten av livsstilsendringen. En av informanten hadde fått et hjerteinfarkt. Dette var hovedårsaken til at hun ønsket å endre livsstil. Hun beskrev følgende:

«Jeg fikk jo en støkk når jeg fikk hjerteinfarkt og fikk høre at jeg burde gå ned litt i vekt og når jeg fikk det tilbudet her da så var jeg veldig motivert for det.»

Videre fortalte en informant om kneproblemer hun hadde hatt i noen år, og at dette tidligere hadde hemmet henne i endring av livsstil. Nå brukte hun det heller som en motivasjonsfaktor:

«Det eneste motivasjonen jeg har at jeg kanskje får mindre vondt i knærne mine.»

Mens en annen informant fokuserte på fravær av fremtidige sykdommer:

«Den største grunnen er fordi jeg ikke vil bli syk, jeg vil ikke ha diabetes og alle de tilleggssykdommene som mamma har hatt, og flere i familien har hatt.»

Flere av informantene vektla også essensen av å komme i bedre fysisk form, og trakk inn gleden av å være i aktivitet som et annet viktig aspekt.

«Det er det som er min greie, jeg elsker å trene og være i bevegelse.»

Noen av informantene tok opp vektaspektet, og hadde bestemte mål som var knyttet til vektreduksjon. En av informantene hadde satt seg et mål om å gå ned til 75 kg. Hovedgrunnen til dette var å lette kroppslige plager som var knyttet til et vondt kne. Hun håpet det ville bli lettere for kroppen, i form av skuldersmerter og leddene, dersom hun ikke hadde så mye vekt å løfte på. En annen informant hadde allerede gått ned endel kilo. Hun hadde som videre mål å holde vekten, og klare 5 kg til. Selv om hun ønsket å gå ned mer, var hun likevel fornøyd med at hun hadde klart å holde vekten.

En informant hadde å oppnå normalvekt som et mål for endring. Likevel var det ikke vekten som var hovedaspektet. Så lenge hun kom seg under risikoen for sykdommer, ville hun være fornøyd:

«Når det gjelder vektnedgang så vil jeg helst gå ned til normalvekt, men om jeg ikke klarer å gå ned så mye så gjør det egentlig ikke noe. Så lenge jeg kommer jeg under risikoen for sykdommer.»

På den andre siden var det en av informantene som ikke hadde noe til felles med målsetting knyttet til ønske om bedret helse, da hun opplevde at fokuset kom tilbake på dietter og slankekonseptet:

«For meg blir det latterlig å sette et mål om at «denne uken skal jeg ha gått ned 1 kg, for da er jeg tilbake på slanking.»

4.2.2 Ønske om bedret selvfølelse

For de yngre deltakerne ble det tatt opp hvordan oppfattelse av egen kropp var, og hvordan bedring av egen selvfølelse var et punkt rundt drivkraften for å endre livsstil. En av informantene beskrev følgende:

«Jeg tror jeg sikkert kommer til å føle det bedre med meg selv når jeg har gått ned, og ikke kjenne på den dårlige selvfølelsen.»

Hun nevnte også at samfunnspresset hadde påvirket henne i negativ grad, slik at selvfølelsen trykket henne enda mer ned. En av grunnene til at hun ville ned i vekt var derfor den dårlige selvfølelsen. Hun ordla seg slik:

«Jeg har vært overvektig i mange år så jeg har hatt ganske dårlig selvfølelse. Det er en av grunnene til at jeg vil ned i vekt...(...)..Man ser overalt at kvinner skal se perfekte ut, og det trykker selvfølelsen enda mer ned.»

En annen av informantene ønsket å gå ned i vekt for å føle seg bedre med seg selv, som igjen kunne føre til at andre så annerledes på henne. Hun opplevde at andre mennesker hadde flere tanker om hvordan hun så ut, og hvorfor hun var stor:

«Jeg sliter med å møte folk for jeg lurer på hva de synes om meg, om de synes at jeg er ekkel og lat fordi jeg er stor.»

4.3 Betydningen av støtte

Den tredje og siste kategorien som kom frem var *betydningen av støtte*, med følgende underkategorier: Støtte fra helsepersonell i et behandlingsopplegg, opplevelsen av fellesskap og samhold i et behandlingsopplegg, og støtte fra familie og venner. Det å ha et apparat rundt seg, inkludert andre deltakere, gikk igjen som en essensiell faktor for hvordan de opplevde støtten som en positiv faktor. Flere tok opp følelsen av å være alene ved tidligere livsstilsendringer som en grunn til at endringene ikke ble vellykkede. Behovet for å ha noen rundt seg i form av støtte og trygghet gjennom et fellesskap, kommer frem som viktig ved en livsstilsendring for informantene.

4.3.1 Støtte fra helsepersonell i et livsstilsprogram

Støtte fra helsepersonellet ble nevnt fra alle informantene som et viktig aspekt ved behandlingen de mottok. Mange av informantene nevnte at de følte en trygghet ved at helsepersonellet kunne kontaktes dersom det skulle være noe. Informantene opplevde stor støtte når de var på behandling, men også utenom tiden på sykehuset. Flere av informantene uttrykte at det å bli møtt med forståelse var viktig for å kunne forholde seg til endringene.

For flere informanter var det en viktig faktor at de ble møtt med forståelse:

«Her ble jeg møtt med forståelse og jeg fikk hjelp til hvordan jeg kunne gjøre det i forhold til mat. De viste forståelse samtidig som jeg ble presset til å tenke endring.»

En av informantene beskrev at hun på behandlingsstedet fikk hjelp og bekreftelse på at det er naturlig å møte motgang:

«Tidligere måtte jeg takle det alene og da var det lettere å skeie ut. Ja jeg klarte det ikke da. Mens her får man beskjed om at det er greit å skeie ut, men så skal de hjelpe oss å komme på riktig vei igjen.»

En informant forklarte at støtte hun fikk her, var noe hun satt stor pris på. Det at de hjalp henne med å få fokuset over på det positive og det hun allerede klarte å gjennomføre. På den andre siden nevnte hun også at hun syntes det ikke var nok kontinuitet i behandlingen, siden hun kun var innom hver tredje-fjerde måned.

Informasjon og veiledning som en form for støtte vektla flere an informantene som viktig for endringen sin, og gjennom denne støtte så hadde de bestemt seg for at de skulle fortsette med å opprettholde vanene. En informant poengterte også at hun skulle fortsette på kurs da hun syntes det var en ekstra sikkerhet å ha støtte gjennom livsstilsprogrammet ved at hun blant annet fikk oppfølging og kontinuerlig veiledning og informasjon. En annen informant hevdet at dersom hun ikke hadde fulgt kurset så hadde hun ikke klart å

endre livsstilen på egenhånd.

Gjennom veiledning og informasjon ved livsstilsprogrammet hjalp det flere av informantene til å ta beslutninger selv. En av informantene beskrev følgende:

«Endringen er noe du må finne ut av selv, men de har veldig mange fine verktøy her som du har muligheten til å bruke. Det er blant annet motiverende at de holder kurs. Jeg tror det er motiverende for de fleste å være med i slike grupper.»

Noe lignende nevnte en annen informant:

«Alle trenger støtte men det er også opp til en selv hvor mye man vil legge i det.»

