

Helsefremming hos overvektige deltakere ved Frisklivssentral – en kvalitativ studie



Foto: Karoline Heggøy

Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Master i helsefremmende arbeid

Karoline Heggøy

Februar 2016

Antall ord: 17 271

<i>Forfatter</i>	Karoline Heggøy
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helsevitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helsefremmende arbeid
<i>Veileder</i>	Liv Hanson Ausland
<i>Innleveringsdato</i>	15.02.2016
<i>Oppgavens tittel</i>	Helsefremming hos overvektige deltakere ved Frisklivssentral – en kvalitativ studie
<i>Antall ord</i>	17 271
<i>Søkeord</i>	Fremme helse, helsefremming, livsstilsendring, overvekt, Frisklivssentral, salutogenese, self-efficacy

Sammendrag

Bakgrunn: I tråd med økende grad av overvekt og livsstilssykdommer i befolkningen er det en helsepolitisk satsning å øke det helsefremmende arbeidet i landets kommuner.

Frisklivssentraler er en arena for dette arbeidet, og bistår mennesker som ønsker å gjøre livsstilsendringer.

Formål: Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke faktorer som kan bidra til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring for overvektige deltakere ved Frisklivssentral.

Tema: Basert på en salutogen modell for utforskning av helse undersøkes hvilke faktorer som bidrar til å fremme mestring og gode valg og således bedre egen helse.

Teori: Oppgaven baserer seg på teorigrunnlag fra salutogenese og self-efficacy teori.

Metode: Det benyttes kvalitativ metode, to fokusgruppeintervjuer er gjennomført.

Datamateriale ble analysert gjennom en tverrgående datastyrt analyse.

Funn: Funnene viser at faktorer som bidrar til å fremme mestring hovedsakelig er motivasjon, sosial støtte og proaktivitet. Faktorer som bidrar til å gjøre gode valg ble beskrevet å være opplevelse av muligheter, det å oppsøke hjelp samt å sette mål.

Det ble tydelig at faktorer som bidrar til å fremme mestring og gode valg i forbindelse med livsstilsendring i stor grad handler om prosesser i individet, og det opplevde miljøet en befinner seg i. Mestring og gode valg ble av informantene beskrevet som nært knyttet sammen og med en gjensidig forsterkende effekt.

Konklusjon: Livsstilsendring for de overvektige er mer enn endret kosthold og økt aktivitet, det mentale og det sosiale aspekt er av stor betydning for en positiv prosess. Å gjøre

livsstilsendringer er utfordrende og krevende, og det synes betydningsfullt at hjelpeapparatet og individene forstår viktigheten av den mentale delen.

Abstract

Background: Considering the increasing prevalence of overweight and disease related to lifestyle in the population it is a health politic commitment to increase health promotion in Norwegian municipalities. “Frisklivssentraler” - Healthy living centers is an arena for this work, and assists people who wish to do lifestyle changes.

Purpose: the purpose of this study was to examine which factors who can contribute to promote health associated with lifestyle change for the overweight participants by Frisklivssentralen.

Theme: Based on a salutogenic model for exploration of health examines which factors who contributes to promote coping and appropriate choices, and thus promote own health.

Theory: This thesis is based on theory from salutogenesis and self-efficacy.

Methods: Qualitative methods is used, two focus group interviews have been completed. The data material has been analyzed by a transverse data controlled analyze.

Results: The result show that factors which contributes to promote coping is mainly motivation, social support and pro-activity. Factors which contributes to do appropriate choices was described to be the experience to have possibilities, to consult help and to set goals.

It was clear that factors which contributes to promote coping and appropriate choices related to lifestyle change largely is about processes in the individual and the perceived setting. Coping and appropriate choices was by the informants described as closely related and with a mutual reinforcing effect.

Conclusions: Lifestyle change for those overweight is more than changed diet and increased activity, the mental and social aspects are of great importance for a positive process. To do lifestyle changes is challenging and demanding and it seems significant that the support system and individual understands the importance of the mental part.

Keywords: promote health, health promotion, lifestyle change, overweight, Frisklivssentral/Healthy living center, salutogenesis, self-efficacy

Forord

“*Nothing in the world is worth having or worth doing unless it means effort, pain, difficulty...*” har Theodore Roosevelt i sin tid sagt. Noen sitater kan sies å være universelle og tidløse, og dette er en av dem. Det er ikke til å legge skjul på at til tider har denne masteroppgaven vært en belastning, ikke i seg selv, men som sjonglert med det øvrige i livet har følt som det evigvarende punktet på «må gjøres» listen som ikke kan strykes ut. Likevel har det vært i tråd med mine forventninger at det skulle bli, og være en utfordring med alle de positive sider det har med seg. For jeg har lært en hel masse og kost meg med arbeidet også. Og takk og lov for at jeg har hatt det øvrige i livet; familien min, fritiden min og jobben min.

Å ta mastergraden på deltid ved det som nå er Høyskolen i Sørøst-Norge har vært en givende tid. Veldig spennende og kjekt å treffe så kompetente fagfolk og medstudenter med ulike faglige bakgrunner. Det har vært utgangspunkt for mange gode og givende diskusjoner. Jeg minnes da jeg begynte på bachelorgraden min sammen med studenter som hadde arbeidserfaring å spille på – hvordan de benyttet den inn i studiene sine. Og jeg minnes når jeg var ferdig, og etter bare en kort stund i fulltidsarbeid lot meg fascinere av hvordan «livet og læren» sjongleres. Her er min masteravhandling der jeg drar veksler på alle deler; akademisk og arbeidserfaring, teori og praksis.

Først og fremst tusen takk til informantene som gjør at dette produktet kunne bli til!

Liv Hanson Ausland, min veileder – takk for dine tilbakemeldinger og din tydelighet som utfordrer og bidrar til læring og vekst!

Også takk til dere som har heiet på meg underveis – jeg setter pris på det og på dere!

Bergen, Februar 2016

Karoline Heggøy

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	1
Abstract.....	3
Forord.....	4
1. Innledning.....	7
2. Kunnskapsstatus.....	10
3. Problemstilling.....	13
4. Bakgrunnskunnskap og teori.....	14
4.1 Frisklivssentralen i Bergen.....	14
4.2 Helsebegrepet og helsefremmende arbeid.....	16
4.3 Salutogenese.....	17
4.4 Self –efficacy.....	19
5. Metode.....	20
5.1 Utvalg til fokusgruppene.....	20
5.2 Fokusgruppeintervju som forskningsmetode.....	21
5.3 Planlegging og gjennomføring.....	22
5.4 Transkribering.....	23
5.5 Egen rolle.....	24
5.6 Nærhet versus distanse.....	24
5.7 Førforståelse og selvrefleksjon.....	26
5.8 Analyse.....	26
5.9 Etske vurderinger og betraktninger.....	28
6. Funn.....	29
6.1 Forståelse og opplevelse av helse.....	30
6.2 Faktorer som bidrar til å fremme mestring.....	30
6.2.1 Motivasjon bidrar til å fremme mestring.....	31
6.2.2 Sosial støtte bidrar til å fremme mestring.....	32
6.2.3 Proaktivitet bidrar til å fremme mestring.....	34
6.3 Faktorer som bidrar til å gjøre gode valg.....	35
6.3.1 Opplevelse av muligheter bidrar til å gjøre gode valg.....	36

6.3.2	Å oppsøke hjelp bidrar til å gjøre gode valg.....	37
6.3.3	Å sette mål bidrar til å gjøre gode valg.....	38
6.4	Oppsummering av funn.....	40
7.	Drøfting	40
7.1	Å påvirke egen helse.....	40
7.2	Alt henger sammen med alt.....	41
7.3	Konstruktiv kognisjon og spenningsregulering.....	45
7.4	Forventninger forut for atferd og resultat.....	47
7.5	Helse som et produkt av felleskap med andre mennesker.....	48
7.6	Implikasjoner for Frisklivssentraler.....	50
7.7	Med et kritisk blikk på det teoretiske fundament og prosjektet.....	51
8.	Avsluttende betraktninger.....	52
	Litteraturliste.....	54

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Tilbakemelding fra NSD

1. INNLEDNING

Det er over et tiår siden overvekt med de helserisikoer det bærer med seg ble fremholdt å være en folkehelseutfordring for store deler av verden (James, Leach, Kalamara, & Shayeghi, 2001). Den negative utviklingen har de siste årene vedvart; tall fra Folkehelseinstituttet viser at stadig flere voksne passerer grensen for det som av WHO er definert som overvekt og fedme, og vektøkningen er raskest blant unge voksne (Folkehelseinstituttet, 2012).

Utvikling av overvekt handler i stor grad om livsstil. Livsstil omtales gjerne som atferdsmønstre, i helsesammenheng ofte forbundet med atferd knyttet til risiko for livsstilssykdommer. Naturlige tema kan da være kosthold, fysisk aktivitet og røyking.

I tråd med økende grad av livsstilssykdommer og økende grad av sosial ulikhet i helse har den norske helsepolitikken det siste tiåret i økende grad vektlagt helsefremmende arbeid i tillegg til det forebyggende og behandlende. Styrking av det helsefremmende arbeid har blitt trukket frem som vesentlig i dokumenter som blant annet Stortingsmelding 16 (Helsedepartementet, 2003), Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og Folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

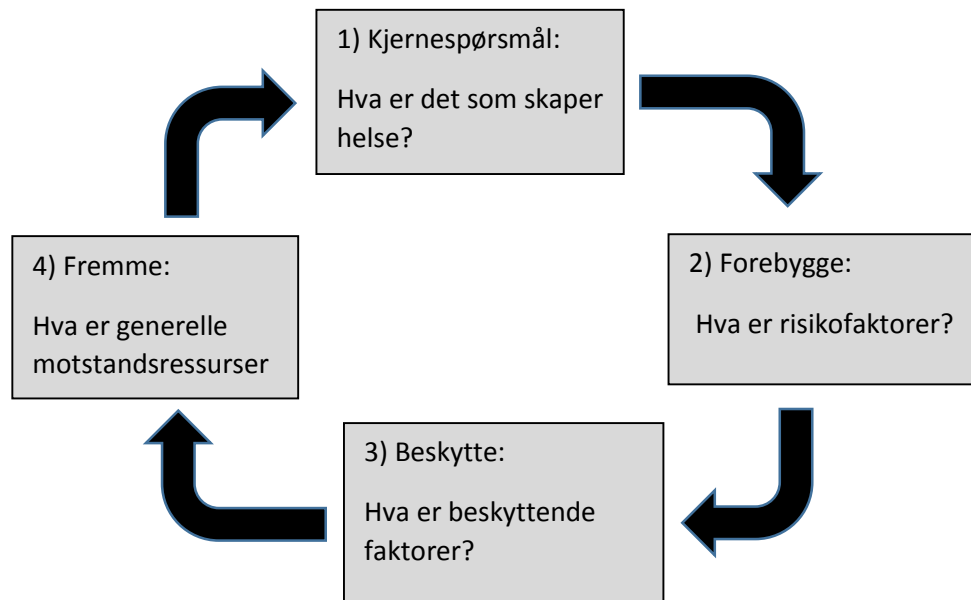
Landets kommuner skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) etablere tjenester som fremmer helse og forebygger sykdom, skade og sosiale problemer. Et tiltak i tråd med dette er etablering av Frisklivssentraler i stadig flere av landets kommuner. Frisklivssentralen er en kommunal helsetjeneste og det er ønskelig at landets Frisklivssentraler jobber forebyggende og helsefremmende for å bidra til bedre levevaner (Helsedirektoratet, 2013).

Helsedirektoratet har utviklet en veileder for etablering og drift av Frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2013) og i denne tydeliggjøres det at «*Frisklivssentraler skal benytte en salutogen tilnærming der fokus rettes mot faktorer som fremmer helse og mestring, og mot individuelle mestringsressurser*». Teorien om salutogenese (Antonovsky, 1979) presenterer et perspektiv på psykisk og fysisk velvære ved å fokusere på å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære.

En salutogen modell for utforskning av helse er lansert av Lindström, Eriksson og Wikström (Lindström, Eriksson, & Sjøbu, 2015) og denne kan sies å illustrere hvordan Frisklivssentralen kan arbeide i tråd med veilederen. I denne sammenheng synes det vesentlig å poengtere at modellen og bruk av den er ikke representert i Helsedirektoratets veileder. I lys

av prosjektet kan den synes som et godt hjelpemiddel som kan bidra til å sikre at Frisklivssentraler kan benytte en salutogen tilnærming slik veilederen postulerer, og videre som et bidrag til å illustrere sammenhenger.

Figur 1: en salutogen modell for utforsking av helse



(Lindström et al., 2015)

Dette masterprosjektet har til hensikt å belyse hvilke faktorer som bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring for deltakere hos Frisklivssentralen i Bergen. Denne Frisklivssentralen har en definert målgruppe; mennesker med en kroppsmasseindeks (KMI) mellom 25 og 35 som er definert som overvekt (WHO, 2015).

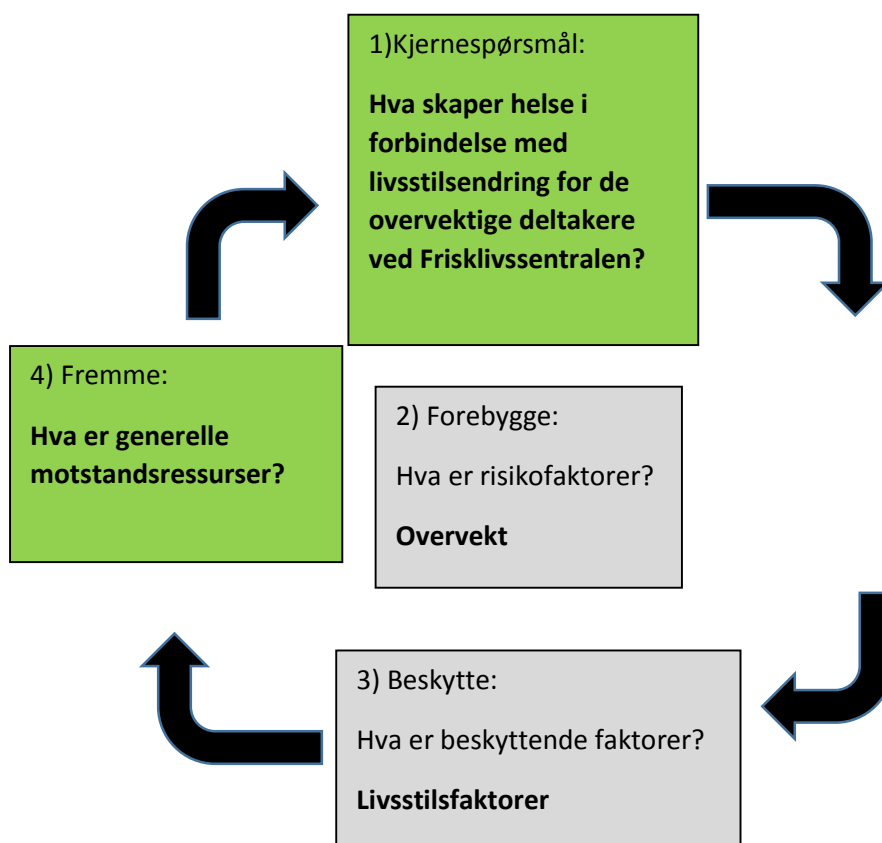
Forskningen må ta hensyn til både risikoer og ressurser parallelt for å kunne kalle seg salutogen (Lindström et al., 2015). For målgruppen definert for dette prosjektet er overvekt felles risikofaktor. Overvekt øker sjansen for å bevege seg mot den patogene pol på helsekontinuumet da det gir økt risiko for blant annet diabetes type 2, hjerte- og karsykdom og visse type kreft (WHO, 2015). De beskyttende faktorer for overvekt handler i stor grad om å endre livsstilsvaner, det vil virke både forebyggende og beskyttende for de overvektige.

En viktig presisering i denne sammenheng er at det er ikke blitt undersøkt videre hva som er risikofaktorer eller forebyggingsfaktorer. Dette da det medfører at fokus står i fare for å bevege seg bort fra det helsefremmende aspekt og inn i et hav av potensielt patogene faktorer og prosesser (Krüger, 2000; WHO, 2015). Videre kan det argumenteres for at helsevesenet forøvrig i stor grad driver med forebygging, så når Frisklivssentralen har blitt tildelt ansvar

for å drive helsefremmende arbeid er det viktig at det blir gjort nettopp det, og ikke ender opp som «bare» forebygging.

