

Livsstilsendring for livet?

Stabilisering og destabilisering av endrede kost- og aktivitetsvaner.

Cecilie H. Sevid

November 2013

Institutt for helsefag

Universitet i Stavanger

Masteroppgave i helsevitenskap

Veileder: Bjørg Karlsen



Universitetet
i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2013

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Cecilie H. Sevild

VEILEDER: Bjørg Karlsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Livsstilsendring for livet? Stabilisering og destabilisering av endrede kost- og aktivitetsvaner.

Engelsk tittel: Lifestyle changes for life? Stabilization and destabilization of changes in dietary and activity habits.

EMNEORD/STIKKORD: Overvekt, inaktivitet, livsstilsendring, vedlikehold, stabilisering, destabilisering, intervju.

ANTALL SIDER: 79 sider med vedlegg

ANTALL ORD: 23 998

STAVANGER, 11.11.13

Cecilie H. Sevild

Forord

En lang prosess er over. Jeg har lært mye som vil få betydning i min kliniske hverdag, og det var et viktig mål for meg. Jeg har vært heldig og hatt gode støttespillere, og har noen å takke;

Bjørg; dette har vært utrolig lærerikt og spennende, men og krevende. Du er en flott lærer og veileder; lyttende, kunnskapsrik og med humor og innlevelsessevne. Du er grundig og vekker tillit. Tusen takk for fantastisk god hjelp!

Vetle; ditt pågangsmot, din ro og din styrke er beundringsverdig og inspirerende. Og takk for servering av gode middager og kreativt utskårne epler som oppmuntring under skrivearbeidet. **Erle;** full av liv, fart og latter. Takk for forfriskende og oppmuntrende innspill gjennom prosessen. Og ikke minst takk for fletting av hår og massasje av stive skuldre. Ubeskrivelig god omsorg fra en snill ungdom til en sliten mamma. **Tilde;** smil og kjærlighet – du er en skatt! Nå gleder jeg meg til å være masse med deg, og ikke bare skrive. Og den grønne Jus-boken med de tynne arkene som du liker så godt, den kan du få på rommet ditt nå. Takk for alle gode klemmer, fine tegninger og gode ord! **Alf;** nesten alene-pappa en stund, det gikk det og. Du har tatt ungene med på all slags eventyr til sjøs og til fjells for å gi meg ro til å skrive. Nå gleder jeg meg til å bli med! Takk for at du tålmodig har lyttet til mine frustrasjoner, og for at du nesten alltid klarer å snu dem til humor. **Mamma;** du stepper inn og hjelper til alle tider. Du lapper tøy, strikker, baker, går på kino og teater med ungene, leser bøker og lekser, kjører til tannlege og dans....Og alt med et smil. Tusen takk! Du er utrolig viktig i livet vårt. **Hege;** takk for hjelp med språkvask, og oppmuntrende ord.

Martha; uten deg hadde dette masterstudiet bråstoppet halvveis. Du støttet meg videre og ga meg tro på jeg skulle klare det. Tusen, tusen takk! Du er en utrolig god kollega, venn og samtalepartner- klok og full av livsvisdom. Du har en herlig humor, og skriver absurd lange sms'er.

Takk til de som hjalp meg å rekruttere informanter, og til Fysio- og ergoterapitjenesten for å ha lagt godt til rette for studiet.

Informantene; sist men ikke minst – tusen takk for at dere delte så åpenhjertig og generøst. Jeg har et ønske om at vi sammen skal klare å utvikle nok kunnskap til at det vil bli lettere å få til en varig endring.

Sammendrag

Bakgrunn: Overvekt og inaktivitet har betydning for økt forekomst av livstilssykdommer. Ved modifisering av endret helseatferd er det et problem at mange faller tilbake til tidligere atferd, og en oppnår ikke den helsegevinsten som var tiltenkt.

Hensikt: Hensikten med studien var en dypere forståelse av personer med overvekt sine individuelle erfaringer med å vedlikeholde endrede kost- og aktivitetsvaner, og innsikt i hva som har betydning for stabilisering og destabilisering av ny atferd.

Metode: Studien er en deskriptiv kvalitativ studie basert på individuelle intervjuer med voksne personer om deres erfaring med å vedlikeholde endrede levevaner. Det ble gjennomført intervjuer med seks voksne kvinner minimum seks måneder etter at de hadde deltatt på kommunale livsstilskurs for å endre kost- og aktivitetsvaner.

Resultat: Denne studien viste at det er flere destabiliserende og stabiliserende forhold når en skal vedlikeholde endrede vaner. Først ble det belyst at det var en kamp å integrere endrede vaner; nye matvaner og aktivitetsvaner sto i en spenningsrelasjon til tidligere vaner påvirket av gamle livsmønstre, verdier og holdninger. For det andre hadde strategier for vedlikehold betydning; herunder rutiner versus rutinebrudd, mål og årvåkenhet. For det tredje ble betydning av selvbilde belyst- selvbilde i tråd med endringen kunne stabilisere, mens et selvbilde som var knyttet til hva andre tenkte om en viste å kunne virke destabiliserende vedlikehold. Til sist var betydningen av støtte, i hovedsak som stabiliserende for vedlikehold.

Konklusjon: Helseatferdsendring og vedlikehold av atferden over tid er sammensatt, og det er av betydning at helsepersonell kjenner til kompleksiteten, og forhold som bidrar til å stabilisere og destabilisere vedlikehold når en skal veilede personer som skal endre kost og aktivitetsvaner. Det empiriske og teoretiske bidraget i denne studien kan bidra til utvikling av forebyggende intervensjoner, og det er behov for mer forskning som kan bidra til å forsterke mulighetene for varig vedlikehold.

INNHOLDSLISTE

INNHOLDSLISTE	5
1.0 INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.2 MIN ERFARING OG KLINISKE HVERDAG	9
1.3 TIDLIGERE FORSKNING	10
1.4 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	13
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	13
2.0 TEORI	15
2.1 DEN TRANSTEORETISKE MODELLEN	15
2.1.1 ENDRINGSSTADIENE, MED FOKUS PÅ VEDLIKEHOLDSFASEN	16
2.1.2 ENDRINGSSTRATEGIER	18
2.2 HEALTH ACTION MODEL	19
2.2.1 MOTIVASJONSSYSTEMET	20
2.2.2 DET NORMATIVE SYSTEMET	22
2.2.3 SELVBILDE	23
2.2.4 FRA INTENSJON TIL HANDLING	24
2.3 TILBAKEFALL ELLER VEDLIKEHOLD AV HELSEATFERD?	26
3.0 METODE	28
3.1 VALG AV KVALITATIV METODE	28
3.2 FORFORSTÅELSE	30
3.3 OM LIVSSTILSKURSENE	31
3.4 UTVALGSSTRATEGI	31
3.4.1 INKLUSJONSKRITERIER	32
3.4.2 EKSLUSJONSKRITERIER	32
3.5 REKRUTTERING	32
3.5.1 PRESENTASJON AV INFORMANTENE	33
3.6 INNSAMLING AV DATA	33
3.6.1 INDIVIDUELLE INTERVJU	33
3.6.2 UTARBEIDELSE AV INTERVJUGUIDE	34
3.6.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJU	35
3.6.4 MIN ROLLE SOM INTERVJUER	36
3.7 TRANSKRIBERING	37
3.8 ANALYSE	37
3.9 ETISKE OVERVEIELSER	39
3.10 PÅLITELIGHET, TROVERDIGHET, OVERFØRBARHET OG BEKREFTBARHET	40
3.10.1 PÅLITELIGHET- INTERN RELIABILITET	40
3.10.2 TROVERDIGHET- INTERN VALIDITET	41
3.10.3 OVERFØRBARHET	41
3.10.4 BEKREFTBARHET	42
3.11 METODEOVERVEIELSER	42
4.0. FUNN	44
4.1 KAMP Å INTEGRERE NYE LEVEVANER	45
4.1.1 MAT- SPENNING MELLOM GAMLE OG NYE LIVSMØNSTER	45
4.1.2 TRENING – UTFORDRER VERDIER OG HOLDNINGER	48

4.2 STRATEGIER FOR ETABLERING OG VEDLIKEHOLD AV NYE VANER	50
4.2.1 ETABLERING AV GODE RUTINER VERSUS SÅRBARHET VED RUTINEBRUDD.	50
4.2.2 BETYDNINGEN AV MÅL OG ÅRVÅKENHET	52
4.3 BETYDNINGEN AV SELVBILDE.	54
4.3.1 SELVOPPFATTELSE I GRADVIS ENDRING	54
4.3.2 Å VÆRE ANNERLEDES	55
4.4 BETYDNINGEN AV STØTTE	57
4.4.1 STØTTE FRA PROFESJONELLE	57
4.4.2 STØTTE FRA LIKEMENN, FAMILIE OG VENNER	58
5.0 DISKUSJON	60
5.1 KAMPEN MELLOM GAMLE OG NYE VANER	60
5.1.1 MAT- SPENNING MELLOM GAMLE OG NYE LIVSMØNSTER	60
5.1.2 TRENING- UTFORDRER VERDIER OG HOLDNINGER	62
5.2 STRATEGIER FOR ETABLERING OG VEDLIKEHOLD AV NYE VANER	64
5.3 BETYDNING AV SELVBILDET	66
5.4 STØTTE	69
6.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER	71
6.1 DESTABILISERENDE FORHOLD	71
6.2 STABILISERENDE FORHOLD	72
6.3 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	73
LITTERATURLISTE:	75

Vedlegg 1 Oversikt over relevante artikler	
Vedlegg 2 Godkjenning fra Regional Etisk Komitè	
Vedlegg 3 Informasjon- og samtykkeskriv	
Vedlegg 4 Informasjon om informantene	
Vedlegg 5 Intervjuguide	

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tidligere var det infeksjonssykdommer som tok flest menneskeliv i Norge, mens helseplagene i dag skyldes for en større del atferd og levevaner. Kroniske, ikke-smittsomme sykdommer utgjør en betydelig helseutfordring, og er blitt den dominerende dødsårsaken i befolkningen (Prescott & Børtveit, 2004, s. 13). Overvekt og fedme er et problem for stadig flere mennesker, både i Norge og ellers i verden (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig som vekten øker, blir en ofte også fysisk inaktiv i hverdagen. Det blir en ond sirkel der helserisikoen øker. Store undersøkelser fra USA viser tegn på at det er fysisk inaktivitet som er viktigste årsak til økt mortalitet og morbiditet, ikke vekten alene (Sui et al., 2007). Ifølge WHO er fysisk inaktivitet i ferde med å bli et stort globalt problem, 1,9 millioner dødsfall per år kan tilskrives mangel på fysisk aktivitet (WHO, 2002). En undersøkelse fra Helsedirektoratet viser at kun 1 av 4 nordmenn gjennomfører 30 min moderat fysisk aktivitet pr dag, som er de nasjonale anbefalingene (Helsedirektoratet, 2009). En av fem nordmenn har kroppsmasseindeks (KMI) over 30, som karakteriseres som fedme (Helsedirektoratet, 2010). Fysisk inaktivitet og overvekt er med andre ord både et problem for individet og for samfunnet.

Mange har en livsstil som gjør at de står i fare for å utvikle livsstilssykdommer, og det er nødvendig å endre levevaner. Men negativ helseatferd som fysisk inaktivitet og dårlig kosthold er vanskelig å endre (Schwarzer, 2008). "Velger" man å spise for mye og leve et stillesittende liv, påvirker det risiko for å få kroniske ikke-smittsomme sykdommer. Helse kan altså være et spørsmål om individuelle valg og personlig ansvar, og den enkelte står overfor utfordringen å leve på en måte som balanserer nøkternhet og overflod, nytelse og fornuft. Det er ikke alltid like lett (Prescott & Børveit, 2004, s. 27). Taylor (2012, s. 65) påpeker at et av de største problemene en står overfor ved modifisering av helseatferd, er tendensen til tilbakefall til tidligere adferd, og dette er spesielt et problem ved avhengighet til alkohol, røyk, narkotika og ved overvekt. Ved disse lidelsene varierer tilbakefallsprosenten mellom 50 og 90 % (Taylor, 2012, s. 65 sitat Marlatt & Gordon), og helsegevinsten er liten om ikke atferden opprettholdes (Connor & Normann, 2005). Over tid ser det ut til at det er lettere å endre fysisk aktivitetsnivå enn kosthold, er man først i gang og har overvunnet noen barrierer så klarer mange å fortsette (Prescott & Børtveit, 2004, s. 62). Å legge om på spisevaner og

reduere vekten er vanskelig. Kroppen reagerer etter en tid på begrenset kaloriinntak med endringer i metabolismen, og senker forbrenningen. Vekttapet stopper opp selv om en fortsetter med samme strategi som førte til vekttap (Herman & Polivy, 2011, s. 522). Dette kan være demoraliserende og føre til tanker som at det er nytteløst (Prescott & Børtveit, 2004, s. 63).

Tema for denne masteroppgaven er endring av livsstil blant voksne med overvekt, mer spesifikt vedlikehold av endrede kost- og aktivtetsvaner. Målet med studien er å bidra til økt forståelse for hvordan det erfarer å vedlikeholde endrede vaner, og særskilt hva som virker destabiliserende og stabiliserende for vedlikehold.

Denne studien handler ikke om årsaker til overvekt, men en forståelse av kompleksiteten i etiologien bak overvekt og fedme er relevant som bakteppe, og kan bidra til en bedre forståelse av målgruppen i studien. Overvekt defineres som kroppsmasseindeks (KMI) større eller lik 25, fedme som KMI større eller lik 30 (Helsedirektoratet, 2010). Det er ikke relevant å skille mellom de to begrepene i studien, derfor brukes kun betegnelsen overvekt videre i oppgaven. Følgende årsakssammenhenger fremholdes av Helsedirektoratet (2010):

Overvekt skyldes *forstyrrelser i energibalansen*. Individuell atferd, miljø, levevaner og biologiske forutsetninger virker sammen i et komplekst samspill i energiregnskapet. Genetiske forhold gir ulik sårbarhet, men *miljø og levevaner* avgjør om mennesker utvikler overvekt. Overvekt kan også ha en sammenheng med *psykososiale forhold* som oppvekstforhold, livsvilkår og psykologiske forhold. Det er en rekke *biologiske forhold* som virker inn; *arv* kan gi en høyere sårbarhet for overvekt. *Appetittregulering* er et annet element av betydning; kroppens energilagre sender ut signaler som styrer appetitten og dermed matinntaket hos den enkelte. Det skilles ut sultstimulerende og metthetsfremmende signalstoffer slik at ikke fettvevet reduseres over tid, med andre ord vil biologiske feedbacksystemer samvirke for å motarbeide bestrebelsene til den som vil gå ned i vekt. Ved vektreduksjon reduseres hvilestoffskiftet, men regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å motvirke et fall i basalmetabolismen. Enkelte *medikamenter* kan føre til vektøkning. Psykiatriske lidelser i kombinasjon med

medikamentindusert vektøkning er ikke sjelden knyttet til sosial isolasjon og lav grad av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010).

Det er tydelige signaler fra myndighetene om at helsevesenet i større grad skal møte utfordringene med økende vektkurver og mindre fysisk aktivitet i befolkningen. I juli 2010 kom Helsedirektoratet med "Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten: Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne" (Helsedirektoratet, 2010). Det ble iverksatt en ny helsereform i Norge i 2012; Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2008). Den peker blant annet på behov for tverrsektorielt folkehelsearbeid med økt helsefremmende innsats og tidlig forebyggende intervensjon. Primærhelsetjenesten skal i større grad skal forebygge livsstilssykdommer, og et av tiltakene er å etablere Frisklivssentraler i kommunene. Frisklivssentralen skal ha tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner ved hjelp av helsesamtale, fysisk aktivitetstilbud, tilbud om kostholdsendring, samt tilbud om røykeslutt (Helsedirektoratet, 2013a). Det er etablert om lag 145 Frisklivssentraler i landet pr oktober 2013 (Helsedirektoratet, 2013b).

1.2 Min erfaring og kliniske hverdag

Jeg har erfaring fra primærhelsetjenesten med tiltak rettet mot overvektige inaktive voksne, og jobber nå med etablering av en Frisklivssentral (FLS). Jeg ledet en prosjektgruppe da Stavanger kommune utviklet et kurs med mål om å stimulere deltagerne til å bli mer aktive og spise sunnere. Det er ikke et slankekurs, men et kurs med mål om gradvis endring av uheldige livsstilsvaner. Dette tiltaket blir nå et tilbud i Stavanger Frisklivssentral. En av de største utfordringene i dette arbeidet er gapet mellom det deltagerne ønsker å oppnå, og det de faktisk oppnår over tid. Etter endt kurs beskriver flere økt velvære og overskudd som et resultat av at de har lagt om på mat- og aktivitetsvaner, og de uttrykker et ønske å leve slik resten av livet. For en god del blir det ikke slik, etter en tid glir de tilbake til gamle vaner, som regel til deres egen fortvilelse. Hvordan kan vi forstå denne kraften, dette "noe" som trekker mange som ønsker å endre helseatferd tilbake til gamle vaner? Prescott & Børtveit skriver (2004, s. 79): "Mange får tilbakefall fordi de undervurderer kraften som kan utløses av uforutsette situasjoner og andre risikofaktorer".

Jeg har erfart i praksis at en kan ha perioder med en aktiv livsstil og et sunt kosthold, og perioder preget av lite aktivitet og usunne kostvaner. Det svinger, og det vil være interessant å få dypere kunnskap til hva som gjør at en etter en "god" periode går tilbake til tidligere vaner. Ikke minst er det interessant med innsikt i hva som kan styrke mulighetene til å vedlikeholde over tid.

1.3 Tidligere forskning

Det er en del tidligere forskning som synes relevant for teamet i denne studien. Søk etter aktuell forskning fant sted mellom høsten 2012 og høsten 2013. Søkemotorene som ble brukt var Isi Web of Science, Scopus, Norart, Academic Search Premier og Google Scholar. Vedlagt er en tabell som viser oversikt over relevante artikler (vedlegg 1). Tabellen viser fokus for de ulike studiene og metodisk tilnærming i dem, samt søkeord. Jeg fant tre relevante norske studier som utforsker erfaringer med vedlikehold av endrede kost- og aktivitetsvaner og syv aktuelle internasjonale studier, to av dem er oversiktsartikler (vedlegg 1). Så langt jeg har sett omhandler de fleste studiene, men ikke alle, vedlikehold av vektnedgang. Vektnedgang er *målet*, og endring av levevaner blir i den sammenhengen et *middel* for å gå ned i vekt. Vektnedgang er ikke utgangspunkt i min studie, men endring av vaner. Jeg etterspør ikke hvordan det erfares å opprettholde vektnedgang, men jeg etterspør hvordan det erfares å opprettholde endrede vaner. Vektnedgang er relevant som delaspekt i min studie, og er derfor kun en del av det jeg studerer. Temaene knyttet til de ulike studiene som presenteres i det følgende synes likevel relevante for min studie, men det er viktig å være bevisst nyanseforskjellene.

Gro Rugseth (2006; 2011) har fokus på **opplevelsen av nye livsmønstre**. Målet med en livsstilsendring er ofte vektnedgang, mer overskudd og bedre helse. De helsefaglige rådene i dag er da at kost og aktivitetsvaner må endres; spis sunnere og tren mer. Rugseth (2006; 2011) belyser hvordan det å spise mindre og trene mer kan oppleves ubehagelig og fremmed - verden blir snudd opp ned. Disse tilsynelatende enkle rådene har langt større dybde og konsekvenser i lys av erfaringer fra tykke menneskers liv. Hun viser til sårbare og motsetningsfylte livserfaringer som blir viktige perspektiv i helsefaglig praksis innen vektreduksjonsbehandling, og at det er nødvendig å ha blikk for den enkelte og forståelse for kompleksiteten i det de gjennomgår.

Forskning viser et variert spekter av **psykologiske faktorer** som er relevante for vedlikehold av endrede vaner. Flere studier konkluderer med at negativ eller positiv tankestil, og lav eller høy grad av tro på egen mestring henholdsvis destabiliserer og stabiliserer vedlikehold. Hvilke strategier en har for å håndtere vanskelige og stressende livshendelser, er relevante for opprettholdelse av vaner. Det kommer blant annet frem at manglende hensiktsmessige strategier for å håndtere problemer ofte fører til trøstespising (Byrne, 2002; Reyes et al., 2012; Chambers & Swanson, 2011; Byrne, Cooper & Fairburn, 2003).

Flere studier belyser betydningen av **forventninger** og **mål** en har. Dersom forventningen og målene er urealistiske og for ambisiøse, leder det til skuffelse og en gir opp, mens realistiske mål og forventninger fører til fornyet motivasjon til å fortsette og vedlikeholde (Byrne, 2002; Byrne et al., 2003; Sarlio-Lahteenkorva, 2012). Flere hensiktsmessige **strategier** for å følge med på om en beveger seg i retning målet en har satt seg, samt **årvåkenhet** for svingninger med klare alarmsignaler for når det er behov for å justere atferden viser seg å fremme vedlikehold. Manglende strategier og redusert årvåkenhet hemmer vedlikehold (Reyes et al, 2012; Byrne, 2002; Chambers & Swanson, 2012;). Hensiktsmessige strategier og årvåkenhet kan være å veie seg, prøve klær, kjenne etter på formutvikling – klarer jeg fortsatt å gå trappene uten å ta pause? Dersom trangere klær og tyngre pust initierer grep om helseatferd, virker det stabiliserende på vedlikehold, en har med andre ord en klar grense for når en må justere atferden. En langsiktig og **stadie-orientert** innstilling viser å påvirke vedlikehold av vanene positivt (Hindle & Carpenter, 2011; Chambers & Swanson, 2011).

