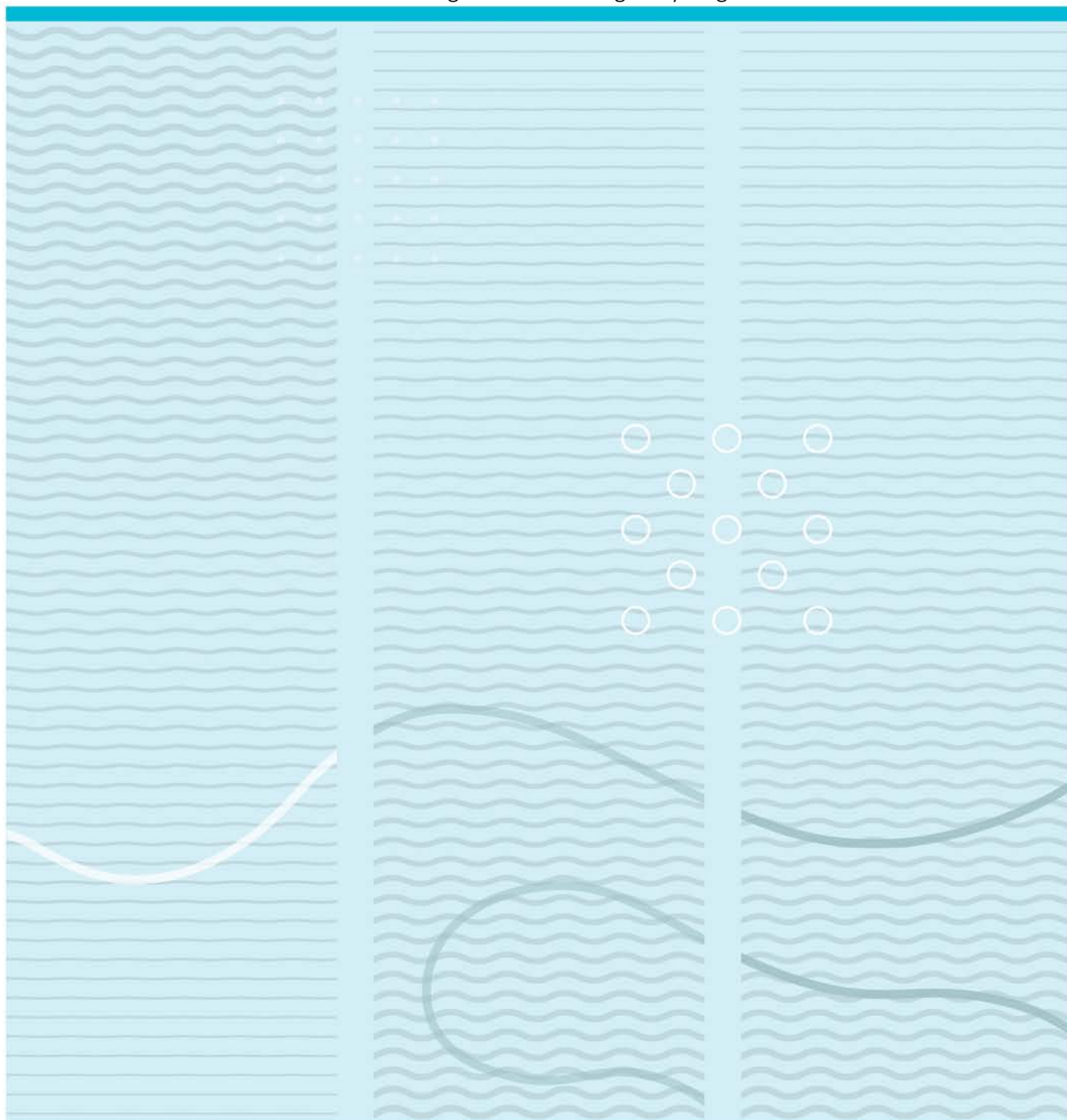


Maria Busch Bluhm

”Når du først har bestemt deg så er det utrolig lett.”