Bruk av modellen er altså ment til å skissere at dette er en risikoutsatt gruppe, som kan forebygge ytterligere økt KMI gjennom livsstils intervensjon (punkt 2 og 3). Med tanke på deres objektive risikobilde ønsket jeg å undersøke hvilke faktorer som bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring for de overvektige deltakerne ved Frisklivscentralen. Muligens kan innblikk i det bidra til å utligne/reducere helserisikoen gjennom egne helsefremmende prosesser. Det blir altså primært fokusert på spørsmål 1 og 4 i modellen. Dette prosjektet tar utgangspunkt i, og kan illustreres gjennom den salutogene modell for utforskning av helse (Lindström et al., 2015). Tilpasset dette prosjektet blir den da seende slik ut:

Figur 2: den salutogene modell for utforskning av helse tilpasset prosjektet



Problemstilling og forskningsspørsmål blir presentert i kapittel 3, modellen er ment til å både bidra til innsikt i dem, samt synliggjøre potensielle sammenhenger på bakgrunn av modellen som et teoretisk rammeverk.

2. KUNNSKAPSSTATUS

Det fremstår som om det i forhold til Frisklivssentraler og tiltak for å bedre livsstil primært er gjort forskning som bygger på evalueringer og resultater i forhold til vektnedgang og bedring av fysisk kapasitet i form av kondisjon og styrke (Helsedirektoratet, 2014). Nasjonalt kunnskapscenter har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjort en systematisk gjennomgang av, og oppsummert forskning basert på 38 studier om effekter av organisert oppfølging for å fremme endring av fysisk aktivitet og kosthold, altså tiltak tilsvarende de som benyttes i Frisklivssentraler (Denison, Vist, Underland, & Berg, 2012). Tiltak for å fremme fysisk aktivitet har størst omfang av dokumentasjon, men rapporten konkluderer med at det er stor usikkerhet knyttet til om, og i hvilken grad tiltak (individuell og gruppebasert rådgivning, deltakelse i veiledet trening) bidrar til økt fysisk aktivitet og/eller bedret kosthold.

En randomisert, kontrollert studie fra et oppfølgingstilbud i Sverige (Eriksson et al., 2010) viste signifikante effekter på kondisjon, midjemål, blodtrykk og helserelatert livskvalitet etter tre måneder med strukturert, gruppebasert trening og kostholdsveiledning. En kunnskapsoppsummering fra senter for helsefremmende forskning ved HiST/NTNU konkluderer med at «trening på resept» har effekt i form av økt aktivitetsnivå og bedret fysisk form på kort og mellomlang sikt (Oldervoll & Lillefjell, 2011). En studie fra Frisklivssentralene i Nordland og Buskerud viste at oppfølging kan gi bedret fysisk form, redusert vekt og økt selvpålevd helse (Helgerud & Eithun, 2010). I Sverige og Danmark er det forsket på fysisk aktivitet på resept og kommet frem til at et slikt tilbud hever aktivitetsnivået, og at det er mer effektivt enn muntlig rådgivning (Kallings, 2010). I denne sammenheng synes det hensiktsmessig å påpeke at Frisklivssentral ikke er et internasjonalt fenomen, hvilket i praksis betyr at det kan finnes forskning som belyser effekt av lignende tiltak uten at det fremgår i denne kunnskapsoversikten.

Det ser ut til at det er gjort mindre kvalitativ forskning om er rettet mot deltakerne og deres opplevelser og erfaringer med denne helsetjenesten. Det blir til dels undersøkt i en

arbeidsrapport (Båtevik, Tønnesen, Barstad, Bergem, & Aarflot, 2008), men hovedfunnene om deltakernes erfaringer kom frem gjennom kvantitative data. En fersk norsk studie (Folling, Solbjør, & Helvik, 2015) undersøkte hvordan deltakere i et livsstils-intervensjonsprogram hos en Frisklivssentral beskrev tidligere livserfaringer relatert til det å gjøre livsstilsendringer. 23 informanter ble dybdeintervjuet og studien konkluderer med at deltakerne har opplevelsen av å være låst i gamle vaner, og at det sammen med betydelig emosjonell bagasje gjør livsstilsendring vanskelig. Denne Frisklivssentralen hadde ikke en spesifikk målgruppe, men 83% av informantene hadde KMI i kategoriene overvekt eller fedme. En lignende kvalitativ studie er gjort med 11 informanter der hensikten var blant annet å få kunnskap om hva som bidrar til å motivere personer med sykkelig overvekt for livsstilsendring i hverdagen (Borge, Christiansen, & Fagermoen, 2012). Denne konkluderte blant annet med at motivasjon til livsstilsendring kom først når helseplagene ble for store, at kognitiv teori kan være nyttig i endringsprosessen og at selvhjelpsgrupper kan fungere som et støttende og motiverende nettverk.

Endel masteroppgaver har de senere år blitt skrevet om Frisklivssentraler. Temaene er i all hovedsak relatert til aktivitetsvaner, samarbeid med øvrige helsetjenester og frivillighetssektoren, og det politiske aspekt i forbindelse med samhandlingsreformen og forebyggende helsearbeid i kommunesektoren. 4 kvalitative studier med relevans ble funnet.

I en oppgave der deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en Frisklivssentral ble undersøkt ble det basert på 8 dybdeintervjuer fremstilt følgende hovedfunn; støtte og hjelp, faglig oppfølging, fellesskap og trening gir resultater. Disse faktorene bidrar til motivasjon til å gjøre livsstilsendring (Sælø, 2013).

En annen oppgave hadde som formål å undersøke tidligere deltakeres erfaringer med å gjøre og opprettholde livsstilsendringer. 15 tidligere informanter ble dybdeintervjuet og studien viser at endring av atferd er en dynamisk prosess bestående av motivasjon, motstand og utfordringer. Vilje, ansvar og innsats blir trukket frem som avgjørende for å lykkes (Bolstad, 2015).

Den tredje undersøkte hvilke erfaringer deltakere har ett år etter avsluttet oppfølging basert på 6 dybdeintervju. Informantene var mellom 44-67 år og rekruttert fra 3 ulike Frisklivssentraler i Oslo og Akershus. Hovedtema i beskrivelser av erfaringer var blant annet mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktiviteter og opplevelse av

felleskap og annerkjennelse. Det blir trukket frem som særlig viktig å tilby tjenester som ivaretar psykiske og sosiale behov hos deltakerne (Anderberg, 2014).

Den fjerde masteroppgaven hadde til hensikt å skape forståelse for aspekter som oppleves som vesentlige for å opprettholde livsstilsendringer over tid (Eliassen, 2014). 5 informanter ble intervjuet ett år etter endt oppfølging. Det konkluderes med at veien mot varige livsstilsendringer bestod av en prosess hvor sosiale relasjoner, kroppslig læring og mestring var essensielt.

Det kan sies å enda være et behov for kvalitativ forskning for å få en bredere og dypere forståelse og innsikt i deltakernes opplevelser. Det blir fremholdt som viktig av blant annet Langeland (Langeland, 2009) i forhold til å kunne si mer om betydningen av en salutogen tilnærming i helsefremming.

Gjennom forskning får en forståelse for at SOC er av stor betydning for psykisk helse (Eriksson & Lindstrom, 2005; Langeland et al., 2006; Langeland & Vinje, 2013; Lerdal et al., 2011). SOC er nært beslektet med opplevd helse, spesielt psykisk. SOC kan være i stand til å predikere helse og er en sterk bidragsyter for utvikling og opprettholdelse av folks helse.

SOC korrelerer positivt med tendens til helserelatert atferd; jo høyere SOC, jo høyere tendens til positiv helseatferd i form av gode spise og aktivitetsvaner samt positive holdninger (Ahola et al., 2012; Binkowska-Bury & Januszewicz, 2010; Lindmark, Stegmayr, Nilsson, Lindahl, & Johansson, 2005; Posadzki, Stockl, Musonda, & Tsouroufli, 2010; Sanden-Eriksson, 2000; Wainwright et al., 2007).

Studier som tar for seg SOC knyttet til fysisk aktivitet har i høy grad konsistente funn; høy grad av SOC påvirker fysisk aktivitetsvaner i positiv retning og virkningen går også motsatt vei; fysisk aktivitet bidrar til høyere SOC (Bronikowski, 2010; Kuuppelomäki & Utriainen, 2003; Sollerhed, Ejlertsson, & Apitzsch, 2005).

Det synes å være enighet om at SOC og salutogen tilnærming til helse og livsstilsfaktorer er av stor betydning for å bedre helse og helseatferd; oversikter viser at SOC har en relativt høy evne til å predikere livskvalitet og helse både i kort- og langtidsperspektiv (Eriksson & Lindstrom, 2006, 2007).

Forskning peker videre på sosial støtte som en faktor som bidrar til å fremme helse i prosessen med livsstilsendring. I en studie av 215 pasienter som deltok i et program for helsefremming i primærhelsetjenesten ble det undersøkt blant annet hvilken betydning self-

efficacy og sosial støtte har for motivasjon til endring og livsstilsendring. Sammenhenger ble undersøkt blant annet i forhold til mengde og type mat og aktivitetsvaner. Atferdsendring kunne i liten grad predikeres av sosial støtte og self-efficacy, men når motivasjon ble tatt inn i regresjonsanalysen resulterte det i signifikante prediksjoner, hvilket tyder på at motivasjon er en viktig variabel i forhold til atferdsendring (Kelly, Zyzanski, & Alemagno, 1991). En oversiktsartikkel (Callaghan & Morrissey, 1993) adresserer viktigheten av sosial støtte for helse, basert på medisinsk, psykologisk og sosiologisk forskning. Litteraturen peker også på at sosial støtte er av betydning for å oppnå og opprettholde bedret helseatferd (House, Robbins, & Metzner, 1982; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996).

Helsedirektoratet fremhever at det er behov for mer kunnskap om effekt, og at Frisklivssentraler kan være en viktig arena og bidragsyter i forhold til forskning, innovasjon og utviklingsarbeid (Helsedirektoratet, 2014). Basert på presentert forskning kan det sies å foreligge dokumentasjon på at en salutogen tilnærming er hensiktsmessig, og at tiltak hos Frisklivssentraler har større eller mindre grad av effekt. Det synes å være mindre kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til å fremme mestring og gjøre gode valg i forbindelse med livsstilsendring med oppfølging hos Frisklivssentral.

3. PROBLEMSTILLING

Denne masteroppgaven ønsker å undersøke følgende problemstilling:

Hvilke faktorer bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring for de overvektige deltakere ved Frisklivssentralen?

Forskningsspørsmål som er ment til å utdype forståelsen problemstillingen:

- 1) Hvilke faktorer bidrar til å fremme mestring?
- 2) Hvilke faktorer bidrar til å gjøre gode valg?

Gode valg forstås her som bevisste helsefremmende valg som tar sikte på å bedre egen fysisk og psykisk helse (og dermed redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom) samt øke trivsel og mestring. Helsefremming på individnivå handler blant annet om tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet og muligheter for å mestre de belastninger en utsettes for. Livsstilsendring forstås her som en gradvis endring av atferd der bevissthet og aktive valg kan sies å ha stor betydning for prosessen. Med tanke på dette fremstår mestring og gode valg som to sentrale komponenter i forbindelse med livsstilsendring, og derfor er

forskningsspørsmålene formulert slik heller enn ordrett «hva er generelle motstandsressurser» slik den salutogene modellen formulerer det. Det som kommer frem av funnene på forskningsspørsmålene kan sies å belyse hva som er generelle motstandsressurser, uten at det på noen måte er heldekkende for tema eller blitt snakket om i de termer.

Å få innsikt i forskningsspørsmålene kan tenkes å ha praktiske konsekvenser for arbeidet hos og med Frisklivssentraler; for å kunne arbeide helsefremmende med en utsatt gruppe er det nyttig å vite noe om hvilke faktorer som bidrar til å fremme gode valg og mestring.

Videre er spennende å utforske hva målgruppen hos Frisklivssentralen anser som helsefremmende med tanke på at Helsedirektoratet gir føringer om at det skal arbeides salutogent uten at det kan sies å vite hva deltakerne opplever som salutogent.

4. BAKGRUNNSKUNNSKAP OG TEORI

I veilederen blir det fremhevet at «*Det er individet selv som er den aktive, og som eier endringsprosessen. Målet er å styrke deltakeren som aktør i eget liv, gjennom å bidra til økt tillit til egen mestring, fremme indre motivasjon gjennom kompetanse, tilhørighet og autonomi, bedre funksjonsevne og bedre fysisk og psykisk helse*» (Helsedirektoratet, 2013).

Dette synliggjør at flere teoretiske perspektiver er av relevans, som for eksempel selvbestemmelsesteori (Deci & Ryan, 1985), stadiemodellen/den transteoretiske modell (Prochaska & Velicer, 1997) og empowerment (Koelen & Lindström, 2005). Det vil i det følgende først bli gitt en beskrivelse av settingen dette prosjektet har hentet sitt datamateriale fra, og deretter vil det på bakgrunn av forskningsspørsmålene bli redegjort for de teorier som fremstår som mest sentrale i dette prosjektet.

4.1 Frisklivssentralen i Bergen

Ifølge Helsenorge er det i 2015 omlag 210 Frisklivssentraler i Norge, hvilket gjør denne settingen til en aktuell arena for mange (Helsenorge, 2015). På bakgrunn av blant annet demografiske, økonomiske og praktiske forhold er det likevel slik at i praksisen i de ulike kommunene synes å ha stor variasjonsbredde. Dermed synes det vesentlig å gi utfyllende informasjon om den aktuelle settingen som prosjektet har hentet sitt datamateriale fra.

Frisklivssentralen i Bergen gir tilbud til personer som har overvekt med den målsetning å bedre helse gjennom endring av levevaner innenfor kosthold, aktivitet, planlegging og struktur. Det fokuseres på mestring, støtte og kunnskap for at deltakerne skal lykkes med sin livsstilsendring. I tråd med helsefremmende tenkning fokuseres det på positive, dynamiske og myndiggjørende aspekter (WHO, 1986) med den ambisjon å gi individer evne og myndighet til å bedre egne helsedeterminanter.

Potensielle deltakere kan sende inn egenerklæringsskjema som ligger på Frisklivssentralens hjemmeside. Det er ikke behov for henvisning fra lege, men endel deltakere blir likevel rekruttert via fastlege da de informerer om Frisklivssentralen til deres pasienter som er i målgruppen: Frisklivssentralen gir tilbud til personer over 18 år med bostedsadresse i Bergen kommune som har KMI mellom 25 og 35. I noen tilfeller kan det også være aktuelt å gi tilbud til dem med KMI opp til 40 dersom de er uten sykdom, og ikke ivaretas av spesialisthelsetjenesten.

Deltakere blir i første omgang fordelt til de ansatte veilederne som kontakter deltakerne for en samtale der det blir gitt utfyllende informasjon om tilbudet, og den enkeltes utfordringer knyttet til livsstil satt søkelys på. Deltakerne tar selv stilling til hvor mye av tilbudet vedkommende ønsker å ta del i og manifesterer det i en kontrakt som synliggjør hvilke turer, treninger og kurs han/hun skal delta på. Tilbud om oppfølging fra Frisklivssentralen går over 6 måneder og omfatter

- Individuelle samtaler med veileder: i møte med den enkelte deltaker vektlegger den ansatte i Frisklivssentralen i tråd med veilederens anbefalinger «*det er individet selv som er den aktive, og som eier endringsprosessene*» (Helsedirektoratet, 2013) den enkeltes ressurser og hvordan de best kan organiseres og benyttes i arbeidet med livsstilsendring. Videre fokuseres det på etablering av, og arbeid med mål og deltakerens opplevelse av egen endringsprosess. Intensjonen er å ansvarlig- og bemyndiggjøre deltakerne i arbeidet med egen livsstilsendring. Vanligvis har deltakere 3-5 samtaler i løpet av 6 måneder, dette tilpasses til den enkeltes opplevde ønsker og behov.
- Tur og trening i gruppe: faste ukentlige turer ledet av veileder ved Frisklivssentralen, og treningstilbud 3 ganger i uken. Treningene går til samme tid og på samme sted ukentlig og er ledet av veileder ved Frisklivssentralen. Hensikt med treningene er å øke fysisk kapasitet og legge til rette for mestring i treningssituasjon.

- Deltakelse på teorikurs: tilbud om deltakelse på 2 timer undervisning innenfor temaene kosthold/ernæring, fysisk aktivitet, motivasjon og mestring, endring og struktur og øvrige livsstilsfaktorer.

4.2 Helsebegrepet og helsefremmende arbeid

Det finnes ulike oppfatninger av helse. WHO definerte opprinnelig helse som «fullstendig fysisk, psykisk, mentalt og sosialt velbefinnende» (WHO, 1986), men har siden også brukt «evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv» (WHO, 1986). En lignende definisjon er lansert av Hjort «helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Mæland, 2005). Denne definisjonen kan sies å være i tråd med helsefremmende arbeid og den salutogen tilnærming der fokuset, selv med varierende livsbetingelser er å se på helse som en ressurs.