Forskning viser at **selvbilde**, eller selvoppfattelse, og kroppsbilde er relevant når det gjelder vedlikehold av endret helseatferd. Negativt selvbilde kan stimulere enkelte til å gjøre endringer, som igjen kan bedre selvbildet og kroppsbildet. Det vil motivere til å vedlikeholde endringene. Men når det å holde kontroll med vekten ble sett på som et personlig ansvar, påvirket det selvfølelsen i negativ retning om en ikke klarte det (Garip & Yardley, 2011; Borge, Christiansen og Fagermoen, 2012). Det har negativ effekt på vedlikehold om en vurderer selvbildet sitt i stor grad basert på vekt og kroppsfasong (Byrne et al., 2003). Rugseth (2011) beskriver erfaringer med å være synlig, og hvordan

selvbildet influeres av opplevelsen av "de andres blikk". Det å være tykk gir for mange en opplevelse av å være under kontinuerlig vurdering av de andre. Det gir rom for følelser som skam, og enkelte skaper en avstand til kroppen eller isolerer seg som følge av negativt selvbilde og kroppsbilde. Garip & Yardley (2011) belyser at selvbildet kan endres i lys av om en er synlig for andre, de andres blikk fører til negativ selvevaluering. En bedret forståelse av egen kropp og metabolismen viste i Hindle & Carpenter (2011) sin studie å fremme vedlikehold over tid.

Sosiokulturelle faktorer har betydning for atferd, og innsatsen en legger i vektregulerende atferd (Garip & Yardley, 2011). Forskning viser at **støtte** har betydning for vedlikehold av endrede kost- og aktivitets vaner. Det gjelder både støtte fra helsepersonell, og fra familie, venner og likemenn (Garip & Yardley, 2011; Reyes et al., 2011; Sarlio-Lahteenkorva, 2012; Hindle & Carpenter, 2011; Borge et al., 2012). Sosial støtte fra likemenn gir rom for gjenkjennelse, assosiasjoner og en følelse av samhold (Borge et al., 2012). Støtte viser å være i hovedsak fremmende for vedlikehold, men kan og være hemmende. Når støtten oppleves negativ, virker den som et press som den enkelte ikke orker eller klarer å forholde seg til. Familie og venner kan virke som sabotører ved at de tilbyr usunn mat, og avbryter planer for trening. **Forpliktelser i familien eller på jobb** fører til mangel på tid til å planlegge og utføre den helseatferden som er nødvendig. Involvering av familie og venner gjennom hele prosessen er derfor viktig for å klare å opprettholde atferden over tid (Garip & Yardley, 2011).

For å endre levevaner og vedlikeholde dem, trekker noen studier frem at det er viktig med **flere atferdsstrategier**, og at en fortsetter å holde seg til disse strategiene (Chambers & Swanson, 2011; Reyes et. Al, 2012, Hindle & Carpenter, 2011). Eksempler på slike strategier er å spise regelmessig og ikke så raskt, ha mindre på tallerkenen, velge sunnere matvarer samt å unngå å ha usunne matvarer som brus og kaker i hus. Regelmessig og lystbetont fysisk aktivitet trekker Hindle & Carpenter (2011) frem som viktig for å klare å fortsette.

Jeg har nå oppsummert aktuelle temaer hentet fra relevant forskning for min studie. Så langt jeg har funnet er det ikke mange studier med fokus på vedlikehold av endrete kost- og aktivitetsvaner, og det er især få norske studier (se tabell med oversikt over

relevante artikler, vedlegg 1). Det indikerer at det er behov for mer forskning innen dette feltet. Det etterlyser også Connor & Normann (2005, s. 13). De peker på at til tross for den store mengden litteratur om helseatferdsendring, så burde det blant annet belyses bedre hva som har betydning for svingninger, og at det fra et sosial-kognitivt perspektiv er en viktig implikasjon at ulike kognisjoner kan være viktige i ulike stadier. Rothman (2000) og Rothman, Baldwin og Hertel (2011, s. 119) etterlyser også mer empirisk kunnskap om hvilke faktorer som influerer menneskers atferd over tid, og hva som hemmer og fremmer vedlikehold. Denne kunnskapen mener de vil kunne være veiledende i utviklingen av intervensjoner som retter seg mot utfordringene en står ovenfor ved varig vedlikehold av endring.

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få en dypere forståelse av personer med overvekt sine individuelle erfaringer med å vedlikeholde endrede kost- og aktivitetsvaner, og innsikt i hva som har betydning for stabilisering og destabilisering av ny atferd. Denne kunnskapen kan få konsekvenser for hvordan helsepersonell kan være med å fremme vedlikehold, og for hvordan tilbud rettet inn mot vedlikehold av endrede levevaner blir lagt opp. Det er behov for mer kunnskap og erfaringer innhentet i Norge. Dette er spesielt viktig sett i lys av det er et nytt helsetilbud under utvikling i form av Frisklivssentraler. Jeg utleder følgende problemstilling for denne oppgaven:

Hvilke forhold erfarer voksne personer med overvekt har stabiliserende og destabiliserende betydning for vedlikehold av endrede kost- og aktivitetsvaner?

Erfaringene skal innhentes fra personer som har gått på kommunale livsstilskurs.

1.5 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis har jeg presentert bakgrunn for valg av problemstilling, min erfaring, tidligere forskning og hensikten med denne studien. I kapittel 2 presenterer jeg teori som sier noe om hvilke faktorer som kan ha betydning for vedlikehold av endret av helseatferd. Dette gjøres hovedsakelig ved utdrag av elementer av to modeller som jeg i slutten av kapittelet integrerer i en modell. Den metodiske tilnærmingen, min forforståelse og beskrivelse av livsstilskursene informantene rekrutteres fra redegjøres for i kapittel 3. Der gjør jeg også rede for hvordan jeg har gått frem for å samle inn og

bearbeide data, samt vurderinger av etikk, validitet og reliabilitet. I kapittel 4 presenterer jeg funnene, og i kapittel 5 diskuterer jeg funnene i lys av teori og tidligere forskning. Konklusjon, implikasjoner for praksis og videre forskning presenteres i kapittel 6.

2.0 TEORI

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket for denne studien. Teorien er valgt for å belyse ulike aspekter ved vedlikehold av endret helseatferd. Intenjonell atferdsendring er en kompleks prosess. Holdninger og tanker knyttet til endringen forandrer seg over tid. Etablering, endring og vedlikehold av atferdsmønstre skjer gjennom et samspill av mange faktorer (Prescott & Børtveit, s. 87, 2004). Jeg vil presentere elementer fra to modeller som omhandler endring av helseatferd og vedlikehold av helseatferden. De to modellene er; Den Transteoretiske Modellen-TTM (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) og Health Action Model – HAM (Green & Tones, 2010). De to modellene kan bidra med å sette relevante begreper i en sammenheng, og skape et noe mer oversiktlig – om enn forenklet, bilde av komplekse sammenhenger av betydning for vedlikehold av endrede vaner. De belyser ulike aspekter som kan ha betydning for min problemstilling. Dessuten synes modellene å utfylle hverandre og danner sammen et godt utgangspunkt for forståelsen av vedlikehold av endrede kost- og aktivitetsvaner. Jeg bruker begrepet modeller og teorier om hverandre. Avslutningsvis i dette kapittelet kobler jeg TTM og HAM sammen i en modifisert modell (figur 2).

2.1 Den Transteoretiske Modellen

I denne studien er vedlikehold av endret helseatferd knyttet til kosthold og aktivitet tema. En mye brukt modell for å forstå endring av helseatferd er Den Transteoretiske Modellen, videre kalt TTM (Prochaska et al., 1992). TTM er med i det teoretiske rammeverket av to grunner: For det første er TTM brukt i livsstilskursene som informantene er rekruttert fra (se 3.3). Den brukes for å bevisstgjøre deltagerne på ulike stadier i endringsprosessen. For det andre er det en modell som vektlegger betydningen av vedlikehold som en egen fase, og beskriver denne fasens kvalitative kjennetegn.

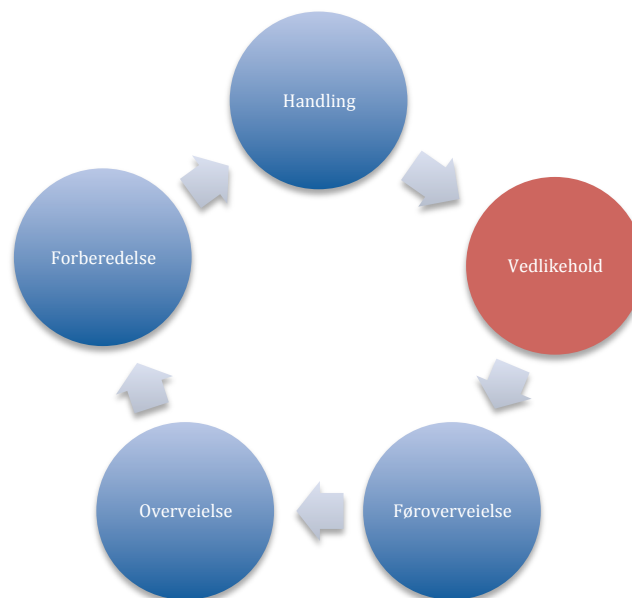
TTM ble utviklet på 80-tallet, og er den dominerende stadiemodellen innen helsepsykologi og helsefremming. Den er sammensatt av ulike teorier som omhandler sentrale aspekter ved endringsprosesser, og modellen ble laget som et forsøk på å integrere disse aspektene trukket ut fra ulike teorier om atferdsendring og psykoterapi. TTM har blitt anvendt i henhold til en rekke ulike helseatferder, men de sterkeste forskningsstudiene har blitt designet til røykeslutt og igangsetting og opprettholdelse av fysisk aktivitet (Connor & Normann, s. 225, 2005). Modellen fungerer som et kart over

endringsprosessen, og kan dermed tjene som veiviser for den som prøver å endre helseatferd og for helsearbeideren som veileder (Prescott & Børtveit, s. 48, 2004). Ifølge TTM beveger en seg gjennom kvalitativt distinkte stadier i løpet av endringsprosessen. Modellen har fått stor utbredelse og anvendes som en generell modell for endring av flere typer atferd (Wilson & Schlam, 2004).

Endringsstadier og endringsprosesser er to sentrale begrep i modellen. Endringsstadier, eller endringsfaser, representerer en tidsmessig dimensjon. De gir muligheter for å forstå *når* et skifte i holdninger, intensjoner og atferd skjer. Endringsprosesser, eller strategier, er en annen dimensjon ved modellen som belyser *hvordan* disse skiftene skjer. (Prochaska et al., 1992). Jeg fokuserer i denne oppgaven på vedlikeholdsfasen, og på de endringsprosessene som har betydning for vedlikeholdsfasen.

2.1.1 Endringsstadiene, med fokus på vedlikeholdsfasen

I forsøkene på å endre atferd går en gjennom ulike faser: Føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold. Endringsforløpet forstås som en sirkulær prosess der personer kan bevege seg frem og tilbake i de ulike stadiene (Prochaska et al., 1992).



Figur 1 Endringsstadier i TTM (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

Figur 1 viser de ulike stadiene og den sirkulære relasjonen. Jeg vil kort gjøre rede for hva som kjennetegner de ulike stadiene, eller fasene. I *før-overveiellesfasen* er personen mest oppmerksom på de gode sidene ved atferden og ser ikke problemet eller behov for

endring. I *overveielsesfasen* blir personen oppmerksom på at atferden har både gode og mindre gode sider, og kjenner seg dratt mellom å ville og ikke ville fortsette med atferden. For eksempel kan en se det negative ved å spise mye og usunn mat, men opplever kanskje at dette gir ro og trøst i vanskelige situasjoner. *Forberedelsesfasen* kjennetegnes ved at personen tar en forpliktende beslutning om endring i nær fremtid og planlegger konkret handling. For informantene i denne studien kan en tenke at dette var når de meldte seg på kurs og gjorde seg klar for å legge om på kost- og aktivitetsvaner. I *handlingsfasen* blir forandringene mer omfattende og endringen blir synlig for andre. Personen kan fortsatt merke ambivalens, og styrken på beslutningen om endring varierer. Fasen preges av både fremgang og tilbakeslag. Mange tilbakeslag vil gjøre at en begynner å tvile på at man vil lykkes med endringen og troen på om en klarer det kan synke (Prochaska et al., 1992). Handlingsfasen var mens livsstilskursene pågikk, og kun de som hadde hatt en positiv endring ble inkludert i denne studien (se 3.3). En kan ikke komme i vedlikeholdsfasen uten å ha vært i handlingsfasen der en endret kost- og aktivitetsatferd, som en skal vedlikeholde videre.

Vedlikeholdsfasen er den som er aktuell i denne studien. Overgangen til denne fasen skjer cirka seks måneder etter iverksatt handling. De viktigste kjennetegnene ved denne fasen er stabilisering av endringen og å unngå tilbakefall (Prochaska et al., 1992). For informantene i denne studien innebærer de seks første månedene perioden de gikk på kurs, så i henhold til TTM går de inn i vedlikeholdsfasen omkring kursslutt. De har begynt å legge om på kost- og aktivitetsvaner, og skal prøve å fortsette å vedlikeholde denne atferden.

Prescott & Børtveit (2004, s. 60) skriver at dersom man har tatt en robust beslutning om forandring, investert tilstrekkelig med krefter og hatt små suksesser innledningsvis der man har overvunnet de første hindrene og opplevd vellykket håndtering av fristelser, kan dette føre til økt tro på en klarer det. Man kommer i en god sirkel, og det er ikke så stort behov for bevisst planlegging og styring. Men beslutningen om endring må tas om igjen og om igjen. Fornuftig planlegging av situasjoner som innebærer risiko for tilbakefall er viktig, samt bearbeiding av små og store tilbakefall. Etter hvert som tiden går kan motivasjonen svekkes og negative sider ved atferden, som i initieringen av

endringen virket som drivkraft, blir mindre eller forsvinner. En glemmer det som var negativt med vanen og husker det som var positivt.

I vedlikeholdsfasen er det viktig å unngå *tilbakefall*. En kan bli *motløs* når en merker at endringen krever betydelig innsats over lang tid, og *risikotanker* kommer (Prescott & Børtveit, 2004, s. 62). "Er det nødvendig med så mye aktivitet og trening, har jeg tid til det? Og jeg unner meg litt sjokolade, selv om det ikke er lørdag, en liten bit skader ikke?" Tanker om det positive ved tidligere atferd kan være like intens og krevende etter lang tid som til å begynne med. Ved tilbakefall går en tilbake til tidligere stadier, og det gir ofte grobunn for at en føler seg mislykket og kjenner på følelser som flauhet, skam og skyld. En blir da lett demoralisert og motsetter seg å tenke på endring. Men etter en periode viser det seg at mange setter i gang igjen, og det er potensielt læringsutbytte fra tilbakefallet. For atferder som har trekk av avhengighet, antas vedlikeholdsfasen å vare livet ut (Prochaska et al., 1992).

2.1.2 Endringsstrategier

Ved endring av helseatferd peker Prochaska et al., (1992) på 10 ulike endringsstrategier. Dette er prosesser eller strategier som involverer tanker, handlinger og følelser. Det er tilslørte eller utilslørte aktiviteter som en er engasjert i ved bevegelse gjennom endringsstadiene, og disse kjernebegrepene ved endring har sin opprinnelse i diverse systemer innen psykoterapi. (Prochaska et al., 1994). Fem av strategiene er kognitive og følelsesmessige, og fem er knyttet til atferd (Connor & Normann, 2005, s. 226).

Strategiene har betydning for å få til endring av vaner sett i lys av hvilken fase personen er i (Lerdal & Fagermoen, s. 176, 2011). Jeg vil trekke frem de strategiene som Prochaska et al. (1992) mener har særlig relevans for vedlikeholdsfasen.

Forsterkning ved egenbelønning; belønne seg selv eller bli belønnet av andre for å gjøre endringer.

Støttende relasjoner; er åpen og tillitsfull om problemer med noen som bryr seg. Kan være terapeutiske allianse, sosial støtte eller selvhjelps-grupper.

Å finne erstatninger; finne substitutt for tidligere problematisk atferd. For eksempel ved trøstespising vil det være viktig å finne alternative veier til stemningslette, eller demping av negative emosjoner.

Stimuluskontroll; unngå eller stå imot stimuli som utløser problematferd, restrukturere sine omgivelser, eller unngå høy-risiko situasjoner. Det kan for eksempel være å ikke ha sjokolade i huset (Prochaska et al., 1992; Connor & Norman, 2005, s. 226).

Suksess med vedlikehold av endret atferd bygger på strategier fra tidligere faser. Jeg presenterer ikke alle her, men Prochaska et al. (1992) trekker frem **revurdering av seg selv** som spesielt viktig. Det vil si en reorientering av selvbildet og ens grunnleggende verdier om hvem en er og hva som er viktig. **Realistiske mål** og at en er bevisst på **risikovurdering** som ferier og sykdom, er viktig i alle faser (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 177).

Årsakssammenhenger til bevegelser mellom stadier er ikke relevant i denne sammenhengen. Derimot er ønske om bedre forståelse av *ett* stadiet - vedlikeholdsstadiet- relevant, og i det ligger et ønske om en bedre forståelse av stabiliserende og destabiliserende forhold ved dette stadiet som kan lede til overganger til andre stadier.

2.2 Health Action Model

Health Action Model, videre HAM, er den andre modellen jeg vil presentere elementer fra. Den kommer på lignende vis som TTM inn på at en etter en periode med utprøving av ny atferd går gjennom en fase der en enten bekrefter nye vaner, eller faller tilbake til tidligere vaner. Men HAM kommer i større grad inn på komplekse sammenhenger og sider ved personen som ligger til grunn for atferd. TTM går ikke like dypt inn i dette (Green & Tones, 2010, s. 148).

HAM ble utviklet av Keith Tones på 70-tallet, og er en sammensmelting av andre teorier og modeller (Green & Tones, 2010, s. 148). HAM identifiserer psykologiske, sosiologiske og miljømessige nøkkel-faktorer som influerer individene når de skal endre og opprettholde helseatferd (Tones, 1987). Det er en modell som også anerkjenner betydningen av drifter som sult, smerte og sex for helseatferd (Thomsen, 2000). Den gir etter min vurdering et sammensatt, komplekst og utfyllende bilde av relevante faktorer for individene når det kommer til vedlikehold av endret helseatferd. Fordi den er en sammensmelting av andre teorier, setter den flere kjente begreper inn i et

rammeverk. Dette vurderer jeg som nyttig og hensiktsmessig. Jeg vil trekke ut de deler av modellen som er relevant for denne studien.

HAM består av to hoveddeler. Den første delen sier noe om hva som ligger til grunn når vi *former en intensjon* om en bestemt atferd. Den andre delen sier noe om hva som virker inn når *intensjonen skal over i praksis*. Når det gjelder helseatferd som ikke er en engangshendelse, slik for eksempel å ta en vaksine er i motsetning til å trene, så formes intensjonene våre hele tiden (Green & Tones, 2010, s. 116). Dette er et viktig poeng, for det belyser at det kan være ustabil og sårbart. Dersom en person for en periode har endret på kost- og aktivitetsvaner, så er det ikke automatikk i at en fortsetter med de gode vanene. En må ta beslutningen om å fortsette med atferden igjen og igjen. Dette ble også belyst ved beskrivelsen av TTM.

Jeg har som nevnt modifisert den opprinnelige modellen, for å tilpasse den til det som er aktuelt for denne studien. Jeg tar med tre elementer som har betydning for intensjonsutforming; Motivasjonssystem, Det Normative systemet og Selvbilde.

2.2.1 Motivasjonssystemet

Motivasjon er affektivt, det handler om følelser. Motivasjon referer til målrettet atferd og den psykologiske underbygning. Motivasjon definerer "skyv og dra" kreftene som driver individene mot glede og vekk fra uønskede resultater. Det er tre forskjellige elementer som er fremtredende i motivasjonssystemet; *verdier, holdninger samt drifter og emosjonell tilstand* (Green & Tones, 2010, s. 120). Motivasjon er et viktig element når en skal vedlikeholde endret helseatferd. Det kan forstås som den kraften som gjør at en fortsetter å opprettholde de nye vanene, gjerne på tross av at kostnadene ved atferden oppleves høye. Det er ikke uvanlig at en skylder på sviktende motivasjon når en ikke orker å trene, eller gir opp å følge kostholdsplanen.

Verdier

Det er en relativt klar konsensus innen psykologien om definisjonen av verdi-begrepet, og hvor det stammer fra. Verdier har en transendent kvalitet, gir energi til holdninger og understreker atferd, og da også helseatferd. Rokeach er psykolog og nestor innen forskning på verdier og han sier; "verdier er guide og determinanter for sosiale

holdninger og ideologier på den ene siden og for sosial atferd på den annen (Green & Tones, 2010, s. 122).

Feather (1992) bygger på Rokeach's arbeid og definerer verdier som et sett av stabile, generelle oppfatninger av hva som er ønskelig. Disse oppfatningene kommer fra både samfunnets normer, individets basale psykologiske behov og opplevelse av en selv. Verdier er en kategori motiver som *leder individer til å utøve handlinger de antar bør bli gjort*. Individenes verdier influerer hvor attraktive de ulike målene er, og motivasjonen for å nå målene (Eccles & Wigfield, 2002). Når en endrer kost- og aktivtetsvaner, får det betydning for store deler av livet, og verdiene den enkelte har kan få betydning for om en klarer å opprettholde disse vanene over tid. For eksempel er arbeid noe mange verdsetter høyt, og dersom en må begrense tiden en bruker på arbeid for å få tid til å trene kan det bli vanskelig fordi en opplever å gå på akkord med verdiene sine.

Holdninger

Holdninger er et psykologisk begrep som har både affektive, kognitive og konative element. Holdningene våre påvirkes av verdier og oppfatninger. Holdninger defineres som bipolare evalueringer av noe, og kan være vurderinger som; jeg liker eller liker ikke, det er bra, det er dårlig (Green & Tones, 2010, s. 119). Holdninger som; "Jeg liker ikke å trene, og jeg liker ikke rutiner", vil være utfordrende å kombinere med endring og vedlikehold av mat- og aktivtetsvaner over tid. For enkelte kan det være utgangspunktet for en inaktiv livsstil; det er vanskelig å gjennomføre noe en ikke liker.

Drifter, tilegnede drifter og emosjonell tilstand

Drifter er en slags primær motivasjon som er medfødt eller instinktiv. De gir energi til klart definert atferd som har betydning for overlevelse. De mest instinktive driftene er sult, tørst, sex og unngåelse av smerte. Det er antatt at drifter influerer atferd i større grad enn motivasjon avledet fra verdier og holdninger. Men det er klare bevis for at oppnåelse av verdibaserte mål for noen er mer betydningsfullt enn de primære behovene (Green & Tones, 2010, s. 124).