En kvalitativ undersøkelse av livsstilsendring som behandling av sykkelig overvekt



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for humaniora, idretts- og utdanningsvitenskap...
Institutt for Idrett og friluftsliv
Gullbringvegen 36

3800 Bø
<http://www.usn.no>

© 2016 Maria Busch Bluhm

Denne avhandlingen representerer 60 studiepoeng

Forord

Denne masteroppgaven har vært lenge underveis. I utgangspunktet ble tidsrammen satt til to år. Jobbtilbud og kysseyken med langtidseffekt på helse og arbeidskapasitet gjorde at tidsrammen ble utvidet flere ganger. Når jeg nå levere oppgaven i dag er det med en følelse av ikke bare å ha ferdiggjort et prosjekt som jeg har båret med meg siden det begynte å spire i 2010. Det er også med en følelse av at jeg nå endelig kan ryste de siste års frustrasjoner over en kropp som plutselig var ute av drift av meg. Jeg ser frem til å ta livet tilbake!

Det har vært mange som har gjort denne reisen helt spesiell og som jeg ønsker å takke. Først og fremst vil jeg takke deltakerne ved Telemark Rehabiliteringssenter for å ha tatt så godt imot meg og delt historiene deres så åpent. Dere har lært meg veldig mye. En spesielt takk til X som fikk satt livsstilsendingsprosess sin under lupen.

Ansatte ved biblioteket i Bø skal ha en stor takk for hjelpsomheten med å finne og ikke minst sende litteratur til både inn- og utland. En sånn servise skal man lete lenge etter.

Mine skjønnne house mates på Holt Drive; Rose, Ksenija og Richard. Dere inviterte meg inn ikke bare i huset men også i vennekretsen og hjertene deres, og gjorde mitt opphold i Loughboroug mye hyggeligere. Takk for det.

Takk til Hilde for et flott vennskap og mange fine samtaler. Takk også for hjelpen med å rette opp i norsken min. Tror leseren skal være takknemlig for det.

Takk til de fantastiske tre som har støttet, oppmuntret og trøstet meg når ting har vært vanskelig. Mor og far, takk for husrom og støtte i disse tøffe år. Takk for hundepass så utveksling kunne bli en realitet. Marius, takk for å forstå hvor mye faget mitt betyr for meg og for å alltid se det beste i meg, spesielt når jeg ikke selv klarer å få øye på det.

Til sist vil jeg rette en stor takk til Tor-Ivar Karlsen, som ble med meg på siste del av reisen og gjorde sluttfasen både mer faglig spennende og en god del mindre frustrerende og ensom.

Evje, 7. Juni 2016

Maria Busch Bluhm

Sammendrag

Antallet av personer med sykkelig overvekt er steget markant de seneste år og prognoser peker mot at denne trenden vil fortsette fremover. Endringer i livsstil er det viktigste tiltak hvis det skal lykkes å bremse denne utviklingen. Generering av kunnskap innen dette felt er dermed viktig for befolkningens fremtidige helseutsikter.

Denne masteroppgave søker å bidra til kunnskapsbildet med en undersøkelse av hvordan det å endre livsstil oppleves for mennesker med sykkelig overvekt i en prosessen over to år.

Jeg er i oppgaven inspirert av den fenomenologisk-hermeneutiske tilgang til subjekters opplevelser og erfaringer som utgangspunkt for utvikling av viten. Jeg har derfor benyttet kvalitative metoder bestående av deltakende observasjon, feltsamtaler og dybde intervju. Undersøkelsen har funnet sted på Telemark Rehabiliteringssenter, som tilbyr livsstilsendring som behandling for sykkelig overvekt. Med opplevelsen av endring i fokus har det vært naturlig å følge mine informanter over tid, og innsamling av empiri har foregått på totalt tre samlinger over to år fra mai 2011 til mai 2013.