Helse kan sees på som en ressurs for hverdagslivet – en positiv ressurs som vektlegger sosiale og personlige ressurser så vel som fysisk kapasitet. Dette fremholdes i Ottawa-charteret (WHO, 1986). Andre kjerneelementer og strategier i helsefremmende arbeid er blant annet at det behøves en reorientering av helsetjenesten, at det er ønskelig å utvikle personlige ferdigheter (WHO, 1986) og at sammensatte tiltak i definerte miljøer og settinger har best effekt (WHO, 1991).

Helse skapes innenfor settinger der hvor folk bor, arbeider, leker og elsker (WHO, 1986). I helsefremmende arbeid beskrives settinger som der hvor helse skapes og utvikles.

Settingsbegrepet blir brukt til å beskrive situasjoner hvor to eller flere mennesker møtes og samhandler. Begrepet beskriver også steder med en gitt fysisk utforming hvor deltakerne medvirker i bestemte aktiviteter og har bestemte roller i bestemte tidsintervaller (Rønningen, 2003). Det kan synes som om intensjonene for Frisklivssentralenes arbeid er i tråd med, og bygger på grunnleggende helsefremmende prinsipper, og således som en egnet setting for praktisk helsefremmende arbeid i Norge. Frisklivssentralene skal ha fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse, og det (skal) benyttes en salutogen tilnærming (Helsedirektoratet, 2013). Dette er også i tråd med fundamentet og hensiktsmessig tilnærming for godt helsefremmende arbeid. Health promotion (HP) defineres som healthy public policy (HPP) + health education (HE) (Green & Tones, 2010). Det helsefremmende arbeidet i Frisklivssentraler tufter på HPP (gjennom styrende helsepolitiske dokumenter) og praktisk

drives det blant annet HE (i form av opplysning, bevisstgjøring og læring av teoretiske og praktiske ferdigheter).

I boken «Helse på norsk» (Fugelli & Ingstad, 2009) har forfatterne samlet nordmenns forestillinger om helse og peker på at fagmiljøer og helsemyndigheter som planlegger helsefremmende prosjekter bedre vil kunne forstå seg på brukeren etter å ha lest boken. Forfatterne påpeker at deres ambisjon er ikke å utarbeide folkets helsedefinisjon, men å bidra med en folkelig nyansering av de helsedefinisjoner som finnes. Det synliggjør helse som et subjektivt begrep og en individuell opplevelse. I helse på norsk (Fugelli & Ingstad, 2009) blir trivsel trukket frem som overordnet helsefølelse. I tillegg til trivsel blir helse også beskrevet som likevekt, helhet, tilpasning, funksjon, å bevege seg mot mål, livskraft og motstandskraft samt fravær tanker om helse og fravær av sykdom.

Helsedefinisjoner og beskrivelser kan sies å innebære både fysiske og psykiske aspekter. I en helhetlig teori om mennesket som vektlegger at det mentale og kroppslige henger nøye sammen inngår det en forståelse av at det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom fysisk og psykisk helse (WHO, 2001).

4.3 Salutogenese

Med en salutogen tilnærming fokuseres det på hva som fremmer god fysisk og psykisk helse og gir individer økt mestring og velvære (Antonovsky & Lev, 2000). Istedet for å klassifisere mennesker som friske eller syke (dikotomi) beskriver salutogenese helse som et kontinuum og søker etter faktorer som bidrar til at en beveger seg mot en høyere grad av helse. Salutogenese er således en motsatsteori til patogenesen som vektlegger årsaker til sykdom. Samtidig kan salutogenese og patogenese operere parallelt i tråd med metaforen om helse i livets elv (Antonovsky & Sjøbu, 2012). En salutogen forståelse av helse innebærer at god helse er å håndtere, forstå og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter, samt ha overskudd til hverdagens krav (Antonovsky, 1979). Antonovsky var opptatt av hva som skaper helse, og ressursperspektivet er vesentlig i en salutogen tilnærming.

Helseforløpet kan sies å være en læringsprosess hvor vi reflekterer over hva som bidrar til helse, hvilke muligheter der er, og hva som vil gi økt livskvalitet. Antonovsky selv var opptatt av å stille spørsmål om dette, for som han sa; «hvis vi aldri stiller spørsmål, får vi heller ingen svar» (Lindström et al., 2015).

Antonovsky's teori om salutogenese var den første modellen og teorien som systematisk utforsket helse i betydningen utvikling i retning helse på kontinuumet mellom helse og uhelse (Antonovsky, 1979). Det finnes også andre teorier som følger den salutogene tankegang, men det er Antonovsky's teoretiske modell som hevdes å være en av de mest solide teorier og med forskningsfunn som støtter opp under at dette er en effektiv tilnærming til helsefremmende arbeid (Lindström et al., 2015).

Sense of coherence (SOC) er et av nøkkelbegrepene i teorien om salutogenese. Det defineres som

En generell innstilling som sier noe om i hvilken grad man har en gjennomgående, bestandig, men også dynamisk tillit til at 1) stimuli i ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, 2) at man har ressurser nok til å kunne håndtere kravene som disse stimuliene stiller, og 3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 1987).

På norsk omtales SOC som opplevelse av sammenheng, og denne består altså av de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Livsinnstillingen som SOC representerer er en måte å tenke, være og handle på, som også dreier seg om individets samspill med omgivelsene (Lindström et al., 2015). Alle tre dimensjoner samspiller med hverandre, men den viktigste hevdes å være motivasjonsfaktoren som ligger i meningsfullhet-komponenten (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Med mening er individet tilbøyelig til å skape struktur og lete etter ressurser – altså styrke forståelighet og håndterbarhet.

Å ha en sterk SOC er å være motivert for å takle stress, å ha tro på at en kan forstå og at ressurser er tilgjengelige. Det dreier seg om individets mulighet til å forstå sin egen situasjon, og til å finne mening i å bevege seg i helsefremmende retning; å ha kapasitet til å foreta seg helsefremmende handlinger (Tellnes, 2007).

Et annet nøkkelbegrep i Antonovsky's teori om salutogenese er generelle motstandsressurser. Generelle motstandsressurser er forutsetninger for utviklingen av opplevelse av sammenheng (SOC) og dreier seg om ressurser i individet i kraft av personlighet og kapasitet, og i tillegg både nære og fjerne omgivelser og som materielle og ikke-materielle kvaliteter ved personen og samfunnet en er en del av (Lindström et al., 2015). I litteraturen blir motstands- og mestringsressurser brukt om hverandre, og eksempler på disse kan være kultur, sosiale relasjoner, religion, meningsfylte aktiviteter. Mestringsressursene er foranderlige og kan ikke fremstilles i en komplett liste da samspillet mellom individ og omgivelser alltid vil være i

forandring. Antonovsky's definisjon for å identifisere mestringsressurser var «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» (Antonovsky, 1979).

Motstandsressurser og SOC er knyttet sammen på den måten at jo høyere grad av motstandsressurser individer opplever å ha potensielt tilgjengelig og kan anvende, jo bedre SOC og høyere grad av helse vil personen oppleve (Antonovsky, 1987).

4.4 Self-efficacy

Dette begrepet, på norsk ofte omtalt som mestringstro eller mestringsforventning er sentralt i Banduras sosial-kognitive teori (Bandura, 1997). Bandura hevder at tiltro til egen mestringsevne påvirker hvordan individer selv vurderer sine sjanser for å lykkes. Hans teori har blant annet vært grunnlag i intervensjonsstudier med positive resultater for ulike grupper av kronisk syke der en har vektlagt å styrke mestringstro (Marks & Allegrante, 2005). En positiv forventning om å mestre innenfor et område bygges først og fremst opp gjennom at individet opplever reelle eller autentiske mestringsopplevelser fra dette området (Bandura, 1997). Videre beskriver Bandura hvordan det å lykkes med oppgaver bygger opp en robust forventning om å mestre lignende oppgaver i fremtiden. Gjentatte opplevelser av nederlag undergraver derimot forventningen om mestring, og kan hindre individer fra å ta fatt på oppgaver de ikke har mestringstro til.

Det er viktig å få kunnskap om mestringsforventning og hvordan den positive forventningsprosessen kommer i stand, forsterkes og bli varig. Denne kunnskapen kan tenkes å hjelpe både «hjelpere» og de som søker hjelp på den måten at de blir bevisst på hvordan en kan bedre prestasjonsnivået sitt i ulike situasjoner.

Mestringsforventning varierer i styrke, i generalitet og i grad (Bandura, 1997), og mestringsforventning er således ikke en stabil egenskap men situasjons- og kontekstavhengig.

Mestringsforventning kan påvirke helsetilstanden både fysisk og psykisk, og forskning har vist at individer med høy mestringsforventning er mer tilbøyelige til å gjennomføre endringer som skal til for å bli frisk eller rehabilitert (Manger & Wormnes, 2015). Teorien om mestringsforventning synes sentral i forbindelse med livsstilsendring da den virker på kognitiv bearbeiding, emosjoner, motivasjon og gjennom valgprosesser (Zimmerman, Bandura, & Martinez-Pons, 1992).

5. METODE

Her beskrives vitenskapsteoretisk forankring, metodevalg, planlegging og gjennomføring av prosjektet samt etiske betraktninger. I dette prosjektet innehar jeg rolle både som forsker og som ansatt ved Frisklivssentralen i Bergen, med de utfordringer og muligheter det gir. Dette påvirker alle sider ved prosjektet og blir spesielt redegjort for i kapittel 5.5-5.7. Fremstilling av metode og gjennomføring gjøres med den intensjon at prosjektet skal være så transparent som mulig.

På bakgrunn av oppgavens forskningsspørsmål og ønsket om å undersøke hvilke faktorer som bidrar til å fremme mestring og gode valg er kvalitativ metodetilnærming blitt vurdert til å være mest hensiktsmessig. Dette prosjektet har innhentet sitt kvalitative datamateriale gjennom fokusgruppeintervjuer.

5.1 Utvalg til fokusgruppene

Det ble til dette prosjektet gjort et strategisk utvalg, med den hensikt å potensielt kunne styrke validiteten av de empiriske data (Malterud, 2012). Utvalget ble hensiktsmessig søkt sammensatt slik at det kunne inneholde, og gi materiale om deltakeres tanker og meninger om faktorer som bidrar til å fremme mestring, og faktorer som bidrar til å kunne gjøre gode valg. Det var ønskelig å få flest mulig til å dele mest mulig av sine erfaringer som fremsto med relevans så informasjonsrikdom samt bredde i meninger og erfaringer var et overordnet mål for fokusgruppeintervjuene.

Følgende utvalgsriterier ble lagt til grunn for utvelgelse av informanter:

- Tidligere deltaker hos Frisklivssentralen i minimum 3 måneder som hadde deltatt på alle 3 deler av tiltak, altså individuell oppfølging, kurs og trening. Dette for å sikre at informantene hadde relevante erfaringer og opplevelser
- Ønske om bredde i alder; inviterte informanter med stor spredning i alder; yngste informant som deltok i studien er 26 år, eldste 70 år
- Deltakere som hadde fått oppfølging av ulike veiledere ved Frisklivssentralen
- Ønske om deltakelse av begge kjønn; av det totale antall informanter 12 er det 5 kvinner og 7 menn representert

I metodelitteraturen om fokusgrupper synes det å være stor variasjonsbredde når det gjelder antall grupper. Generelle prinsipper for utvalgsstørrelse i kvalitative studier vektlegger

studiens problemstilling, kvalitet og relevans av de empiriske data (Malterud, 2012). Det ble tatt sikte på å oppnå tilstrekkelig empirisk materiale basert på to fokusgrupper, med en plan om å utvide til tre dersom datamaterialet syntes for lite etter gjennomføring med de to. Etter gjennomføring og transkribering av datamaterialet fra to fokusgruppeintervju fremsto det som om jeg hadde tilstrekkelig materiale.

Det var ønskelig med to fokusgrupper bestående av ikke for mange, ei heller for få deltakere. Dette da det søkes tilstrekkelig og rikholdig materialet i forhold til det som ønskes belyst samtidig som at det er overkommelige mengder til å kunne gjøre en god kvalitativ analyse. Basert på anbefalinger i litteraturen søkte jeg å etablere to grupper med 5-8 deltakere i hver (Kitzinger, 1995; Krueger & Casey, 2009).

Det ble i første omgang sendt ut invitasjon til deltakelse i studien pr brev (vedlegg 1) til 22 potensielle informanter basert på utvalgskriteriene, med det ønske og håp om å greie å rekruttere informanter tilstrekkelig til to fokusgrupper. 12 samtykket. Videre ble deltakerne fordelt til grupper etter hvilken ettermiddag de kunne delta, og dermed ble den ene gruppen på 5 informanter og den andre på 7.

5.2 Fokusgruppeintervju som forskningsmetode

Fokusgruppeintervju fremheves som spesielt godt egnet dersom en ønsker å belyse holdninger, erfaringer og synspunkt, samt ved evaluering av erfaringer innen tiltak og organisasjoner (Malterud, 2012). Fokusgrupper hevdes videre å være egnet når en vil studere fenomener som gjelder felles erfaringer og en populær metode for å undersøke menneskers forståelse for helseatferd (Kitzinger, 1995). Fokusgruppeintervjuer gjennomføres for å gi bedre forståelse av interesseområde (Krueger & Casey, 2009). Hensikten med prosjektet var å få frem bredde, forstå og få innsikt i hvordan informantene opplever situasjoner i forbindelse med livsstilsendringen sin, ikke å bli i stand til å trekke slutninger og generalisere. Dette fokusgruppestudiet kan dermed sies å være av eksplorerende art.

For informantene i fokusgruppene har selve intervjuperioden hos Frisklivssentralen gitt noen felles erfaringer i form av deltakelse på teorikurs og trening samt individuell oppfølging. Det synes viktig å være klar over det sosiale aspektet ved å velge å intervju en gruppe; det kan tenkes at opplevd gruppepress eller maktfordeling blant informantene fører til kunstig konformitet eller at nyanser av virkelighetsoppfatninger ikke får komme frem i lyset.

Samtidig hevdes at de potensielt mange stemmene i fokusgruppeintervjuer er denne type forsknings viktigste styrke (Malterud, 2012). Dette til tross; det er ikke utenkelig at individuelle dybdeintervjuer hadde gitt mer, og eventuelt annen informasjon. Med tanke på mitt ståsted i prosjektet (se 5.5-5.7) syntes det å velge fokusgruppeintervjuer fordelaktig på den måten at det gav meg som forsker muligheten til å trekke meg tilbake og bevisst innta en ordstyrer-rolle, og på den måten påvirke svar i minst mulig grad.

Den enkeltes opplevelser og erfaringer i sin relasjon til veileder, egen prosess og i etterkant av perioden kan være svært forskjellig. Med tanke på dette er det å benytte fokusgrupper også hensiktsmessig på den måten at antall informanter blir flere, og dermed forhåpentligvis informasjonsrikdommen og bredden i materialet større enn ved individuelle dybdeintervju med langt færre deltakere. Det å dele av sine erfaringer og synspunkter i en gruppe med mennesker som informantene var vant med å omgås kan også tenkes å oppleves mer «ufarlig» enn i individuelle dybdeintervjuer. Makt-aspektet synes også å være mindre fremtredende i en gruppe enn i intervjusituasjon ansatt Frisklivssentralen og informant.

Det som i særlig skiller fokusgruppeintervjuer fra individuelle intervjuer er potensiale for samhandling deltakerne imellom, noe som jeg ønsket å fasilitere til; gjennom samhandling og deltakelse i diskusjoner ga deltakerne hverandre assosiasjoner som bidro til å synliggjøre like og ulike opplevelser, der relevante og konkrete historier kom frem i diskusjonene. Det var til tider en utfordring å balansere dette med å styre gruppen i den forstand at det var ønskelig å holde seg til gitte tema og unngå for mange og store avsporinger. Samtidig hevdes det at data fra fokusgruppediskusjonen blir bedre egnet for analyse når deltakerne presenterer personlige opplevelser med høy grad av integritet enn om de uttrykker mer generelle meninger og synspunkter (Malterud, 2012), dermed var det et poeng å la flest mulig få dele mest mulig av sine erfaringer som fremsto med relevans.

5.3 Planlegging og gjennomføring av intervjuene

For å rekruttere deltakere til studien fikk jeg tillatelse av leder ved Frisklivssentralen til å henvende meg og forespørre aktuelle deltakere. Utvalg ble gjort som redegjort for i kapittel 5.1 og fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på Frisklivssentralen. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og samtlige av de som hadde samtykket møtte til avtalt tid. Sekvensene åpnet med en innledning fra meg der jeg gjorde rede for salutogenese som begrep, samt generell informasjon om studien, ivaretagelse av anonymitet og muligheten til å trekke seg. Deltakerne

ble også forespeilet, både i informasjonsskriv og ved oppstart av intervjuet at det var beregnet til å vare omtrentlig halvannen time. Som forsker på eget felt syntes det viktig å poengtere min rolle under selv intervjuet; jeg var da ingens veileder, men en fasilitator for samtale og diskusjon.