Tilegnede drifter er det som vanligvis betegnes som avhengighet, og kraften som ligger i avhengighet har mer til felles med de tradisjonelle medfødte instinkter enn med verdier (Green & Tones, s. 124, 2010). Matavhengighet er en faktor som spiller inn for enkelte i

etiologien tilknyttet overvekt, og det er både nevrofysiologiske og atferdsmessige tegn på at denne tilstanden finnes. Avhengighetsprosesser er en viktig komponent av patologisk spising. To studier viser en forekomst av matavhengighet blant overvektige på henholdsvis 19% og 25% (Burmeister, Hinman, Koball, Hoffmann og Carels, 2012). Nakken (1996, s.12) definerer hva alle typer avhengighet og avhengighetsprosesser har til felles: "Det er den ukontrollerte og formålsløse søken etter helhet, lykke og fred gjennom relasjonene til et objekt eller en opplevelse." Den matavhengige vil oppleve en endring i sinnstemning ved å overspise eller sulte seg. Metthetsrusen som er aktuell ved matavhengighet, gir individet en følelse av å være mett, hel og uten tilstedeværelse av smerte (Nakken, 1996, s. 12). I lys av dette kan en tenke at psykisk smerte kan dempes for enkelte ved å overspise.

Emosjonell tilstand kan ha en sterk virkning på bestemmelser om atferd, og er kvalitativt forskjellig fra verdier. Redsel, angst og skam er eksempler på ulike emosjonelle tilstander og de kan stamme fra ulikt hold, både indre og ytre kilder. En emosjonell tilstand som har betydning når det gjelder å få intensjon over til handling er kognitiv dissonans. Den beskriver ubehaget ved å ha to holdninger som er psykologisk inkonsistente (Green & Tones, 2010, s 125). "Jeg vil trene og ta bedre vare på egen helse, men jeg liker ikke å bevege meg, jeg orker ikke å trene". Dette vil være krevende å forholde seg til for den enkelte.

2.2.2 Det Normative systemet

Det Normative systemet søker å forklare innflytelsen av sosiale normer på helserelatert atferd (Thomsen, 2000). Det blir oppfattet som et hierarkisk sett av innflytelser, fra den proksimale påvirkningen fra nære venner og familie til økende distal påvirkning fra samfunnet. Dess lengre distalt en kommer, dess mindre er graden av påvirkning antatt å ha. Men samfunnet har effekt ved indirekte å bidra til å forme normene i eksempelvis familier, som igjen vil adapteres av individene (Green & Tones, 2010, s. 127).

Et viktig poeng når det gjelder sosialt press på individuell helse er stigma (Green & Tones, 2010, s 127). Informantene i denne studien tilhører en gruppe utsatt for stigmatisering. Media er en viktig avsender, men det er antatt at medias overføring av

den større kulturen har mindre effekt på helseatferd enn nærmere relasjoner (Green & Tones, 2010, s 128).

”Obese people are one of very few disabled groups to endure public criticism for their disability. Obesity is stigmatized as a disability whose fault lies with obese people” (Taylor, 2012, s. 96, sitat fra Carr & Friedmann).

2.2.3 Selvbilde

Det er noen oppfatninger av en selv som har spesiell betydning for helsestatus.

Kroppsbilde er en slik oppfatning og kan påvirke selvbildet og selvfølelsen både positivt og negativt. Negativt kroppsbilde kan gi lav selvfølelse og kan resultere i mental og fysisk sykdom, for eksempel assosiert med spiseforstyrrelser. Når en snakker om selvbilde, er det viktig å skille mellom subjektivt og objektivt selvbilde. I denne sammenhengen er det den subjektive betydningen som er aktuell, hvordan en ser på seg selv. Et annet tema som er viktig å være bevisst på er forholdet mellom selvbilde og selvfølelse, og spenningen mellom et ideelt selv og slik en faktisk opplever seg selv. Selvbildet og selvfølelsen kan påvirkes på flere måter. En av de viktigste måtene er *opplevelsen av å ha kontroll*; hvor en plasserer kontroll over det som skjer og grad av mestringsstro (Green & Tones, 2010, s. 135).

Mestringstro

Dette begrepet ble lansert av psykologen Albert Bandura på 70-tallet (Fjerstad, 2010, s. 33). Opplevd mestringsstro refererer til troen på ens evner til å organisere og gjennomføre en rekke handlinger som kreves for å håndtere fremtidige situasjoner. Mestringstro påvirker hvordan mennesker tenker, føler, motiverer seg selv og handler (Bandura, 1995, s. 2). De som har en sterk mestringsstro har en tendens til å velge aktive problemløsende strategier fremfor passive og unnvikende strategier. Mestringstro utvikles fra spedbarnsalder og stammer vesentlig fra erfaringer med suksess eller feiling (Fjerstad, 2010, s. 33). Resiprok determinisme er sentralt ved utviklingen av dette begrepet, det vil si at det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom miljøet og individet (Green & Tones, 2010, s. 138). Har en tro på at en vil klare å endre kost- og aktivitetsvaner varig, påvirker dette hvordan en tenker og føler i forhold til endringen. Dersom en har mange mislykkede forsøk med livsstilsendring bak seg, kan dette svekke troen på at en klarer å gjennomføre det.

Kontrollplassering

Locus of control er kanskje den mest kjente konseptualiseringen av kontrollbegrepet. Det kommer fra den amerikanske psykologen Julian Rotter, og handler om hvor en plasserer ansvaret for og kontroll med det som skjer; i seg selv (indre kontroll) eller utenfor seg selv (ytre kontroll). Ved indre kontroll kan en gjøre mer for å påvirke livet, mens ved ytre kontroll kan en preges av følelser av avmakt og oppgitthet (Fjerstad, 2010, s. 33).

2.2.4 Fra intensjon til handling

"Jeg vil endre livsstil; jeg vil legge om på kostholdet og begynne å trene. Jeg vil gå ned noen kilo slik at hverdagen blir lettere, og helsen min blir bedre". Dette er et eksempel på en intensjon om å endre helseatferd. Men for at det ikke skal bli med intensjonene, må intensjonen settes over i handling. Ifølge HAM er det tre faktorer som har betydning for å få intensjonen over i handling, og videre vedlikeholde atferden. Det er kunnskap, ferdigheter og miljø (Green & Tones, s.142, 2010). Å praktisere en ny helseatferd kan innebære et behov for både ny kunnskap og nye ferdigheter, eller forsterkning av kunnskap og ferdigheter en allerede besitter. Kunnskap er makt, og i denne sammenhengen kan økt kunnskap bidra til styrking av den enkeltes muligheter til mer makt over egen helse. I denne fasen kan helsetjenesten bidra med forsterkning av den enkelte, for eksempel i form av et livsstilskurs. Da vil en også legge til en miljømessig komponent, en skaper et miljø med felleskap rundt prosessen med å endre livsstil.

Kunnskap

Det er to viktige moment når det gjelder kunnskap. Det første er at kunnskap er med å forme de oppfatninger en har, og bidrar i intensjonsutformingen. Det andre er at kunnskap kan bidra med den informasjonen mennesker trenger for få tanke over i handling. Selv om kunnskap er nødvendig, er det sjelden alene nok til å lede til atferd (Green & Tones, 2010, s. 143). Informantene i denne studien har gått på livsstilskurs blant annet for å øke sin kunnskap om sammenhenger mellom helse og atferd. For å spise sunt er det nødvendig med kunnskap om kosthold og ernæring. Kunnskap om aktivitet og trening er nyttig når en skal legge om til en mer aktiv livsstil. Likeså er en forståelse av kognitive prosesser, og sammenhengen mellom tanker, atferd og følelser.

Ferdigheter

Det er ikke en presis definisjon av begrepet ferdigheter, annet enn at det er målrettet og knyttet til en praktisk situasjon (Green & Tones, 2010, s. 143). I denne studien er tema vedlikehold av nye mat- og aktivitetsvaner over tid. Jeg trekke frem en ferdighet som er særlig relevant; den selvregulerende ferdigheten.

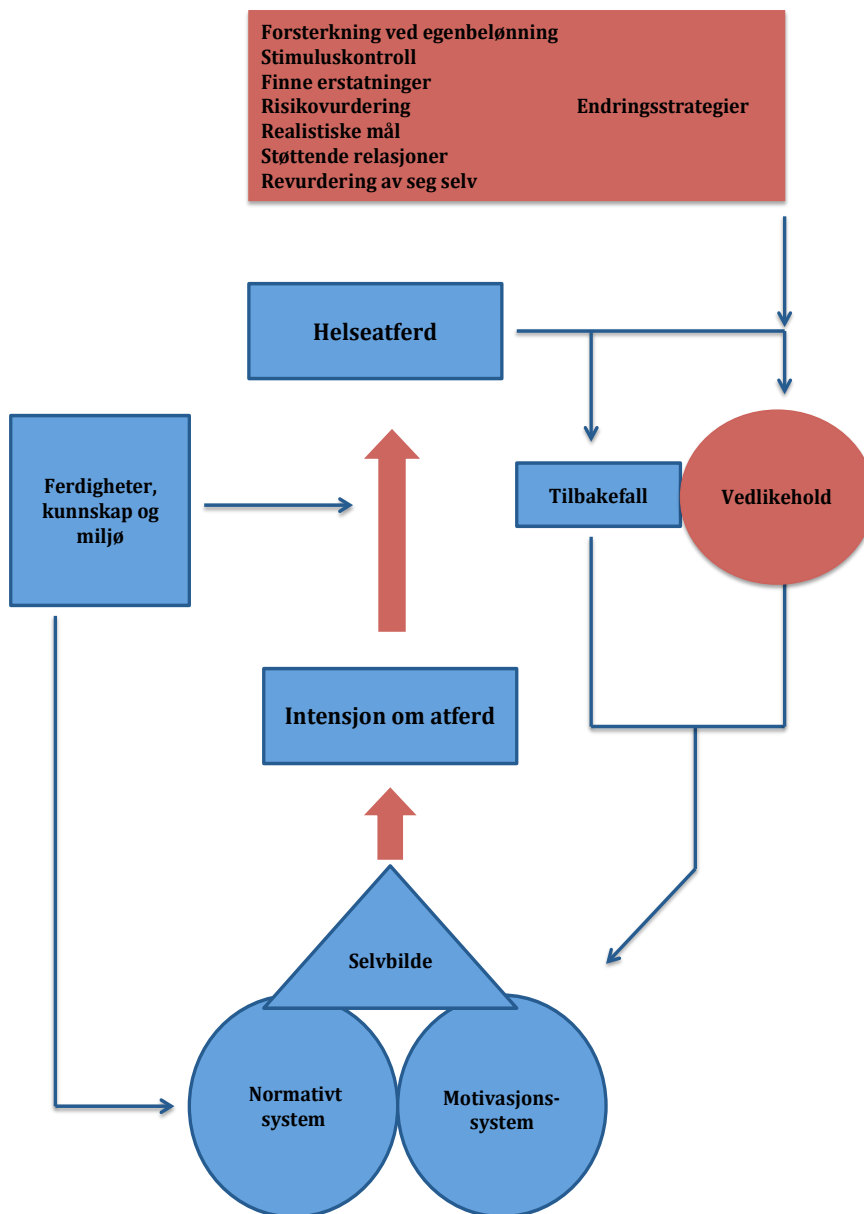
Selv-regulering er definert som kapasiteten til å overstyre naturlige og automatiske tendenser, ønsker eller atferder; å forfølge langsiktige mål heller enn å gi etter for kortsiktige fristelser. Selvregulering referer til de mange prosesser som den menneskelige psyke utøver for å få kontroll over ens funksjoner, tilstander og indre prosesser (Bauer & Baumeister, 2011, s. 65). Selv-regulering kan referere til prosessen med å *bringe seg selv i linje* med anbefalte standarder, for eksempel med tanke på matinntak eller aktivitetsnivå. Informantene i denne studien jobber mot å etterleve det som anbefales innen kost og aktivitet. En kan ikke lykkes med selv-regulering om en ikke lykkes både med å overvåke tilstanden sett i relasjon til målet en har satt - spise sunnere og være mer aktiv - og lykkes med å gjøre endringer og tilpasninger i tråd med dette. Målet med selvregulering er å avbryte tendensen til å handle på autopilot, og styre atferden bevisst i en ønsket retning (Bauer & Baumeister, 2011, s.65).

Miljø

Det fysiske, sosioøkonomiske og sosiokulturelle miljøet har betydning for helseatferd, både for å endre vaner og for å klare å opprettholde de endrede vanene. (Green & Tones, 2010, s. 145). Den resiproke determinismen er omtalt tidligere; miljø og individ på påvirker hverandre gjensidig. I denne studien har det sosiokulturelle miljøet relevans, det innebærer ulike normative praksiser som kan være sunne eller usunne, og det sosiale nettverket en tilhører som har betydning for helseatferd (Green & Tones, 2010, s. 145). For eksempel kan våre matvaner være en del av vårt kulturelle uttrykk, og et resultat av *både* det nære normative miljøet og den større sosiokulturelle sammenhengen. Når vi snakker om "det norske kostholdet" i kontrast til "Middelhavskosten" så handler det om sosiokulturelle uttrykk. Det er store variasjoner innen en sosiokulturell enhet, men og fellestrekk. Det er og ulikheter i fysisk aktivitetsnivå i forskjellige sosiokulturelle miljø.

2.3 Tilbakefall eller vedlikehold av helseatferd?

Alle elementene presentert til nå kan være med å påvirke hvordan individene handler, og om en fortsetter å bekrefte atferden eller faller tilbake til tidligere atferd. Jeg har laget en modifisert modell, der både TTM og HAM er med. Det er en gjensidig relasjon mellom de ulike elementene, som pilene i modellen (figur 2) henviser til.



Figur 2 Teoretisk modell inspirert av Den Transteoretisk Modellen (Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) og Health Action Model (Green & Tones, 2010).

Som en oppsummering vil jeg nå presentere "en runde" gjennom modellen (figur 2). *Motivasjonssystemet, det normative systemet og selvbilde* er grunnleggende. Disse tre elementene påvirker den intensjonen vi utformer; "Jeg vil spise sunnere og trene mer". Dette er en konstant pågående prosess, og intensjonen utformes igjen og igjen. For å klare å få intensjonen over i praksis, det vi si begynne å spise sunnere og trene mer, trenger en *kunnskap, ferdigheter* og et *miljø* som gjør dette mulig. En pil viser hvordan disse elementene kan ha betydning i overgangen fra intensjon om atferd til faktisk utøvelse av *helseatferd*. En annen pil viser at de og har betydning ned til de grunnleggende elementene og påvirke motivasjon, det normative systemet og selvbilde. Informantene i studien gikk på livsstilskurs for å forsterke kunnskap og ferdigheter, samt å bli kjent i nye sosiokulturelle miljø, for å få intensjonen over i praksis. De startet med en ny helseatferd, de trente og spiste sunt (se 3.3). Her kobler jeg inn elementer fra TTM som sier noe om tidsdimensjonen det tar før en beveger seg fra initiering av ny atferd til vedlikehold – det tar cirka 6 måneder. Jeg har og med *endringsstrategier* fra TTM som har betydning for vedlikehold av helseatferd, med en pil som peker mot vedlikehold. Vellykket vedlikehold innebærer bruk av disse strategiene, mens manglende bruk av dem kan lede mot tilbakefall. Det går piler videre fra vedlikehold eller tilbakefall, ned igjen til de grunnleggende tre elementene; motivasjon, normativt system og selvbilde. Gjentatte tilbakefall kan ha negativ påvirkning på for eksempel mestringstro, som ligger innunder selvbilde. Suksess med vedlikehold kan på den andre siden bidra til økt mestringstro. Når denne runden, eller sirkelen, jeg har beskrevet går via tilbakefall vil en oppleve å være i "den dårlige sirkelen". Når den derimot bekrefter vedlikehold, vil en oppleve å være i "den gode sirkelen". God og dårlig sirkel er folkelige uttrykk for å beskrive om en klarer å vedlikeholde helseatferden eller ikke.

Jeg mener denne modellen bidrar til å belyse et meget komplekst felt, nettopp fordi den er så sammensatt. Den bidrar med en ramme om begreper som har betydning for vedlikehold av endret helseatferd, og for hva som kan stabilisere eller destabilisere atferden. Jeg vil nå gå fra den teoretiske delen av oppgaven, over til den metodiske tilnærmingen anvendt i denne studien.

3.0 METODE

Metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Det er en sentral del av empirisk forskning og dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data på en slik måte at det er synlig for andre hva som er gjort i de ulike fasene av en undersøkelse. Mens vi i dagliglivet relativt raskt trekker konklusjoner om sammenhenger, må forskeren stille strenge krav til bevisbyrden før de kan trekke konklusjoner (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2006, s. 29). Det vil si at den kunnskapen betegnet som vitenskap skal være frukt av systematisk, kritisk refleksjon (Thagaard, 2009, s.17).

I dette kapittelet vil jeg først redegjøre for hvorfor jeg har valgt kvalitativ metode, og deretter for min forforståelse. Videre vil jeg beskrive de to kommunale livsstilskursene jeg har rekruttert informanter fra, og utvelgelse og rekrutteringen av informanter. Deretter presenteres informantene, innsamling og analyse av data. Kapittelet avsluttes med etiske overveielser, en vurdering av troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet, overførbarhet og metodiske overveielser.

3.1 Valg av kvalitativ metode

Epistemologiske spørsmål handler om kunnskap; hva vi kan vite eller erkjenne. Hva er vitenskapelig viten, sannhet, gyldighet og objektivitet, og hvordan kan slik kunnskap etableres? Mål med vitenskapelig virksomhet er primært å *utvide vår erkjennelse*, og en hovedregel er å benytte en metode som er adekvat i forhold til problemfelt og problemstilling. Vitenskapelighet er ikke knyttet til en bestemt metode (Thornquist, 2003, s. 8).

Naturvitenskapen forholder seg hovedsakelig til fenomener uten språk og evne til å forstå seg selv og sine omgivelser, naturforskeren er tilskuer til det som studeres. Samfunnsforskningens studiefelt er mennesker, og mennesker har meninger og oppfatninger som er i stadig endring. Samfunnsforskeren er deltager i samfunnet, og kan ikke bare være tilskuer til det som studeres (Johannesen et al., 2006, s. 31).

Det er et annet tydelig skille; skillet mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitative metoder vektlegger utbredelse og tall, på variabler relativt uavhengig av den samfunnsmessige kontekst. Kvalitative metoder søker å gå i dybden og vektlegger

betydning, og den kvalitative tilnærmingen omhandler prosesser som tolkes i lys av den kontekst den inngår i (Thagaard, 2009, s. 17).

Studien er en deskriptiv kvalitativ studie basert på individuelle intervjuer med voksne personer om deres erfaring med å vedlikeholde endrede levevaner. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 43). Kvalitative forskningsmetoder kan ifølge Malterud (2011, s. 31) være velegnet til å utdype spørsmål i etterkant av kvantitative studier, når en har mangelfull kunnskap om et emne og vil vite mer om hva tallene betyr. I innledningen pekte jeg på den store tilbakefallsprosenten ved endring av levevaner, og behovet for en dypere forståelse av hvorfor det er slik. Vi vet at mange ikke klare å vedlikeholde endring av levevaner over tid, men vi vet for lite om hvordan det oppleves for dem som prøver. I denne studien er det deres perspektiv jeg er ute etter.

Når jeg benyttet et kvalitativt forskningsintervju ble kunnskap produsert sosialt, i en samhandling mellom intervjuer- meg- og intervjuperson. Min bakgrunn og erfaring fikk slik jeg opplevde det relevant og verdifull betydning. Litteraturen peker på at det er viktig med kunnskap om intervjutemaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarer, kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens kunnskaper og ferdigheter om tema. Intervju som metode er et håndverk som krever trening. De metodologiske positivistenes oppfatning om at streng overholdelse av bestemte forhåndsspesifiserte regler er en sannhetsgaranti i vitenskapen, står i motsetning til begrepet om forskning som håndverk. Men, intervjupersonens avgjørende rolle som person innebærer ikke at en kan se bort fra teknikker og kunnskap – begge elementer har betydning for resultat av studien (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 36). Det blir en posisjon mellom et positivistisk ståsted som på den ene siden hevder at forskeren, i denne sammenhengen meg, sees på som en "nøytral" mottager av informantens erfaringer, og et konstruktivistisk ståsted som på den annen side retter fokus på betydningen av den sosiale interaksjon mellom meg som forsker og mine informanter.

3.2 Forforståelse

Forforståelsen vår beskrives av Malterud (2011, s. 40) som ryggsekken vi har på oss når vi går inn i et prosjekt. Thornquist (2010, s. 142) skriver om begrepene forståelseshorisont og fordom; det førstnevnte handler om våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger, mens det siste dreier seg om den forforståelse eller bakgrunnskunnskap vi møter et tema med. I en kvalitativ studie, der jeg har brukt meg selv som instrument for innsamling av data, er avklaring av egen forforståelse viktig.

Jeg er fysioterapeut, og har siden 2008 jobbet med utvikling av livsstilskurs rettet mot inaktive overvektige i kommunehelsetjenesten. I denne perioden har jeg tilegnet meg både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap om feltet. Denne kunnskapen har dannet en viktig del av min forforståelse, jeg hadde en relativt stor «ryggsekk på». Jeg arbeider i feltet som ble undersøkt, og kom i så måte ikke inn med "friske" øyne, eller uten bindinger til feltet. Jeg har terapeutisk erfaring innen et område som jeg nå har sett på med forskerbriller. Denne spenningen har jeg vært bevisst på gjennom hele prosessen, og i særdeleshet under gjennomføring av intervjuene.

Motivasjonen min for å søke økt forståelse for vedlikehold av endrede kost- og aktivitetsvaner sprang ut fra det jeg erfarte i praksis; at mange strevde med å få til varig endring og jeg fant lite kunnskap om det. Jeg så derfor stor verdi i informantenes erfaringer, fordi en økt forståelse i neste runde forhåpentligvis vil kunne bedre kvaliteten på behandlingen. Patton sier: "Distanse garanterer ikke objektivitet, det garanterer bare avstand" (sitert i Dalland, 2000, s. 85). Jeg var ikke distansert fra forskningsfeltet. Jeg hadde nærhet til feltet, og det opplevde jeg var verdifullt og gav rom for gjenkjennelse. Men jeg har ikke selv erfart å legge om på levevaner i den grad informantene i denne studien har, jeg var ikke "en av dem", men kommer med et gjenkjennende blikk utenfra. Thornquist (2010, s. 207) siterer sosiologen Dag Album:

"En forsker som ikke kommer nær nok, vil ikke kunne forstå de utforskedes verden.