En informant vektla at helsepersonellet så på hele livssituasjonen. De fokuserte på kosthold og trening, men det var ikke kun gjennom samtale, man fikk også informasjon og tilbud om å være med på aktiviteter. Det satt hun voldsomt pris på og syntes det var en positiv vinkling da det ikke bare var fokus på måling og prøveresultater. Dette gjaldt flere av de andre informantene også. Et fellestrekk var at støtte og positive tilbakemeldinger var bidragsytende faktorer som hjalp de på veien til endring.

For en informant var det viktig at helsepersonellet fokuserte på å få inn rutinene:

«De har tvunget meg til å måtte tenke rutiner hele tiden. Hvor mange måltider man skal ha i løpet av et døgn, mengden mat, tiden i mellom måltidene, hvor mye grønnsaker og lignende. I utgangspunktet skal man tenke mest mulig helse og ikke så mye vekt.»

En informant dro frem at hun følte seg inkluderende i egen behandling:

«Behandlerne lar oss også være med på ting. De er veldig tydelige på at de har respekt for den kunnskapen om den erfaringen som vi har og det virker som de er veldig glad for å få tilbakemeldinger på hvordan vi jobber.»

En annen informant syntes støtte på livsstilsprogrammet var bra, og hun opplevde at det

var lettere å klare endringen når hun fikk profesjonell hjelp. Det var derimot vanskelig å følge rådene de fikk på livsstilsprogrammene som gikk på antall måltider per dag og rutiner rundt måltidene. Det var ulikt fokus på de forskjellige livsstilsprogrammene, og hun hadde problemer med å følge kostholds- og treningsrådene når det ble flere og flere for hver gang. Tidvis erfarte hun at informasjonen ble overveldende og det ble for mye informasjon på kort tid.

En informant beskrev viktigheten av å motta støtte og hjelp, men likevel være selvstendig. Hun mente en balansegang var viktig:

«Man er i en situasjon hvor man egentlig trenger å bli passet litt på. Altså jeg føler meg litt sånn uselvstendig i forhold til den biten der, jeg kan ikke noe for det, men jeg føler meg litt uselvstendig. For det er mye å tenke på når du skal prøve å holde vekten og trene mye. Det er godt å bli kontrollert underveis. Men på en annen side er det litt tullete også, man skal egentlig klare seg selv. Så jeg tror faktisk balansen i det er det som er viktig.»

4.3.2 Opplevelsen av fellesskap og samhold i et behandlingsopplegg

Alle informantene opplevde at de var med i et fellesskap, et fellesskap hvor de kunne utveksle erfaringer og opplevelser, dette var noe som preget de i positiv retning. Flere tok opp det å kunne dele erfaringer som et viktig holdepunkt og som bidro til fellesskapsfølelsen. Tilhørighet knyttet til støtte ble vektlagt i denne underkategorien. En informant forklarte det slik:

«Ja, det var en form for støtte at vi var flere som samles og hadde liksom felles utfordringer og hadde litt forskjellige erfaringer.»

En annen informant vektla også tilhørighet til gruppen:

«Det var bedre å være i en sånn gruppe enn at man satt en og en med en ernærings ekspert og pratet liksom «nå må du gjøre sånn og sånn», så det er mer støttende å være i en gruppe.»

På den andre siden var det en informant som uttrykte at hun ikke trengte støtte fra andre gruppedeltakere:

«Jeg tror ikke andre kunne bidratt med støtte, og det har jeg heller ikke behov for. Alle personers situasjon er ulik.»

Det ble også tatt opp av et par av informantene at selv om støtten var god å ha, burde livsstilsprogrammet være mer kategorisert etter hvilke behov de ulike har. En informant beskrev følgende forhold:

«Noen er veldig veldig dårlig, har på en måte et annet utgangspunkt enn det jeg selv har, og det handler ikke bare om mat, det handler i forhold til trening og andre ting. Skal jeg snakke med en om trening som har problemer med å gå herfra og bort til heisen. Det blir vanskelig.»

4.3.3 Støtte fra familie og venner

Mange av informantene opplevde liten støtte fra familie og venner. For noen hang det sammen med at de ikke hadde så mye kontakt med familien, eller hadde et dårlig forhold til familien. Likevel var det et par av informantene som opplevde støtte fra de nærmeste.

En av informantene hadde fått mannen med på endringene relatert til kostholdet. Dette opplevde hun bidro som ekstra motivasjon siden de var sammen om endringen. Han bidro med støtte i form av planlegging av innkjøp av mat for uken, og var med på endringene hun utførte. Treningsturene hennes deltok mannen også på. Dette opplevdes som god støtte for informanten.

Noen av de andre informantene hadde også fått med seg noen på trening. De uttrykte at de ikke følte seg komfortable med å gå på et treningsstudio, gjerne der de fleste var flinkere enn dem selv, alene. En annen av informantene hadde fått med seg søsteren sin på treningsstudio. Hun opplevde at det var lettere å dra sammen med noen, og satte pris på støtte fra søsteren som ville hjelpe henne med å vedlikeholde treningsopplegget. Dette forklarte hun slik:

«Det var mye lettere å trene fast fordi jeg klarte å få med meg søsteren min på treningsstudio, så da drar vi sammen. Det er enklere å dra når man har en avtale om at man skal møtes og har noen å trene med.»

På den andre siden opplevde de fleste at de ikke hadde støtte fra familie og venner gjennom endringsprosessen. Noen hadde nevnt det til familien sin og venner, men opplevde ikke mye støtte eller tilbakemeldinger rundt temaet. En informant sa følgende:

«Men om å få noe støtte fra de rundt meg, det skjer ikke. Det finnes de som mener det godt og sier: «du trenger ikke å slanke deg du, jeg er glad i deg akkurat som du er». Det oppleves bare som falsk støtte.»

Dette gikk igjen hos flere av informantene, og en annen av de forklarte noe lignende:

«Så jeg får ikke noe støtte, i familien rundt dette her sånn, og de vennene jeg har de skjønner ikke hva vi holder på med. De har bare sånne quick-fix løsninger på alt. Det eksisterer ikke noe støtte i det, det finnes ikke.»

En av informantene skulle gjennomgå en gastric bypass operasjon, og fortalte at hun opplevde lite støtte og forståelse fra de rundt henne når hun forklarte om operasjonen:

«Det er veldig liten forståelse å få når man sier at man skal gjennom en sånn operasjon, for folk skjønner egentlig ikke hva det går ut på, de har bare hørt skrekkehistoriene.»

En annen informant fortalte om moren som hadde styrt kostholdet hennes hele barne- og ungdomstiden, og i senere tid ikke hadde gitt henne den støtte hun trengte til å gjennomføre livsstilsendring. Dette var noe som hadde påvirket henne i lengre tid, og hun uttrykte at hun skulle klare dette alene nå:

«Jeg har hatt en mor som har vært veldig overfokuset på slanking så jeg har stort sett siden barneskolealderen vært på en diett. Så når jeg har forandret livsstil så har det vært fordi andre syntes at jeg har vært for kraftig og bør slanke meg..(..). Dette er noe jeg gjør på egenhånd. Jeg gidder ikke prate med mamma fordi dette er noe

hun har gitt meg hele livet, og nå i voksen alder er det alltid noen vektkommentarer som: «Åå, har du gått ned i vekt?» eller «Nå må du tenkte på maten og hva du får i deg».»

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuteres funnene i lys av det valgte teoretiske rammeverket, og tidligere forskning innen aktuell tematikk. Diskusjonskapittelet er strukturert etter kategoriene- og underkategoriene som fremkom av funnene. Først diskuteres kategorien, informantenes tilvenning av nye livsstilsvaner. Deretter vil informantenes motivasjon for endring av livsstilsvaner bli tatt opp, og til slutt vil betydningen av sosial støtte for informantene ved livsstilsendring bli diskutert. Avslutningsvis vil implikasjoner og videre forskning for praksis bli belyst.