Intervjuene ble utført med en intervjuguide som grunnlag (vedlegg 2). Den kan sies å være semistrukturert hvilket innebærer at den fremhever og sikrer at bestemte tema og spørsmål ble tatt opp og spurt om, samtidig som det ble tilført aktuelle oppfølgingsspørsmål underveis. (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009; Repstad, 2007). Den interne validiteten (forsøk på å besvare hva er dette sant om) er forsøkt optimalisert gjennom spørsmål i intervjuguiden og ikke minst gjennomføringen av intervjuene, der felles forståelse av hva som ønskes avdekket står sentralt. Oppfølgingsspørsmål for konkretisering ble mye brukt for å få informantene til å utdype og diskutere sammen, så i praksis ble intervjuguiden mer en huskeliste for tema heller enn en liste spørsmål jeg måtte igjennom. Dette kan sies å illustrere betydningen av fleksibilitet i intervjusituasjonen (Repstad, 2007).

Underveis i intervjuene gjorde jeg notater om dynamikk og gruppeprosess. Det som umiddelbart fremsto som verdifullt i forhold til meningsmangfold og uttrykk for erfaringer var den flyt i diskusjon som jeg erfarte, trolig på bakgrunn av at de fleste informantene hadde truffet hverandre før. Intervjuene bar lite preg av sjenanse, tilbakeholdenhet og usikkerhet – noe som muligens kan bidra til å styrke validiteten av datamaterialet.

Det ene intervjuet varte i én time og 10 minutter, det andre i én time og 25 minutter.

5.4 Transkribering

Jeg transkriberte de to intervjuene like i etterkant av gjennomføring. Det ble gjort i detaljert form med registrering av pauser, latter, kremtelyder og lignende. Å oversette tale- til skriftspråk gjør dem bedre egnet for analyse og det er lettere å få oversikt. Jeg valgte å transkribere ord for ord med den intensjon å holde transkripsjonen så virkelighetsnært uttalelsene som mulig. Dette bidrar også til å øke transkripsjonens pålitelighet (Kvale et al., 2009). Gjennom dette arbeidet ble betydningen av oppfølgingsspørsmål for å avklare forståelse tydelig. Det nonverbale språket som jeg hadde gjort notater om underveis kan sies å samsvare med det som kom frem i lydfilene i form av pauser for eksempel der det ble gjort nikkning som uttrykk for samtykke og konsensus.

5.5 Egen rolle

Som veileder ved Frisklivssentralen har jeg møtt flere av informantene i løpet av deres oppfølgingsperiode hos Frisklivssentralen – både individuelt i samtale, som underviser på teorikursene som deltakerne går på, og på trening. I så måte har jeg utviklet relasjoner på ulike arenaer. Det synes viktig å poengtere at forskningen til dette prosjektet er avgrenset til selve fokusgruppeintervjuene; i det daglige virke, i mitt møte med deltakerne har jeg ikke tatt noen observatør-/forskerrolle. Dette ble presisert innledningsvis i intervjuene – at (dobbel)rollen min var situasjonsbestemt. I praksis synes det likevel vanskelig å skille disse, både for meg som forsker og for deltakerne, noe jeg som forsker har vært observant på. En viktig presisering i denne sammenheng er at invitasjon til å delta i studien ble sendt ut mot slutten av informantenes oppfølgingsperiode hvilket innebærer at ingen av informantene hadde oppfølgingsperiode hos Frisklivssentralen når datainnsamling ble gjort. Samtidig var dette noe som i utvikling av intervjuguiden i stor grad var bestemmende for spørsmålsstilling; å stille åpne, objektive spørsmål uten at det medfører objektivitet da det både er urealistisk og heller ikke intensjonen med intervjuene.

5.6 Nærhet versus distanse

Som forsker er det nødvendig med en refleksiv tilnærming til hvordan en påvirker informasjonen som samles inn. Å forske «på hjemmebane» er noe som problematiseres i metodelitteratur (Repstad, 2007; Wadel, 1991) og endel betraktninger synes dermed helt nødvendig.

Å opprettholde distanse og upartiskhet er alltid en utfordring i kvalitative studier (Repstad, 2007), og det kan sies å bli en enda større utfordring å gjøre studien metodisk forsvarlig når jeg har etablerte relasjoner til noen i miljøet som det forskes i. Det anbefales ikke å engasjere seg i slik forskning dersom utfallet av forskningen kan få sterke konsekvenser for forskeren (Repstad, 2007). Dermed synes det av avgjørende karakter å poengtere at funn i fokusgruppeintervjuene ikke får konsekvenser for meg og/eller Frisklivssentralen i Bergen sitt daglige virke. Funnene har ei heller til å formål å avdekke hvordan verden faktisk er, men utvide forståelsen for hvilke faktorer deltakere opplever som betydningsfulle for å fremme helse, mestring og gode valg.

Som forsker påvirker man – og blir påvirket. Min tilstedeværelse påvirker både situasjonen og dermed informantenes atferd, og med et kritisk blikk på egen rolle kan det argumenteres for at min distanse til dem det forskes på er for liten, og at det kan påvirke funnenes validitet. Dette da mitt forhold til dem påvirker hva slags informasjon jeg får; det kan tenkes at informantene vil forsøke å gi det de tror er ønskelig svar og unngå å uttale meninger som de opplever som ufordelaktige i denne sammenheng. Til tross for at jeg har gitt uttrykk for ulike roller i ulike situasjoner og at min rolle som forsker er situasjonsbestemt kan det også tenkes at informantene bevisst eller ubevisst kjenner på en maktdimensjon i situasjonen ettersom jeg ikke er en nøytral tredjepart. I intervjusituasjonen blir det også fra forskers side utøvd makt i den forstand at jeg bevisst styrer samtalene på den måten at jeg for eksempel kan sette strek for diskusjon for å komme videre. For å minimere slik påvirkning var jeg bevisst tilbakeholdene i intervjuene slik at diskusjoner og meningsyttringer skulle få plass, og på den måten øke informantenes opplevelse av at det ikke skulle være noe sensur.

I forhold til valg av ord hadde jeg også med meg en bevissthet; blant annet var salutogenese ikke et ord jeg benyttet i spørsmålsstilling da det ikke er gitt at informantene har forstått betydningen av det til tross for at det ble informert om innledningsvis. Et lettfattelig språk uten akademisk preg var noe jeg benyttet i håp om en grunnleggende felles forståelse av hva det ble snakket om gjennom hele fokusgruppeintervjuet.

Potensielle svakheter til tross – det å gjennomføre en fokusgruppestudie «på hjemmebane» har også potensielle styrker. Som deltaker i kraft av min veilederrolle står jeg i posisjon til å «gå sammen» med informantene, og i intervjuene undersøke sammen, og stille gode oppfølgingsspørsmål fordi jeg til dels har tatt del i de beskrivelsene som kommer. Det å ha førstehåndskjennskap til drift; i praksis hva informantene har vært med på, og hvordan det er organisert gjør meg muligens i stand til å forstå hva som blir beskrevet, og på den måten kanskje også til å unngå feilslutninger og misforståelser – både gjennom å stille avklarende oppfølgingsspørsmål i intervjuene og når analysearbeidet skal gjøres.

En annen mulig fordel med at informantene har kjennskap til meg er større eller mindre grad av tillit som kan resultere i at det for informanter oppleves som lettere og tryggere å åpne seg, med de fordeler det medfører for informasjonsrikdom.

Dette er teoretiske funderinger av betydning (Repstad, 2007). I den grad jeg kan bedømme det som kom frem i intervjuene fremstod det som om informantene ærlig og uten opplevelse av begrensninger fortalte om sine erfaringer og synspunkt.

5.7 Førforståelse og selvrefleksjon

Min interesse for den salutogene tankegang i kombinasjon med livsstil springer ut fra flere forhold; min faglige bakgrunn med blant annet positiv psykologi og coaching, helsefremmende arbeid som fagdisiplin og min jobb som veileder ved Frisklivssentralen i Bergen. Jeg opplever at det å ha en salutogen innfallsvinkel kan sies å (fremdeles) representere en noe utradisjonell tilnærming i helsevesenet. På Frisklivssentralen er vi opptatt av helsebegrepet i tråd med ressursperspektivet; hvordan kan individer bedre egen helse basert på de forutsetninger som er og med de ressurser den enkelte har tilgjengelig. Dette prosjektet er således gjort på bakgrunn av et helsefremmende perspektiv hvor helse sees på som en ressurs for å håndtere hverdagens krav og utfordringer.

Antonovsky har selv beskrevet betydningen av den salutogene tilnærmingen og dette prosjektet best; «den salutogene tilnærmingen garanterer ikke at man finner en løsning på alle problemer i et menneskes komplekse liv, men det fører i hvert fall til en dypere forståelse og mer kunnskap, som er en forutsetning for å bevege seg i retning av helseenden av kontinuumet» (Antonovsky & Sjøbu, 2012). I så måte synes det riktig og viktig å avdekke et utvalg deltakers tanker omkring forskningsspørsmålene; hvilke faktorer som bidrar til å fremme mestring, og hvilke faktorer som bidrar til å gjøre gode valg.

Kvalitativ forskning preges av nærhet til informanter. Det er viktig at jeg som forsker investerer tid og krefter for å etablere optimal nærhet for slik å få tilgang på rikt datamateriale (Malterud, 2011). Da relasjoner allerede var etablert både til meg og blant deltakere i fokusgruppen syntes det uproblematisk, noe som også kom frem i analysearbeidet av datamaterialet ettersom det var stort. Samtidig kan nærhet være utfordrende metodisk, som gjort rede for hovedsakelig i kapittel 5.6.

5.8 Analyse

Analysen foregikk gjennom flere trinn: Jeg lokaliserte relevante utsagt knyttet til forskningsspørsmålene og de meningsbærende enheter identifisert gjennom at materialet ble lyttet til, lest og bearbeidet. Jeg valgte å samle informantenes utsagn i forhold til mer generelle tema enn å følge spørsmålene i intervjuguiden. Dette da det fremsto som i større grad i tråd med de tema som informantene var opptatt av og diskuterte mye, samt mer hensiktsmessig i forhold til koding.

Det ble gjort en meningsfortetting av de meningsbærende enheter, som videre ble kodet og deretter plassert i kategorier slik et utdrag av analysetabellen her illustrerer:

Tabell 1: Utdrag av analyse

Meningsbærende enhet	Meningsfortetting	Kode	Kategori
Her går vi og har vondt og svetter og blir forbanna, men kommer likevel, fordi det gir et fellesskap	Fellesskap	Sosial støtte	Mestring
Vi er flinke å støtte hverandre. Hvis jeg er deppa så kan han støtte meg, og hvis han er kan jeg støtte ham	Gjensidighet		
Å snakke med likesinnede – det synes jeg har vært godt og viktig	Likesinnede		
Jeg må gjøre alt jeg kan for å presse grensene for hva jeg får til, og bruke meg selv	Å bruke seg selv	Proaktivitet	
Jeg har satt opp en plan..og bestemt meg for å fortsette	Plan		
Du må ville det og ønske det og forstå at det er opp til deg selv	Ansvars plassering		

Formål med kvalitativ analyse er å avdekke mening (Kvale et al., 2009). Her beskrives analysen av det innsamlede datamaterialet. I etterkant av intervjuene begynte jeg med å lytte til dem, samtidig som jeg noterte det som fremsto som betydningsfulle stikkord underveis. Deretter ble intervjuene transkribert som beskrevet i kapittel 5.4.

Å benytte en tematisk, tverrgående og datastyrt analyse ble vurdert til å være det mest hensiktsmessige. En tematisk analyse synes egnet for å knytte funnene til problemstillingen (Repstad, 2007). Målet er da å sammenfatte deltakernes fortellinger på en måte som kan lede til nye beskrivelser av de fenomener som gruppediskusjonene skal belyse (Malterud, 2012).

Etter å ha gjort et forsøk på analyse oppdaget jeg manglende godt samsvar mellom datamateriale og problemstilling: I utgangspunktet var dette fokusgruppestudie tenkt å undersøke hvordan deltakere ved Frisklivssentralen opplever en tilnærming med hovedfokus på deres ressurser. I etterkant av intervjuene reflekterte jeg over informantenes svar på

spørsmål, og deres felles refleksjon; den dreide seg i all hovedsak om deres opplevelse av egen livsstilsendring, og hvilke faktorer som fremmet helse i forbindelse med det. Jeg forsøkte å analysere datamaterialet og gjennom den prosessen ble det klart for meg basert på analysert datamaterialet og egne notater fra intervjuene at informantene svarte på, og var mer opptatt av annen vinkling enn den jeg opprinnelig hadde. Det medførte at jeg ikke var i stand til å svare godt på egen problemstilling. Dette resulterte i skifte av problemstilling og forskningsspørsmål for å kunne være i stand til å svare godt på det. I tråd med teori om kvalitativ forskning som blant annet kjennetegnes av at de ulike fasene glir over i hverandre (Repstad, 2007) ble avklaring av problemstilling til parallelt med at analysen ble bygget opp. Dermed ble det gjort ny analyse av datamaterialet med utgangspunkt i problemstilling om hvilke faktorer som bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring for de overvektige deltakere ved Frisklivssentralen.

5.9 Etske vurderinger og betraktninger

Etikk griper inn i alle stadier i en forskningsprosess (Kvale et al., 2009). I arbeidet med en kvalitativ studie er det viktig å inneha en etisk bevissthet i forhold til at et forskningsintervju baserer seg på en relasjon mellom informanter og forsker. Spesielt min dobbeltrolle i dette prosjektet reiser etiske spørsmål og vurderinger slik redegjort for i kapittel 5.5 og 5.6.

I invitasjon til å delta (vedlegg 1) ble det tydeliggjort at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg når de selv måtte ønske uten å oppgi noen spesifikk grunn for dette. Ved å svare på invitasjonen gå deltakerne sitt skriftlige informerte samtykke til deltakelse i studien.

Informantenes anonymitet har blitt ivaretatt gjennom hele prosessen gjennom at personopplysninger og datamaterialet er oppbevart slik at det ikke på noen måte kommer på avveie, og kun er tilgjengelig for meg. Meldeplikten til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) er overholdt og prosjektet godkjent (vedlegg 3). Informasjon om frivillighet og anonymitet ble gjentatt muntlig før intervjuene startet. Min taushetsplikt ble poengtert. Jeg kan ikke pålegge noen taushetsplikt, men oppfordret alle til etisk bevissthet omkring det som ble sagt i intervjuene; av respekt for med-informanter skulle det ikke deles med andre i etterkant.

Som forsker skal man vurdere hvilke mulige konsekvenser deltakelse i studien kan ha for informantene (Kvale et al., 2009). I utgangspunktet synes det ikke å være noen negative

konsekvenser beheftet med deltakelse i denne studien. Dette var noe som ble informert om i forkant av intervjuene også; at informantenes rolle og status som deltaker ved Frisklivssentralen ville ikke bli påvirket av hva som måtte komme frem i løpet av intervjuene.

Under hele prosjektet er det kun meg som forsker som har tilgang til datamaterialet, noe som bidrar til å ivareta konfidensialiteten, og når oppgaven ferdigstilles blir alt intervjumateriell slettet.

Analysen og fremstilling av funn er forskers produkt, også her griper etikken inn; bevissthet om at den naturalistiske tilnæringsmåten setter krav til korrekt gjengivelse av subjektets egen fortelling som sannhet (Kvale et al., 2009).

6. FUNN

Informantene til fokusgruppestudien gir i denne delen sine svar på hvilke faktorer som bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring for de overvektige deltakere ved Frisklivssentralen.

De kommende beskrivelser av funn er organisert i tråd med forskningsspørsmålene om

- Hvilke faktorer bidrar til å fremme mestring?
- Hvilke faktorer bidrar til å gjøre gode valg?

Funn delen baserer seg på analysen av datamaterialet og fremstiller informantenes beskrivelser.

Intervju av de to fokusgruppene ble relativt like på den måten at det var stor variasjonsbredde i meninger, eksempler og historier. I det videre presenteres funnene som belyser studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Det som ble tydelig er at det er mange faktorer som kan bidra til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring for de overvektige, og disse faktorene kan med fordel sees i sammenheng da de i større eller mindre grad er overlappende og står i et mer eller mindre gjensidig påvirkningsforhold til hverandre. Problemstilling og forskningsspørsmål blir i det videre fremstilt integrert.