En forsker som ikke kommer fjernt fra den, vil ikke kunne klare å oppdage og sette ord på det selvfølgelige, heller ikke løfte analysen over det trivielle".

Jeg har vært bevisst på denne balansen mellom nærhet og distanse.

3.3 Om livsstilskursene

Kursene som informantene er rekruttert fra er rettet mot inaktive personer med overvekt, mellom 18-65 år og med KMI over 35, som ønsker å legge om på sine levevaner. Kursene inneholder en kombinasjon av undervisning og bevisstgjøring i relevante tema, trening to/tre dager i uken samt individuelle samtaler basert på kognitiv terapi eller Motiverende Intervju. Begge kursene bygger på Den Transteoretiske modellen (Prochaska et al., 1992), for å bevisstgjøre deltagerne om endringsstadier og endringsprosesser (se 2.1). Det er livsstilskurs med mål om at deltagerne skal øke sin helsefremmende kompetanse; bli mer aktive og legge om til sunnere matvaner og jevnere måltidsrytme. Kostholdsrådene er i tråd med anbefalinger fra norske helsemyndigheter. Kursene i Stavanger starter med en intensiv bolk på 22 uker hvor deltagerne har fysisk trening tre ganger i uken. De tilbys testing med tanke på fysisk form i forkant og etterkant av dette. Deltagernes opplevelse av helserelatert livskvalitet og deres opplevelse av måloppnåelse blir også kartlagt. Deltagerne har mulighet til å delta på trening videre en dag i uken, på dagtid, i halvannet år. Kurset i Sandnes er bygget opp ganske likt, men den første periode går over 40 uker, og de har trening to dager i uken. Deltagerne i Sandnes har og hatt mulighet for å fortsette å være med på en trening i uken etter den intensive bolken. Denne studien er ikke en evaluering av disse kursene, deltagerne evaluerer kursene fortløpende anonymt, så jeg går ikke mer detaljert inn på innholdet i dem her. De som ble inkludert i studien hadde en positiv endring i levevaner i kursperioden.

3.4 Utvalgsstrategi

Studiens informanter er personer som har deltatt på et av de kommunale livsstilskursene. De har erfaring med å vedlikeholde endrede kost- og aktivitetsvaner, og det innebærer at de har hatt en positiv endring som de prøver å vedlikeholde. Jeg benyttet et strategisk utvalg av deltagere. Ved strategisk utvalg velger en informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er hensiktsmessige i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2009, s. 55).

Tema er innsikt i erfaringer med vedlikehold av endrede vaner, og det var viktig å ivareta dette ved rekruttering av informanter. Hensikten med kvalitative studier er dype og fyldige beskrivelser av et tema, og rekrutteringen har dermed et mål. For en kvantitativ studie er utgangspunktet for utvelgelse av informanter representativitet, mens for en kvalitativ studie er det hensiktsmessighet (Johannesen et al., 2006, s. 106). Malterud (2011, s. 56) påpeker også at representativitet ikke er et adekvat kriterium ved kvalitative studier, og at et tilfeldig utvalg kan true kunnskapens gyldighet. Hun setter opp informasjonsrikdom som et viktig kriterium i kvalitative studier, og at materialet må inneholde tilstrekkelig data til at problemstillingen kan belyses fra ulike sider.

Studien ble søkt inn og godkjent av Regional Etisk Komite (vedlegg 2), og etter at godkjenning var på plass ble prosjektplan formidlet til fagutvikler i virksomheten der jeg jobber og til lederne for kurset i Sandnes slik at de kunne sette seg inn i inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

3.4.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene var at en hadde fullført kurset, og hadde hatt en periode med positiv livsstilsendring i minimum 6 måneder. Problemstillingen dreier seg om erfaringene med å vedlikeholde endrede kost- og aktivitetsvaner, og da er det viktig at de som blir intervjuet har hatt perioder med positiv endring.

3.4.2 Eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriteriene var at deltageren hadde trukket seg fra kurset eller prosjektet, hadde alvorlige psykiske vansker, eller hadde tatt gastric bypass operasjon. Det er noen deltagere jeg har vært mer i kontakt med enn andre, i form av individuelle samtaler. Disse ønsket jeg heller ikke å intervjuer fordi jeg da kan ha hatt en direkte personlig påvirkning i vedlikeholdsfasen.

3.5 Rekruttering

Jeg gav fagutviklerne i min virksomhet listene over alle deltagerne fra min kommune, og markerte hvem som måtte ekskluderes. Det var bare jeg som kjente prosjektet og

deltagerne godt nok til å gjøre det. 19 deltagere falt inn under inklusjonskriteriene, og fagutviklerne sendte brev med informasjon og samtykke (vedlegg 3) til 9 av dem. Jeg vet ikke hvem de sendte forespørsel til. Jeg fikk 3 underskrevne samtykker i retur, og jeg tok kontakt pr telefon og avtalte tid og sted for intervju.

Leder for kurset i Sandnes kommune formidlet videre informasjons- og samtykkeskrivet (vedlegg 3) til de deltagerne som passet til inklusjonskriteriene, og det var tre som var villige til å være med. Avtalene for tid og sted for gjennomføring av intervju ble gjort via e-post eller telefon. Alle tre skrev under på informert samtykke (vedlegg 3) før vi gjennomførte intervjuene.

Hvor stort bør utvalget være? Et kjennetegn ved kvalitative metoder er at vi ønsker mye informasjon fra et begrenset antall informanter, og mange hevder at det bør gjennomføres intervjuer til forskeren ikke lenger får noen ny informasjon (Johannessen et al., 2006, s. 104). Kvale & Brinkmann (2010, s. 129) skriver at i vanlige intervjuundersøkelser ligger antall intervju på 15 ± 10 , avhengig av tid og ressurser og loven om fallende utbytte; når en kommer til et visst punkt tilfører nye informanter stadig mindre ny kunnskap. I studentprosjekter der en har begrenset med tid og ressurser til rådighet skriver Johannessen et al., (2006, s.104) at en kanskje må begrense seg til færre en 10 intervjuer. Jeg gjennomførte 6 intervjuer.

3.5.1 Presentasjon av informantene

Alle informantene er norske kvinner. Det er generelt flere kvinner enn menn på kursene, og det er en tendens til at menn slutter fortere. Det har kun vært et fåtall deltagere med fremmedkulturell bakgrunn. Alderen er mellom 40 og 61. Tabell med informasjon om informantene er lagt ved (vedlegg 4).

3.6 Innsamling av data

I denne delen vil jeg beskrive hvordan datainnsamlingen foregikk.

3.6.1 Individuelle intervju

Jeg valgte individuelle intervju som metode for å samle inn data. Det er hensiktsmessig når en ønsker fyldig informasjon om menneskers opplevelse av sin livssituasjon, og gir godt grunnlag for innsikt i informanters tanker, erfaringer og følelser (Thagaard, 2009, s. 87). Jeg vurderte gruppeintervju, som er godt egnet i et miljø der mennesker

samhandler (Malterud, 2011, s. 133). Men jeg kom frem til at det kunne begrense hva informantene da ville dele, fordi egne levevaner kan oppleves som dypt personlige og ikke så lette å prate om i en setting med ukjente mennesker. Samhandling er heller ikke et sentralt element ved vedlikehold av endrede levevaner. Støtte og erfaringsdeling er nyttig, men det blir noe annet enn å samhandle om en felles oppgave.

Tema for studien gjorde at var gunstig om informantene kunne være med å bestemme hva som ble tatt opp i intervjuet, at vi fikk snakke om det de opplevde som relevant. De hadde lest informasjon om studien (vedlegg 3) på forhånd, og hadde da hatt muligheten til å reflektere i forkant av intervjuet over hva de synes var relevant. Men intervjuene var ikke helt åpne, de var semistrukturerte. I det ligger at intervjuet har en overordnet intervjuguide (vedlegg 5), men rekkefølgen på tema og spørsmål kan varieres. En kan oppnå en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet ved å benytte delvis strukturerte intervjuer, eller intervjuer basert på intervjuguide (Johannessen et al., 2006, s. 137).

3.6.2 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg 5) ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen, teori, tidligere forskning og min erfaring fra fagfeltet. Kvale & Brinkmann (2010, s.143) skriver at det vil variere fra undersøkelse til undersøkelse hvor bindende guiden er for intervjueren, og at intervjuerens skjønn åpner for hvor mye en vil følge opp informantenes svar og de nye retningene de kan åpne for. En tematisk struktur bidrar til oppbygning av kunnskap, mens en dynamisk holdning tillater en spontan samhandling. Jeg var bevisst på at informantene skulle få fortelle så åpent som mulig om deres opplevelser og tanker om det å vedlikeholde endrede aktivitets- og kostvaner. Derfor ble guiden ble lagt opp med 5 hovedspørsmål. De tre første spørsmålene åpner for at informantene skal fortelle om prosessen de har gått gjennom; før, under og etter kurset. Problemstillingen handler om perioden etter kurset. Men, det kunne være elementer av betydning som kom frem ved refleksjoner fra andre perioder og derfor snakket vi litt om det innledningsvis. Under de tre spørsmålene satte jeg opp stikkord til tema jeg ønsket de skulle komme inn på. Det to siste spørsmålene omhandler hvilke råd de ville gi til andre som skal endre livsstil, og til helsearbeidere som veileder innen livsstilsendring og var tenkt som en oppsummering av hva de ser på som viktigst. Kvale & Brinkmann

(2010, s.144) anbefaler at spørsmålene er lett forståelige og frie for akademisk språk, dette tok jeg hensyn til under utarbeidelsen av intervjuguiden.

3.6.3 Gjennomføring av intervju

To intervju ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, to intervjuer ble gjennomført på min arbeidsplass og to intervjuer ble gjennomført i informantenes hjem. Det var informantene selv som bestemte hvor intervjuet skulle finne sted. Intervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser utenfra. Intervjuguiden ble prøvd ut under det første intervjuet, og vurderingen i etterkant var at det ikke var behov for å gjøre endringer i guiden. Et overordnet mål ved intervjusituasjonen er å skape en tillitsfull og fortrolig atmosfære som bidrar til at informanten åpner seg (Thagaard, 2009, s. 99). Dette brukte jeg innledningsvis tid på. Det var viktig for meg å formidle forståelse for at det er vanskelig å vedlikeholde endrede vaner, og at jeg var interessert i både det som hemmet og fremmet prosessen. Jeg prøvde å trygge dem på at de ikke trengte å presentere et glansbilde.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og varte fra 23 til 52 minutt, total tid var 4 timer og 14 minutter. Jeg tok ingen notater underveis, jeg opplevde at jeg hadde nok med å lytte oppmerksomt til det som ble formidlet, og drive intervjuet fremover. Thagaard (2009, s. 102) påpeker at fordelene med opptak, er at alt som sies blir bevart, og problemet med å notere underveis er å klare å holde fokus på å skrive, stille relevante spørsmål og gi informantene oppmerksomhet slik at intervjuet flyter godt. Jeg ble veiledet av intervjuguiden (vedlegg 5), den bidro til at tema av interesse for problemstillingen ble dekket, men jeg prøvde å være fleksibel for å fremme en spontan samhandling under intervjuene. Jeg fulgte med på om informantene kom inn på temaene, men de ble ikke nødvendigvis tatt i samme rekkefølge som i guiden, og flere av informantene kom inn på tema som ikke var med i guiden. For å sjekke intervjusvarenes reliabilitet og verifisere mine fortolkninger stilte jeg oppfølgende ledende spørsmål. Kvale & Brinkmann (2010, s 183) påpeker at intervjuet er særlig velegnet i så måte.

Enkelte av intervjupersonene delte lengre beskrivelser, og pratet lettere enn andre. Det var ulikheter i hvor spontane de var i sine fremstillinger, og hvor levende og dyptgående beskrivelsene de presenterte var. Dette er ifølge litteraturen (Kvale & Brinkmann s. 175)

ikke uvanlig. Dette kan ha sammenheng med slik informantene er som personer, men det kan og ha sammenheng med mine kvalifikasjoner som intervjuer.

3.6.4 Min rolle som intervjuer

Malterud (2011, s. 67) betegner det å snakke med folk på en måte som gir konkrete og jordnære data, som et eget håndverk. Alle håndverk må øves på, jeg er uerfaren som intervjuer og uten lang forskerkompetanse. Det kan ha påvirket dynamikken i intervjusituasjonen. Mitt inntrykk er likevel at informantene var fortrolige med å dele sine erfaringer, selv om enkelte tema var utfordrende for dem å snakke om og jeg kunne merke en sårbarhet som lå bak. Jeg opplevde at min erfaring fra fagfeltet på den ene siden bidro til åpenhet og fortrolighet, vi delte samme ønske om en økt forståelse for problematikken og de visste at jeg hadde erfaring fra fagfeltet. På den annen side kan det tenkes at det var vanskelig for dem å prate om utfordringer med å endre og vedlikeholde levevaner, for det kunne være et tegn på at kurset jeg har vært med på å utvikle ikke virket. Malterud (2011 s. 38) skriver at: "En forsker med medisinsk eller helsefaglig bakgrunn kan anta at folk vil rose male sin livsstil og levevaner, hvis ikke forholdene legges til rett for at andre svar er akseptable". Dette tok jeg opp innledningsvis, og presiserte at utgangspunktet for studien er erkjennelsen av at det er få som klarer å vedlikeholde endring, og at innsikt i disse erfaringene er verdifulle. Jeg opplevde at de hadde tillit til å ta opp vanskene, og at de ikke rose malte sin livsstil.

Jeg har jobbet terapeutisk med dette temaet i flere år, og det var utfordrende å legge terapeuten til side. Det gjorde at jeg måtte være ekstra oppmerksom på grensen for hva som var naturlig å ta opp, og at det var en annen tilnærming til tema enn i terapeutiske samtaler. Kvale & Brinkmann (2010, s. 93) bruker begrepet terapeut-forsker når en kommer for langt bak grensene for hva som tas opp. Fog (2004) problematiserer intervjuet som form, fordi det opprinnelig bygger på den fortrolige samtalen, men er det ikke. Samtalen er gjensidig fortrolig mens intervjuet er ensidig fortrolig. Dette kan forføre til en åpenhet som ellers krever vennskap og gjensidighet, og en person kan si mer enn de hadde tenkt. Forskeren kommer inn bak den andres grenser, og Fog (2004) bruker den trojanske hest som metafor på dette fenomenet. Kvale & Brinkmann (2010 s. 93) skriver at psykoanalytiske intervjuer har en annen "etisk lisens" til å håndtere menneskelige fenomener enn det akademiske intervju. Min etiske lisens var et akademisk intervju, og jeg prøvde å være tro mot det.

3.7 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, for å være tilgjengelig for transkripsjon. Lydbåndopptaket er *første abstraksjon* fra de samtalende personers direkte tilstedeværelse, og det medfører tap av kroppsspråk (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 187). Rett etter hvert intervju noterte jeg mine tanker, hovedinntrykk og stemninger fra intervjusituasjonen med den hensikt å ivareta noe av dette. Transkripsjon er transformasjonen fra muntlig intervjusamtale til skriftlig tekst – prosedyren som gjør intervjusamtalen tilgjengelig for analyse. Transkripsjon av intervjusamtalen innebærer *andre abstraksjon*, der stemmeleie, intonasjon og åndedrett går tapt (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 186). Alle intervjuene ble transkribert fortløpende, og jeg noterte underveis tema jeg oppfattet, og prøvde å registrere endringer i stemmeleie av betydning. Jeg ble oppmerksom på en del som jeg ikke la merke til under intervjuet, dette har nok sammenheng med at jeg nå i større grad kunne konsentrere meg om å lytte til hva som ble sagt. I transkripsjonen la jeg meg tett til det som ble sagt, jeg skrev slik informantene pratet og hadde med nølende ord og utsagn. Mens jeg transkriberte, dannet jeg meg et hovedinntrykk som jeg noterte ned. Jeg transkriberte fortløpende ferdig før jeg gikk i gang med neste intervju. Jeg hadde totalt 90 sider transkribert materialet.

3.8 Analyse

Analysen er forskerens hovedbidrag, og målet er å se og si noe informantene selv ikke ser og sier. Poenget er å overskride deres selvforståelse, perspektiv og fortolkning. Målet er å rekontekstualisere deres verden, deres erfaringer, kunnskap og praksiser (Thornquist, 2010, s. 207). Dette er kjernen i analysen, og datamaterialet ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse, beskrevet av Graneheim & Lundman (2004). Både under transkribering og under de første gjennomlesningene, lyttet og så jeg etter en grunnleggende forståelse av innholdet, et helhetsinntrykk, og en forståelse for den enkelte informant sin fortelling.

Jeg vurderte personsentrert analyse, som brukes når personer er i fokus for analyse av data (Thagaard, 2010, s. 148), men jeg kom frem til at det ville bli vanskelig å ivareta informantenes anonymitet. Både familie, venner, kollegaer og andre kursdeltagere ville kunne gjenkjenne historien til den enkelte informant, selv med anonymisering. Informantene ville få sine erfaringer analysert og kategorisert, noe som ville kunne oppleves konfronterende på deres selvforståelse. Det ønsket jeg ikke, så valget falt på

temasentrert analyse. Her er temaene i fokus og jeg sammenlignet informasjon om temaene fra alle informantene. Faren ved temasentrert tilnærming er at en mister syn av helheten (Thagaard, 2010, s. 171). Dette var jeg oppmerksom på, og for å unngå det gikk jeg hele tiden tilbake til helhetsinntrykkene fra hvert intervju og så at analysene var i tråd med dem. Veileder og en kollega med god kjennskap til feltet har og lest gjennom og bidratt med innspill i analysene, for å forsterke validiteten.

Analyseenheten var intervjuene i sin helhet, og meningsenhetene var utsagn som kunne relateres til en felles sentral mening. Meningsenhetene ble kondensert, og videre abstrahert i koder, subtema og tema. Denne prosessen gikk begge veier; jeg gikk fra analyseenheten til tema, og fra abstrahert materialet til analyseenheten igjen for å se etter flere meningsenheter innen samme tema eller subtema. Etter hvert som temaene ble avdekket, ble datamaterialet kodet i henhold til tema og subtema. Og jeg gikk hele tiden tilbake til helhetsinntrykkene fra analyseenhetene for å sikre at ikke meningsenhetene endret mening når de ble tatt ut av sammenhengen. Hele denne prosessen inspirert av Graneheim & Lundman's innholdsanalyse (2004). Tabell 1 viser eksempel på trinnene i analysen:

Tabell 1; eksempel på trinnene i analysen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub tema	Tema
Jeg hadde en rutine på det å trene, og maten gikk egentlig av seg sjøl. Det jeg tror er at jo mer ting gikk automatisk, jo mindre fokus har jeg på det. Og vips så har jeg sklidd ut. Så når du begynner å miste fokuset fordi det begynner å gå litt av seg sjøl så syns jeg det er fort gjort å skli ut altså. Og da ser du det ikke med en gang. Så det er det å miste fokuset som du egentlig jobber for, for at det skal bli en vane. Så tror du det er en vane men så er det jo ikke det allikevel.	Jobber mot å slippe konstant fokus, etablert som vane. Tror det er en vane uten at det er det.	Utfordringer med å overvåke de nye vanene over tid	Betydning av mål og årvåkenhet	Strategier for etablering og vedlikehold av nye vaner

Analysen har et abduktivt preg. Det står i en posisjon mellom det induktive og deduktive, og fremhever det dialektiske forholdet mellom teori og data. Forståelsen en

som forsker kommer frem til kan både knyttes til teori og til den oppfatningen forskeren danner seg av dataenes meningsinnhold (Thagaard, 2010, s. 194). Jeg prøvde å legge teori til side og være datanær, virkelig lytte til hva informantene sa om problemstillingen, for så å se på det med teoretiske briller på etterhvert. Jeg ville at deres stemmer i størst mulig grad skulle komme frem og ikke bare la teori styre hvordan dataene ble analysert. Jeg mener selv jeg har klart å ivareta dette dialektiske forholdet.

3.9 Etiske overveielser

Det er mange etiske aspekter knyttet til det å anvende menneskers erfaringer, opplevelser og kunnskap i forskning. Forskning må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer, og etiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker (Johannessen et al., 2006, s. 89). Verdens legeförening utarbeidet *Helsinkideklarasjonen* i 1964, revidert i 2008, og i den heter det blant annet at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter (Malterud, 2011, s. 204).

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) er hjemlet i forskningsetikkloven og helseforskningsloven, og REK foretar en alminnelig forskningsetisk gjennomgang av prosjektene (Malterud, 2011, s. 208). Studien ble søkt inn og godkjent uten bearbeiding, av REK Vest, prosjektnummer 2013/367-1 (vedlegg 2). Informantene i studien er ikke syke eller døende, men kan oppleves som sårbare og utsatt for stigmatisering (Taylor, s. 96). Jeg vurderte i samråd med veileder at jeg var pliktig til å søke godkjenning.

Alle informantene deltok på frivillig grunnlag. De hadde fått tilsendt informasjonsbrev (vedlegg 3) om studiens hensikt, metode og oppbevaring av data før de sa seg villig til å være med, og her ble de gjort klar over at de når som helst kunne trekke seg. Informasjonen ble også formidlet muntlig før selve intervjuet. Alle informantene skrev under på informert samtykke (vedlegg 3) til å delta i studien.

Anonymitet ble ivaretatt ved at ingen navn eller andre personidentifiserbare opplysninger står på det transkriberte materialet. Samtykkeerklæring, demografiske data, lydbåndopptak og transkribert materialet ble oppbevart separat i låsbare skap.

Jeg var under intervjuene bevisst mitt ansvar for å vurdere konsekvensene for informantene, de kom inn på sårbare tema og det var viktig å sørge for ivaretagelse av dem. I fortolkningene, som de alle har takket ja til å lese, har jeg vært bevisst på å håndtere det som blir sagt i samsvar med slik det var ment. En må som forsker være lojal til den intensjon som deltageren har til å fortelle (Malterud, 2011, s. 203).

3.10 Pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet

Det er et mål at forskning skal være av god kvalitet, og i kvalitativ forskning bruker en begreper som pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet som kvalitetsmål (Johannessen et al., 2006, s 229). Jeg vil videre vurdere min studie opp mot disse begrepene.