Resultatene forteller om hvordan man som sykkelig overvektig kan gå fra å leve med en kropp som er i veien for utfoldelse og hvor skammen over denne kroppen kan isolere én fra verden rundt seg til å endre sin livsstil og begynne å leve gjennom sin kropp. Resultatene forteller videre om hvordan fellesskapet med andre sykkelig overvektige i et behandlingsopplegg kan være med på å gi den enkelte overvektige en trygghet som støtter opp om endringsprosessen. De peker også på hvordan personer nær den overvektige kan fungere både som hjelpere og sabotører når nye vaner skal implementeres og tar opp fordele og ulemper ved å benytte målinger av vekt med mere i en livsstilsendringsprosess. Det kommer også frem hvordan det å endre livsstil handler om å lære seg nye vaner og handlemønstre, og hvordan dette kan gjøres i praksis ved hjelp av små steg om gangen og hvordan praktisk kunnskap er nødvendig for at dette kan lykkes. Det sees også tydelig hvordan denne kunnskapen, selvinnsikt og utvikling av strategier til å møte verden, dagliglivet og seg selv er avgjørende å ha i spill hele tiden for å holde fast i en endret livsstil. Og så forteller resultatene om hvordan en livsstilsendring handler om å bestemme seg for å ta kampen opp med seg selv og gamle vaner, og vinne denne kamp hver eneste dag.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	4
Forkortelser	7
1. Introduksjon	8
1.1 Innledning	8
1.2 Bakgrunn og hensikt	8
1.3 Problemstilling	11
1.4 Oppbygning og struktur	11
1.5 Avgrensning og begrepsavklaring	12
1.6 Definisjon av overvekt og livsstil	12
1.7 Presentasjon av Telemark Rehabiliteringssenter	13
2. Norsk helsepolitikk og nasjonale retningslinjer	15
2.1 "Oppskrift for et sunnere kosthold"	16
2.2 "Sammen for fysisk aktivitet"	16
2.3 Når uhellet er ute	18
2.4 Nasjonalfaglige retningslinjer for behandling av overvekt	19
2.4.1 Fysisk aktivitet ved vektreduksjon	21
2.4.2 Kosthold ved vektreduksjon.	22
2.4.3 Medikamenter i fedmebehandling	25
3. foreliggende forskning	26
3.1 Søk etter forskning	26
3.2 Kvalitativ forskning på livsstilsendring	26
3.2.1 Konkluderende tanker om studiene.	32
4. Teoretisk perspektiv	34
4.1 Den Transteoretiske Modell	34
4.1.1 Stages of change	35
4.1.2 Processes of change	36
4.1.3 Self-Efficacy	38
4.1.4 Decisional Balance	39
5. Metode	40
5.1 Metodologiske refleksjoner	40
5.1.1 Fenomenologisk-hermeneutisk inspirert	40
5.1.2 Phronetisk forskning	44
5.2 Metodiske overveielser	46
5.2.1 Etikk og formalia	46
5.2.2 Kontakten til praksisfeltet	47
5.2.3 Tidsperspektiv	47
5.2.4. Sted	47
5.2.5 Datagenerering	48
5.2.6. Observasjon som metode	48
5.2.6.1 Erfaringer av observasjon som metode	49
5.2.7 Feltsamtaler som metode	52
5.2.7.1 Erfaringer av feltsamtaler som metode	53