5.1 Informantenes tilvenning av nye livsstilsvaner

5.1.1 Opplevelsen av tidligere skuffelser med å gå ned i vekt

Funnene viser at tidligere skuffelser knyttet til erfaringer med å endre livsstil, var noe som preget informantene. De hadde prøvd ulike dietter og kurer tidligere, men ikke klart å vedlikeholde livsstilsendringene over en lenger periode. Flere forsøk på livsstilsendring tyder på at informantene har vært i handlingsstadiet før. Således har de vært i overveielsesstadiet, og vurdert livsstilsendring som et reelt alternativ. Gjentatte forsøk har bidratt til større skuffelse blant informantene, som har gjort det vanskelig å starte igjen. Manglende vedlikeholdelse av de nye vanene, førte til at flere av informantene ga opp, og dermed falt tilbake på gamle vaner. Funnene viser at informantene har vært gjennom flere runder med livsstilsendring med varierende grad av suksess. Funnene er også i tråd med Prochaska et al. (1992) som vektlegger stadiene som en naturlig prosess ved en livsstilsendring, og som også trekker inn tilbakefall som en naturlig del i en livsstilsendringsprosess. Erfaringer med at tidligere skuffelser påvirker endringsprosessen er noe man også ser igjen i forskningen (Lewis, 2011; Rugseth, 2011).

Et annet funn kan tyde på at manglende engasjement ved tidligere livsstilsendringer har bidratt til at informantene ikke klarte å komme seg til vedlikeholdsstadiet, og bli værende der. Den transteoretiske modellen (Prochaska et al., 1992) og tidligere forskning (Borge et al., 2012; Smedsrød, 2012; Hardcastle & Hagger, 2011) vektlegger motivasjonsaspektet

som essensielt ved en livsstilsendring, og en medvirkende faktor for å komme seg videre fra handlingsstadiet til vedlikeholdsstadiet. Prochaska et al. (1992) hevder også at i overveiellesstadiet kan vedkommende som vurderer livsstilsendring ofte bruke lengre tid på overveielser, og vurdere om livsstilsendring i det hele tatt er et reelt valg for vedkommende. Videre i forberedelsesstadiet har vedkommende tatt en beslutning om å utføre livsstilsendringen. Det interessante her er at funnene tyder på at informantene ikke har overveiet livsstilsendringen sin grundig, og at motivasjonsaspektet, som Prochaska et al. (1992) vektlegger som en viktig del i endringsprosessen, ikke har vært stor nok ved tidligere endringer, og dermed kan ha ført til at livsstilsendringen ikke ble vedlikeholdt.

5.1.2 Fra erfaring med dietter til en gradvis bevissthet om en langvarig vektnedgang og endring i livsstil

Funnene kan tyde på at de tidligere skuffelsene har bidratt til at informantene har tatt det endelige steget om å gå i gang med livsstilsendring igjen. Dette samsvarer med Prochaska et al. (1992) sin transteoretiske modell som hevder at personer som tar i bruk konkrete fremgangsmåter, og aktivt bruker gamle erfaringer, kan hjelpes av dette på veien med livsstilsendringen. Funnene antar at informantene kom til et punkt hvor det var nok. Nå skulle de komme i gang og forsøke en ny livsstilsendring. Funnene viser at overveielser i utgangspunktet ikke trakk utover i tid, og de fleste informantene uttrykte at en beslutning om livsstilsendring var ukomplisert å ta. Tidligere skuffelser knyttet til livsstilsendring var en del av grunnen til at denne beslutningen ble tatt. Dette samsvarer ikke i samme grad med Prochaska et al. (1992) sin transteoretiske modell. Modellen hevder at en overveielser knyttet til livsstilsendring innebærer lengre overveielser, og at prosessen med å ta en beslutning kan ta tid. Ved tidligere forskning ser vi det samme mønsteret, med at avgjørelsen knyttet til livsstilsendring er gjennomtenkt over lengre tid (Hardcastle & Hagger, 2011; Lewis et al., 2011). På den andre siden hevder Prochaska et al. (1992) at hvis drivkraften til ønsket om å endre livsstil er sterkt nok, kan dette være en god nok motivasjon til å ta en beslutning. Funnene kan tyde på at informantenes motivasjon ved denne livsstilsendringen var sterk, og således er i tråd med modellen.

Funnene viser også at prosessen knyttet til en beslutning om livsstilsendring opplevdes som lettere ved at de allerede har vært gjennom livsstilsendring tidligere. Prochaska et al. (1992) hevder at i en endringsprosess vil overveiellesstadiet gjerne strekke seg over en

lengre periode, og at det for mange vil være en tung overveielse før de beslutter å gå i gang med endring.

Funnene indikerer at alle informantene hadde en realistisk tilnærming til at prosessen med livsstilsendring ville bli by på utfordringer. Tidligere erfaringer har fått informantene mer realistiske med tanke på en ny prosess med livsstilsendring. Funnene viser at informantene hadde distansert seg fra dietter og kurer, og ved denne livsstilsendringen hadde mer tro på en langvarig endringsprosess. En bevissthet knyttet til langvarig endring og vektnedgang, viste seg gjennom oppnåelige mål. Funnene viser også at gjennom livsstilsprogrammene var fokuset langvarig endring av livsstil i stedet for kurer som varer over en kortere periode. Informantene fikk et godt utgangspunkt til å ta en avgjørelse om livsstilsendring, samtidig som de ble bevisst en lengre endringsprosess. Dette kan tyde på at informantene ble bedre rustet til å håndtere de nye endringene som kom. Dette er i tråd med Prochaska et al. (1992) sin transteoretiske modell som hevder at dersom vedkommende er innstilt på at prosessen med livsstilsendring vil bli krevende, kan det hjelpe vedkommende i endringsarbeidet. Personen vil være innstilt på at endringene kan ta tid, og ikke bli skuffet når den møter motgang. Gjennom profesjonell hjelp vil utgangspunktet for endring av livsstil bli lettere, og sannsynligheten for at personen som er i en endringsprosessen vil lykkes, kan tilsvarende økes (Borge et al., 2012; Helle, 2008; Prochaska et al., 1992).

Videre kan funnene tyde på at informantene befant seg i handlingsstadiet og vedlikeholdsstadiet. Noen av informantene hadde kommet lengre med livsstilsendringene ved at de hadde satt endringene mer i system, og hadde en mer rutinepreget hverdag. Prochaska et al. (1992) hevder at frem et halvt år er man fortsatt i handlingsstadiet. Her er funnene varierende, noen av informantene hadde holdt på med livsstilsendringene i mer enn et halvt år, og således, med utgangspunkt i Prochaska et al. (1992) sin transteoretiske modell, kan hevdes å befinne seg i vedlikeholdsstadiet. Mens noen av funnene viser at informantene nylig hadde tatt en beslutning om livsstilsendring, og nettopp hadde begynt med endring av livsstil.

Avslutningsvis skal det nevnes at den transteoretiske modellen er en syklisk modell. Dermed vil de ulike stadiene gå inn i hverandre, og det er ikke så klart skille mellom stadiene i virkeligheten. Selv om funnene ikke direkte nevner de ulike stadiene knyttet til den transteoretiske modellen, kan man likevel anta at informantene har vært gjennom

stadiene, da de ulike kjennetegnene ved stadiene viser seg gjennom funnene.