3.10.1 Pålitelighet- intern reliabilitet

Pålitelighet eller reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 250). I kvalitativ forskning er det helst den interne påliteligheten en fokuserer på, og for å oppnå det bør en være konkret og spesifikk i beskrivelse av innsamling og analyse av data, forskningsprosessen bør være gjennomiktig. Her er det nødvendig at både selve prosessen og det teoretiske ståstedet kommer tydelig frem (Thagaard, 2010, s. 199). Jeg har beskrevet detaljert alle ledd av prosessen; en kan spore min dokumentasjon av data, og metodologiske avgjørelser, noe litteraturen påpeker som viktig for å styrke pålitelighet (Johannessen et al., 2006, s. 230). Jeg har også gjort rede for mitt teoretiske ståsted, min forforståelse og min relasjon til fagfeltet. Målet er at det skal være lett for andre å gå tilbake og se hva jeg har gjort. Det har ikke vært flere forskere enn meg knyttet til studien, men veileder, en kollega og medstudenter har hele tiden bidratt med evalueringer av fremgangsmåtene i prosjektet – og dette kan ifølge litteraturen (Thagaard, 2010, s. 199) styrke påliteligheten.

Hvordan opptrer jeg som forsker, og påvirker jeg som person de svareren informantene gir? Jeg er ikke en erfaren forsker, og det er mulig jeg har oversett noe en med mer erfaring ville gått videre med i intervjusituasjonen. I analysene kan det være at en med mer inngående kjennskap til teori og tidligere forskning ville ha tolket dataene på en annen måte. Dette gjelder for alle som er nye i utøvelse av et håndverk, som kvalitativ forskning er. Jeg har vært bevisst selvkritisk og gått flere runder med meg selv i de ulike

leddene for å styrke studiens pålitelighet på tross av at jeg er uerfaren. Min veileder har lang erfaring, og siden vi har gått gjennom mye av materialet sammen, styrkes påliteligheten til analyseresultatene.

3.10.2 Troverdighet- intern validitet

Troverdighet eller intern validitet dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2006, s 230). Kvale & Brinkmann (2010, s. 326) skriver at validitet viser til om en metode kan brukes til å undersøke det den sier den skal undersøke, får jeg svar på det jeg lurte på? Et viktig moment for å styrke troverdigheten til resultatene i en studie er gjennomskiktighet, slik det er ved pålitelighet. En må som forsker vise tydelig hvordan analysene gir grunnlag for konklusjonene. En annen måte å styrke troverdigheten er ved at kollegaer går kritisk gjennom analyseprosessen som fører til konklusjonen (Thagaard 2010, s. 202). I denne studien har jeg beskrevet hvordan analysene gir grunnlag for konklusjonen, og både veileder og en kollega har kritisk vurdert mine analyser og bidratt med vurdering om de svarer på det som var ment. Litteraturen (Johannessen et al., 2006, s. 230) påpeker også at å investere tid til å bli godt kjent med feltet en skal studere, gir bedre muligheter for å skille mellom relevant og ikke relevant informasjon. Mine erfaringer fra praksis, gir meg god kjennskap til feltet og kan dermed bidra til å øke troverdigheten i studien. Ved å la informantene lese gjennom funnene kunne jeg ytterligere ha styrket validiteten, men dette har jeg ikke gjort av hensyn til tid. Av samme grunn har jeg heller ikke møtt informantene flere ganger, noe som også kunne styrket valideringen. Funnene er diskutert med andre som har endret aktivitets- og kostvaner og som jobber med å vedlikeholde dem, og de uttrykker gjenkjenning til resultatene. Under intervjuene stilte jeg flere oppfølgende eller bekreftende spørsmål. Det var for eksempel "har jeg forstått deg rett..." eller "så du mener at...", og som kunne gi rom for å avklare misforståelser.

3.10.3 Overførbarhet

Når så studien er ferdig, har den verdi for andre enn meg? I kvalitative studier er det ikke et mål å generalisere slik en gjerne gjør i kvantitative studier, men en snakker heller om en overføring av kunnskap (Johannessen et al., 2006, s. 231). I litteraturen (Malterud, 2011, s.187) brukes begrepet pragmatisk validitet, og pragmatisk validering følger i etterkant av forskningsprosjektet. Målet mitt er å kunne overføre kunnskapen

fra denne studien til egen praksis, til andre som arbeider med det samme og til deltagere på livsstilskurs. Overføringsverdien vil vise seg når resultatene er blitt formidlet til aktuelle mottagere. Ved hele tiden å være bevisst på hva jeg savnet kunnskap om i praksis, håper jeg at det styrker overførbarheten til studien.

3.10.4 Bekreftbarhet

Som kvalitativ forsker er det forventet at du bringer et unikt perspektiv inn i studien, men det er viktig at funnene er resultat av forskning og ikke av forskerens subjektive holdninger. For å sikre bekreftbarhet bør en beskrive alle beslutninger i prosessen, og forskeren bør gjøre en vurdering av om fortolkningen støttes av annen litteratur og forskning (Johannessen et al., 2006, s. 232). Jeg drøfter mine funn opp mot annen forskning og teori i kapittel 5, det blir en vurdering av studiens bekreftbarhet, samt hva den bringer av nye funn.

Flere studier som bekrefter samme funn vil kunne bidra til faglig kvalitetsutvikling, i denne sammenhengen helsetjenester. Dette vil forhåpentligvis gi mer presis behandling, som vil være et gode for alle parter; den behandlingstrengende, helsepersonell og tjenesten som helhet. For samfunnet vil det være ressursbesparende med mer presise og effektive tiltak.

3.11 Metodeoverveielser

Jeg mener bruk av kvalitative intervjuer har vært en relevant metode for å svare på problemstillingen, men det er noen metodiske overveielser som er aktuelle. For det første er det et begrenset utvalg i denne studien, kun seks stykker, og alle er middelaldrende norske kvinner. Det er i så måte et ganske homogent utvalg. Funnene gjelder for dem, og det kan ikke trekkes generelle slutninger ut fra denne studien. Men jeg opplevde at det var stor informasjonsrikdom, de kom inn på mange tema som jeg erfarer er relevante i praksis. Det var svært ulike erfaringer de trakk frem, og det bidro til at mange tema ble belyst.

For det andre, har jeg bare intervjuet dem en gang, og det er mulig de hadde kommet inn på andre emner på et annet tidspunkt- måten de reflekterte over emner kan være

avhengig av dagsform. På den annen side snakket de ikke bare om dagen i dag, men om hvordan de opplevde det over tid.

Etter flere års erfaring innen samme fagfelt, opplevde jeg at det var en del kjent som kom frem i funnene, men det var og en del som overrasket meg. Det kan være ulike grunner til det; informantene kan ha kommet inn på andre tema fordi det var et intervju og ikke en terapeutisk samtale. Det kan og være at jeg har lyttet med "andre ører" og med en dypere teoretisk innsikt- som da setter det informantene sier i et annet lys enn ved de terapeutiske samtale.

Jeg vil i neste kapittel presentere funnene fra disse intervjuene.

4.0. FUNN

I denne delen vil jeg presentere funnene som kom frem gjennom intervjuer med kvinner som har deltatt på livsstilskurs. Med utgangspunkt i problemstillingen utkrystalliserte det seg fire temaer, to undertema danner basis for hvert tema. Det jeg ville få belyst i denne studien var:

Hvilke forhold erfarer voksne personer med overvekt har stabiliserende og destabiliserende betydning for vedlikehold av endrede kost- og aktivitetsvaner?

Informantenes erfaringer kom frem gjennom det de beskrev. For å ivareta alle de ulike nyansene og mangfoldet har jeg med mange sitater, det bidrar til at deres stemmer kommer tydelig frem. I tabell 2 er de ulike temaene og undertemaene satt opp. Alle temaene har destabiliserende og stabiliserende forhold ved seg. Første tema handler om kampen for å integrere og vedlikeholde de endrede vanene knyttet til mat og fysisk aktivitet. Dette belyses i to undertema, ett om matvaner og ett om treningsvaner. Andre tema følger naturlig etter det første; fordi det var en kamp å integrere de nye vanene, trengte de spesifikke strategier for å klare det. Det bygges opp av to undertema; ett om gode rutiner versus rutinebrudd og ett om mål og årvåkenhet. Betydning av selvbilde er tredje tema, og undertemaene er endring i selvpoffattelse og opplevelsen av å være annerledes. Fjerde tema er støtte, og undertema er støtte fra profesjonelle og støtte fra familie, venner og støtte fra likemenn. Sitater fra intervjuene brukes for å underbygge tema og undertema. Sitatene er bearbeidet for å gi bedre leseflyt.

Tabell 2. Presentasjon av tema og undertema

Tema	Undertema
Kamp å integrere nye levevaner	<ul style="list-style-type: none">• Mat- spenning mellom gamle og nye livsmønster• Trening- utfordrer verdier og holdninger
Strategier for etablering og vedlikehold av nye vaner	<ul style="list-style-type: none">• Gode rutiner versus sårbarhet ved rutinebrudd.• Betydning av mål og årvåkenhet
Betydningen av selvbilde	<ul style="list-style-type: none">• Selvpoffattelse i gradvis endring• Å være annerledes
Betydningen av støtte	<ul style="list-style-type: none">• Støtte fra profesjonelle• Støtte fra likemenn, familie og venner.

4.1 Kamp å integrere nye levevaner

Informantene erfarte det som en tøff kamp å endre og vedlikeholde levevaner over tid. De levde svært ulike liv og det var forskjellig hva de strevde med – men de hadde en felles opplevelse av at de kjempet for å integrere og stabilisere de nye vanene. Det var en kamp fordi det var spenning mellom gamle og nye livsmønstre relatert til mat, og fordi trening utfordret både verdier og holdninger. Alle gav uttrykk for at det var lettere å opprettholde trening og aktivitet enn det sunne kostholdet. Den første underkategorien handler om hvordan informantene opplevde endring og vedlikehold av matvaner, og hva som stabiliserte og destabiliserte; her kom de inn på hva maten betydde for dem og hvor fremmed de nye matvanene kunne oppleves. Den andre underkategorien handler om kampen for å klare å holde seg i aktivitet og trene – utløst av stabiliserende og destabiliserende krefter. De kom inn på vanskene med å prioritere hva en bør bruke tiden på, og hva de synes om trening.

4.1.1 Mat- spenning mellom gamle og nye livsmønstre

Alle informantene erfarte det som svært krevende å endre matvaner, og vedlikeholde de endrede vanene over tid. I intervjuene var det mange fasetter ved matvaner som kom frem; barndomsopplevelser, mat som stemningsregulator, fremmedheten ved de nye matvanene, fysiologiske opplevelser og endring av smakspreferanser. Når informantene prøvde å etterleve de nye matvanene, kom spenningsforholdet mellom betydningen av gamle og nye vaner frem.

Maten hadde for flere av dem en sterk betydning utover det å dekke et ernæringsbehov. De var bevisst maten som en aktør i sosiale settinger og hvordan dette ble lært i **barndommen**, og utviklet seg gjennom livet. De uttrykte at det kunne være vanskelig å gi slipp på det en hadde lært i barndommen, som beskrives i følgende sitat;

”Ja når vi var sammen mange barn sa de voksne; bare spis, bare spis, ja i stedet for å prate så spiste vi. Det har vært sånn at når en er sammen, så skal du alltid ha god mat og en kake å servere.”

Maten og det å spise, ble beskrevet å være mer betydningsfullt enn samtalen. Det var flere som i intervjuene kom inn på erfaringer fra barndommen som de mente hadde betydning for deres forhold til matvaner i dag;

"Jeg hadde litt trøbbel med å finne ut hvordan de andre ungene tenkte, jeg fant ikke ut av de sosiale kodene. Moren min sin metode var; vær hjemme med meg på kjøkkenet, så lagde vi kosemat og mat ble en koseting i stedet for aktivitet. Så jeg er en klassisk trøstespiser."

Hun ble en trøstespiser og dette beskrev hun stammet fra opplevelser i barndommen. Flere av informantene kom inn på hvordan de har brukt og bruker **mat som stemningsregulator** i perioder av livet. Stress, uro og lavt stemningsleie gjør at det i perioder har vært vanskelig å opprettholde sunne matvaner;

"Det henger nok nært sammen med disse depresjonstilstandene. Når jeg er deprimert, når jeg har en nedtur så er det vanskeligere å ta de rette valgene. Jeg er ikke flink til å prioritere meg selv når jeg er i bølgedalene... Ikke så mye snop om kvelden men popcorn og chips og sånne ting. Blir liksom en trøst oppi det hele."

Livet kan være vanskelig, og da trøster de gode smakene. En annen fortalte;

"Men maten er fremdeles utfordrende, jeg spiser når jeg er trøtt. Sitter og trør innpå. Så har jeg funnet ut at jeg er trøtt, eller urolig, noe i kroppen er ikke rett. Jeg er mindre flink når jeg er trøtt og stressa."

På samme måte som nedsatt stemningsleie kunne trigge usunne matvaner, så ble det beskrevet som lettere å spise sunt i gode perioder;

"Det er lettere for meg å ikke komme i det moduset der jeg må spise så mye når jeg er lettere til sinns. Jeg merker det litt på meg selv at når jeg først er i modus og klarer å vedlikeholde treningen så kommer tankene at det er jo ikke vits å spise så mye for da er det mye tyngre å trene."

Det kom frem i intervjuene at flere opplevde de **nye matvanene som fremmede**, og at det gjorde det krevende å etterleve dem. De beskrev forsøk på integrasjon av to ulike kulturer. En forteller;

”Det å kunne lage riktig mat, det er litt sånn- nå må jeg lage mat, og så gjør du bare det du er vant med av gammel vane. Det krever litt mer å skulle handle andre matvarer, å skulle tilberede på en annen måte. Jeg kan til og med oppleve at plutselig så vet jeg ikke hvordan jeg skal lage ordentlig mat igjen. Men å koke pasta og spise pølser er fryktelig enkelt da.”

Samme informant gav et bilde av hvor lite oppmerksom hun hadde vært på at egen kultur ikke var ”den rette” i henhold til anbefalingene;

”Når vi fikk barn, hjelpe meg, vi bakte hele tiden. Boller og kaker, og godterier. Så husker jeg at jeg fikk litt sjokk, det var en nabo som skulle kjøpe lørdagsgodt. Og hun kom tilbake med en liten sjokolade til hver- da tenkte jeg, lørdagsgodt?”

Det var så naturlig for henne med de store mengdene med ”kosemat”, at hun stilte ikke spørsmål ved det engang før hun plutselig oppdaget at naboen levde på en annen måte.

Flere av informantene kom inn på betydning av **biologi**, og den **fysiologiske opplevelsen** av metthet, sult og sug. Dette virket overveldende til tider, og bidro til at matinntaket var vanskelig å kontrollere. Det er en som beskrev manglende metthetsfølelse;

”Jeg har en mage som kan spise utrolig mye, jeg er overgitt over hvor mye jeg kan stappe ned i magen uten å bli dårlig. Jeg må ha spist utrolig mye hvis jeg skal kjenne at jeg er mett.”

En annen informant trakk frem *sult* og *sug* som krevende. Den opplevdes ubehagelig og stod i kontrast til hennes glede over mat;

”Det er ekstremt krevende å slanke seg. Ekstremt krevende..... Du er jo sulten hele tiden. Jeg vet ikke om vi er forskjellige som personer, om vi har forskjellig mat sug eller matbehov. Det er utrolig krevende å gå på diett... Et enormt sug etter mat. Det kan være rødvinn, det kan være chips. Du kan bli sugen på tomater nesten til slutt skal jeg si deg.”

En annen informant har i perioder med graviditet opplevd at suget etter mat hele tiden forsvant;

”Når jeg har vært gravid, den voldsomme trangen, og uroen etter noe godt, den forsvinner. Det voldsomme suget har vært vekke. Og jeg tenker at det har vært biologisk når jeg har vært gravid. Det tror jeg gjør det vanskeligere for enkelte å ta av.”

Etter en stund med endrede vaner beskrev enkelte informanter en **endring av smakspreferanser**. Den fysiologiske opplevelsen av maten endret seg, og dette gjorde det lettere for dem å velge sunt;

”Smaken forandrer seg når du begynner å spise andre ting.... Loff var jo kjempegodt før til reker og sånn. Men jeg trenger ikke ha loff til reker jeg; det smaker ikke så godt så det gjorde før.”

4.1.2 Trening – utfordrer verdier og holdninger

Flere av informantene kom inn på at det kunne være utfordrende å opprettholde treningsvaner over lang tid, men at det var noe lettere enn å opprettholde matvaner. Det var mye informantene uttrykte som viktig i livene sine. De beskrev at de ofte ble stående i en konflikt om hva de skulle bruke tiden på, og tegnet et bilde av hvordan det var en kamp å få hverdagen med jobb og familieliv til å gå opp og samtidig prioritere tid til trening og aktivitet. Denne kampen ble vanskeligere eller lettere alt etter om en hadde en negativ eller positiv holdning til trening.

Det var en som fortalte om hvor vanskelig det var å prioritere trening når det gikk på bekostning av tid og samvær med barn;

”Jeg har dårlig samvittighet overfor ungene, de må være såpass mye i sfo og barnehage. Når de kommer hjem så føler jeg ikke for å prioritere meg selv og gå og trene.”

En annen beskrev og denne kampen, men hun klarte i større grad å løsrive seg;

”Jeg var skeptisk til egentrening, for jeg lever et hektisk familieliv med fem andre, jeg var skeptisk til om det var plass til meg. Men det gikk fint, jeg krevde min plass.”

Hun har tatt et bevisst valg om å rydde plass til trening, det var noe hun verdsatte høyt for å få til. Hun ble ikke stående i en daglig **verdikonflikt mellom familien og egenomsorg** slik den første informant uttrykte.

Kampen kan og stå mellom de nye vanene og **jobben**;

"Men så ble det så mye reising med jobben at det var ikke sjans i havet til å få til de treningene i uken, hver uke som jeg hadde håpet. Så jeg tenkte, ok jeg får holde meg til lørdagstreningene. ... med det er klart med all den reisingen, det er et enormt press på jobb... Og jeg tenkte jeg kan ikke fortsette i denne jobben, det sluker meg helt opp."

Jobben krevde alt av henne, hun følte ikke at det var plass igjen til annet. Hun hadde en gryende erkjennelse av at det ikke kunne fortsette slik. Alle informantene erkjente at det var tidkrevende å opprettholde trening og aktivitet, og at en burde anerkjenne at det tar mye tid, slik denne informanten gjør;

"En må ta seg god tid, og prioritere det med livstil når en først legger om. Det tar tid å endre vaner og komme inn i gode vaner. Og det tar mye tid å trene, og jeg burde kanskje tenkt at så mye tid må jeg bruke på det."

Tid ble beskrevet som en knapphet for de fleste, og når de nye vanene ikke gikk av seg selv men krevde mye tid og overskudd for å vedlikeholde så var det lett å skli tilbake til tidligere levevaner.

Det var flere av informantene som snakket om "**dørstokkmila**", og at det vanskeligste var å komme seg ut. Når en først var dratt på trening, likte flere å trene.

"Jeg tror faktisk jeg må trene tre dager i uken, og det må være lystbetont. Jeg har trent litt hjemme med søsteren min, og det er ikke lystbetont. Det vi gjør på NN er veldig lystbetont. Det er litt med folkene du er sammen med. Og det å gå tur er jeg blitt ganske flink til når det er sammen med noen, da blir det mye mer lystbetont. For jeg har den dørstokkmila, vanskelig å komme ut, du lager unnskyldninger for deg selv – skal bare rydde. Men når jeg først kommer ut så kan jeg godt gå i halvannen time."

Det var ulike **holdninger** til det å være i aktivitet og trening, for noen var det lystbetont og for andre ble det beskrevet som et onde de bare gjorde fordi de følte at de måtte;

"Folk sier at det er så kjekt å trene, jeg begriper ikke hvor de har det fra. Når jeg skulle på treningene så tenkte jeg på det hele dagen, det er aldri kjekt. Eneste gleden jeg får er å ha gjort noe bra for kroppen min, gjort noe bra for samfunnet, og psykisk er det bra. Men treningen er nærmest en pine".

4.2 Strategier for etablering og vedlikehold av nye vaner

Kampen beskrevet i avsnittene over, med sterke innslag av destabiliserende krefter, ga utslag i at det var behov for bevisste strategier for å klare å endre, og opprettholde endringen. I alle intervjuene kom det frem hvor viktig det var å etablere gode rutiner og holde seg til dem, men at det var sårbart. Dette belyses i første undertema.

Informantenes erfaringer med å være årvåkne for levevaner i lys av målene de har satt seg presenteres i andre undertema.

4.2.1 Etablering av gode rutiner versus sårbarhet ved rutinebrudd.

Alle informantene beskrev at det kostet mye energi, tid og ikke minst **planlegging** å etablere og vedlikeholde gode rutiner. De erfarte at det var nødvendig å planlegge selv år etter at en begynte å endre vaner. To av informantene uttrykte følgende;

"Planlegging er et nøkkelord ut av en annen verden."

"For det er jo en sånn kombinasjon. Skal jeg trene om morgenen? Når skal jeg spise frokost da? Før eller etter? Skal jeg ikke spise frokost før eller elleve?"

Det var ikke uvanlig å bruke **virkemidler** i perioder for å klare å leve etter de nye levereglene, eller "den nye kulturen";

"Jeg hadde alarm på telefonen for å minne meg på at jeg skulle spise ofte nok. Så jeg spiser hver fjerde eller tredje time. Hvis jeg spiser regelmessig så har jeg ikke cravings på sånne ting. Når jeg er stresset så glemmer jeg å spise."

Hun trengte **påminnelser** for huske å spise regelmessig, slik som det er anbefalt. Å spise ofte nok krevde ikke bare påminnelser, men også **tilrettelegging**, slik som denne informanten beskrev;

"Jeg vet jeg er på vei i en dårlig retning, så i dag når jeg smurte niste til ungene til i morgen, så smurte jeg en skive til meg selv og la i en pose i kjøleskapet. Hvis jeg er bevisst på å tilrettelegge, er det lettere å få i seg. Jeg har gått tom for havregrøt på jobb, så har jeg ikke somlet meg til å kjøpe en ny."

Denne daglige kampen med å få i seg frokost, og videre de påfølgende måltidene var det flere som kom inn på. De beskrev at det var vanskelig, og at de ofte ikke klarte det.