6.1 Forståelse og opplevelse av helse

Helsebegrepet kan sies å være grunnleggende i teorien om salutogenese, og med et ønske om å belyse hvilke faktorer som bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring framstod det som vesentlig at vi innad i gruppen fikk en bevissthet og forståelse for hvordan informantene forstod begrepet.

Helsebegrepet og opplevelse av helse var noe som informantene svarte intuitivt på, og umiddelbart kom det beskrivelser som kan sies å synliggjøre helse som et positivt begrep. Funksjon, kapasitet, aktiv, trivsel, glede og energi var ord som gikk igjen i beskrivelsene. Informantene var opptatt av differensiering, at det var ulike grader av helse og sykdom. Videre poengterte informantene sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse, og at helse også innebærer å beherske sykdom. Helse ble tråd med teori og definisjoner på helse beskrevet som en subjektiv opplevelse.

Helse som fenomen ble også fremholdt å ha en sosial komponent, der beskrivelsen og betydningen av å ha noen andre og være en del av et større hele er av avgjørende betydning for helsen. Det ble satt ord på hvordan livsstil kan være en prediktor for grad av helse og uhelse – det også fysisk som psykisk.

I tråd med salutogenese beskrev informantene altså gjennom sine fremstillinger helse som i all hovedsak et positivt begrep og som en variabel, der kapasitet og opplevelse av å ha det bra med den helse en har er av stor betydning:

«Helse er å ha det bra (...) jeg er ikke så opptatt av at det nødvendigvis er overskudd.. mer å unngå å bli passivisert, bare sitte i ro og gjøre ingenting.. så å være aktiv og i stand til å oppsøke andre. Å ha det tåelig bra med seg selv, altså en kan godt være syk å ha god helse. Sånn ser jeg på det, og sånn må jeg se på det. Jeg kan ha god helse selv om jeg er syk, i hvertfall så lenge jeg er frisk nok til å ha litt overskudd.. til å treffe andre mennesker, kunne være sosial»

6.2 Faktorer som bidrar til å fremme mestring

Det kom frem i begge fokusgruppeintervjuene at mestring var helt sentralt for å makte å holde på med livsstilsendring, og at mangel på dette var en av flere årsaker til at informanter hadde gitt opp ved tidligere forsøk.

6.2.1 Motivasjon bidrar til å fremme mestring

Det var konsensus blant informantene om at for å faktisk få til å gjøre endringer i livet var tilstedeværelse av motivasjon avgjørende. Motivasjon ble beskrevet som en variabel som varierte i styrke, varighet og kontekst. Å øke sin motivasjon ble satt ord på som betydningsfullt fordi den var med på å avgjøre innsats og handling med den intensjon å påvirke egen helse mot den positive pol. Det å oppleve sammenheng mellom innsats og utbytte ble sett på som den primære måten å gjøre eget motivasjonsarbeid på, slik en informant enkelt beskriver det:

«Jeg opplever å få igjen i forhold til hva jeg gjør og investerer. Det er motiverende å merke fremgang når jeg vet jeg har jobbet for det, og jeg får lyst til å stå på videre»

Å greie å øke sin motivasjon i én situasjon, for så å være den bevisst og benytte den i en annen i forbindelse med å endre livsstil var noe flere kunne kjenne seg igjen i. Videre ble det gitt uttrykk for at Frisklivssentralens tilnærming der fokus på den enkeltes ressurser og muligheter til å gjøre endringer var av betydning for den enkeltes, og gruppens motivasjon. Dette angikk både individuell oppfølging, teori-kursene som informantene hadde deltatt på og det praktiske i form av treningen. Det kom frem at det var ulike meninger om egen motivasjon i møte med andre; å treffe andre som virket veldig mye mer motivert fikk en smitte-effekt på noen, mens andre opplevde det som demotiverende.

Det var enighet i begge gruppene om at det opplevdes meningsfullt og styrkende for motivasjonen å ha fokus på det en fikk til.

Faktiske mestringserfaringer ble trukket frem som den faktoren som hadde størst påvirkningskraft på den enkeltes motivasjon. Endel historier synliggjorde hvordan det å mestre var bidragsytende til at motivasjonen økte, og at økningen førte til nye og flere mestringserfaringer fordi en turde å gi seg selv større utfordringer. Dette gav informantene uttrykk for at var en positiv og selvforsterkende prosess.

En informant oppsummerer en diskusjon omkring motivasjon til å møte på trening:

«For min del tok jeg med meg mest av det positive – at jeg faktisk klarte å gjennomføre, om jeg ikke gjorde det like godt som de andre så gjorde jeg det – og det var noe jeg fikk til! Og det gav for meg litt mersmak på å fortsette å prøve ut nye ting

og eventuelt bli litt bedre på det som jeg ikke var så god på (...) jeg synes det har vært veldig positivt.. for min del har det gitt mye motivasjon med det fokuset»

I begge intervjuene ble det skildret flere mestringshistorier og hvordan de spilte en rolle for motivasjon og selvtillit. Mestringen ble opplevd både fysisk; da primært gjennom erfaringer på og med trening, og mentalt på den måten at en ble utfordret til, og la merke til egen mestring. Bevisstgjøring omkring egen kapasitet og mulighet til å mestre var noe som gikk igjen når informantene fortalte om egne erfaringer slik disse refleksjonene illustrerer:

Informant 1: «Når jeg kom inn her kunne jeg ikke løpe... jeg kan løpe.. men jeg hadde problemer. Jeg trosset en barriere jeg ikke hadde gjort på egenhånd (...) det å komme inn i fightingmodus, å kjempe og se at det må litt slåssing til.. det er viktig og det har hjulpet på å holde den felles motivasjonen – at en har hatt den støttet i det felles opplegget en har».

Informant 2: «det er litt skummelt å prøve (...) også når man får det til, da får plutselig selvtilliten en helt ny retning»

6.2.2 Sosial støtte bidrar til å fremme mestring

Basert på skildringer fra informantene om «de andre» - primært de ansatte på Frisklivssentralen, og de andre «i samme båt» blir det tydelig at det sosiale aspekt er av betydning for å fremme mestring og helse i forbindelse med livsstilsendring. Dette kom frem allerede i assosiasjonene omkring helse-begrepet:

«Andres ressurser.. man utvikler sine egen ressurser i møte med andre mennesker. Ikke bare instruktøren, men andre du møter på og preiker med...en når lengre i møte med andre mennesker»

Fellesskapet og de ulike gruppene deltakerne går inn og ut av på teorikurs og trening er noe informantene trekker frem som av stor verdi. Informantene er opptatt av at de er en del av et større hele gjennom sin deltakelse ved Frisklivssentralen og ser flere fordeler ved fellesskapet:

«Vi spiller jo også på lag med andre ressurser – de som er her. De vi treffer på trening (...) også de som er ansatt her kan du komme med spørsmål til, sånn at vi spiller ikke bare på lag med egne ressurser, vi henter fra fagfolk også. Jeg ser jo at det er av veldig stor nytte (...) i grunnen hele konseptet som jeg opplever ved

Frisklivssentralen (...) så får vi jo faktisk tilført ressurser slik at våre egne ressurser styrkes»

Uttalelsen kan sies å synliggjøre hvordan individet blir oppmerksom på, og utvikler sine egne ressurser til å fremme egen helse i et fellesskap der en møter både fagfolk og «likestilte».

Det kom også frem andre fordeler ved å være en del av et opplegg, blant annet hvordan miljøet påvirker en slik noen informanter reflekterer omkring:

Informant 1: «her er vi en gjeng med folk som egentlig bare vil det beste for oss selv. Her går vi og har vondt og svetter og blir forbanna.. men så går vi her likevel fordi det gir et fellesskap; jeg opplever at vi er i samme båt – selv om vi er forskjellige som individ er vi litt i samme båt»

Informant 2: «jeg synes det er veldig fint (...) så går du inn i dette bygget også blir du liksom treningsnarkoman – du får lyst til å trene.. alle de positive følelsene som er knyttet til stedet og de menneskene som er her»

Fellesskapet i seg selv blir slik opplevd å bidra til fremme helse og mestring, og det ble også satt ord på at det er lettere å få til en endring og handling når en opplever å ha etablert en forpliktelse ovenfor andre enn bare seg selv:

«Hvis du har sagt du skal gjøre noe høyt slik at andre vet det og kan følge med så har du ikke lyst til å mislykkes... så det hjelper som litt sånn pisk til deg selv (...) jeg opplever at det hjelper, hjemme og her»

En stor del av den sosiale støtten som bidrag til å fremme mestring handler om menneskene informantene treffer – og opplevelsen av at de har noen utfordringer til felles – og på den måten er likesinnede. En beskrivelse av hvordan egen rolle kan være ulik fra et sosialt fellesskap til et annet synliggjør betydningen av dette:

«Du finner andre som er i samme situasjon.. jeg har stort nettverk sånn ellers så for meg er det ikke den opplevelsen av å komme her for det sosiale (...) men på noen punkt så ser jeg det at det positive med det sosiale her er det at du finner folk som har samme kjennetegn med som jeg gjerne ikke hadde fra før»

De likesinnede synes å bety mye for informantene i treffpunktene preget av samtale og erfaringsutveksling:

Informant 1: *«Å snakke med likesinnede – det synes jeg har vært godt og viktig»*

Informant 2: *«Ja (...) å snakke med de andre om det har gitt meg veldig mye på veien. Så jeg følte liksom ikke at jeg var alene»*

Fellesskapet og de likesinnede synes også å bidra til trygghet og potensiale til å etablere relasjoner utover det Frisklivssentralen legger opp til:

«det å delta ukentlig i grupper slik, det var jo helt fantastisk fordi det gav oss så mye (...) vi holder kontakten fremdeles».

Sosiale «spill over» effekter blir også trukket frem som betydningsfulle og bidragsytende i forhold til motivasjon: *«sjefen er så positiv til dette, og det motiverer meg mange ganger».*

Gjensidighet i form av å gi og få, både i samspill med likesinnede og med «hjelperne» synes å være et meningsfullt aspekt og bidragsytende til opplevd sosial støtte. Det å stå i posisjon til å være en verdifull støttespiller for andre i arbeidet med å fremme helse og mestring er noe informantene er opptatt av:

Informant 1: *«Vi er flinke å støtte hverandre. Hvis jeg er deppa så kan han støtte meg sant, og hvis han er kan jeg støtte ham. Det hjelper å hjelpe hverandre»*

Informant 2: *«Det handler noe om at vi har en felles forståelse og enighet om at det er en jobb vi skal gjøre, og hvis vi da hadde vannet ut med masse dårlig stil så blir man påvirket selv, da skaper man ikke det positive miljøet»*

6.2.3 Proaktivitet bidrar til å fremme mestring

Å være proaktiv kan forstås som å være aktiv og på forhånd – for å være forberedt på forventede utfordringer i egen livsstilsendring. Dette var noe som informantene var opptatt av, både fordi de hadde mange historier om å ha «feilet» på dette før, og fordi de med å være i forkant forstod seg selv som bedre rustet for utfordringene som kunne komme i arbeidet med livsstilsendring. Det å «bruke seg selv», å ta ansvar og ha en plan ble trukket frem som betydningsfullt for å mestre.

Det kan synes som om det å gjøre et stykke kognitivt arbeid knyttet til egen livssituasjon og hvilke endringer som skal skje er av betydning for opplevd fremdrift. Det å måtte «bruke seg selv» og «gå i seg selv» blir av informantene fremholdt som av stor betydning for å komme

noen vei med livsstilsendring. Bevisstgjøring og ansvars plassering synes å være betydningsfulle faktorer slik informantene setter ord på det:

Informant 1: *«Jeg må gjøre alt jeg kan for å presse de grensene for hva jeg får til, og bruke meg selv»*

Informant 2: *«Også må du ville det og ønske det og forstå at det er opp til deg selv»*

Å være proaktiv i form av å lage planer ble også trukket frem som viktig for å mestre egen situasjon:

«Vi snakket jo veldig mye om at vi var bekymret for at når det blir slutt, hva gjør vi da? Men nå har jeg på en måte satt opp en plan(...)bestemt meg for at jeg skal fortsette».

Det kommer frem at betydningen av forberedelser til det å skulle «stå på egne ben» etter endt oppfølgingsperiode blir beskrevet som en prosess som tar tid, og det å ha fokus på egen proaktivitet og mestring blir trukket frem som viktig for å greie å lage planer på egne vegne i etterkant av oppfølging fra Frisklivssentralen slik en informant sammenfatter det:

«Nå er jeg utenfor Frisklivssentralen med den overbevisning om at jeg skal vinne...min egen kamp. Det er jeg som skal styre».

6.3 Faktorer som bidrar til å gjøre gode valg

En stor del av livsstilsendringen for informantene er å gjøre gode valg; helsefremmende valg kan sies å være en stor del av og av avgjørende betydning for de faktiske endringer i levevaner. Dette er noe informantene beskrev som utfordrende og vanskelig, slik følgende sitat synliggjør:

«det er veldig vanskelig og da spesielt alene, og liksom skulle være sin egen sånn administrerende direktør over helse-XXX, altså å skulle ta alle avgjørelser og valg»

Samtalene og diskusjonene omkring faktorer som bidrar til å gjøre gode valg handlet grovt sett om følgende emner: opplevelse av muligheter, å oppsøke hjelp samt å sette mål.

6.3.1 Opplevelse av muligheter bidrar til å gjøre gode valg

På spørsmål om hvilke tanker informantene har om at Frisklivssentralen fokuserer på den enkeltes muligheter og ressurser i forbindelse med livsstilsendring uttaler informantene blant annet:

Informant 1: *«Det må jo være helt rett, det er jo det som er positivt»*

Informant 2: *«jeg synes det ga veldig motivasjon»*

Informant 3: *«Det at det er fokus på det...og snakkes om det bidro til at jeg skjønnte det – hvordan alt henger sammen liksom...»*

Informant 4: *«slik som jeg opplever det er jo fokuset på å få et bedre liv innenfor de... jeg mener vi kan ikke unngå å snakke om begrensninger, men for å bedre situasjonen din på alle mulige måter er det jo ressursene og mulighetene det må fokuseres på»*

Det kommer frem av intervjuene at det er viktig, og utfordrende for informantene å greie å balansere opplevde muligheter med faktiske begrensninger, og holde fokus på, og benytte mulighetene og ressursene fremfor å la begrensningene bli et hinder for livsstilsendring:

Informant 1: *«en må gå i seg selv og bruke de ressurser som en har»*

Informant 2: *«for å komme videre å få bedre helse så ser jeg det at jeg må gjøre alt jeg kan for å presse de grensene for hva jeg får til (...) å bruke seg selv, og vite med seg selv at det er muligheter ut ifra de begrensningene som er»*

Det å akseptere egne tilkortkommenheter synes å være en forutsetning for å kunne sette søkelys på de muligheter som er, og på den måten kunne gjøre gode valg i hverdagen.

Aksept kan sies å ha både et individuelt aspekt og et gruppe aspekt. En informant oppsummerer en diskusjon om hvordan dette arter seg i praktisk treningssituasjon:

«(...) aksept. Det tror jeg det er veldig stor grad av i gruppen, altså selv om vi trener det samme, men med ulik vekt og har ulik intensitet (...) aksept for at noen dager må en hente de lette vektene eller ikke gi bønn gass på intensitet. Og det har det vært aksept for ikke minst hos instruktørene»

Sammen med aksept synes en faktisk erkjennelse av situasjon synes å være grunnleggende for å kunne fokusere på mulighetene og ta gode valg, slik to informanter supplerer hverandre i samtale om temaene:

Informant 1: *«jeg synes det har vært godt å bli pushet over grensene til en litt større erkjennelse...»*

Informant 2: *«Det er liksom noe med det å erkjenne hvordan man har det... okei, jeg sitter ikke i den beste båten på fjorden men jeg kan jo gjøre det bedre, kan jo oppnå mer, kan ta en fremtid. Du sitter i den stolen du har og har den kroppen du har og man må jo akseptere at slik er det. Det er det første også er det å tenke at en kan erobre mer ved å bruke tiden og ressursene dine på riktig måte så kan jeg få til.. alle kan få til noe»*

6.3.2 Å oppsøke hjelp bidrar til å gjøre gode valg

Det ble tydelig i diskusjonene innad i fokusgruppene at årsaken til at informantene oppsøkte Frisklivssentralen var et ønske om å få hjelp til å bedre sin helse. Hjelpen de mottok i sitt møte med Frisklivssentralen handlet for endel av deltakerne i første omgang om erkjennelsen av «tingenes tilstand» slik redegjort for i forrige kapittel. Dette ble av noen av deltakerne beskrevet som utfordrende, retningsgivende og avgjørende for å komme videre med livsstilsendringen sin. En informant beskriver hvordan de individuelle samtalene han hadde var av betydning for hans opplevelse av egen situasjon:

«det å være med i en erkjennelse der jeg selv må erkjenne at jeg har endel vanskeligheter som gir meg vanskeligheter (..) den prosessen var positiv. Skuffende, men positiv»

Å holde fokus på de muligheter en har til å forbedre egen helse gjennom gode valg, sammen med det å ta ansvar for egen livsstilsendring blir av informantene beskrevet som tungt, vanskelig og litt skummet. Tydelig informasjon og avklaring av forventninger som var knyttet til deltakelse syntes å være av stor betydning for informantene. Det å bli forsøkt ansvarlig- og bemyndiggjort syntes også å være noe informantene fikk forståelse av:

Informant 1: *«Det var noe av det første jeg opplevde med å komme hit...at du må virkelig ville dette selv»*

Informant 2: *«jeg opplevde at...når jeg fikk være med – da må du gjøre noe også, det følte jeg. Du må liksom stille opp og svette deg gjennom ting»*

Samspillet og dialog med de ansatte på Frisklivssentralen ble trukket frem som faktorer som hjelper den enkelte til å håndtere egen prosess. Det å stadig bli utfordret på hvilke muligheter som finnes og hvordan benytte dem blir av informantene fremholdt som nyttig: *«vi klarer mer enn vi tror vi klarer (...) de diskuterer med oss, tilpasset til hver enkelt i samtale»*. Utsagnet kan også sies å belyse betydningen av å bli sett, noe også andre trekker frem som betydningsfullt:

Informant 1: *«selv om vi er samlet blir vi sett for den vi er og får hjelp og blir pushet»*.