5.1.3 Betydningen av små justeringer og gode rutiner i omlegging av kostholds- og treningsvaner

Et annet funn er viktigheten av små justeringer og gode rutiner i omleggingen av kostholds- og treningsvaner. Dette er i tråd med Prochaska et al. (1992), som vektlegger en rutinepreget og strukturert hverdag som essensiell for personer som gjennomgår livsstilsendring, spesielt med tanke på vedlikeholdsstadiet i den transteoretiske modellen. Ved at nye vaner blir satt i system, kan det gå lettere for vedkommende som er i en endringsprosess (Prochaska et al., 1992). Flere informanter uttrykte at dette var et sentralt punkt ved livsstilsprogrammet, og noe de ikke alltid hadde vært like bevisst på ved tidligere livsstilsendringer. Funnene antyder at mange av informantene hadde satt både kosthold og trening i system, og planla dagene på en annen måte enn de tidligere hadde gjort. På grunnlag av disse funnene kan man anta at informantene denne gang har et bedre utgangspunkt for en vellykket livsstilsendring enn de tidligere har hatt, og større sannsynlighet for at de klarer å vedlikeholde endringene i en lengre periode enn de før hadde klart. Samtidig tyder ett funn på at noen informanter også strevde med å få inn rutiner i kosthold og trening. Dette funnet kan reflektere at det kan bli vanskeligere å gjennomføre livsstilsendring over lengre tid. Informantene som strever, vil mest sannsynlig ha behov for en annen type oppfølging gjennom livsstilsprogrammet.

På den andre siden var det også funn som pekte i retning av at endringene som ble gjort opplevdes som overkommelige for informantene. Funnene viser at det kun var mindre endringer og justeringer som skulle til. Den transteoretiske modellen (Prochaska et al., 1992) hevder at det fra vedkommende som er i en livsstilsendring, kreves stor forpliktelse og engasjement for å kunne gjennomføre livsstilsendringen. Dette kan tyde på at funnene ved denne studien viker noe fra modellen som vektlegger at livsstilsendring er en større omveltning, og videre vil by på utfordringer knyttet til endring av livsstil.

5.2 Informantenes motivasjon for endring av livsstilsvaner

5.2.1 Ønske om bedret helse og bedret selvfølelse

Funnene i studien viser at motivasjon er av stor betydning for endring av livsstilsvaner. Disse funnene er i samsvar med den transteoretiske modellen (Prochaska et al., 1992), som hevder at motivasjonsaspektet spiller en vesentlig rolle i endringsprosessen. Dersom motivasjonen er fraværende, kan det bli vanskeligere å opprettholde livsstilsendringen. At motivasjonsaspektet påvirker endringsprosessen knyttet til livsstilsendring, sees også i tidligere forskning (Wagenschutz et al., 2013; Borge et al., 2012; Smedsrød, 2012; Hardcastle & Hagger, 2011).

Videre indikerer funnene at helseaspektet var en avgjørende faktor for endring av livsstil, både i form av fravær av sykdom, og oppnåelse av bedre fysisk form. Funnene tyder på at den underliggende årsaken til å ville endre livsstil hos informantene, var knyttet til helseaspektet. Funnene antar at informantene ønsket å endre livsstil av egne vilje. Dette henger sammen med den indre motivasjonen, hvor graden av selvbestemmelse vil ha en avgjørende rolle for motivasjonsaspektet (Ryan & Deci, 2000).

Funnene kan antyde at den ytre motivasjonen i mindre grad var en faktor for å ønske å gå i gang med livsstilsendring. Funnene viser at informantene ble henvist fra fastlegen, eller etter innleggelse på sykehuset, og videre til livsstilsprogrammet. Det kan dog diskuteres om fastlegene, annet helsepersonell, og livsstilsprogrammet blir en form for ytre press, siden flere av informantene ikke hadde bestemt seg helt om de skulle delta før de kom til sykehuset første gang, og dermed kan ha følt seg tvunget til å delta. Funnene kan reflektere en form for forpliktelse ovenfor helsepersonellet ved livsstilsprogrammet om å komme i gang med livsstilsendring, siden de ble forespurt å være med på denne typen behandling.

Videre viser funnene at de yngre informantene ble påvirket av hva andre mente om dem, og hvordan de skulle se ut, og på dette grunnlaget ønsket å bedre selvfølelsen ved å gå ned i vekt. Dette funnet kan antyde en form for ytre motivasjon, ved at informantene opplever at krav eller press stilles fra andre rundt seg. Den ene informanten uttrykte at samfunnspress var en faktor som bidro til at hun igjen ønsket å gå ned i vekt. At samfunnspress kan bidra som en form for motivasjon til å ville endre livsstil, kan også sees i tidligere forskning (Rugseth (2011)). På grunnlag av dette kan man anta at presset fra menneskene rundt henne kan virke som en ytre motivasjon, men realiserer seg likevel gjennom den indre motivasjonen, ved at hun ikke vil ha dårlig selvfølelse lenger. Sett i lys av Deci & Ryans (2000) selvbestemmelsesteori, kan det antas at både den indre og ytre

motivasjonen var en faktor for endring av livsstil for de yngre informantene.

Funnene antyder at informantene sine målsettinger bidro som ekstra motivasjon, og at denne motivasjonen kan føre de på veien til den aktuelle målsettingen de har for livsstilsendringen. Et motstridende funn var at en av informantene uttrykte at begrepet ”mål” ikke var noe for henne. Dersom hun skulle sette seg mål var hun tilbake på slanking, og ønsket ikke å relatere seg til dette. Dersom personen ikke setter seg noen form for mål, kan det hende at vedkommende ikke opplever at egen kompetanse blir satt på prøve, som igjen kan svekke motivasjonen. Dette funnet er inkonsistent med Ryan og Deci teori (2000), som hevder at målsetting knyttet til livsstilsendring er essensielt fordi man opplever mestringfølelsen gjennom utførelse og oppnåelse av målene sine. Det kan også antas at det vil bli vanskeligere å evaluere hvor man er på veien i endringsprosessen når man ikke vet hvor man vil. Det skal likevel nevnes at informanten uttrykte at hun var motivert for endring av livsstil.

Funnene antyder at vektreduksjon i seg selv ikke var en direkte motivasjonsfaktor for informantene, mens forskningen kan tyde på det motsatte. Ved Hardcastle & Hagger (2012) og Riebe et al. (2005) sine studier kan funnene tyde på at vektnedgangen i seg selv var målet. Funnene trekker frem hvor mye informantene hadde gått ned, og hvor mye de veide ved daværende tidspunkt. Tidvis var fokuset knyttet til en bestemt vekt, mer enn hvorfor man ønsket å gå ned i vekt. Det skal likevel påpekes at en liten del av funnene ved denne studien, viser at vektaspektet var nevnt, men hovedgrunnen til ønsket om vektnedgangen, var for å lette kroppslige plager, og ikke vektreduksjon i seg selv.

Som tidligere nevnt indikerer funnene at ønsket om endring av livsstil hovedsaklig relaterte seg til helseaspektet. Dog hos de yngre informantene, var ønsket om endring av livsstil også knyttet til bedring av selvfølelse. Ut i fra funnene kan det tyde på at den indre motivasjonen var mest gjennomgripende ved denne studien, men også at den ytre motivasjonen spilte en vesentlig faktor. Dette er også i tråd med Ryan & Deci (2000) sitt motivasjonsaspekt.