Informantene uttrykte at rutiner var viktig for å vedlikeholde vaner, det var utfordrende og destabiliserende med brudd på rutiner og en ble da sårbar for tilbakefall til tidligere vaner. **Rutinebrudd** kunne være sykdom, skade, reise, ferie, periode med stress, flytting. De nye vanene ble beskrevet som skjøre, selv over to år etter at endringen startet.

"Men så fikk jeg en periode med så enormt vondt i ryggen. Jeg klarte nesten ikke få på meg klærne... og da når treningene begynte klokken ni, så klarte jeg ikke bevege meg, jeg knakk sammen..... og du vet når jeg datt ut av, hvordan i all verden skal jeg klare å komme i gang igjen? ... Du er i den dårlige sirkelen igjen."

En annen informant har og erfart hvor skjøre de nye vanene var i perioder med belastninger;

"... kom i kjempefine trenings-vaner og kost og alt, men så var det en sånn endring i livet. Vi flyttet og det var stress... og dermed så kom jeg ut av rutinene. Alle de endringene gjorde at rutinene mine ble brutt."

Det var ikke bare perioder med negative belastninger, sykdom og stress som satte informantene ut av spill. Ferier ble også beskrevet som utfordrende av de fleste;

"Frier syns jeg har vært vanskelig - du tillater deg mye mer; mindre trening og annen kost - da er det vanskelig. Hvis ferien er litt mer enn ei uke så syns jeg det er vanskelig."

Noen kjempet mer for å holde på rutinene, for de hadde erfart hvor destabiliserende det var å bryte dem;

"Jeg har vært mye syk fra november. Men jeg har tenkt at ok, du er syk. Du kunne blitt hjemme men du går på trening. Så går du heller stille. Jeg gjør terskelen litt lavere."

Hun gikk på trening selv om hun ikke var helt frisk, fordi hun var redd for hva som vil skje om hun brøt vanen en periode.

4.2.2 Betydningen av mål og årvåkenhet

Under dette undertema kommer det frem hvordan informantene beskrev at de måtte overvåke nye levevaner, og være årvåkne for svingninger - noe de var i varierende grad og det virket destabiliserende med redusert årvåkenhet. Dette gjorde de i lys av mål, men målene de hadde satt seg var ulike og virket da ulikt inn på motivasjonen til å fortsette å overvåke over tid.

Alle informantene snakket om **mål og målenes betydning for motivasjon over tid**. De uttrykte at målene var viktige for motivasjonen, men de hadde ulike mål - i kilo eller i buksestørrelser. Målene kunne endre betydning etter hvert. Enkelte hadde mål i kilo og så endring av levevaner som et middel for å oppnå vekt nedgang. Andre så på det å endre vaner som et mål i seg selv, så fikk kiloene komme etter hvert. Dette påvirket motivasjon over tid ulikt, og mål i kilo både hemmet og fremmet vedlikehold. En opplevde mål i kilo som negativt;

"Det er ikke sunt å veie meg. Jeg blir veldig stressa på tall, tall trigger vanvittig med røde tanker hos meg. For meg er det er veldig motiverende når jeg nå kommer opp i bukser som jeg ikke har kommet oppi før."

En annen fremhevet derimot betydningen av mål i kilo;

"Det er viktig å ha et mål i kilo, men ikke tenke at det må komme for fort, være forberedt på at det svinger, at en ikke tenker at nå har jeg ikke gått ned på en uke så da er det kjørt. En må være tålmodig, men ikke for tålmodig for da tror jeg ikke du klarer å gjøre endringen ordentlig."

Men mål i antall kilo kunne endre betydning, fra å være motiverende til å hemme videre stabilisering;

"I de tidene når kurset stoppet, så sluttet vekten min å gå ned. Og da fortsatte jeg å trene en stund til men jeg tenkte, er det her det skal stoppe? Jeg hadde et mål lenger ned på vekten. Jeg kan sette meg mål til sommeren, jeg kan sette meg mål til jul, men så stopper det opp, og gjør det etter en del kilo. Jeg fikk en følelse av at jeg klarer det jo ikke, så ga jeg på en måte blaffen."

Målet var antall kilo, ikke vanene i seg selv. Når hun ikke nådde kilo-målet så ga hun opp. Det kom frem at konkrete, overkommelige mål var viktig;

"Det jeg har som mål nå er å halvere smørmengden, det er et av de målene jeg har satt nå. Så små mål fremdeles."

Eller mål som bidro til å holde fokus;

"I høst ble jeg påmeldt Stoltzen motbakkeløp i Bergen. Jeg kjente det var fint å ha det som mål for da er det noe jeg må trene til. Da er jeg pent nødt, selv om det kan være tungt."

Informantene beskrev ulik grad av **årvåkenhet** for svingninger i vekt, matinntak og aktivitetsnivå. Enkelte av dem beskrev hvordan de etter en god periode fikk en sterk tro på at de klarte å mestre de nye vaner, og derfor sluttet å følge med;

"Jeg hadde en rutine på det å trene, og maten gikk egentlig av seg sjøl. Det jeg tror er at jo mer ting gikk automatisk, jo mindre fokus har jeg på det. Og vips så har jeg sklidd ut. Så når du begynner å miste fokuset fordi det begynner å gå litt av seg sjøl så syns jeg det er fort gjort å skli ut altså. Og da ser du det ikke med en gang. Så det er det å miste fokuset som du egentlig jobber for, for at det skal bli en vane. Så tror du det er en vane men så er det jo ikke det allikevel."

Andre beskrev en forventning om at de kom til å gå opp igjen;

"På en måte det gikk litt og litt opp. Og jeg har tenkt masse på det. For jeg hadde faktisk ikke hevet de store klærne, så det var veldig lettvent når jeg kjente at en bukse var trang så kunne jeg bare ta på meg en gammel bukse. Så jeg har gjort litt feil der, at jeg ikke bare kasta vekk alt. Men det var liksom nye klær, og jeg tenkte; kjekt å ha. Så det var litt for lettvent det der opp og ned, opp og ned."

Hun beskrev nærmest en forventning om at hun kom til å gå opp i vekt igjen. Når buksene ble for trange, lyttet hun ikke til signalene om at vekten var på vei opp igjen fordi hun ikke trente og spiste slik hun gjorde da vekten var stabil eller på vei ned.

Det ble også beskrevet som en utfordring at de gamle vanene "lå og ulmet under overflaten". Flere beskrev at det krevdes konstant overvåkning av levevanene. Kraften i de gamle vanene ble beskrevet som like sterk som ved avhengighet til alkohol.

"Jeg har brukt hele livet på å bygge opp alle de dårlige vanene, det er kanskje litt utopi at jeg skal klare å snu dem på et halvt år. Det fokuset må en ha med seg, jeg har ofte sammenligna det med å være alkoholiker."

4.3 Betydningen av selvbilde.

Informantene kom indirekte inn på betydningen av selvbilde. Hvordan de så på seg selv, og definerte seg selv påvirket innstillingen og i hvilken grad de gav uttrykk for å ha kontroll. Det virket stabiliserende eller destabiliserende på vedlikehold av endrede vaner. Signalene i samfunnet bidro til hvordan de så på seg selv, og identifiserte seg.

4.3.1 Selvoppfattelse i gradvis endring

Enkelte av informantene beskrev en gradvis endring av selvoppfattelse, de endret identitet, og dette bidro til å styrke de nye vanene over tid. En av informantene hadde blitt rollemodell for nye deltagere og beskrev dette på følgende måte:

"Jeg har visst at jeg skulle undervise på den nye gruppen, da tenkte jeg at jeg kan ikke leve uten noen styring og stå og preke overfor de."

Dette var et rolleskifte som bidro til å befeste de nye vanene. En annen uttrykte at hun hadde fått en helt ny oppfattelse av seg selv;

"Jeg er blitt helsefrik."

Dette gjennomsyrt livet hennes og var styrende for de valg hun tok, det skinte gjennom hele intervjuet at oppfattelsen hun hadde av seg selv virket som en retningsssnor. Dette hadde resultert i at hun gav slipp på en del av den kulturen hun tidligere identifiserte seg med;

"Moren min hadde kake hver helg. Jeg er kakegenerasjonen. Jeg gjør det ikke nå, jeg baker en sjelden gang hvis vi har gjester."

Endring av hvordan en oppfattet seg selv virket for disse kvinnene som et indre kompass som stabiliserte vedlikehold. Det var en som uttrykte tydelig hva hun ikke ville defineres som;

"Vi begynner å få større barn, og jeg tenkte det hadde vært kjekt å være med å renne slalåm og ikke bare bli en varmestuemor"

Hun overvant en barriere og begynte å renne slalåm, og hadde gjort det mye siden. Hun definerte seg nå som en mor som var med på aktiviteter, i kontrast til det hun ikke ville være; en varmestuemor som sitter og venter.

Det kom også frem at hvordan en så på seg selv kunne hemme stabilisering av endring, en uttrykker;

"Jeg kaller meg selv for en jo-jo slanker, jeg er typen til å bare trykke inn mange ganger."

Hun identifiserte seg som jojo-slanker, og det kom frem gjennom intervjuet hvordan det påvirket opplevelse av kontroll og tro på å klare det; endring av levevaner var periodevis og tilbakefall til tidligere vaner virket forventet. Hun uttrykte ikke at hun hadde tatt et oppgjør med, eller prøvd å løsrive seg fra denne oppfatningen av seg selv.

4.3.2 Å være annerledes

Flere informanter kom inn på "blikket" til omgivelsene rundt, og at det hadde betydning for hvordan de så på seg selv. De trakk inn flere arenaer som de opplevde som konfronterende på deres selvbilde, og beskrev ofte en opplevelse av å ikke passe inn. De beskrev at de ikke klarte å etterleve det som var forventet, og at det ga en følelse av nederlag. Dette hindret opprettholdelse av treningssvaner. De beskrev at de klarte å trene på kurset for der opplevde de at de passet inn. Men "ute i verden" ble det vanskelig fordi de skammet seg over kroppen;

"Det er den skamfølelsen, det er så fælt. Og nå kjenner jeg at jeg er tyngre enn jeg noen gang har vært. Jeg merker at ting er tungt, jeg merker at magen er i veien rett og slett- og det er jo fryktelig. Det tør jeg ikke nå (gå på trening). Det har jeg tenkt på og vurdert. Så sliten jeg blir så fort nå, jeg ville sprengt meg i flauhet."

Mulighetene for henne til å delta på en offentlig arena opplevdes stengt, skam hindret henne i å gå på trening. Alle informantene syns det var lettere og mindre skambelagt å trene med andre likesinnede.

En annen informant beskrev og ubehaget hun følte ved å gå inn og trene på et treningssenter, men hun hadde utfordret det;

"Og så, etter hvert måtte jeg teste ut hypotesen: Ok, hvis du går fort, høres du ut som en elefant? Er det mange som ser på deg, er det mange som bryr seg om deg? Og jeg fant ut at det var ikke så mange som var opptatt av meg, de var opptatt av seg og sine trampende skritt."

Hun frigjorde seg fra de andres blikk, og det bidro til at hun klarte å vedlikeholde treningssvanene.

Det var flere som beskrev at de opplevde et sterkt press fra samfunnet om å trene, og et stort fokus på å holde seg i form. Når de ikke klarte å etterleve disse forventningene fra omverden var det tøft;

"Nei nå ser jeg at jeg kommer til kort. Du vet, se på de Nordsjø-rytterne på lørdag. Alle snakker om trening; hvor mye de har trent, at de skal på trening, at de prioriterer trening.... Det er et enormt fokus. Går nesten ikke an å eksistere i denne verden lenger."

Informantene beskrev det som vanskelig å etterleve de anbefalte standardene. Med bakgrunn i det høye fokuset det er i samfunnet på mat og trening ble nederlagsfølelsen verre;

"Så blir det vanskeligere og vanskeligere å motivere seg for å begynne på ny. Det er så store nederlag. Og så er det samfunnet vårt, jeg merker godt hvordan samfunnet dreier mot at en skal vær slank og ikke minst dette med trening. For det er jo flaut,

og det er jo et utrolig nederlag. Ja - et enormt nederlag. Det er flaut og det blir bare verre og verre."

Selv i gode perioder kunne det å være synlig for andre oppleves negativt. En beskrev at hun ikke ønsket å være åpen for andres vurderinger av henne- selv ikke når det gikk bra;

"Jeg syns til og med at det er ubehagelig når andre kommenterer at jeg har tatt av, at jeg ser så godt ut. Jeg vil at folk skal holde seg langt unna hva jeg spiser og hvordan jeg ser ut."

4.4 Betydningen av støtte

Under dette tema kommer informantene inn på behovet for støtte. De beskrev det som så krevende å endre og vedlikeholde vaner at de hadde behov for støtte over lang tid, og at det kunne bidra til å stabilisere. Det første undertema handler om støtte fra profesjonelle, de beskrev både profesjonell støtte fra kurslederne og fra andre. Det andre undertema handler om støtte fra familie, venner og likemenn.

4.4.1 Støtte fra profesjonelle

Alle informantene beskrev det som svært krevende både å endre og vedlikeholde endringene. Og i alle fasene gav de uttrykk for behov for individuell oppfølging, slik de fikk når de gikk på kurset. En sier;

*"For meg så har de individuelle samtaler vært viktige, og jeg tenker at det burde vært enda mer av det..... Jeg tror de samtaler er viktige i forhold til **motivering** og **målsetning**."*

Individuell oppfølging gir og en følelse av å bli **sett**;

"Og jeg gikk hver uke, og hadde et kvarters samtale med henne og hun spurte hva som gikk bra, hva gikk ikke bra og hvordan har du det. Jeg er nok og, i lys av at jeg er en person som blir lett deprimert og har hatt depresjoner opp gjennom hele livet, så kanskje trenger jeg den personlige oppmerksomheten... I en utopisk verden så skulle jeg ønske at jeg hadde en å gå til en gang i uken/14. Dag/ mnd."

Den individuelle støtten og oppfølgingen fra helsepersonell ble sett på som viktig for å holde fokus, flere beskrev at stabilisering av endring ble vanskeligere når de ikke fikk oppfølging lenger.

”Det er den der oppfølgingen, du vet at du har noe du skal tilbake på. Ikke for at du skal skuffe noen men for at du vet at du fortsatt holder på. Kan godt hende at til og med et år er snaut, kanskje burde det være at du hadde ikke veldig ofte oppfølging men at du over to år kunne komme tilbake to-tre ganger. At en liksom ikke bare er ferdig.”

4.4.2 Støtte fra likemenn, familie og venner

Flere beskrev at likemenn er betydningsfulle, og kan bidra til å stabilisere de nye vanene;

”Kurset har gitt meg bekjentskaper som jeg aldri hadde truffet ellers. Og det setter jeg stor pris på. Det er godt å kjenne noen på samme premissene som en selv.”

Familie eller venner kan ha samme betydning, og det var flere som trakk frem hvordan venner og familie ”heiet” på dem, og deltok aktivt i den nye positive atferden;

”Mannen min er med på mye, vi gjør mye sammen. Enten er det han som drar meg eller jeg som drar han.”

I eksempelet ovenfor drar de hverandre i en positiv retning, men familie ble og beskrevet som destabiliserende for å klare å vedlikeholde. Det er en kabal som skal gå opp med tanke på tid, og mange ulike ønsker med tanke på kost. Det er krevende å balansere ens egne ønsker når de ikke sammenfaller med hva familien ønsker. Mange ender med å sette egne ønsker til side.

”Jeg elsker sunn mat, liker godt fisk, grønnsaker og frukt. Men det er det å ha tid og overskudd til å handle det inn. På toppen av det så har jeg en familie som er sære i kosten, det er ikke en lett familie å være sunn i. Det hadde vært lettere hvis jeg hadde bodd alene.”

Jeg har nå presentert funnene, i neste kapittel vil jeg drøfte funnene i lys av teori og tidligere forskning.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet ses funnene i lys av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning innen emnet. Kapittelet er organisert etter tema som ble presentert i kapittel 4. Først diskuteres spenningen mellom gamle og nye livsmønstre, og deretter hvordan de nye vanene kan utfordre verdier og holdninger en har. Spenningene og utfordringene gir utslag i at det er en kamp å integrere de nye levevanene. Videre drøftes betydningen av strategier for å vedlikeholde vaner; gode rutiner versus rutinebrudd samt betydning av mål og årvåkenhet. Deretter diskuteres hvordan selvbilde kan være en stabiliserende kraft eller en barriere mot vedlikehold av endring. Avslutningsvis tas betydningen av støtte opp, både fra profesjonelle og familie, venner og likemenn.

5.1 Kampen mellom gamle og nye vaner

5.1.1 Mat- spenning mellom gamle og nye livsmønstre

Funnene viser at vaner og handlingsmønstre etablert i **barndommen** kan ha sterk innflytelse inn i voksenalder. Mønstre med å trøstespise ble tillært i barndommen, og disse livsmønstrene var vanskelige å gi slipp på. Ifølge HAM (Green & Tones, 2010) er det normative systemet en del av det som påvirker våre intensjoner med tanke på helseatferd, og det er et hierarkisk system. De næreste, som familie og nære venner har mest betydning. Det er i samspill med de nære i barndommen at kulturelle normer har blitt formet; å bruke mat som trøst, eller at det er maten- og ikke samtalen eller aktiviteten- som er betydningsfull. Dette sammenfaller med min erfaring fra samtaler med mennesker som ønsker å endre kost- og aktivitetsvaner, den nye atferden er ikke alltid i tråd med de normative praksisene en er vant med fra sitt miljø. Blant årsaks mekanismer til overvekt som Helsedirektoratet (2010) trekker frem, er oppvekstforhold med. Det ser ut til å være vanskelig å gi slipp på mønstre som har fått virke gjennom hele livet. Borge et al., (2012) skriver at vaner medfører en sterk impuls til å handle på bestemte måter, nesten som i et avhengighetsforhold og de kan gå på tvers av det en egentlig ønsker. Vanene kan ha en kraft som gjør at de oppleves som en uløselig del av en selv, en er sterkt knyttet til "barndommens stier".

"Røttene" i måten en lever på i dag, viser funnene kan trekkes tilbake til barndommen. Matvanene er en del av vante livsmønstre, og det å leve på tvers av slik en er vant med er vanskelig. Funnene viser at de nye livsmønstrene kan oppleves så fremmede at en

glemmer ut både hva som skal handles inn, og hvordan tilberede maten. Denne **fremmedheten** kan uttrykke en kulturkonflikt mellom de gamle og de nye vanene. Inntrykket var at informantene til tider var "fremmedkulturelle» i forhold til de nye vanene. Styrken i denne erfaringen var på mange vis et uventet funn, men Rugset (2011) finner også fremmedhet i sin studie. Informantene hennes beskriver at når de skal prøve å følge rådene de får om ernæring så blir deres "verden snudd på hodet", de opplever at det er vanskelig å gi slipp på vante livsmønstre. Sett i lys av HAM (Green & Tones, 2010) uttrykker dette et spenningsforhold mellom en kjent og en ukjent sosiokultur, og den kjente sosiokulturen er innvevd i komplekse menneskelige sammenhenger. Når det i landets aviser og blader ukentlig står innlegg om at det "bare er å trene mer og spise litt sunnere" uttrykker det en manglende forståelse for hvor stort gap det kan være mellom slik enkelte er vant med å leve i forhold til det som er anbefalt, og hvor komplekse relasjoner vante mønstre inngår i. Fremmedheten kan være noe av det som i vedlikeholdsfasen bidrar til at det oppleves utmattende å opprettholde de endrede vanene, og at en etter hvert gir opp eller unngår å tenke på endringen.

Funnene i studien viser at det er mange fasetter ved mat som destabiliserer vedlikehold, blant annet emosjonell tilstand. Ved nedsatt stemningsleie, uro eller stress, brukes mat for å **regulere stemning**. Funnene er i samsvar med litteraturen der det fremheves at dette kan være en potent katalysator for tilbakefall (Taylor, 2012, s. 65) og flere studier bekrefter dette (Byrne, 2002; Reyes et al., 2012; Chambers & Swanson, 2011; Byrne et al., 2003). I HAM (Green & Tones, 2010) er motivasjonen tredelt; og et av elementene som påvirker motivasjonen er drifter og emosjonell tilstand. I TTM (Prochaska et al., 1992) fremheves betydningen av å finne erstatninger til tidligere atferd og stimuluskontroll. Mønstret med å bruke mat som stemningsregulator er et møysommelig, sårbart og krevende arbeid å bryte. Når en utsettes for fristelser i en sårbar situasjon kan det være vanskelig å stå imot. Min erfaring med dette fra praksis er det kan gå fint over lengre tid men så skjer det noe opprørende og en faller tilbake til gamle mønstre. Å unngå smerte er en av menneskets primære drifter eller instinkter (Green & Tones, 2010), og dette gjelder psykisk så vel som fysisk smerte. Instinkter er sterke, vi drives vekk fra ubehag og da gjerne mot den kortvarige stemningsletten en sjokolade kan gi.

Videre indikerer funnene at **fysiologi og biologi** har betydning for vedlikehold av matvaner. Det var interessant og uventet at sug etter mat forsvant under svangerskapet, og informanten mente det måtte være lett å opprettholde sunne vaner hvis ikke biologien kjempet imot. Dette har jeg ikke sett beskrevet andre steder. Andre funn viser sterke opplevelser av sult og sug, eller manglende metthetsfølelse. Herman & Polivy (2011, s. 522) påpeker at kronisk sult er en konsekvens av vekttap. Dette kan reflektere betydningen av en helhetlig biopsykososial tilnærming når en diskuterer dette temaet. Ofte er problemet med en reduksjonistisk forståelse at det blir ensidig fokus på fysiologiske data; vekt, blodtrykk, kondisjonstall etc. Men på den annen side kan en reduksjonistisk forståelse fokusere ensidig på psykologiske aspekter ved endring av helseatferd. HAM inkluderer drifter i motivasjonssystemet. Drifter er en primær motivasjon eller instinkt, og noen av de mest instinktive er sult, tørst og unngåelse av smerte (Green & Tones, 2010). Funnene viser at informantene opplever en sterk drift mot mat, et sug etter mat som er vanskelig å styre over lengre tid, og som oppleves sterkere hos dem enn hos andre. Dette vil det være viktig å være oppmerksom på ved veiledning av mennesker som strever med å endre kostvaner, slik at en ikke ender med å bare psykologisere deres kamp for kontroll, men tar med i betraktningen at biologi og fysiologi og er aktører.