Informant 2: *«For meg er det verdifullt at noen tror på meg, og hjelper meg til å se at det finnes muligheter og lager åpninger på en måte, for at man kan klare ting»*

Frisklivssentralen kan være en arena der en blir utfordret og pushet slik informantene her poengterer. Det kommer også frem at det kan være et sted å hente kunnskap:

«I de tilfeller hvor egne kunnskaper kommer til kort så kan vi bli opplyst, vi kan gå å spørre. Vi kan spørre fagfolk og jeg ser jo at det er av veldig stor nytte»

Det å oppsøke hjelp kan også sees på som en strategi for å oppnå hjelp til selvhjelp i arbeidet med å ta gode valg. Det kom frem i flere diskusjoner, og ble poengtert at informantene var opptatt av å bli selvhjulpen:

Informant 1: *«Ja, det er viktig for meg å bli selvhjulpen... å kunne ta gode valg uten hjelp, det er godt å få hjelp på veien mot det»*

Informant 2: *«jeg vil jo si det at for å bli selvhjulpen er jo det eneste som kan gjøres at vi blir oppmerksom på våre egne ressurser (...) og forbedre helsen med de ressurser jeg har»*

6.3.3 Å sette mål bidrar til å gjøre gode valg

I kapittel 6.2.3 ble det belyst hvordan det å ha en plan bidrar til å være proaktiv og på den måten legge til rette for mestring. Det å sette mål kan sees i forbindelse med dette. Å sette egne mål fordrer at en tar valg; bestemmer seg for hva mål(ene) skal bestå i. Videre bidrar de valgte mål til å gjøre de gode – det som informantene omtaler som de riktige valg i hverdagen.

Det kom frem i intervjuene at endel av det å sette mål handlet om forberedelse, til det en skal i gang med og det som kommer.

«Det er jo veldig effektivt, før hadde jeg liksom bare satt meg ned, men nå er jeg mentalt og fysisk forberedt på det jeg går i møte»

Videre diskuterer informantene forberedelser i form av etablering av mål og hvordan det henger sammen med måloppnåelse:

Informant 1: *«overkommelig, men ikke for høye, men ikke for lave heller for jeg hadde ikke høye forventninger til meg selv...og var livredd for å sette høye mål».*

Informant 2: *«jeg synes det er gøy når jeg setter et mål også greier jeg det målet. Du våkner en morgen og tenker ååhhh... også greier en likevel å gå de trappene eller gjøre det som er satt som et mål..»*

Informant 3: *«ja, også når du har nådd målet så kan du premiere deg selv og sette et nytt mål»*

Å sette, og bevege seg mot mål kan være så mangt. Det oppleves å være konsensus i gruppene om at det å sette mål er av betydning for å holde på fremdrift og fokus i prosessen med livsstilsendring, og at det i forbindelse med etablering av, og det å skulle jobbe mot mål kan være verdifullt å få hjelp og støtte:

«Jeg synes det var dritskummelt i starten og på en måte skulle sette mål og at det var opp til meg å ta valgene. Men det å bli presset litt og snakke med andre om det har gitt meg veldig mye på veien»

Det å sette seg konkrete mål om konkrete gode valg slik eksempelet med å ta trappen (som sitert over) har også en sammenheng med mestring og motivasjon slik denne dialogen illustrerer:

Informant 1: *«det hjalp meg å tørre enda mer. Å sette høye mål (...) det er ikke alltid så lett å innse at man greier mye mer enn man tror»*

Informant 2: *«utifra det ståstedet du har da, om du greier så mye eller så mye er irrelevant, bare du greier å mestre det du setter deg som mål. Det tror jeg er viktig».*

Informant 3: *«ja, og da blir man mer motivert!»*

Helse på norsk (Fugelli & Ingstad, 2009) peker på at helse blir til mens du går – mot mål. Funnene fremstilt her kan sies å illustrere det samme poenget, og viktigheten av eierskap til egne mål.

6.4 Oppsummering av funn

Det ser ut til at faktorer som bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring i stor grad handler om prosesser i individet, og det opplevde miljøet en befinner seg i. Det som fremmer mestring ble i intervjuene omtalt primært som erfaringer og bevissthet omkring betydningen av motivasjon, sosial støtte og proaktivitet. Faktorer som fremmer de gode valgene ble beskrevet å være opplevelse av muligheter, å oppsøke hjelp samt å sette mål.

7. DRØFTING

Dette prosjektet har undersøkt faktorer som bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring, med hovedvekt på mestring og gode valg. Det innebærer at det finnes flere faktorer som er bidragsytende i prosessen med livsstilsendring uten at det vil bli diskutert noe videre her. I det følgende vil funn i denne studien bli drøftet i lys av tidligere forskning på feltet, utvalgte teorier og egne refleksjoner. Avslutningsvis vil tanker om videre forskning på feltet bli gjort rede for.

7.1 Å påvirke egen helse

Funnene i forbindelse med hva som forstås med begrepet helse viser at informantene mener at helse er ansett som et positivt begrep, og at det forstås som en ressurs som en kan påvirke. Dette kan ikke sies å være overraskende, og det synes nærliggende å tro at det kan ha noe å gjøre med at informantene i løpet av sin tid som deltaker på Frisklivssentralen forhåpentligvis har gjort seg noen positive erfaringer med å kunne påvirke egen helse, og det faktum at en del av dem lever et liv der balansen mellom helse og større eller mindre grad av sykdom er en variabel.

Forskning viser at gruppebasert trening og såkalt «trening på resept» kan ha positiv effekt på aktivitetsnivå, samt både fysisk og psykisk helse (Eriksson et al., 2010; Helgerud & Eithun, 2010; Kallings, 2010; Oldervoll & Lillefjell, 2011). I den forbindelse er det verdt å reflektere

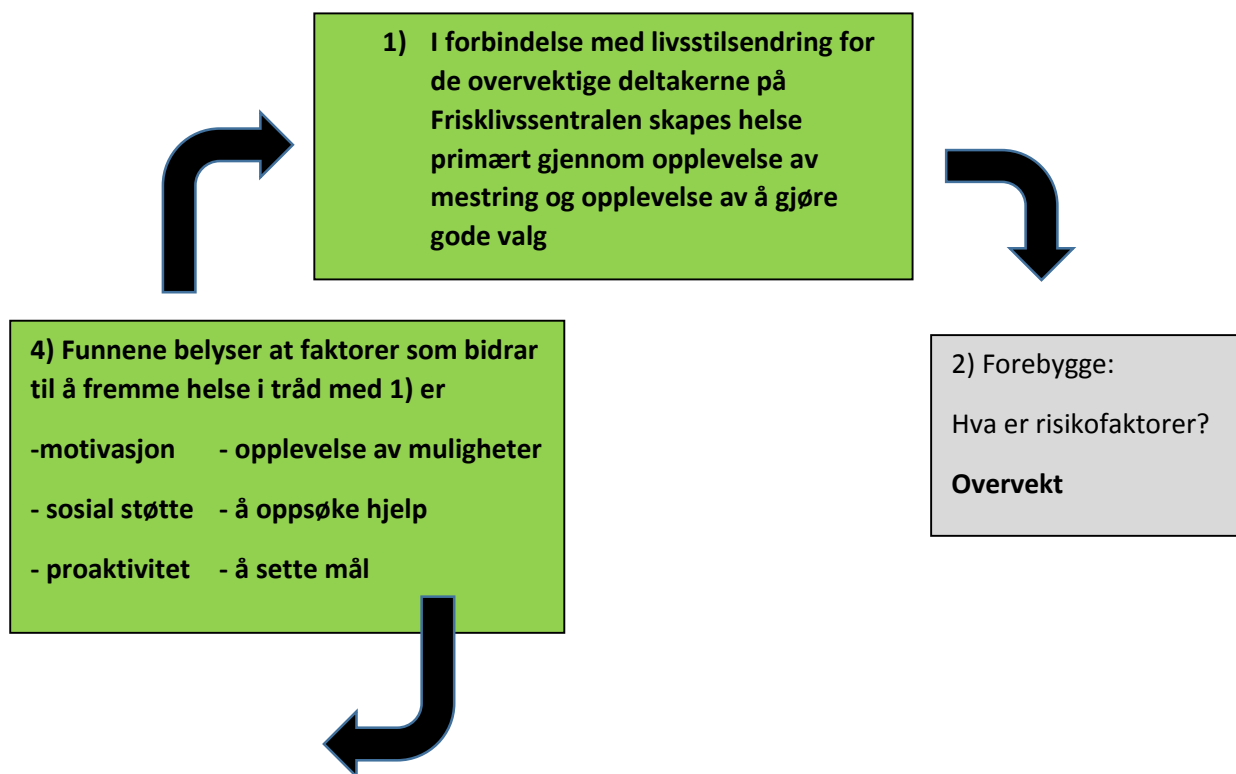
over at endel av mestringshistoriene handlet om kapasitet og evner, da ofte relatert til opplevelser med treningen som de deltok på. Kan det tenkes at det er slik at det er lettere å få til endring med aktivitet enn kosthold? Det kan være verdt å forfølge i videre forskning.

Funn i tidligere masteroppgaver (Anderberg, 2014; Bolstad, 2015; Eliassen, 2014; Sælø, 2013) belyser hvilke erfaringer og opplevelser deltakere trekker frem som betydningsfulle i forbindelse med livsstilsendring, og disse kan sies å samsvare faktorer som bidrar til å fremme mestring og gode valg slik undersøkt i denne studien. Med utgangspunkt i den salutogene modell for utforskning av helse (figur 1) vil det i det videre bli forsøkt belyst sammenhenger mellom teori og empiri.

7.2 Alt henger sammen med alt

Å skulle drøfte problemstilling og forskningsspørsmål separate synes uhensiktsmessig da det kom tydelig frem i intervjuene at informantene hadde opplevelsen av at alt henger sammen med alt. Den salutogene modell med det empiriske materiale (figur 3) kan sies å illustrere dette.

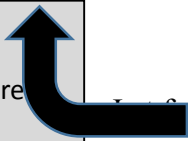
Figur 3: Funn i lys av en salutogen modell for utforskning av helse



3) Beskytte:

Hva er beskyttende faktorer

Livsstilsfaktorer



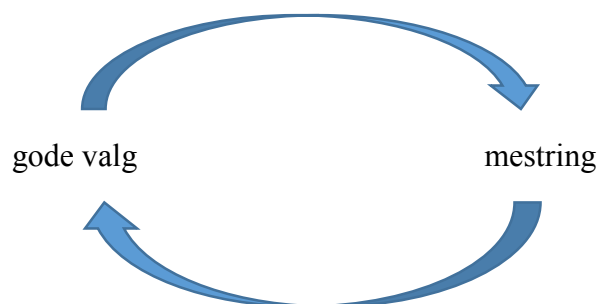
forsøk på å besvare problemstilling og forskningsspørsmål i lys av den salutogene modell som prosjektet er forankret i (se figur 1) vil det primære for å skape helse overordnet være mestring og gode valg.

Generelle mestringsressurser til bruk for å fremme helse ble beskrevet å være hovedsakelig; motivasjon, sosial støtte, proaktivitet, fokus på muligheter og handlingsrom, å oppsøke hjelp samt jobbe med og mot mål. Dette er illustrert i figur 3.

Faktorene som bidrar til å fremme helse (punkt 4 i modellen) kan sies å være det informantene trekker frem av viktige mestringsressurser. I litteratur om salutogenese blir motstands- og mestringsressurser brukt litt om hverandre. I denne sammenheng synes det naturlig å omtale dem som mestringsressurser – da de bidrar til mestring. I tråd med Antonovsky's teori (Antonovsky, 1979) er disse forutsetninger for utviklingen av SOC – og poenget er ikke bare å ha ressursene til rådighet, men også benytte dem på en måte som gagnar helsen, hvilket ble beskrevet og eksemplifisert i funn delen. Dermed kan det tenkes at det å fremme – å bevisstgjøre og benytte ressursene kan bidra til gode valg og mestring.

De konkrete historiene, eksemplene og refleksjonene kan forstås som at informantene beskrev sammenheng i sin livsstilsendring og helsefremming slik:

Figur 4: sammenheng mellom gode valg/livsstilsendring og mestring/helsefremming



Helsefremming er mer enn mestring, og livsstilsendring mer enn gode valg, men gode valg viste seg å være nært knyttet til livsstilsendring på den måten at det var faktisk atferd som endret seg. Det samme kan sies om helsefremming; det er mer enn mestring, men mestring

blir både i teori og empiri trukket frem som en betydningsfull og avgjørende komponent for å bedrive og oppleve helsefremming.

Det å greie å ta gode valg og oppleve mestring ble opplevd som i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre. «Riktige» og sunne valg som fører til mestring fører til nye gode valg og på den måten kan denne sirkulære prosessen bli selvforsterkende.

Med tanke på dette kan det argumenteres for at å jobbe med bevissthet omkring dette i seg selv kan bidra til individets eget helsefremmende arbeid i sin livsstilsendring. Dette kan sees i sammenheng med funn i fersk forskning (Folling et al., 2015) der det belyses at emosjonell bagasje gjør det vanskelig å gjøre gode valg; det kan også sies å potensielt være en selvforsterkende prosess der negative emosjoner og kognisjoner forsterker hverandre, og den helsefremmende atferden uteblir som et resultat av dette.

I lys av funnene, og i tråd med etablert viten (WHO, 2001) kan det forstås som om at informantene opplever at fysisk og psykisk helse står i et gjensidig påvirkningsforhold. Studier understreker betydningen av salutogen tilnærming i bedringsprosesser innen psykisk helse (Langeland, 2009). Uten å mene noe om informantenes psykiske helse kan det på et generelt grunnlag sies å speile fokusgruppeintervjuene gjort i denne sammenheng fordi som vist i funn delen var dette noe informantene verdsatte; det å oppleve at fokuset er på ressurser og mestring kunne bidra til bedret selvtillit og mestring, som videre ga motivasjon til å gjøre flere gode valg.

Som redegjort for i kunnskapsstatus har SOC stor betydning for psykisk helse (Eriksson & Lindstrom, 2005; Langeland et al., 2006; Langeland & Vinje, 2013; Lerdal et al., 2011). Det som kom frem i intervjuene kan sies å omhandle det SOC komponentene består av; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det ble gitt beskrivelser av hvordan forståelse og erkjennelse av egen situasjon (begripelighet) ligger til grunn for å kunne håndtere den og dermed oppleve og erfare hvordan påvirke egen motivasjon (meningsfullhet). Det kan sies at disse prosessene var både individuelle, og kollektive gjennom felles erfaringer. Antonovsky fremhever meningsfullhet-komponenten som den mest betydningsfulle (Antonovsky & Sjøbu, 2012) i teorien om SOC, da den representerer motivasjonsfaktoren. Funnene i dette prosjektet samstemmer med teorien da informantene trakk frem motivasjon som avgjørende for å komme i gang med og holde fokus på livsstilsendring. Motivasjon ble beskrevet å ha direkte sammenheng med mestring, og i tillegg beskrev informantene i tråd med teorien om SOC (Antonovsky & Sjøbu, 2012) hvordan opplevelsen av mening (og motivasjon) bidro til å

skape struktur (hovedsakelig gjennom å lage planer og målsetninger) og benytte sine ressurser og på den måten styrke forståeligheten og håndterbarheten. Slik var SOC komponentene i et kontinuerlig samspill med hverandre. Det betyr derimot ikke at det hevdes at individene og gruppene hadde høy grad av SOC. Å si noe om grad av SOC var dog ikke intensjonen med dette studiet.