5.3 Betydning av sosial støtte for informantene ved livsstilsendring

5.3.1 Støtte fra helsepersonell i et behandlingsopplegg

Funnene tyder på at støtte gjennom livsstilsprogrammet hadde stor betydning for informantene. Støtten viste seg blant annet gjennom forståelse og veiledning i hvordan de skulle gå frem med livsstilsendringen. Informantene uttrykte at denne formen for sosial støtte hjalp dem i endringsprosessen, og videre til å bli bedre rustet for å håndtere livsstilsendringene. Støtten fra helsepersonellet viste seg gjennom selvtillitsbygging og oppmuntring, som kan knyttes til emosjonell støtte. Å bygge vedkommendes selvtillit, og gi han tro på egne ferdigheter i en endringsprosess, vil være det naturlig ved denne støtten (Cohen & Wills, 1985). At deltakere ved livsstilprogram mottar støtte gjennom forståelse og veiledning, gjenspeiler seg også i tidligere forskning (Wagenschutz et al., 2013; Borge et al., 2012; Smedsrød, 2012).

Videre viser funnene at informasjon og veiledning ble vektlagt av flere av informantene som viktig for egen livsstilsendring. Gjennom denne støtten hadde de bestemt seg for at de skulle opprettholde livsstilsvanene. Informasjonsstøtte gjennom livsstilsprogram kan være av viktighet for vedkommende som gjennomgår livsstilsendring (Russel et al., 2013; Wagenschutz et al., 2013; Cohen & Wills, 1985).

Selv om helsepersonellet ved livsstilsprogrammet bidro med støtte, kan funnene tyde på viktigheten av at informantene selv var deltakende og aktive i eget behandlingsopplegg. Dette funnet kan også sees i lys av den transteoretiske modellen som vektlegger at vedkommende som er i en endringsprosess, må utføre konkrete tiltak på egenhånd, selv om man mottar støtte (Prochaska et al., 1992).

Funnene ved denne studien er i tråd med det teoretiske rammeverket og tidligere forskning knyttet til sosial støtte, som hevder at støtte kan bidra som en positiv faktor hos vedkommende som gjennomgår livsstilsendring, og kan påvirke om personen klarer å vedlikeholde livsstilsvanene (Cohen & Wills, 1985; Syvertsen, 2007; Kiernan et al., 2012; Russel et al., 2013).

5.3.2 Opplevelsen av fellesskap og samhold i et behandlingsopplegg

Funnene tyder på at støtte og trygghet i livsstilsprogrammet har bidratt positivt, og hjulpet informantene på vei i endringsprosessen. Flere av informantene hevdet at å være i et

fellesskap, og ha et nettverk rundt seg med andre i lik situasjon, bidro til å lette arbeidet med livsstilsendringene. Erfaringsutveksling mellom pasienter ved livsstilsprogram viser seg også som positivt i teorien om sosial støtte, og tidligere forskning (Helle, 2008; Cohen & Wills, 1985). Videre vektlegges tilhørighet som et viktig aspekt ved sosial støtte (Cohen & Wills, 1985).

På den andre siden var det et funn som indikerer at selv om støtte fra andre deltakere var god, burde livsstilsprogrammet være mer skreddersydd etter de ulike behovene deltakerne har. For én informant opplevdes det som utfordrende å snakke med andre deltakere når utgangspunktet for behandling var såpass ulikt. Funnene kan tyde på at livsstilprogrammet bør rette seg mot hvor langt deltakerne har kommet med livsstilsendringene.

5.3.3 Støtte fra familie og venner

Ett av funnene kan tyde på at sosial støtte fra familie og venner var utelatt. Informantene som ikke opplevde støtte fra de nærmeste, uttrykte heller ikke et savn etter dette. Funnene antar videre at informantene hadde kommet godt i gang med nye livsstilsvaner, og kan indikere at de ikke hadde blitt påvirket negativt av den manglende støtte fra sine nærmeste. Dette kan virke motstridende sett opp mot tidligere forskning som hevder at dersom vedkommende som gjennomgår livsstilsendring ikke opplever støtte fra familie og venner, kan det bidra til å påvirke resultatet i negativ retning, og føre til at vedkommende ikke klarer å vedlikeholde endringene (Russel et al., 2013; Kiernan et al., 2012; Syvertsen, 2007; Cohen & Wills, 1985).

Samtidig mottok informantene støtte gjennom livsstilsprogrammet på sykehuset. Funnene kan tyde på at denne støtten har hjulpet informantene slik at de ikke savnet støtten fra nærmeste familie og venner. Funnene viser at alle informantene hadde opplevelsen av at de mottok støtte, enten fra sine nærmeste eller gjennom livsstilsprogrammet.

Relatert til sosial støtte skal det nevnes at det alltid vil være individuelle forskjeller. For noen kan muligens indre og ytre motivasjonen være nok for vedkommende som skal gjennomgå livsstilsendring. Likevel vil det hevdes at positiv sosial støtte sjelden vil oppleves som en hemmende faktor ved endring av livsstil (Deci & Ryan, 2000). Derfor kan behandling gjennom livsstilsprogram, og lignende på offentlige sykehus, spille en vesentlig

rolle hos vedkommende som ønsker å gjennomgå livsstilsendring.

5.4 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Et lite aspekt av funnene viser også at manglende kontinuitet i behandlingen fra sykehuset var en problemstilling. Informantene som kun var på sykehuset hver 3-4 måned syntes det ble vanskeligere å opprettholde endringene når de var innom så sjelden. Ønsket om tettere oppfølging kan være et ledd i forbedring av tjenestetilbudet. Dette kan være med å påvirke utfallet av livsstilsendringen siden støtte kan bidra til å vedlikeholde endring av livsstil (Cohen & Wills, 1985).

Relatert til videre forskning kan det være relevant å forske på hvordan pasienter håndterer livsstilsendringene over lengre perioder. Dette kan være av essens for hvordan en vellykket livsstilsendring kan arte seg, og videre kan bidra til å forbedre livsstilsprogram for tilsvarende pasientgruppe.

Funnene viser at motivasjonen var av avgjørende karakter ved livsstilsendring, spesielt med tanke på den indre motivasjonen. Indre motivasjon er en essensiell faktor for å kunne vedlikeholde livsstilsendringene over en lengre tid, også etter endt livsstilsprogram ved det aktuelle sykehuset (Deci & Ryan, 2000). Om indre motivasjon kan være nok for en suksessfull vedlikeholdelse av livsstilsendring, kan være av interesse å se på i videre forskning. Å knytte det opp noe funnene i denne studien, om at manglende støtte hos familie og venner tilsynelatende ikke påvirket endringsprosessen i negativ retning, kan gi spennende funn.

Det kunne også være av interesse om funnene kan suppleres med hvilke faktorer helsepersonellet vektlegger ved livsstilsendring, og hvilken støtte de vektlegger i en endringsprosess. Vil det være samsvar mellom hva pasientene ved denne studien uttrykker, og hva helsepersonell mener kan bidra til å forbedre nåværende behandlingstilbud ytterligere?