Det er noen funn som antyder at **smaken etter hvert endres**. Det kan tyde på at kraften i de gamle mønstrene svekkes over tid, dersom en klarer å benytte stimuluskontroll og finner erstatninger til den maten en spiste før, noe som beskrives i litteraturen (Prochaska et al., 1992). Dette vil kunne stabilisere vedlikehold.

5.1.2 Trening- utfordrer verdier og holdninger

Funnene viser at informantene opplever at de har *mye* de bør få gjort, de opplever at de er i en konstant tidsklemme mellom jobb, familieliv og selvivaretagelse. Det er ikke så lett at en kan velge vekk det ene, det ville blitt sett på som et dramatisk valg å gå ned i stilling for å få tid til trening. Vi lever i en tid der det stilles mange krav, og den enkelte har mange roller å fylle. Hva en vil bruke av begrenset tid og energi på varierer.

”Just Do It” eller ”Berre gjær det”? Slagord og motivatorer som inspirerer til en mer aktiv og sunn livsstil hevder at vi kan ikke stole på motivasjonen, vi må bare handle. Hvorfor

oppleves det så vanskelig å komme seg over dørstokkmila i perioder? Det kan handle om hva en velger å bruke tiden på, og det kan synes som verdiene er med og styrer dette valget. I HAM er verdier og holdninger knyttet til motivasjonen. Verdiene har en transendent kvalitet, og gir energi til holdninger og understreker atferd (Green & Tones, 2010, s. 122). Verdiene leder individene til å utøve handlinger de antar *bør* bli gjort, og de formes både fra samfunnets normer, individets basale psykologiske behov og opplevelse av en selv (Eccles & Wigfield, 2002). Det er mange krefter som trekker i oss, og da gjerne i en annen retning enn den som var planen. Flere funn peker mot dette. Det som kjemper om energien og tiden styres av ulike verdier, det en oppfatter *bør* bli gjort. Funnene kan derfor reflektere situasjoner hvor flere verdier utfordrer hverandre; trening versus samvær med barn, eller trening versus arbeid. Ved å knytte verdi-dimensjonen til våre valg i hverdagen kan en oppnå bedre forståelse av hva som styrer våre handlinger og dermed forsterke muligheten for å ta et oppgjør med det. Erfaring fra praksis er sammenfallende med dette, det er lettere å prioritere trening når det ikke er diskrepans mellom de nye vanene og verdiene, med andre ord at endringen er i tråd med ens egne verdier.

Funnene viser varierende holdninger til det å være i aktivitet. En positiv holdning og opplevelse av treningsglede bidro til en forsterkning og stabilisering av atferden videre. Dette var ikke uventet, og heller ikke uforståelig. De fleste hadde positiv holdning til trening, basert på gode erfaring med selve treningen og de gode følelsene etterpå. Men et funn pekte på at trening kunne oppleves negativt, og det eneste positive med treningen var å ha gjort noe godt for samfunnet. Dette var et uventet og sjeldent tydelig funn, som kan antyde manglende indre motivasjon. Opplevelsen av ubehag og smerte fikk ikke samme betydning som viktigheten av å trene. Dette er sammenfallende med funn fra en studie av Groven & Engelsrud (2010). Det ligger en forventning om å undertrykke ubehaget og smerten ved trening for å oppfylle idealer og normer knyttet til kropp og helse. Videre skriver de at ubehaget og smerten kan forstås som et tegn og en påminnelse om at kroppen fremdeles er for tung. Hindle & Carpenter (2011) poengterer at de som hadde suksess med vedlikehold, fant lystbetonte aktiviteter som passet deres livsstil. Slik kan dette synes å være en viktig nøkkel til å klare å opprettholde treningsvaner: å finne det som *passer* og gir *glede*. Det som passer og gir glede er ikke nødvendigvis det som gir best effekt på fysiologiske parametere. Dette kan

utfordre den oppfatningen som råder i dag- effekt blir ofte sett som det viktigste målet for hva vi skal legge inne av innsats, gjerne knyttet opp til økonomiske besparelser. Helsepersonell bør være bevisst på dette ved veiledning av personer som endrer livsstil.

5.2 Strategier for etablering og vedlikehold av nye vaner

Funn viser betydningen av strategier for å etablere og opprettholde nye vaner, planlegging og tilrettelegging var nøkkelord for å opprettholde endringen. Det opplevdes tid- og energikrevende å opprettholde rutinene, og brudd på rutinene gjorde en sårbar for tilbakefall, det var viktig å bli i den gode sirkelen. Men hvorfor oppleves det så vanskelig å opprettholde strategiene og rutinene som bidrar til å bli i den gode sirkelen? I TTM trekkes risikovurdering ved ferie og sykdom frem som viktig for vedlikehold, noe som synes å være sammenfallende med noen av min funn. Funnene kan reflektere betydningen av å unngå situasjoner som bidrar til negativ atferd, og være oppmerksom på høy-risikosituasjoner. Rutinebruddet kan bety et brudd med stimuluskontroll, som og trekkes frem som viktig, og det blir vanskelig å hente seg inn igjen (Prochaska et al.,1992). Dette kan antas å ha en relasjon til selvreguleringsferdigheter som er viktige i vedlikeholdsfasen (Green & Tones, 2010), men det er nettopp disse ferdighetene som er strukket langt, og tilbakefall kan fortone seg som et "trettetsbrudd". For eksempel å spise et beger iskrem kan fremprovosere det en kaller *effekt av brudd på avholdenhet*- det vil si en opplevelse av mangel på kontroll når en har brutt sine selvpålagte regler (Taylor, 2012, s. 65). Det kan resultere i gjentatte tilbakefall; "jeg kan jo like godt bare spise mer, når jeg likevel har brutt reglene" Selv-reguleringskapasiteten er ikke ubegrenset, det er en begrenset psykologisk ressurs som blir tappet, og det påvirker viljestyrte handlinger- som å gå på en treningstime eller la sjokoladen ligge i skapet. Men tross i at det er en begrenset ressurs, viser forskning at selvregulering kan styrkes ved øvelse (Bauer & Baumeister, 2011 s.79).

Andre funn viser til betydningen av mål. Det var ikke overraskende at informantene var bevisst på hva de ville oppnå med endringene. Det som var overraskende var at målene var veldig ulike, og at de endret betydning underveis. Rothman (2000) skriver at initiering av en ny adferd er basert på forventninger om resultatene av endringen, mens avgjørelsen om å vedlikeholde en atferd er basert på den enkeltes tilfredsstillelse med det en har oppnådd. Det veiledende premisset her er at en vil vedlikeholde en atferd

bare om en er fornøyd med resultatet. Følelsen av tilfredsstillelse vil gi kraft til fortsatt innsats, men da mener Rothman (2000) det er problematisk om en har høye forventninger i utgangspunktet fordi dette lett leder frem mot skuffelse. Høye forventninger er motiverende i initieringsfasen, men skaper problemer i vedlikeholdsfasen. Studiens funn viser at tilfredsstillelsen med endringen har sammenheng med måloppnåelse. Dette er i tråd med Byrne et al. (2003) sin studie som viser at det å ikke nå vektmålene en har satt seg, hemmer vedlikehold, en gir opp når vekten slutter å gå ned. Og det gjør den som regel etter en stund, biologiske feedbacksystemer motarbeider bestrebelsene til den som vil gå ned i vekt (Polivy & Herman, 2011; Helsedirektoratet, 2010). Funn i min studie viser at enkelte informanter blir motløse og gir opp å vedlikeholde når de ikke når vektmålet. Dette kan reflektere at det er sårbart når målet ikke er endring av vaner fordi det har en verdi i seg selv, men kun som et middel for vektnedgang. I TTM (Prochaska et al., 1992) settes det fokus på realistiske mål. Funn i min studie antyder at om en setter små konkrete mål, så medfører ikke det den samme motløsheten. Motivasjon er kreftene som drar individene i en retning (Green & Tones, 2010) mens målene angir retningen. Mål som er oppnåelige vil i lys av dette kunne stabilisere vedlikehold fordi det gir en opplevelse av fremdrift og dermed nye krefter til motivasjonen. Flere studier peker på betydningen av realistiske mål for vedlikehold (Byrne, 2002; Byrne et al., 2003; Sarlio-Lahteenkorva, 2012;). Erfaringer fra praksis tilsier at det kan være vanskelig å veilede til å sette realistiske mål i initieringsfasen, fordi enkelte kan oppleve det som demotiverende med "små mål" når de ønsker å oppnå mer. Et annet poeng er at de kan oppleve at man som helsearbeider uttrykker mistillit til at de kan oppnå mer. Dette viktig å kommunisere på en god måte, og en bør reflektere over hvordan dette kan formidles. Muligens vil det være lettere for likemenn å formidle dette på en troverdig måte som ikke dreper motivasjonen i initieringsfasen.

Studiene til Chambers & Swanson (2011), Byrne et al. (2003) og Reyes et al (2012) viser til betydningen av å overvåke matinntak og aktivitetsnivå over lang tid; det stabiliserer vedlikehold av endrede vaner. En må være årvåken for svingninger, og justere etter det. Det som var et uventet funn i studien, var hvor lite bevisste enkelte var på dette, flere beskrev det som at de *plutselig* oppdaget at de var langt ute av kurs, og at de da ikke orket å hente seg inn igjen. De beskrev det som at det hadde gått greit så lenge, gjerne

over år, så derfor sluttet de å være årvåkne for svingninger. Funnene kan ses i sammenheng med TTM (Prochaska et al., 1992) der det beskrives at en får økt tro på mestring når en kommer over de første kneikene, og en kommer i en god sirkel. Men det er nettopp dette som er interessant i studien; det kan virke som den økte mestringstroen fører til et overmøt og en sklir ut, nesten uten å merke det før det har gått en stund. I praksis har jeg undret meg over dette, enkelte beskriver at det går greit å etterleve de nye vanene. De opplever ikke at de ofrer noe eller lever asketisk, de trives og ser det som realistisk at de klarer å fortsette. Tross dette kommer mange tilbake etter en tid, fortvilet, fordi de har sklidd helt ut. Kan det være at en overdreven tro på mestring gjør at de blir lite årvåkne og da kommer ut av kurs? Eller er det som studiene til Chambers & Swanson (2011) og Reyes et al (2012) viser; en unngår og forneker når en er ute av kurs. Ifølge TTM (Prochaska et al., 1992) blir behovet for årvåkenhet mindre med tiden, men enkelte atferder blir i vedlikeholdfasen livet ut med kontinuerlig behov for årvåkenhet. Studiens funn kan tyde på at det er slik for enkelte når det gjelder vedlikehold av endrede kost- og aktivitetsvaner.

5.3 Betydning av selvbildet

Funnene i studien indikerer at flere av informantene var i en fase der de opplevde at selvpoppfatningen ble snudd på hodet. Enkelte av informantene rapporterte dessuten at de endret oppfatning av hvem de var i tråd med endringen og at det virket stabiliserende for vedlikehold. Funn som illustrer dette er informanter som har blitt rollemodell for nye deltagere og som definerer seg selv som helsefrik. Den nye identiteten ble rapportert som et indre kompass, og kan tenkes å bidra til økt opplevelse av kontroll. Disse funnene kan reflektere at dette har betydning for hvordan vi agerer i ulike situasjoner. Funnene kan også forstås i lys av TTM der Prochaska et al. (1992) trekker frem endringsprosessene en går gjennom, og der et av punktene er en revurdering seg selv og dette har relevans i alle fasene. I lys av HAM (Green & Tones, 2010) og betydningen av selvbilde som trekkes frem i den modellen, så er det den *subjektive* opplevelse av hvem de er, som er endret. Måten de definerer seg selv *nå* kan virke som har ført til en økt opplevelse av kontroll. Rotter's (Fjerstad, 2010) skille mellom en ytre eller indre kontrollplassering kan være relevant i denne sammenheng; endring av selvbildet kan reflektere at informantene har satt seg i førersetet og at de styrer sin egen atferd. Ansvar for det som skjer kan synes å være plassert hos dem

selv, de har en indre kontrollplassering. Funnene kan også tyde på at informantene har endret selvbildet i tråd med slik de lever nå, noe som kan vise seg å forsterke vedlikehold av nye vaner. Strategier for å regulere identitet kan ha gunstige eller ugunstige konsekvenser alt etter om den ønskede identiteten er knyttet til sunn atferd (Sheperd, Rothman & Klein, 2013). Et fint eksempel på dette er funnet om ønsket om å være noe annet enn en varmestuemor, som førte til en aktiv livsstil med slalåmkjøring.

Et annet funn indikerer at erfaring med å gå opp og ned i vekt, jo-jo slanking, kan synes å ha resultert i en lav forventning om mestring. Funnet kan sees i sammenheng med Bandura (1995) som antyder at våre tidligere erfaringer er med å forme selvbildet vårt, mestringstroen kan øke eller synke alt etter hva vi har erfart. Begrepet mestringstro ligger i HAM innunder selvbildet (Green & Tones, 2010). Tidligere erfaringer med feiling, gir en liten tro på evnene til å håndtere motgangen som kommer, og fører til en opplevelse av mangel på kontroll, avmakt og oppgitthet. Funnet kan også ses i sammenheng med Borge et al. (2012) som fant at opplevelser med å ikke lykkes med livsstilsendringer, bidro til et dårlig selvbilde, og informantene i deres studie så på fedmeoperasjon som eneste mulighet for å kontroll. Mine informanter kom ikke inn på ønske om operasjon, men erfaring tilsier at mange vurderer operasjon som eneste måte å oppnå varig vektreduksjon. De tidligere nevnte biologiske feedbacksystemene som gjør at metabolismen endres, gir utslag i at samme innsats etter en tid ikke lenger gir samme vekt nedgang (Helsedirektoratet, 2010; Polivy & Herman, 2011). Dette gjør en motløs og mestringstroen reduseres, og selvbildet formes og av disse erfaringene. Skårderud (2000) skriver at kroppen blir anvendt i et psykologisk spill, med referanse til identitet og selvfølelse, men slike psykologiske spill ignorerer hvordan biologien blir presset til sine grenser. Kompleksiteten i hva som former hvordan en ser på seg selv, og hvordan dette igjen påvirker atferd er et viktig tema å nøste opp i når en skal veilede de som skal endre levevaner.

Andre funn antyder dessuten at det var vanskelig å klare å opprettholde treningen på grunn av opplevelse av skam, og at en ikke orket tanken på de andres blikk. Dette er et viktig funn, som man som helsearbeider må være svært bevisste på. Skam henspiller på begrepet resiprok determinisme; det er en gjensidig påvirkning mellom miljø og individ. Selvbildet vårt formes ikke bare av tidligere erfaringer og biologiske elementer, men og i

lys av andre, av miljøet vi er en del av. Funnene om selvbildet i min studie antyder at informantene var vare på dette, og de ser seg selv som sårbare for andres blikk. Groven & Engelsrud (2010) finner lignende trekk i sin studie, informantene deres klarer ikke å fortsette på treningssenter fordi de føler seg ukomfortable under de andres blikk og kjenner på skam. Skammen kan være knyttet til forestillingen om at en som eier av kroppen ikke har forvaltet den godt nok. Skam er baksiden av mestringsmedaljen (Fjerstad, 2010). I en studie kommer det frem at vekt-relatert skam er assosiert med passive og unnvikende mestringsstrategier (Conradt, Dierk, Schlumberger, Rauh, Hebebrand & Rief 2008). Å unngå treningssenter fordi en ikke orker å forholde seg til skammen en kjenner på, slik funnene viser i min studie viser, er i tråd med dette. Malterud og Ulriksen (2009) har sett på de normative signalene som sendes ut fra fem store norske aviser; og konkluderte med at de kulturelle signalene som sendes ut i henhold til overvekt er skam og skyld. Funnene om skam kan og forstås med basis i det normative systemet som i HAM (Green & Tones, 2010) beskrives at har en påvirkning på intensjonsutforming, og det påvirkes igjen av det sosiokulturelle miljøet en lever i. I denne sammenhengen kan det se ut til at miljøet destabiliserer vedlikehold ved at det bidrar til skam. Ifølge HAM (Green & Tones, 2010) er det slik at dess lengre distalt en kommer i det normative hierarkiet, avtar graden av påvirkning, men studiens funn kan tyde på at oppfatninger som er i samfunnet har stor betydning. Erfaring fra praksis er sammenfallende med dette, og det er viktig å bidra med andre stemmer inn mot media som kan nyansere stigmatiserende holdninger knyttet til overvekt. Mange overvektige er opptatt av hvordan andre ser på en, de kjenner på skam og nederlagsfølelse, og barrierene for å klare å delta på ulike arenaer med normalvektige er høye. Rugseth (2011) beskriver hvordan dette stammer fra en kroppslig følsomhet som oppstår i dynamikken mellom det å være seende og sett, det å se seg selv hviler i det å være synlig for andre og er ikke noe en kan se bort ifra. Funn i min studie viste at enkelte utfordret de andres blikk på seg selv ved å gå på trening og dermed lage rom for å handle i tråd med den atferden de ønsket å etterleve, dette kan reflektere en konstruktiv problemløsning, og i følge Reyes et. al (2012) kan det synes å være fremmede for vedlikehold. En studie (Palmeira et al, 2010) viser til at positive forandringer i blant annet kroppsbilde, fysisk selv-verdi og hvor attraktiv en føler seg kan til en viss grad knyttes til suksess med vedlikehold, og de ser behov for en videre utforskning av dette tema sett i lys av resiprok determinisme og betydning for suksess med vedlikehold.

5.4 Støtte

Funnene knyttet til dette temaet antyder at samtlige informanter hadde behov for støtte fra profesjonelle, fra familie, venner og likemenn. Videre indikerte funnene at støtte var en hjelp til å sette mål og til å holde motivasjonen, og bidro til at å føle seg sett og klare å holde det fokuset som var nødvendig over tid. Selv om mine funn viste at informantene stort sett var fornøyd med støtten, skal en ikke se bort fra at et behov for støtte kan relateres til behov for ytre kontroll. To studier (Sarlio-Lahteenkorva, 1989 og Reyes et al, 2012) viser at behov for ytre kontroll virker som en barriere for vedlikehold, men i de sammenhengene er det individer som ser tilbake på sine erfaringer og ønsker at de hadde hatt mer ytre kontroll i ettertid. I litteraturen trekkes det frem at effekten av sosial støtte i vedlikeholdsfasen er tvetydig, noen studier viser det hjelper mens andre viser derimot det motsatte (Taylor, 2012, s. 65). Det kan ha sammenheng med at behovet for støtte kan indikere manglende indre kontroll, som i mine funn knyttes til selvbilde og viser å kunne ha en destabiliserende betydning.

Borge et al. (2012) fant at støtte fra likemenn var viktig for å utveksle erfaringer som gav gjenkjennelse, assosiasjoner og følelse av samhold. Dette betydde mye for å opprettholde innsatsen rettet mot en mer helsefremmende livsstil. Disse funnene synes å være sammenfallende med mine funn som antyder betydningen av å kjenne noen på samme premisser som en selv. Et annet element av den relasjonelle støtten er at den kan bidra til å styrke forpliktelsen til beslutningen, en beslutning som er "offentlig" kan virke mer forpliktende enn en privat (Prescott & Børtveit, 2011). Mitt funn om informanten som ble rollemodell for neste gruppe kan reflektere et element av forpliktende støtte, i tillegg til at det kan ha påvirket måten hun så på seg selv. Funnet kan også ses i lys av TTM (Prochaska et al., 1992) der støttende relasjoner betraktes som et element av betydning i vedlikeholdsfasen. Sett i relasjon til HAM (Green & Tones, 2010), har det stor betydning at det nære normative systemet og sosiokulturelle miljøet støtter opp om de nye vanene. Et tidligere presentert funn var opplevelsen av skam, og hvordan det ble en hindring for vedlikehold av treningsvaner. Det kan muligens oppleves mindre skambelagt å trene i et miljø der flere er overvektige, og en opplever større grad av fellesskap, spesielt om en ser en dette i lys av den massive stigmatiseringen som personer med overvekt utsettes for, og som Malterud og Ulriksen (2009) viser til i sin

studie. Skårderud (2000) bemerker at vår etniske plage, lipofobien, ødelegger mange liv og da kan det være godt å være i miljø en opplever som mindre fordomsfulle.

Funnene antyder ønske om profesjonell støtte over lang tid. Dette er også i tråd med erfaring fra praksis. Funnene viser at det kan oppleves krevende å holde fokus over tid, og at det er behov for hjelp til å planlegge risikosituasjoner som ferier, eller å bearbeide tilbakefall. Dette er i tråd med TTM (Prochaska et al., 1992), samt med HAM (Green & Tones, 2010). I HAM kalles beslutninger om endringer som må gjøres igjen og igjen for intensjonsutforming. Rippe et al. (2001) ser på overvekt som en progredierende og kronisk tilstand som er preget av gjentatte mislykkede endringsforsøk. Dette tilsier at langtidsoppfølging kan være nødvendig, da vedlikehold av atferdsendring er en kompleks prosess som varer over lang tid. Støtte over tid kan gi en bedre forståelse av atferdsendringsprosessen og en selv. Det er viktig at også profesjonelle rådgivere innen feltet har forståelse for hvor sammensatt atferdsendring og vedlikehold av denne er.

I neste avsluttende kapittel vil jeg oppsummere denne studien, samt antyde implikasjoner for praksis og forskning videre.

6.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER

Hensikten med denne studien var gjennom teori og empiri og få en bedre forståelse av vedlikehold av endrede vaner, nærmere bestemt hvilke forhold voksne personer med overvekt erfarer har betydning for stabilisering eller destabilisering av endrede kost- og aktivitetsvaner. Ved modifisering av levevaner med mål om en mer helsefremmende livsstil så er det et problem at mange ikke klarer å opprettholde vanene. Studiets funn viste at informantene opplevde både stabiliserende og destabiliserende forhold som fikk betydning for vedlikehold, og følgende vil jeg sammenfatte dette i to avsnitt. Jeg velger å presentere det hver for seg i konklusjonen, men i den øvrige fremstillingen har jeg vurdert det mer hensiktsmessig med en tematisk inndeling. Avslutningsvis kommer jeg inn på implikasjoner for praksis og forskning.