Det synes likevel fristende å tenke seg til at deltakelse og bevisstheten omkring mestringsressursene beskrevet av informantene kan bidra til den enkeltes SOC i positiv retning i tråd med foreliggende forskning; fysisk aktivitet bidrar til høyere SOC (Bronikowski, 2010; Kuuppelomäki & Utriainen, 2003; Sollerhed et al., 2005). Informantene deltok på trening og fortalte om hvordan de opplevde å bli bevisst egen kapasitet og mestringserfaringer, og hvordan de førte til at det ble satt nye mål basert på gode valg. Dersom det skulle være som et resultat av økt SOC hos individet kan det også belyses av forskningen som hevder at jo høyere SOC, jo høyere tendens til positiv helseatferd i form av gode kostholds- og aktivitetsvaner samt positive holdninger (Ahola et al., 2012; Binkowska-Bury & Januszewicz, 2010; Lindmark et al., 2005; Posadzki et al., 2010; Sanden-Eriksson, 2000; Wainwright et al., 2007).

Informantene til denne studien har vært deltaker på Frisklivssentralen over tid. Det innebærer blant annet at de i større eller mindre grad har møtt opp til det de har sagt de vil delta på, og på den måten forhåpentligvis og i tråd med det de setter ord på selv fått styrket sine mestringsressurser og opplevd mestring i større eller mindre grad. I denne sammenheng er det verdt å undre seg over de som ikke ønsket å stille i fokusgruppene, og ikke minst dem som ikke fikk være med i det strategiske utvalget da de ikke hadde fulgt opp de forpliktelser de hadde valgt selv. Det er nærliggende å tenke at det for eksempel kan skyldes mangel på mestring, opplevelse av at egne (mestrings)ressurser ikke var tilstrekkelig. Dette støttes av både self-efficacy teorien (Bandura, 1997) og Antonovsky's beskrivelser av hvordan stress og motstandsunderskudd kan medføre svekkelse av SOC (Antonovsky, 1987).

Antonovsky beskriver hvordan balanse mellom under- og overbelastning kan bidra til å styrke SOC (Antonovsky, 1987). Informantene delte mange tanker om det å balansere mellom ressurser og begrensninger. Det hevdes ikke at det er det samme, men kan sees i relevans til hverandre; under- og overbelastning kan i likhet med ressurser og begrensninger sees på som ytterpunkter på et kontinuum. Det å oppleve mestring i forbindelse med å balansere ressurser

og begrensninger kan tenkes å bidra til hvorvidt, og i hvilken grad man velger å engasjere seg i livsstilsendringen.

Uten at det ble viet oppmerksomhet i intervjuene, og ellers forøvrig i dette prosjektet er det med utgangspunkt i modellen for utforsking av helse (figur 3) interessant å trekke mulige paralleller mellom hva som skaper helse (1) og hva som er beskyttende faktorer (3). Dette da det er nærliggende å anta at gitt at mestring og gode valg (1) skaper bevegelse mot den sunne pol, kan de også representere beskyttende (livsstils) faktorer. Videre kan det også tenkes at mestrings og/eller motstandsressurser (3) også kan representere en risikofaktor (2) dersom de er fraværende. Eksempelvis kan mangel på sosial støtte muligens være en risikofaktor som kan bidra til mindre eller manglende bevegelse i retning helse på kontinuumet. Ettersom dette ikke er undersøkt verken teoretisk eller empirisk i dette prosjekt skal disse tankene ikke forfølges videre, men basert på refleksjoner omkring (hvordan) alt henger sammen med alt er dette sammenhenger som ikke kan utelukkes.

7.3 Konstruktiv kognisjon og spenningsregulering

Gitt et ønske om at både veiledere ved Frisklivssentraler og enkeltindivider skal kunne nytte den salutogene modell for utforsking og bedring av (egen) helse kan det sies å kreve høy grad av bevissthet og kunnskap. I lys av det kan det tales for at veiledere hos Frisklivssentraler med fordel kan jobbe med det tankemessige med den intensjon å sette individer i stand til å forfølge egen sirkulær prosess gjennom de fire faser (figur 1). I denne sammenheng synes det verdt å minne om at forskning har pekt på at å benytte kognitive teorier er nyttig i endringsprosessen (Borge et al., 2012). Dette kan også sies å understreke viktigheten av det veilederen fremhever som viktig når det sies at «*Det er individet selv som er den aktive, og som eier endringsprosessene*» (Helsedirektoratet, 2013).

Det kan kreve stor grad av bevissthet å flytte fokus fra det som manifesterer seg i atferd til det kognitive aspekt som kan sies å skape atferden, bevisst eller ubevisst. I denne sammenheng er det interessant at Antonovsky selv benyttet beskrivelsen «orientering mot sunnhet og helse» (Antonovsky, 1987) i stedet for det som i dag omtales som helseatferd. I forbindelse med overvekt er det lett å relatere livsstilsendring til primært det å spise sunnere og mosjonere mer med den intensjon å redusere vekten og således bedre både psykisk og fysisk helse.

Livsstilsendring ble i kapittel 3 i denne sammenheng beskrevet som gradvis endring av atferd der bevissthet og aktive valg har stor betydning for prosessen. Denne forståelsen inkluderer

det psykologiske aspekt både gjennom bevisstheten og de aktive valg som blir fremhevet som viktig. Kanskje kan det sies at livsstilsendring både begynner og slutter med psykologiske prosesser; det som foregår i individer som ledsager og binder sammen ytre observerbar atferd. Kanskje kan livsstilsendring kan med fordel i første omgang være å endre hvordan og hva en tenker om seg selv. Endel av deltakerne blir henvist fra sin fastlege grunnet overvekt, som da representerer deres diagnose. Det å definere seg selv som noe mer enn en diagnose, og mer konstruktivt for å kunne oppleve et mer oppmuntrende selvbilde blir fremholdt som viktig i mental helsefremming (Langeland & Vinje, 2013).

SOC konseptets betydning for psykisk helse fremstår som det område hvor forskningen har størst grad av konsensus. I forlengelsen av dette kan det tenkes at psykisk helse har stor betydning for livsstilsendring og hvorvidt man går i gang med det.

Videre kan det i tråd med Antonovsky's teori (Antonovsky, 1979) tales for at å etablere et tankemønster som i større grad bidrar til god spenningsregulering kan være helsefremmende i seg selv. Livsstilsendring kan da for eksempel være at stressorer som potensielt kan være både helseskadelig og helsefremmende får bli det siste grunnet konstruktiv bearbeiding. Dette kan også sees i lys av self-efficacy teorien som postulerer at mestring er ofte et resultat av forventet mestring (Bandura, 1997).

Kunnskapsstatusen viser at det er forskningsmessig belegg for å hevde at jo høyere SOC, jo sunnere atferd (Ahola et al., 2012; Binkowska-Bury & Januszewicz, 2010; Lindmark et al., 2005; Posadzki et al., 2010; Sanden-Eriksson, 2000; Wainwright et al., 2007). I forbindelse med livsstilsendring for de overvektige er sunn atferd og orientering mot helse naturligvis en del av målsetningene. I lys av teori og empiri og dette prosjektets funn kan det tales for at fremfor jobbe med den konkrete atferden i form av for eksempel spisevaner, kan det å jobbe med individets SOC være en fruktbar vei å gå.

Empirien belyser videre at mestringsressurser som for eksempel selvbilde, kunnskap, sosiale forhold og holdninger er av betydning. I forlengelse av dette synes det som om at det å ta gode valg handler om å benytte disse for å stadig gjøre konstruktiv kognisjon i forbindelse med egen livsstilsendring. For å fremme helse ble det også mang en gang trukket frem betydningen av pro-aktivitet med å etablere planer og målsettinger. De konkrete målene vi setter oss påvirker det ferdighetsnivået og den arbeidsinnsats vi viser (Manger & Wormnes, 2015). Nære oppnåelige mål øker mestringsforventningen mer enn fjerne mål (Bandura, 1995). Her spiller teorien og empirien hverandre slik informantene beskrev hvordan sette mål

og hvilken effekt det har på innsats. Således kan valg av mål være avgjørende for mestring og motivasjon.

7.4 Forventninger forut for atferd og resultat

Basert på det som kom frem i funnene kan det sies at hvorvidt deltakerne opplevde mestring og evne til å ta gode valg i stor grad handlet om forventninger om (hvordan) de skulle greie det. Dette ble beskrevet både i forbindelse med de konkrete valg og i forbindelse med det overordnede målet om livsstilsendring mot den sunne pol. Dette er i tråd med teorien om self-efficacy (Bandura, 1997) slik den skisserer at individets overbevisning om å greie å få til er avgjørende for prosess og resultat. Viten om at dette er av betydning kan sies å synliggjøre viktigheten av Frisklivssentralens tilnærming med fokus på mestring og individets ressurser.

Dette kan også sees i lys av den salutogene modell i lys av dette prosjektets funn (figur 3) og teorien om self-efficacy (Bandura, 1997). En mestringsressurs kan være en positiv forventning (punkt 4 i modellen), som kan resultere i atferd som skaper helse i form av mestring (punkt 1 i modellen).

Mestringserfaringer og opplevd sammenheng mellom innsats og utbytte ble trukket frem som det viktigste for opplevd motivasjon blant informantene. Dette kan relateres til SOC slik drøftet i kapittel 7.2 og teorien om self-efficacy (Bandura, 1997). Det kom frem at mestringserfaringer, som ofte fortalt fra trenings-situasjoner bidro til motivasjon, og valg om å prøve seg på andre utfordringer innenfor samme område, slik teorien (Bandura, 1997) beskriver autentiske mestringserfaringer, og betydningen av dem. Det kan sies å være tydelig samsvar mellom teori og empiri på den måten at det å skape mestringserfaringer for å etablere mestringsforventninger er av avgjørende betydning for motivasjon og mestring.

Sammenheng mellom innsats og utbytte kan også belyses av teorien som skiller mellom mestrings- og resultatforventning (Manger & Wormnes, 2015). Dersom opplevelse av utbytte uteblir til tross for innsats kan de resultere i redusert motivasjon. Dette var av informantene primært beskrevet som tidligere nederlag; de gangene de hadde forsøkt å ta tak i livsstilen sin uten å greie å redusere vekt og/eller bli i bedre form. Prestasjonsnivået avhenger av mestringsforventningen (Bandura, 1997) og det kompliserer ytterligere når deltakere med flere feilet-opplevelser fra tidligere skal gjøre livsstilsendring; i praksis uten forventning om mestring står det i fare for å bli en selvoppfyllende profeti. Med opplevd manglende evner blir det vanskelig – dette tydeliggjøres både i teori og empiri. I denne sammenheng er det verdt å reise spørsmålet om hvem som faktisk stilte til intervju i fokusgruppene; det ble beskrevet

opplevelser av nederlag av informantene, men i langt mindre grad enn mestringshistorier. Det kan skyldes at primært var fokuset på hva som skaper helse, mestring og gode valg. Det kan også tenkes at de som stilte til intervju var de som opplevde å ha lykket med noe.

Mestringsforventning påvirker motivasjon, kognitiv bearbeiding av emosjoner og gjennom valgprosesser (Manger & Wormnes, 2015). Dette er i samsvar med det informantene beskrev som utfordrende og skummelt i forbindelse med å skulle stå på egne ben og bli ansvarliggjort; det er vanskelig å ta gode valg og legge til rette for mestring dersom en ikke har tidligere mestringserfaringer. Mestringserfaringer ble av informantene således beskrevet som en viktig mestringsressurs.

7.5 Helse som et produkt av fellesskap med andre mennesker

Det synes tydelig i lys av funn at det å komme sammen med andre bidrar til å skape og fremme helse. Det er dokumentert i forskning at sosial støtte er av betydning for helsen (Callaghan & Morrissey, 1993), og i lys av teorien og den salutogene modell for utforsking av helse (figur 1) kan det sies at sosial støtte er både en buffer mot sykdom (punkt 2 og 3 i modellen), og et helsefremmende bidrag som dette prosjektet er opptatt av.

I denne sammenheng blir sosial støtte trukket frem som en mestringsressurs, et bidrag til både å fremme mestring og gjøre gode valg. De likesinnede, fellesskapet og gjensidighet – tre elementer som ble beskrevet og eksemplifisert av informantene som av stor betydning.

Antonovsky poengterer at kvaliteten på sosial støtte og nære emosjonelle bånd er definert som særs viktig (Antonovsky, 1987). Sosial støtte og tilhørighet reduserer sårbarhet ovenfor stress, depresjon og fysisk sykdom (Bandura, 1995) hvilket kan sies å styrke viktigheten av opplevd sosial støtte i prosessen med å flytte seg mot den sunne pol på helsekontinuumet gjennom å fremme mestring og gjøre gode valg.

Informantene resonerte slik funnene viser mye omkring det å møte andre i tilsvarende situasjon, og betydningen av dette blant annet for motivasjonen. Dette kan sies å støtte forskning som sier at motivasjon sammen med sosial støtte og self-efficacy er av betydning for atferdsendring (Kelly et al., 1991).

I funnene kom det frem at opplevd motivasjon hos andre hadde ulik effekt på informantene; majoriteten opplevde det som en positiv smitteeffekt, samtidig opplevde noen det som demotiverende at andre var langt mer motivert enn dem selv. Dette kan sies å synliggjøre

viktigheten av individuell tilpasning av prosess i samråd med veileder. Når det ikke oppleves som et godt valg å være med andre (fordi det har en demotiverende effekt), kan del tale for at veileder og deltaker med fordel kan vektlegge andre mestringsressurser med den intensjon å bevege seg mot høyere grad av helse.

Et annet interessant funn i denne sammenheng er at det kom frem at selv de som opplevde å ha god sosial støtte i andre nettverk syntes det var godt å oppleve å få det som kanskje kan omtales som spesifikk eller situasjonsbestemt sosial støtte sammen med øvrige deltakere på Frisklivssentralen. Muligheten til å ha noen å identifisere seg med – å stå sammen med om felles utfordring fremsto som mer viktig enn den sosiale støtten i seg selv.

Det teoretiske rammeverket om self-efficacy (Bandura, 1997) beskriver at individers atferd blir påvirket gjennom modellering. Således kan deltakere være gode læringsmodeller for hverandre gjennom gjenkjennelse av hverandres utfordringer og reaksjoner. Å utveksle erfaringer, og anerkjenne hverandre i prosessen med å legge til rette for mestring og gode valg var da også noe som informantene gjorde, og det ble satt ord på å ha en motiverende effekt.

Samtalegrupper har en effekt i form av bedret psykisk helse (Langeland & Vinje, 2013). Betydningen av å prate med andre uten at det nødvendigvis var definert som en samtalegruppe ble også i dette prosjektet fremhevet som av stor betydning for en positiv prosess. Når informanter uttaler blant annet at de ville «ikke greid det på egenhånd» belyser funnene at deltakelse i gode lag kan bedre den individuelle kompetanse. Teoretiske perspektiver støtter dette (Manger & Wormnes, 2015). Videre kan det tenkes at også her spiller forventninger en stor rolle for prosess og resultat på den måten at det å ha forventninger om å få hjelp kan bidra til egenmobilisering, og bli til hjelp til selvhjelp som informantene trekker frem som betydningsfullt.

I lys av dette kan det reises spørsmål om ikke teori og forskning om selvhjelpsgrupper kunne være bidragsytende til å belyse dette prosjektet. Det er ikke utelukket, men ble valgt bort av flere årsaker: selvhjelpsgrupper kan sies å være organiserte og etablerte grupper.

Frisklivssentralen organiserer ikke slike grupper, gruppene som eksisterer i miljøet går informantene og deltakerne ut og inn av, og er dermed variable og uten eksplisitt hensikt å bedrive hjelp til selvhjelp. Selvhjelpsgrupper var ei heller tema i funnene. Det finnes altså ingen hypoteser om at det eksisterer i miljøet. Samtidig betyr det ikke at opplevd effekt av en type selvhjelpsgruppe er utelukket – men det ble altså ikke forankret, undersøkt eller snakket om i de termer.