6.0 KONKLUSJON

Studiens hensikt var å bidra med økt kunnskap om hvordan overvektige pasienter erfarer forhold av betydning for endring av livsstil og hvilken støtte i et livsstilsprogram de mener er viktig for endringsprosessen. Videre at kunnskapen kan brukes av helsepersonell som skal lage livsstilsprogram for slik at nåværende livsstilsprogram for denne pasientgruppen kan forbedres. I dette kapitlet oppsummeres noen av de viktigste resultatene med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

6.1 Hvilke erfaringer hadde informantene i arbeidet med å endre livsstil?

Studien tyder på at tidligere erfaringer hadde påvirket informantene i negativ retning. Dette medførte skuffelser knyttet til avbrutte dietter, eller manglende vedlikeholdelse av livsstilsvanene. Funnene viser rikelige beskrivelser knyttet til tidligere skuffelser med livsstilsendring, som kan indikere hvordan informantene erfarer forhold av betydning for endring av livsstil. Gjennom livsstilsprogrammet fikk informantene en gradvis bevissthet om at en langvarig vektnedgang, og endring i livsstil bør være fokuset i endringsprosessen. Ved dette tidspunktet var de inneforstått med at dietter kun hjalp de litt på veien, og at en endring i livsstil som vedvarer er det optimale.

Studien kan indikere på at informantene gjenkjenner endringsprosessen som den vise seg i den transteoretiske modellen til Prochaska et al. (1992). Det var likevel varierende grad av likhetstrekk mellom funnene og hvordan stadiene i modellen utspiller seg. Studien antar at prosessen med endring av livsstilsvaner i utgangspunktet ble erfart som uproblematisk, og at en beslutning om livsstilsendring opplevdes som overkommelig. Endringene informantene utførte var hovedsakelig små justeringer knyttet til kosthold, og videre at et større aspekt av aktivitet i hverdagen ble vektlagt.

6.2 Hvorfor ønsket informantene å endre livsstil og hva har bidratt til denne avgjørelsen?

Studien viser at informantene sine ønsker knyttet til livsstilsendring hovedsakelig relaterte

seg til helseaspektet. Motivasjonen for å endre livsstil var å unngå sykdom eller forverring av allerede helseplager. Funnene hos de yngre informantene inkluderte også ønske om å endre livsstil på grunnlag av å øke egen selvfølelse. Funnen kan tyde på at bakgrunnen for dette var påvirket av den ytre motivasjonen, gjennom press fra andre rundt seg. Ellers var hovedaspektet ved funnene at den indre motivasjonen var ledende for endring av livsstil. Funnene tyder på en sterk indre driv hos informantene som påvirket informantene i stor grad i endringsprosessen.

6.3 Hvordan ønsket informantene at livsstilsprogrammet skulle bidra med støtte med tanke på endringsprosessen?

Studien viser at livsstilprogrammet hadde stor betydning for informantene i arbeidet med livsstilsendring, de fleste informantene var fornøyd med behandling de fikk gjennom livsstilsprogrammet. På behandlingstedet ble informantene møtt med forståelse og bekreftelse. Støtten fra helsepersonellet, og andre deltakere fra livsstilprogrammet opplevdes som tilfredstillende. Funnene kan tyde på at støtte også ble en form for motivasjon for informantene. Denne studien er knyttet til et spesifikt livsstilsprogram ved et bestemt sykehus men vil også kunne rette seg til andre steder som praktiserer behandling og livsstilsprogrammer som omhandler overvektsproblematikk.

Studien indikerer at ved livsstilsprogrammet ble informantene gradvis bevisste om at en langvarig vektnedgang, og endring i livsstil bør være fokuset i endringsprosessen. Informasjonsstøtte var et aspekt som bidro til at informantene klarte å snu fokuset ved denne livsstilsendringen, og oppnå mer innsikt i hvordan en reell livsstilsendring bør se ut. Funnene ved studien kan tyde på at emosjonell støtte og informasjonsstøtte ble sett på som vesentlige for informantene i endringsprosessen.

Samtidig peker det seg ut at livsstilsprogrammet kan forbedres på noen områder. Funnene viser at livstilsprogrammet kan ta sikte på å kategorisere seg bedre mot de deltakerne og at behandlingen bør bli mer rettet mot den enkelte deltaker sine individuelle behov. Opprettholdelse av kontinuiteten i behandling ved sykehuset var et annet aspekt som ble vektlagt av informantene som essensielt ved i en endringsprosess.

Oppsummert kan denne studien indikere at informantene var lei tidligere skuffelser knyttet til livsstilsendring, og at dette bidro til å gå igang med en ny prosess med endring av livsstil. Motivasjonsaspektet kan antas å være av essensiell karakter ved livsstilsendring, og at dette har hjulpet informantene i endringsprosessen. Funnene tydet videre på at støtte i et livsstilsprogram var av viktighet for informantene. Funnene viser at støtten informantene mottok, blant annet ved livsstilprogrammet, kan antas å ha vært en ekstra motivasjonsfaktor for de. Dette kan indikere at livstilsprogram og annen helse relatert behandling knyttet til overvektsproblematikk vil være relevant for deltakere, og videre kan påvirke endringsprosessen i positiv retning.

REFERANSELISTE

- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjonskurs for sykelige overvektige. *Forskning*. 7: 14-22 doi: 104220/sykepleienf.2012.0024
- Brumoen, H. (2007). *Vaner, viljen & valget: en psykologibok om avhengighet og mestringsstillit*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. I Baum, A., Taylor, S. E. & Singer, J. E. (eds.), *Handbook of Psychology and Health*. (s. 253-267). New Jersey: Hillsdale.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* 25, 54-67. Doi:10.1006/ceps.1999.1020
- Espnes, G. A. Og Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2013). Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne.
Hentet fra:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6306&MainContent_6263=6464:0:25,6307&List_6212=6218:0:25,6317:1:0:0:::0:0
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). The human biology – saturated with experience. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*.131: 683-687. doi: 10.4045/tidsskr.10.0874
- Gurung, R. A. R. (2010). *Health psychology. A cultural approach*. California: Wadsworth.
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: En innføring i*

samfunnsvitenskapelig metode. (2. utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Hardcastle, S. & Hagger, M.S. (2011). "You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. *Psychology of Sport & Exercise*. Vol. 12, Issue 3, 314-323. Hentet fra: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.uis.no/science/article/pii/S1469029211000021>

Helle, G. L. (2008). *Helsefremmende grupper? En kvalitativ studie av overvektige pasienters erfaringer med å delta i en helsefremmende gruppe*. (Masteroppgave). Lillestrøm: Høgskolen I Akershus.

Helsedirektoratet (2011). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Oslo: Direktoratet. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. St.meld. nr. 34 (2012-2013). Oslo: Departementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDDPDFS.pdf>

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskap metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kiernan, M., Moore, S. D., Schoffman, D. E., Lee, K., King, A. C., Barr Taylor, C., Kiernan, N. E. & Perri, M. G. (2012). Social Support for Healthy Behaviours: Scale Psychometrics and Prediction of Weight Loss Among in a Behavioral Program. *Obesity Journal*. 20: 756-764. doi:10.1038/oby.2011.293

Kodama, S., Saito, K., Tanaka, S., Horikawa, C., Fujiwara, K. Hirasawa, R., Yachi, Y., Iida, K., Shimano, H., Ohashi, Y., Yamada, N. & Sone, H. (2012). Effect of web-based lifestyle modification on weight control: a meta-analysis. *International*