6.1 Destabiliserende forhold

Funnene antydte at livslange mønstre med å bruke mat som stemningsregulator kunne virke destabiliserende for vedlikehold. Nye mønstre når det gjaldt mat syntes ikke å dekke dette behovet, og manglende alternative strategier for å regulere stemning kunne gjøre det vanskelig å etterleve ny atferd over tid. Nye matvaner ble erfart som fremmede, og funnene knyttet til dette indikerte kulturforskjell mellom gamle og nye vaner. Dette syntes å gjøre de nye mønstrene både tid- og energikrevende å etterleve. Videre antydte funnene at det ble erfart begrenset hvor langt en kan presse kroppen med hensyn til biologi og fysiologi, dette kan destabilisere ny atferd. Verdier som ikke er i tråd med endringen viste å virke destabiliserende på vedlikehold av aktivitet og trening fordi ens verdier kan tenkes å ha betydning for hva en prioriterer å bruker tiden på. Negative holdninger til trening så ut til å by på utfordringer når en skulle opprettholde aktiviteten over tid. Rutinebrudd viste å destabilisere vedlikehold av endret atferd. Kom en ut av den "gode sirkelen" viste det seg vanskelig å komme inn igjen. Redusert årvåkenhet over tid ble rapportert som et problem, da kom en ut av kurs uten å være klar over det- eller en unngår og fornektet å registrere det. Dessuten syntes urealistiske og for høye mål å hemme vedlikehold. Funnene viste at informantene gir opp når målene ikke nås, eller når målet ikke er å endre atferd fordi det har en verdi i seg selv, men kun er et middel for vektnedgang. Et selvbilde preget av manglende opplevelse av kontroll så ut til å destabilisere, det samme gjør erfaringer med skam og opplevelsen av å være offer for andres blikk. De nærmeste kan dessuten ha saboterende

virkning på vedlikehold om de motarbeider endring, ved å ikke ønske å leve i tråd med den.

En samlet oppsummering kan antyde at destabiliserende forhold av betydning for vedlikehold kan være;

- Manglende mestringsstrategier for stress og emosjonelle vansker
- Kulturforskjeller gir spenning mellom gamle og nye vaner
- Krevende å presse kroppen med tanke på biologi og fysiolog
- Diskrepans mellom ens verdier og endringen
- Negative holdninger knyttet til ny atferd
- Brudd på rutiner og redusert årvåkenhet over tid
- Urealistiske og for høye mål
- Selvbilde preget av manglende opplevelse av kontroll
- Selvbilde knyttet til hvordan andre ser på en og skam
- Sabotører i det sosiokulturelle nettverket som ikke støtter endringen

6.2 Stabiliserende forhold

Funnene viste at endring av smakspreferanser etter en tid med sunn kost syntes å stabilisere vedlikehold. Den sunne maten ble foretrukket for en del av informantene etter hvert, og savnet etter den usunne avtok. Verdier som er i tråd med endringen viste å kunne bidra til at det er lettere å bruke det som kreves av tid for å vedlikeholde aktivtetsvaner. Positive holdninger til det å være i aktivitet og trene syntes å ha samme betydning, og ikke minst treningsglede. Dersom en er bevisst på betydningen av å holde på rutiner, og unngår rutinebrudd, antydet funnene at sjansen var større for å klare vedlikehold. Realistiske mål og mål om endring av levevaner heller enn vektning så også ut til å stabilisere vedlikehold. Dessuten viste funnene at en revurdering av selvbildet i tråd med endringen, og som bidrar til å øke opplevelsen av kontroll kan fremme vedlikehold. Dersom en frigjør seg fra de andres blikk – det objektive selvbilde syntes sjansen større for at en klarer å etterleve vaner over tid fordi det kan synes som å dempe opplevelsen av skam. Funnene om støtte fra profesjonelle, likemenn, familie og venner viste i hovedsak stabiliserende betydning- og kan bidra til å redusere destabiliserende faktorer som skam.

En samlet oppsummering kan antyde at stabiliserende forhold av betydning for vedlikehold kan være;

- Gradvis endring av smakspreferanser
- Verdier som er i tråd med endringen
- Positive holdninger til ny atferd, og treningsglede
- Bevisst betydningen av å opprettholde rutiner og strategier som en brukte i starten av endringen
- Realistiske mål, og mål om endring av levevaner heller enn vektnedgang
- Endret selvbilde og økt opplevelse av kontroll
- Selvbilde som er frigjort fra hva andre tenker om en
- Familie, venner, likemenn og profesjonelle som støtter opp om endringen

6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning

I lys av opptrappingen av forebyggende intervensjoner i form av Frisklivssentraler, er det essensielt å øke andelen som klarer å opprettholde endret atferd- hvis ikke har innsatsen begrenset hensikt, og kan bidra til redusert mestringsstro hos den enkelte. Den enkeltes helsefremmende kompetanse kan ikke styrkes uten en grunnleggende forståelse av kompleksiteten i forhold av betydning for vedlikehold. En forståelse basert på erfaringene til den som "kjenner det på kroppen" gir en brukerstyrt tilnærming i motsetning til en ekspertstyrt tilnærming. Manglende forståelse kan føre til unyansert fokusering på individets valg og moraliserende holdninger som ikke er forenelig med god, etisk praksis.

Studien er liten, men kan sett i lys av annen forskning og teori, antyde noen retninger for videre praksis, som en kan ta med i betraktningen i videreutvikling av det forebyggende arbeidet og livsstilsintervensjoner. En bør ikke undervurdere hvor komplekst og sammensatt det er å endre vaner som har fått virke gjennom et langt liv, og som er uløselig knyttet til en selv og selvoppfattelse. Av denne grunn kan det være hensiktsmessig å gi rom for individualisering som tar høyde for store ulikheter. Videre kan det fremme vedlikehold for enkelte å styrke mestringsferdigheter innen emosjonell regulering og stressdemping, samt reflektere over og styrke strategier en har for å løse problemer heller enn å fornekte. En diskusjon rundt hvilke verdier en vektlegger og som

virker styrende for prioritering av tid, og eventuelt en revurdering av disse verdiene, vil være aktuelt. Betydningen av å forberede seg på risikosituasjoner som ferier og sykdom kan være viktig, samt å være forberedt på at det er viktig å være årvåken for svingninger over lang tid, kanskje livet ut. Målene som settes er av stor betydning. For enkelte vil det være gunstig om målene er endring av vaner heller enn vektning, vektning kan bli en konsekvens heller enn et mål. Målene må være realistiske, oppnåelige og konkrete. Selvoppfattelse er av betydning, og det er viktig at helsepersonell bidrar i den grad det er mulig til å øke opplevelse av kontroll og tro på egen mestring. Helsepersonell har et viktig ansvar med å bidra til å dempe skam, både i forhold til nære relasjoner, men også i forhold til media og offentlighet for å nyansere helsebegrepet og redusere den stigmatisering som enkelte overvektige utsettes for i dagens samfunn. Sist men ikke minst viser studien at behovet for støtte over lang tid er viktig, både fra profesjonelle, likemenn, familie og venner. Det kan bidra til en bedre selvforståelse, samt å forstå betydningen av sine vaner og hjelp til å erstatte dem med mer konstruktive og bærekraftige handlingsmønstre. I den sammenhengen kan det kan være gunstig å skape arenaer der likemenn kan møtes over tid, samt involvere familie eller venner i prosessen. Det kan bidra til å snu eventuelle sabotører.

Det bør forskes videre på hvordan man kan øke mulighetene for å vedlikeholde endrede vaner. Vil mulighetene for vedlikehold av endrede vaner forsterkes ved å kunne kombinere livsstilskurs med mestringskurs rettet mot depresjoner, belastninger og stress? Man bør også intervjuet et større utvalg som opplever at de har suksess med atferdsendring og vedlikehold av denne, for å kartlegge hva som kjennetegner deres måte å håndtere endringsprosessen. Det kan virke motiverende å høre andres historier om suksess, og ved å løfte frem stemmene til de som klarer å gjøre endringen varig ville det kunne virke retningsgivende for andre som skal prøve. Det vil bidra positivt til faget med utvikling av teoretiske modeller som tar med i betraktningen hvor sammensatt endring av helseatferd kan oppleves for enkelte, modeller som er i tråd med et biopsykososialt helsesyn.

Litteraturliste:

- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bauer, I.M., Baumeister, R.F. (2011). Self-Regulatory Strength. Vohs, K.D. & Baumeister, R.F. (Red.) *Handbook of Self-Regulation* (s.64-82). New York: The Guilford Press.
- Borge, L., Christiansen, B., Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien*, 14, 14-22.
- Burmeister, J.M., Hinman, N., Koball, A., Hoffmann, D.A., Carels, R.A. (2012). Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite*, 60, 103-110. doi: 10.1016/j.appet.2012.09.013.
- Byrne, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*. Vol 27, 955-962. doi: 10.1038/sj.ijo.0802305
- Byrne, S. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1029-1036.
- Chambers, J.A., Swanson, V., (2012). Stories of weight management: Factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *British Journal Of Health Psychology*, 17, 223-243. Doi:10.1111/j.2044-8287.2011.02039.x
- Connor, M., Norman, P. (2005). *Predicting Health Behavior*. Berkshire: Open University Press.
- Conradt, M., Dierk, J-M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., Rief, W. (2008). Who Copes well? Obesity-Related Coping and Its Associations With Shame, Guilt, and Weight Loss. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1129-1144. Doi: 10.1002/jclp.20501
- Dalland, O., (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eccles, J. S., Wigfield, A. (2002). Motivational Beliefs, Values, and Goals. *Annual Reviews Psychology*, 53: 109-32.
- Feather, N.T., (1992). Values, valences, expectations, and actions. *Journal of social issue*, 48(2), 109-124.

- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på mestring*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk forlag.
- Garip, G., Yardley, L. (2011). A synthesis of qualitative research on overweight and obese people`s views and experiences of weight management. *Clinical obesity*, 1, 110-126. doi: 10.1111/j.1758-8111.2011.00021.x
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Green, J., Tones, K. (2010). *Health promotion. Planning and strategies*. London: SAGE Publications Ltd.
- Groven, K. S., Engelsrud, G. (2010). Dilemmas in the process of weight reduction: Exploring how women experience training as a means of losing weight. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5: 5125. doi: 10.3402/qhw.v5i2.5125.
- Helsedepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Departementet.
- Helsedirektoratet. (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre. Kortversjonen*. (Rundskriv IS-1755). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. (Rundskriv IS -1735). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2013a). *Veileder for kommunale Frisklivssentraler- Etablering og organisering*. (Rundskriv IS-1896). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2013b) *Frisklivssentraler*. Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Sider/default.aspx>
- Herman, C.P., Polivy, J. (2011). The Self-Regulation of eating. Theoretical and Practical Problems. Vohs, K.D. & Baumeister, R.F. (Red.) *Handbook of Self-Regulation* (s.522-536). New York: The Guilford Press.
- Hindle, L., Carpenter, C., (2011). An exploration of the experiences and perceptions of

people who have maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24, 342-350. doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01156.x

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lerdal, A. og Fagermoen, M.S. (2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Malterud, K., Ulriksen, K. (2009). "Norwegians fear fatness more than anything else"- A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81, 47-52. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.022

Nakken, C. (1996). *Avhengighet årsaker – utviklingsstadier – konsekvenser*. Center City: Hazelden Publishing & Educational Service.

Palmeira, A.L., Branco, T.L., Martins, S.C., Minderico, C.S., Silva, M.N., Vieira, P.N., Barata, J.T.,..... Teixeira, P.J. (2010). Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image*, 7, 187-193. doi: 10.1016/j.bodyim.2010.03.002

Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og adferdsendring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W.,.....Rossi, S.R. (1994). Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.D., Norcross, J. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114

Reyes, N.R., Oliver, T.L., Klotz, A.A., LaGrotte, C.A., Vander Veur, S.S., Virus, A., Bailer, B.A., Foster, G.D. (2012). Similarities and Differences between Weight Loss Maintainers and Regainers: A Qualitative Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. Vol 112(4), 499-505. Doi: 10.1016/j.jand.2011.11.014

- Rippe, J.M., McInnis, K.J., Melanson, K.J. (2001). Physician involvement in the management of obesity as a primary medical condition. *Obesity Research*, 9(4), 302-311.
- Rothman, A. (2000). Toward a Theory-Based Analysis of Behavioral Maintenance. *Health Psychology*, 19, 64-69.
- Rothman, A., Baldwin, A.S., Hertel, A. (2011). Self-Regulation and Behavior Change. Disentangling Behavioral Initiation and Behavioral Maintenance. Baumeister, R.F. & Vohs K.D. (Red.). *Handbook of self-regulation* (106 - 122). New York: The Guilford press.
- Rugseth, G. (2006). Når perspektivet endres. Fra fett til erfaring. *Fysioterapeuten*, 8, 17-21.
- Rugseth, G. (2011). *Overvekt som livserfaring. Et teoretisk – empirisk kunnskapsbidrag.* (Upublisert doktorgradsavhandling). Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo.
- Sarlio-Lahteenkorva, S. (1998). Relapse stories in obesity. *European journal of public health*, 8, 203-209.
- Shepperd, J.A., Rothman, A.J., Klein, W.M.P. (2011). Using self- and identity-regulation to promote health: Promises and challenges. *Self and Identity*, 10:3, 407-416. doi: 10.1080/15298868.2011.577198
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1-29. Doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
- Skårderud, F. (2000). *Uro*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Sui x, La Monte MJ, Laditka JN, Hardin JW, Chase N, Hooker SP, et al (2007). Cardiorespiratory fitness and adiposity as mortality predictors in older adults. *JAMA* 2007; 298 (21): 2507-16.
- Taylor, SE. (2012). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3. utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Thomsen, P. (2000). Exercise and Health: A review of the usefulness of behavioural change theories in helping patients to become habitually active. *International Journal of Health Promotion & Education*, 38 10-18.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tones, K. (1987) Devising strategies for preventing drug misuse: the role of the Health Action Model. *Health Education Research. Theory and Practice*, 2, 305-317.
- WHO (2002). *The world health report 2002- Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. WHO, Geneve.
- Wilson, G.T, Schlam, T. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychological Review*, 24, 361-378. doi: 10.1016/j.cpr.2004.03.003

Tittel	Forfatter	Publisert	Årstall	Søkemotor/-ord	Design
Stories of weight management: Factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance (1)	Chambers, Julie A. Swanson, Vivien	BRITISH JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY	2012	Isi Web of Science <i>Overweight, weight loss, maintenance, qualitative</i>	Kvalitative individuelle intervjuer med 20 voksne.
Similarities and Differences between Weight Loss Maintainers and Regainers: A Qualitative Analysis (2)	Reyes, NR Oliver, TL Klotz, AA LaGrotte, CA Vander Veur, SS Virus, A Bailer, BA Foster, GD	JOURNAL OF THE ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS	2012	Academic Search Premier <i>Obesity, maintenance- title Interview- text</i>	6 fokusgruppeintervjuer, totalt 29 personer.
Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study (3)	Byrne, S Cooper, Z Fairburn, C	INTERNATIONAL JOURNAL OF OBESITY	2003	Academic Search Premier og Scopus <i>Samme som ovenfor</i>	Individuelle- og gruppeintervju, totalt 76 kvinner
Relapse stories in obesity (4)	Sarlio-Lahteenkorva, S	EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	1998	Academic Search Premier og Scopus <i>Obesity, relapse- title Interview- text</i>	Dybdeintervjuer med 90 personer
An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss (5)	Hindle, L Carpenter, C	JOURNAL OF HUMAN NUTRITION AND DIETETICS	2011	Isi Web of Science <i>Overweight, weight loss, maintenance, qualitative</i>	Semitrukkerte intervjuer med 10 personer.
Når perspektivet endres: Fra fett til erfaring (6)	Rugseth, G	FYSIOTERAPEUTEN	2006	Norart <i>Overvekt</i>	Dybdeintervjuer med 2 kvinner
Overvekt som livserfaring (7)	Rugseth, G	Avhandling ved Det medisinske fakultet, UiO	2011	Tilsendt fra G. Rugseth	Observasjoner og intervjuer av og med 20 personer, i ulike kontekster
Motivasjon til livstilsendring hos personer med sykkelig overvekt (8)	Borge, L Christiansen, B Fagermoen, MS	Sykepleien forskning	2012	Norart <i>Overvekt</i>	Individuelle livsformintervjuer med 11 personer.
Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity (9)	Byrne, S	Journal of Psychosomatic Research	2002	Huket av på "finn lignende artikler" på art 3 av Byrne, Cooper 6 Fairburn.	Oppsummerer over 20 studier
A synthesis of qualitative research on overweight and obese people's views and experiences of weight management (10)	Garip, G Yardley, L	Clinical Obesity	2011	Google Scholar <i>Obese, lifestylechange, qualitative interviews, barriers</i>	En syntese av 17 studier, alle kvalitative.

Tabell 1; Oversikt over relevante artikler. (På alle søkene så huket jeg av på vitenskapelig artikkel.)



Region: REK vest	Sakbehandler: Anne Bent Kolmannskog	Telefon: 55978496	Vår dato: 03.04.2013	Vår referanse: 2013/367/REK vest
			Deres dato: 19.02.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Bjørn Karlsen
Universitetet i Stavanger

2013/367 Vedlikehold av livsstilsendring knyttet til kost og fysisk aktivitet hos personer med overvekt. En kvalitativ studie blant tidligere deltakere på livsstilskurs i kommunehelsetjenesten.

Forskningsansvarlig: Universitetet i Stavanger
Prosjektleder: Bjørn Karlsen

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 14.03.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Stavanger og Sandnes kommune har utviklet et livsstilskurs med fokus på kosthold og aktivitet for å støtte dem som ønsker å endre helseatferd. Erfaringene fra dette arbeidet viser at det er svært vanskelig å oppnå varig endring. Det er behov for mer kunnskap om hvordan det oppleves å vedlikeholde en endring, hva styrker og hva svekker prosessen? Denne studien vil gjennom kvalitative intervjuer med tidligere deltagere undersøke deltakernes erfaringer fra vedlikeholdsfasen.

Vurdering

Komiteen vurderer prosjektet som forsvarlig lagt opp og har ingen innvendinger til prosjektbeskrivelsen.

Samtykke

Deltakelse i prosjektet er samtykkebasert og komiteen mener prosjektleder viser god innsikt i de etiske utfordringer som er knyttet til rekruttering blant tidligere deltagere på livsstilskurset. Komiteen har derfor ingen innvendinger til den beskrevne rekrutteringsprosedyren.

Informasjonssikkerhet

Forskningsdata skal lagres etter interne rutiner ved Universitetet i Stavanger. Personidentifiserbare forskningsdata og koblingsnøkkel skal slettes straks det ikke lenger er behov for dem og senest fem år etter prosjektslutt. Ved eventuelt behov for lengre oppbevaring, må det sendes en velbegrunnet endringsøknad til REK. Prosjektslutt er satt til 31.12.2014.

Vedtak

REK Vest godkjenner prosjektet i samsvar med forelagt søknad.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 30.06.2015, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Besøksadresse:
Haukeland
Universitetssykehus,
Sentralblokken, 2. etg, Rom
4A17

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@iuh.no
Web: <http://helseforskning.etikk.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Jon Lekven
komitéleder

Anne Berit Kolmannskog
sekretariatsleder

Kopi til: post@uis.no

Forespørsel om deltagelse i en intervjuundersøkelse om erfaringer med vedlikehold av livsstilsendring etter fullført kommunalt livsstilskurs.

Bakgrunn og hensikt

Dette er spørsmål til deg som har deltatt på livsstilskurs i Sandnes eller Stavanger kommune om å delta i en intervjuundersøkelse om dine erfaringer med å vedlikeholde livsstilsendringer i henhold til kosthold og fysisk aktivitet.

Det er du som sitter inne med verdifull kunnskap om hvordan det er å vedlikeholde de endringene du gjorde i kursperioden. Jeg ønsker derfor med denne undersøkelsen å få innsikt i dine erfaringer om dette emnet, både det som oppleves utfordrende og det som hjelper deg i prosessen. Begge deler vil være et viktig bidrag for å gi økt innsikt i dette emnet for helsepersonell som jobber innen feltet.

Mitt navn er Cecilie H. Sevild. Jeg er en del av teamet på kurset i Stavanger kommune og er for tiden masterstudent ved Institutt for helsefag på Universitetet i Stavanger. I forbindelse med masterstudiet arbeider jeg med en oppgave om endring av kost- og aktivitetsvaner, med fokus på vedlikehold av endringene over tid. Min veileder er førsteamanuensis Bjørg Karlsen.

Hva innebærer studien for deg?

Selve intervjuet vil ha form av en samtale og vil dreie seg om ulike tema knyttet til vedlikehold av livsstilsendringen. Intervjuet vil vare ca en time, og samtalen vil bli tatt opp lydbånd. Du velger selv hvor og når intervjuene skal finne sted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen fra deg vil brukes i tråd med hensikten med studien, og vil behandles konfidensielt. Alle innsamlede opplysninger anonymiseres, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av undersøkelsen når disse publiseres. All informasjon du bidrar med til undersøkelsen vil bli behandlet med respekt for personvern og i samsvar med lover og forskrifter. Etter at masteroppgaven er fullført, senest høsten 2014, vil alle opplysninger bli slettet.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, er det fint at du undertegner samtykkeerklæringen på neste side og returnerer den i den vedlagte frankerte konvolutten. Du vil deretter bli kontaktet av undertegnede for å avtale nærmere tidspunkt og sted for intervjuet. Hvis du har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på tlf: 51 50 80 14 / 91 55 04 87.

Med vennlig hilsen

Cecilie H. Sevild
Masterstudent

Samtykke til deltakelse i intervjuundersøkelsen om erfaringer med vedlikehold av livsstilsendringer etter kommunalt livsstilskurs.

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien. Jeg samtykker også at jeg kan kontaktes i ettertid slik at eventuell 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)

Nr	Alder	Arbeid	Bosituasjon	Startet på kurs
1	41	Ja	Gift, 4 barn, et fosterbarn	02.2012
2	57	Ja	Bor alene	09.2010
3	61	Nei	Gift, voksne barn	02.2010
4	50	Ufør	Gift, et barn igjen hjemme	02.2012
5	40	Ja	Gift, to små barn	02.2012
6	49	Ja	Gift, et barn hjemme	09.2009

Tabell 1, Informasjon om informantene