Informantene til denne studien satte også ord på betydning av relasjon til «hjelperne» - som en samtalepartner og en som kunne bidra til å utfordre i prosessen. Dette kan sies å samsvare med teoretiske perspektiver som fremholder betydningen av at både deltaker og veileder er engasjert (Koelen & Lindström, 2005), og at relasjonen til «hjelperen» er av betydning (Borge et al., 2012; Langeland & Vinje, 2013). I lys av den salutogene modell for utforskning av helse og funnene (figur 3) synliggjør også dette betydningen av at veiledere hos Frisklivssentralen har felles fundament. Dette både med den intensjon å sikre en helsefremmende prosess, og for å tilstrebe at deltakere får tilsvarende oppfølging basert på en salutogen tilnærming forankret i modellen.

7.6 Implikasjoner for Frisklivssentraler

I tråd med den salutogene modell (figur 1) har fokusgruppene svart på hva som bidrar til å skape helse i forbindelse med livsstilsendring, og basert på Antonovsky`s (Antonovsky, 1996) teoretiske rammeverk er bevegelse mot helsepolen på kontinuumet skapt av generelle motstandsressurser. Dette innebærer at informantene gjennom sine refleksjoner omkring mestring og gode valg har gitt noen svar på hva som kan forstås som generelle motstands-/mestringsressurser i tråd med modellen og forskningsspørsmålene (figur 3). Det som forener de generelle mestringsressursene er at de bidrar til å gi mening; kognitivt, instrumentelt og emosjonelt (Antonovsky, 1996). Funnene viser også dette da de avdekker forhold av betydning som for eksempel erkjennelse og aksept hos individet, læring gjennom bruk av målsetninger og sosial støtte slik eksemplifisert i funn delen.

I lys av funn blir det tydelig at det å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring er mer enn å forebygge og beskytte. Dette synes naturlig da problemstillingen er forankret i et helsefremmende aspekt. Med tanke på Frisklivssentralen der dette prosjektet har hentet sitt datamateriale fra, og Frisklivssentraler generelt synes det vesentlig at dersom det skal lykkes i å drive helsefremmende arbeid er det av avgjørende betydning at det etableres, og eksisterer en felles forståelse om hva det innebærer. Veilederen (Helsedirektoratet, 2013) fremhever at arbeidet ved Frisklivssentralen bør preges av tverrfaglighet, hvilket kan sies å forsterke behovet for etablert felles virkelighetsforståelse. Dette for at de ansatte med ulike fagbakgrunner praktiserer tuftet på felles fundament, og således en form for kvalitetssikring av tjenesten.

Den salutogene modell for utforskning av helse (Lindström et al., 2015) kan representere et godt rammeverk for å etablere en felles virkelighetsforståelse for arbeidet, og slik den foreligger i figur 3 kan bidra til forståelsen av hva som kan vektlegges mest med den intensjon om at «*Frisklivssentraler skal benytte en salutogen tilnærming der fokus rettes mot faktorer som fremmer helse og mestring, og mot individuelle mestringsressurser*» slik veilederen postulerer (Helsedirektoratet, 2013). Naturligvis skal i praksis Frisklivssentraler også bidra inn i punkt 2 og 3 i modellen, men det synes naturlig da alle faktorene henger sammen med hverandre slik skissert tidligere i denne drøftingen. Poenget her er som poenget med å bruke den salutogene modell for utforskning av helse i dette prosjektet; å illustrere og bli bevisst det helsefremmende arbeidet. Dette for å unngå at arbeidet ved Frisklivssentraler ubevisst og mulig som et resultat av helseprofesjons-tradisjoner blir å hovedsakelig befinne seg i punkt 2; opptatthet med å forebygge.

7.7 Med et kritisk blikk på det teoretiske fundament og prosjektet

Det synes å være viktig i denne sammenheng å påpeke det naturlige faktum at funnene hadde sett annerledes ut dersom «andre briller» på. Det kan videre hevdes at funnene i stor grad samsvarer med tidligere funn og teori, og samtidig tilfører en utvidet forståelse for hvordan det er å være deltaker og søke hjelp for overvekt. I og med at overvekt ikke er et nødvendig kriterium hos de fleste andre Frisklivssentraler i Norge er det ikke nødvendigvis slik at funnene gjelder for deltakerne der. Det til tross; basert på statistikk om utbredelse av overvekt presentert innledningsvis i oppgaven er det nærliggende og tro at mange som søker hjelp for å endre levevaner kan være overvektig. Videre er det nærliggende å tro at studiens problemstilling og forskningsspørsmål er av relevans for flere enn den her definerte målgruppen.

Det har blitt gjort noen kritiske betraktninger av den salutogene teorien, blant annet en mulig overlapp mellom SOC og mestringsforventning (Geyer, 1997). Antonovsky har selv drøftet likheter og forskjeller mellom disse to begrepene (Antonovsky, 1987) og konkluderer med at det var fjernt å anse mestringsforventning-begrepet som tilsvarende SOC. Samtidig er det bare noen få undersøkelser som har målt disse to begrepene sammen, så det kan hevdes å være behov for mer forskning for å avvise kritikken helt (Lindström et al., 2015). I lys av foregående drøfting av funn er det lett å forstå hvorfor det kan synes å være overlapp mellom disse begrepene relatert til mestring. Antonovsky har ikke hevdet at SOC er eneste og mest

riktige løsningen, så til tross for begrepsmessige uklarheter som med fordel kan forskes mer på, kan det i forskning på helse sies å ha mye for seg med den salutogene tilnærming og menneskers ressurser (Lindström et al., 2015).

Det kan også rettes et kritisk blikk på hvilke teoretisk fundament som er benyttet i dette prosjektet. En annen fruktbar vei å gå kunne for eksempel vært å sett på helsefremming for denne målgruppen som søker hjelp i lys av myndiggjøring. Det handler om å bidra til å utvikle ferdigheter og mestringsevne, og på den måten gi folk evne til å jobbe for aktiv bevisstgjøring (Lindström et al., 2015). Dette begrepet har således også salutogene elementer og dimensjoner, og i tillegg har det en demokratisk vinkling ved seg som er ment å vurdere maktstrukturer og faglige aktiviteter – hvor fagfolkene gir fra seg noe av sin makt i arbeidet med å bemyndiggjøre individer. I tråd med veilederen (Helsedirektoratet, 2013) som fremhever individet som eier av endringsprosessene og WHO's mål om å gi folk evne og myndighet og på den måten bedre kontroll med egne helsedeterminanter (WHO, 1986) ville det å benytte empowerment som teoretisk fundament også vært legitimt. Rolle-relasjoner mellom deltaker og veileder var i utgangspunktet ikke noe denne studien var opptatt av, hvilket bidro til at empowerment perspektivet ble valgt bort som teoretisk grunnlag. Det betyr derimot ikke at det sees bort ifra betydningen – forskning viser at dette denne relasjonen er av betydning (Borge et al., 2012; Koelen & Lindström, 2005; Langeland & Vinje, 2013), og dette ble redegjort for i kapittel 7.5.

8. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Dagens samfunn preges av høy grad av ikke-smittsomme sykdommer med årsaker relatert til livsstil. Faktorer som blant annet fysisk aktivitet, kostvaner, overvekt og fedme er sosialt skjevt fordelt, og dette har stor betydning for sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2013). Helsemyndighetene ønsker å gjøre noe med sosial ulikhet i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og Frisklivssentralen kan være en arenaer for dette arbeidet.

Denne studien har forsøkt å belyse hvilke faktorer som bidrar til å fremme helse i forbindelse med livsstilsendring for denne gruppen. Det nettopp fordi de vet så inderlig vel at de gjør noe «galt» med de potensielle negative helsemessige konsekvenser det kan få. Det kan synes selvsagt at for å lykkes med livsstilsendring for de overvektige deltakerne ved Frisklivssentralen må det gjøres tiltak i forbindelse med kosthold og aktivitetsvaner. Basert på funn kan det sies at livsstilsendring for de overvektige er mer enn endringer i kosthold og

aktivitetsvaner. Å bli bevisst sine seiere i form av mestringserfaringer, og oppleve større handlingsrom gjennom bevisstgjøring av gode valg syntes å kunne påvirke tenkning rundt egen situasjon, og muligens bidra til å gjøre den mer begripelig, håndterbar og meningsfull.

I lys av teori, funn og sammenhenger slik fremstilt i en salutogen modell for utforskning av helse (figur 3) kan det å fremme egen helse sies å være både prosess og resultat. Å fremme helse gjennom mestringsressurser bidrar til å skape helse i den forstand at individer kan forflytte seg mot høyere grad av helse på helsekontinuumet.

Funn i denne studien kan tyde på at det å få hjelp hos en Frisklivssentral i forbindelse med livsstilsendring kan være produktivt. Videre kan det pekes på betydningen av at de ansatte ved Frisklivssentraler har et felles fundament basert på helsefremmende arbeid, og det behøves fremdeles mer kunnskap om effekt slik annen forskning også påpeker.

I det videre slutter jeg meg til tidligere forskning som peker på behovet for kunnskap om faktorer som bidrar til å opprettholde livsstilsendringer. Det synes også av betydning å ta inn over seg den viktige mentale delen i slike prosesser, og hvordan den kan styrkes.

Helsekvaliteten i en nasjon er både en sosial og en personlig oppgave. Resultatene vil både samfunnet og individet dra nytte av (Bandura, 1997). Det synliggjør betydningen av gode arenaer for å få hjelp, og individets evne til å bruke seg selv og dem i sitt arbeid med å fremme helse.

Litteraturliste

Ahola, A. J., Mikkilä, V., Saraheimo, M., Waden, J., Makimattila, S., Forsblom, C., . . .

Groop, P. H. (2012). Sense of coherence, food selection and leisure time physical activity in type 1 diabetes. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*(7), 621-628. doi: 10.1177/1403494812460346

Anderberg, G. O. (2014). *Ett år etter frisklivsresept: en kvalitativ studie om deltakerens opplevelse av endring* (Masteroppgave). Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Ås.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11

Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge university press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.

Binkowska-Bury, M., & Januszewicz, P. (2010). Sense of coherence and health-related behaviour among university students - a questionnaire survey. *Central European Journal of Public Health, 18*(3), 145-150. Hentet fra http://search.proquest.com/docview/755545910?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo

Bolstad, A. K. H. (2015). *Gjennomføring og vedlikehold av livsstilsendring - hva skal til? Ein kvalitativ studie av tidlegare frisklivsdeltakarar sine erfaringer med å gjere og vedlikehalde livstilsendingar* (Masteroppgave). NTNU, Trondheim.

- Borge, L., Christiansen, B., & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 14-22. doi: 104220/sykepleienf.2012.0024
- Bronikowski, M. (2010). Is sense of coherence needed to keep youth physically active? *Medicina Dello Sport*, 63(4), 465-483. Hentet fra http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=18&SID=N1APRRW6NGqSa7Lo4ev&page=1&doc=5
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R., & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. . Hentet 25.02.2014, fra <http://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/ein-resept-a-ga-for-evaluering-av-modellar-for-fysisk-aktivitet-roykeslutt-og-sunt-kosthald/1075/170/>
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of advanced nursing*, 18(2), 203-210. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18020203
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Denison, E., Vist, G. E., Underland, V., & Berg, R. (2012). *Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-organisert-oppfolging-pa-atferd-som-oket-risiko-for-sykdom-hos-voksne>
- Eliassen, M. (2014). *Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer - en kvalitativ studie* (Masteroppgave). Norges Arktiske Universitet, Tromsø.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 460-466. doi: 10.1136/jech.2003.018085

- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*(5), 376-381. doi: 10.1136/j.jech.2005.041616
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*(11), 938-944. doi: 10.1136/jech.2006.056028
- Eriksson, M. K., Hagberg, L., Lindholm, L., Malmgren-Olsson, E.-B., Österlind, J., & Eliasson, M. (2010). Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Archives of internal medicine*, *170*(16), 1470-1479. doi: 10.1001/archinternmed.2010.301
- Folkehelseinstituttet. (2012). *Overvekt og fedme hos voksne*. Hentet 20.03.15, fra <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/overvekt-hos-voksne>
- Folling, I., Solbjør, M., & Helvik, A.-S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, *16*(1), 73. doi: 10.1186/s12875-015-0292-z
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social science & medicine*, *44*(12), 1771-1779. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00286-9
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies* (2. utg.). Los Angeles: Sage.
- Helgerud, J., & Eithun, G. (2010). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hentet 10.12.15, fra http://www.hokksund-rehab.no/filarkiv/File/Forskningsartikler/Rapport_2010.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra www.regjeringen.no
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (Prop. 90L (2010-2011)). Oslo. Hentet fra www.regjeringen.no
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet 10. juni 2014, fra www.lovdata.no
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.mld. 16 (2002-2003)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra www.regjeringen.no
- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering*. Hentet fra www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2014). *Hvorfor etablere frisklivssentraler?* Hentet 06. juni 2014, fra www.helsedirektoratet.no
- Helsenorge. (2015). *Frisklivssentral*. Hentet 14.09.15, fra <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/frisklivssentral>
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American journal of epidemiology*, 116(1), 123-140. Hentet fra <http://aje.oxfordjournals.org/content/116/1/123.full.pdf+html>
- James, P. T., Leach, R., Kalamara, E., & Shayeghi, M. (2001). The Worldwide Obesity Epidemic. *Obesity Research*, 9(11), 228-233. doi: 10.1038/oby.2001.123
- Kallings, L. V. (2010). *Fysisk aktivitet på recept i Norden-erfarenheter och rekommendationer*. Hentet 14.02.2014, fra <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed->

og-livsstil/fysisk-aktivitet/motion-paa-

recept/~media/23C9A57C13F146C7A3321C7795B154DC.ashx

- Kelly, R. B., Zyzanski, S. J., & Alemagno, S. A. (1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion: Role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Social science & medicine*, 32(3), 311-320. doi: 10.1016/0277-9536(91)90109-P
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *Bmj*, 311(7000), 299-302. Hentet fra <http://www.bmj.com/content/311/7000/299.full>
- Koelen, M., & Lindström, B. (2005). Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European journal of clinical nutrition*, 59, 10-16. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602168
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. California: Sage.
- Krüger, M. (2000). Et tungt problem uten lett løsning. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 120(17). Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/125081>
- Kuuppelomäki, M., & Utriainen, P. (2003). A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 383. doi: 10.1016/S0020-7489(02)00103-7
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4, 288-296. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0143
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health

- problems: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 212-219. doi: 10.1016/j.pec.2005.07.004
- Langeland, E., & Vinje, H. F. (2013). The significance of salutogenesis and well-being in mental health promotion: from theory to practice. I C. L. M. Keyes (Red.), *Mental well-being. Internationals contributions to the study of Positive Mental Health* (s. 299-329). Dordrecht: Springer.
- Lerdal, A., Andenæs, R., Bjørnsborg, E., Bonsaksen, T., Borge, L., Christiansen, B., . . . Fagermoen, M. (2011). Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Quality of Life Research*, 20(8), 1187-1196. doi: 10.1007/s11136-011-9865-z
- Lindmark, U., Stegmayr, B., Nilsson, B., Lindahl, B., & Johansson, I. (2005). Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition Journal*, 4, 9-7. doi: 10.1186/1475-2891-4-9
- Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manger, T., & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring : utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Marks, R., & Allegrante, J. P. (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health promotion practice*, 6(2), 148-156. doi: 10.1177/1524839904266790

- Oldervoll, L. M., & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling. Innherredsmodellen trinn 1*. Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU, Trondheim. Hentet fra http://www.innherred-samkommune.no/prosjekt/frisklivssentraler/dok/kunnskapsoversikt_2011_150411.pdf.
- Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P., & Tsouroufli, M. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian journal of psychology*, 51(3), 246-252. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00764
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sanden-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1393-1397. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01410
- Sollerhed, A.-C., Ejlertsson, G., & Apitzsch, E. (2005). Predictors of strong sense of coherence and positive attitudes to physical education in adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(5), 334-342. doi: 10.1080/14034940510005833
- Sælø, B. (2013). *Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en Frisklivssentral* (Masteroppgave). Høgskolen i Hedmark, Elverum.
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese-hva er det. *Michael*, 4(2), 144-149. Hentet fra http://dnms.no/index.php?seks_id=84169&treeRoot=83284&element=Subsek3&a=1
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying

- mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119(3), 488. doi:
10.1037/0033-2909.119.3.488
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur : en innføring i kvalitativt orientert
samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Wainwright, N. W., Surtees, P. G., Welch, A. A., Luben, R. N., Khaw, K. T., & Bingham, S.
A. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion?
Journal of Epidemiology & Community Health, 61(10), 871-876. doi:
10.1136/jech.2006.056275
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 20. september 2013, fra
www.who.int
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*.
Hentet fra <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- WHO. (2015). *Obesity and overweight*. Hentet 10.08.2015, fra
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Zimmerman, B. J., Bandura, A., & Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic
attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American
educational research journal*, 29(3), 663-676. Hentet fra
<http://www.jstor.org/stable/1163261>