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lewis, S., Thomas, S.L., Hyde, J., Castle, D.J. & Komesaroff, P.A. (2011). A Qualitative Investigation of Men's Experiences With Their Weight. *American Journal of Health Behaviour*. 35 (4): 458-469. Hentet fra:
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0de1bb97-6f58-4878-ad57946a0d75224%40sessionmgr115&vid=9&hid=113>
- Lind, E., Johansen, H. S. & Hardy, A. (2006). *Søknad om et bedre liv. En opplevelse av å være overvektig*. (Bacheloroppgave). Bodø: Høgskolen i Bodø.
- Midthjell, K., Lee, C. M. Y., Langhammer, A., Krogstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., Colagiuri, S. & Holmen J. (2013). Trends in obesity and overweight over 22 years in a large adult population: The HUNT study, Norway. *Clinical Obesity*, 3: 12-20.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- NEM (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Hentet fra:
[http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf)
- Norsk Farmaceutisk Tidsskrift (2007). <http://www.farmatid.no/artikler/opplevelse-av-vektveining>
- Norsk helseinformatikk (2013). V/ Merethe Johannessen. <http://ndla.no/nb/node/47719>
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Prochaska, J. & DiClemente, C.C. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47, s. 1102-1114.
- NSD (2013). Personvernombudet for forskning. Hentet fra:
http://www.nsd.uib.no/personvern/om/om_oss.html
- REK (2012). Helseforskning. Hentet fra:
https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997
- Riebe, D., Blissmer, B., Greene, G., Caldwell, M., Ruggiero, L., Stillwell, K. M. & Nigg, C. R. (2005). Long-term maintenance of exercise and healthy eating behaviors in overweight adults. *Preventive Medicine*. 40: 769–778. Hentet fra: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.uis.no/S009174350400475X/1-s2.0-S009174350400475X-main.pdf?_tid=3d7f0070-2f37-11e3-a9c9-00000aacb361&acdnat=1381140185_37e6f3bcee118db51a16c6c38764a553
- Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. I Granskar, M & Høglund-Nielsen, B. (red.) *Tillampad kvalitativ forskning inom halso- och sjukvård*. Red. Granskar, M. & Høglund-Nielsen, B. Lund: Forfattarna og studentlitteratur.
- Rugseth, G. (2011). *Overvekt som livserfaring. Et empirisk– teoretisk kunnskapsbidrag*. (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Russel, H. A., Rufus, C., Fogarty, C. T., Fiscella, K. & Carroll, J. (2013). ‘You need a support. When you don’t have that ... chocolate looks real good’. Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a Healthy Living Program. *Family Practice*. Vol. 30 Issue 4, 452-458. doi: 10.1093/fampra/cmt009
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67. doi:10.1006/ceps.1999.1020

- Smedsrød, M.L. (2012). *Velykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering*. (Masteroppgave). Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Hentet fra:
<http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/2012/Mirjam%20Smedsrod%20MPH%20slutversion.pdf>
- St. Olavs hospital 2014). Fedme: Poliklinikk og forskningscenter. Hentet fra:
<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Obesitaspoliklinikken/Voksne/129538/>
- Sykehuset i Vestfold (2014). Fedme – Lokalt tilbud. Hentet fra:
<http://www.siv.no/pasient/behandlinger/fedme-lokalt-tilbud>
- Syvertsen, T. F. (2007). *Livsstilsendring i et varig perspektiv. Hvilke faktorer oppleves som betydningsfulle for å oppnå relativ varig livsstilsendring?* (Masteroppgave). Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Taylor, S. E. (2012). *Health psychology*. (8th ed.). Boston: Mc Graw-Hill.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Wagenschutz, H., Ross, P. T., Bernat, C. K. & Lypson, M. L. (2013). Impact of Repeated Health Behavior Counseling on Women Portraying an Overweight Standardized Patient. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. Vol. 45: 466-470. Hentet fra:
http://ac.els-cdn.com.ezproxy.uis.no/S1499404613000158/1-s2.0-S1499404613000158-main.pdf?_tid=6b6d633c-2f32-11e3-8bd4-00000aacb35e&acdnat=1381138117_f20d71c9db2851d2b281aa84c9c660a3
- World Health Organisation (2013). Obesity and Overweight. Hentet fra:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

VEDLEGG

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i en intervjundersøkelse om erfaringer med å endre livsstil

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å være med på en intervjundersøkelse om dine erfaringer om forhold av betydning for endring av livsstil, i form av kosthold og aktivitet, og hvilken støtte i et livsstilsprogram som du mener er viktig for endringsprosessen. Erfaringene dine vil være et viktig bidrag for å øke kunnskapen om dette temaet og videre gi helsepersonell ny innsikt som kan anvendes i møte med andre personer som skal benytte seg av livsstilsprogram.

Hvem er jeg?

Mitt navn er Camilla Hofstad og er sykepleier. For tiden tar jeg en mastergrad i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger og min veileder er Bjørg Karlsen. I forbindelse med mastergraden arbeider jeg med et prosjekt om hvilke forhold som har betydning for å endre livsstil.

Hva innebærer studien?

For å få kunnskap om dette temaet er det ønskelig i forkant å intervjue noen pasienter som skal benytte seg av et livsstilstilbud på [REDACTED]. Intervjuet vil ta form som en samtale og vil dreie seg om ulike tema knyttet til hvordan du erfarer forhold av betydning for endring av livsstil og hvilken støtte som vil være viktig for deg når du deltar på et livsstilskurs. Intervjuet vil vare i ca. 1 timer, og samtale vil bli tatt opp på båndopptaker.

Selve deltakelsen og informasjonen om deg

Det er frivillig å delta i dette prosjektet. Du kan når som helst trekke deg, også under selve intervjuet eller etter at det er ferdig uten å oppgi noen grunn. Å trekke seg vil heller ikke få noen negative konsekvenser for deg eller for den behandlingen du skal få. Alle opplysninger om deg er taushetsbelagte og vil bli behandlet konfidensielt. Det er bare autorisert personell knyttet til prosjektet som har tilgang til disse opplysningene. Etter at masteroppgaven er fullført, senest våren 2015, vil lydopptakene bli slettet og opplysningene anonymiseres. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene når disse publiseres.

Ved eventuelle spørsmål og studien er du velkommen til å kontakte meg eller veilederen min.

Tlf.nr.: 95 86 23 26
Mail: camilla_hofstad@hotmail.com

Tlf. nr.: 51 52 34 54
Mail: bjorg.karlsen@uis.no

Med vennlig hilsen,
Camilla Hofstad, masterstudent

Samtykkeerklæring
for deltakelse i forskningsprosjekt om endring av livsstil

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien. Videre er jeg kjent med at opplysningene om meg vil bli behandlet strengt fortrolig og at det er satt en tidsbegrensning for hvor lenge opplysningene om meg kan lagres. Jeg samtykker også i at jeg kan kontaktes i ettertid, slik at eventuelle uklarheter kan oppklares.

Jeg er villig til å delta i studien:

Signert av prosjektdeltaker, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

Signert, rolle i studien, dato

Vedlegg 2

Intervjuguide

Hei og velkommen! Mitt navn er Camilla og jeg er masterstudent i helsevitenskap. Dette intervjuet er en del av masteroppgaven min. Først vil jeg takke deg for at du ønsker å delta på dette intervjuet. Dine erfaringer og opplevelser er viktige for videre utvikling og forbedring av behandlingstilbudet ved [REDACTED]. Det er frivillig å delta i dette prosjektet. Du kan når som helst trekke deg, også under selve intervjuet eller etter at det er ferdig uten å oppgi noen grunn. Å trekke seg vil heller ikke få noen negative konsekvenser for deg eller for den behandlingen du skal få. Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker og besvarelsen din vil bli avidentifisert for gjenkjennelige detaljer og opplysningene i intervjuene vil bli behandlet konfidensielt. Det vil blant annet si at veilederne mine og jeg har taushetsplikt. Intervjuet vil vare i ca. 1 time og det er mulighet for pause underveis dersom du har behov for det.

Jeg vil gjerne starte med at du forteller litt om deg selv, så jeg kan bli litt bedre kjent med deg. Kan du for eksempel fortelle meg om studier/jobb, hobbyer eller noe du liker å gjøre. Er dette greit for deg? Takk for presentasjonen, nå har jeg lyst til at vi går videre med intervjuet. Det er flere temaer jeg ønsker å ta opp og jeg tenkte vi kunne starte med tidligere erfaringer knyttet til å gå ned i vekt.

Tema	Forskningsspørsmål	Spørsmål til informanten
1. Tidligere erfaringer knyttet til å endre vaner.	Hvilke erfaringer har du i arbeidet med å endre vaner?	Hvilke gode erfaringer har du fra tidligere endring av vaner? ▲ Har du for eksempel gått ned i vekt tidligere? ▲ Hvordan opplevde du dette? (mestringsfølelse, økt kontroll). Er det noen mindre positive erfaringer du har? (Å ikke gå ned i vekt, problemer å vedlikeholde vanene) ▲ Hva tror du dette skyldtes? ▲ Hva var det som gjorde at du gikk opp igjen? Hvilke endringer gjorde du og hvordan gikk du frem?

		<p>(Dietter, slanking, treningskurs).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Var du mer i aktivitet? ⤴ Prøvde du å endre kostholdet? ⤴ Hva syntes du gikk bra? ⤴ Hva syntes du var spesielt utfordrende? ⤴ Kan du si noe om hva som gjorde at du ga opp? ⤴ Hvordan opplevde du at du fikk støtte fra familie og venner i denne perioden? <p>Da du forsøkte å endre vaner sist gang, oppnådde du litt av den endringen du hadde forventninger om?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Var det noen vaner som var enklere å endre enn andre? • Hva var reaksjonen din på at du ikke lyktes med å opprettholde endringen?
<p>2. Ønsker om å endre vaner.</p>	<p>Hvorfor ønsker du å endre vaner og hva har motivert deg til denne avgjørelsen?</p>	<p>Hva er det som primært har motivert deg til å komme i gang med å legge om vaner ved denne endringen? (Helsegevinster, livskvalitet, press, ønske om å være rollemodell for familie/barn, forbedre utseende).</p> <p>Hvilke kunnskaper og ferdigheter tror du at du har som kan gjøre endring mulig?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ I forhold til: Kosthold, fysisk aktivitet. <p>Hvordan har dine tidligere erfaringer bidratt til at du ønsker å gå i gang med å endre vaner igjen og hvordan har du i såfall brukt disse erfaringene?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Føler du deg mer forbedret nå enn tidligere? <p>Hva er det som har ført til at du har gått fra tanken om endring til en beslutning om endring?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Har du hatt mye avveining for og i mot endring av vaner for å ta denne avgjørelsen? ⤴ Klarer du å huske en spesiell situasjon der beslutningen ble tatt? <p>Hva ønsker du å oppnå av endring nå?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke mål har du for denne endringen? • Hvilke strategier tror du denne endringen

		<p>innebærer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Hva tenker du om å etablere rutiner ved endring av vaner? ⤴ Har du tro på at du klarer endring denne gangen? ⤴ Hva ser du mest frem til når du har oppnådd vektreduksjon? <p>Når livsstilsprogrammet er ferdig, hva tror du skal til for å holde motivasjonen oppe?</p> <p>Har du noen råd du vil gi til andre som vil prøve å endre vaner?</p>
<p>3. Ønsker om å beholde nåværende vaner.</p>	<p>Hva har motivert deg til å vedlikeholde endringer av vaner?</p>	<p>Hvilke ønsker eller mål for varig endringer hadde du før du kom igang?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Hvor langt på veien har du kommet for å oppnå dette målet/målene? <p>Har du opplevd tilbakefall ved denne endringen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Når du har gitt opp i perioder, men klart å komme i gang igjen, kan du fortelle litt om det? <p>Hvilke arbeidsmål har du fokusert på ved denne endringen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Er det noen endringer som har vært vanskeligere å vedlikeholde enn andre? ⤴ Kan du fortelle om en periode der har gått fint å opprettholde de nye vanene? I slike perioder, er det noe du har savnet? ⤴ Kan du fortelle om en periode der det har vært utfordrende å opprettholde vanene? <p>Hvilke kunnskaper og ferdigheter har hjulpet deg med å vedlikeholde endringene? (I forhold til kosthold, aktivitet).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Har kunnskapen og ferdighetene dine endret seg noe gjennom endringsprosessen? ⤴ Har du mer kunnskap om endringer relatert til kosthold og aktivitet enn da du startet på endringene? <p>Hvordan har du opplevd støtten fra familie og venner i denne perioden?</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ♣ Har denne støtte bidratt som motivasjon for å vedlikeholde vanene?
<p>4. Ideer og støtte til innhold til livsstilsprogram am.</p>	<p>Hvordan ønsker du livsstilsprogrammet skal bidra med støtte med tanke på endringsprosessen?</p>	<p>Hvilke forventninger hadde du i forhold til livsstilsprogrammet? Hvordan vil du at de skal hjelpe deg å endre vaner?</p> <p>På hvilken måte mener du at helsepersonell kan støtte deg i denne prosessen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Har du noen tanker om hvordan likesinnede i gruppen kan være en støtte for deg? ♣ Hvordan mener du dette kan brukes som støtte for deg og gruppen i denne prosessen? <p>Hva mener du er viktig å vektlegge når det gjelder fysisk aktivitet og kosthold?</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Trening: Type aktivitet, hyppighet, i gruppe eller individuelt? ♣ Kosthold: Hva slags kosthold, kostholdsplan, vaner rundt spising, mat og følelser? ♣ Andre aspekter: Veiledning, informasjon, støtte, styrking av samholdet mellom deltakerne? <p>Hvordan mener du din rolle bør være ved livsstilsprogrammet?</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Kan du selv bidra med noe? ♣ Vil et slik bidrag kunne øke motivasjonen din for å klare denne endringen? <p>Er det noe du ønsker å ta opp helt til slutt som vi ikke har snakket om tidligere?</p>

Igjen takk for at du stilte opp på intervjuet. Du har bidratt med viktig informasjon som kan bidra å forbedre tjenestetilbudet ved [REDACTED] Dersom du ønsker å komme i kontakt med meg eller andre knyttet til prosjektet så får du med deg et brev med kontaktinformasjonen du trenger.

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Björg Karlsen
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 06.01.2014

Vår ref: 36788 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36788</i>	<i>Et steg i riktig retning - Endring av livsstil</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Björg Karlsen</i>
<i>Student</i>	<i>Camilla Hofstad</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Camilla Hofstad camilla_hofstad@hotmail.com

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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



Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at følgende endringer gjøres:

- Delsetningen "Du forblir anonym på båndopptaket" må fjernes
- Setningen om at opplysningene blir slettet ved prosjektslutt kan med fordel endres til at lydopptak slettes og opplysningene anonymiseres
- Det må tilføyes kontaktopplysninger (e-postadresse/tlf.nr) også om veileder

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

Prosjektet skal avsluttes 01.07.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.