5.2.8 Intervju som metode	53
5.2.8.1 Erfaringer av intervju som metode	54
5.3 Analyse	56
5.3.1 Forforståelse	56
5.3.2 Analysemetoden	58
6. Presentasjon og drøfting av resultater	67
6.1 Fra overvektig til normalvektig	67
6.1.1 Fra en umulig kropp til kroppen som muliggjøre	67
6.1.2 Fra isolerende skam til åpenhet mot verden	68
6.2. Erfaringer med livsstilsendring	69
6.2.1 Fellesskap qua felles utfordringer - fra ensom usikkerhet til trygghet i fellesskapet	69
6.2.1.1 Videre teoretisk belysning	71
6.2.2 Omverdenen som både fasiliterende og saboterende	73
6.2.2.1 Videre teoretisk belysning	74
6.2.3 Målinger som mål eller middel?	75
6.2.3.1 Videre teoretisk belysning	77
6.2.4 Kunnskap og praktisk kompetanse = overførbarhet og gjennomførbarhet	81
6.2.4.1 Videre teoretisk belysning	81
6.2.5 Å ta opp kampen og vinne – over seg selv.	83
6.2.5.1 Videre teoretisk belysning	84
6.2.6 Å finne en ny balanse i livet.	85
6.2.6.1 Videre teoretisk belysning	86
6.2.7 Å få hodet opp av sanden	87
6.2.7.1 Videre teoretisk belysning	89
6.2.8 Å passe på – hele tiden	90
6.2.8.1 Videre teoretisk belysning	91
7. Oppsummering og konklusjon	93
7.1 Innledning	93
7.2 Oppsummering av funn og konsekvensen for praksis	93
7.3 Validitet	98
7.4 Avslutning og konklusjon	100
8. Litteraturliste	101
9 Figur oversikt	104
10 Tabell oversikt	104
11. Vedlegg	105
Vedlegg 1. Statistiske resultater Telemark Rehabiliteringssenter.	105
Vedlegg 2. Regional Komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør).	107
Vedlegg 3. Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)	109
Vedlegg 4. Bekreftelse fra deltakerne	110
Vedlegg 5. Intervjuguide	111
Oplevelsen(kropsligt og mentalt) af at være overvægtig:	111
Oplevelsen af at være begyndt på en livsstilsforandring:	111
Oplevelsen af at være i et fællesskab med andre med lignende udfordringer og mål:	111
Oplevelsen af omverdenen/nærmiljøets reaktioner på den ændrede livsstil:	111

Forkortelser

Who: World Health Organisation

TR: Telemark Rehabilitering

KMI: Kroppsmasse indeks

TTM: Transteoretiske Modell (The Transtheoretical Model)

SE: Self-Efficacy

REK-sør; Regional Komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør).

NSD: Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)

1. Introduksjon

1.1 Innledning

Gjennom tidligere praksis på idretts- og friluftslivsstudiet er jeg blitt kjent med Telemark Rehabilitering (TR) og arbeidsmåtene deres. Jeg ble også godt kjent med gruppen som var på behandlingsopphold på daværende tidspunkt. Deres personligheter og bakgrunnshistorier passet ikke med det bilde jeg hadde av sykelig overvektige. I samfunnsdebatten rundt overvektproblematikken er det en tendens til å se overvektige som svake eller i hvert fall som mindre viljesterke. Det at de ikke klarer å kontrollere eget inntak av mat i forhold til energiforbruk, blir sett på som uttrykk for manglende selvkontroll, som et generelt karaktertrekk ved personen (Engelsrud and Rugseth, 2004, Allison et al., 1991, Ambwani et al., 2014). Jeg må med skam innrømme at min egen forståelse av overvektige hadde mange fellestrekk med denne. Jeg tenkte, at de overvektige ikke var blant samfunnets mest resurssterke og hadde mye å sloss med på andre felt i livet. Mange av deltakerne i gruppen på TR gjorde mine fordommer til skamme. Her møtte jeg mennesker som i den grad bidro til samfunnet og menneskene rundt seg. De var resurssterke og hjertevarme, og jeg ble oppriktig glad i dem. Denne motbevisning av mine fordommer om overvektige gjorde meg nysgjerrig på hvilke mennesker som gjemte seg i de store kroppene, hvordan det opplevdes å leve i disse kroppene, og ikke minst hvordan det opplevdes å endre sin livsstil for å innskrenke sin kropp. Det er denne undren og tidligere erfaringer gjennom praksis som ble styrende for min tilgang til denne masteroppgave.

1.2 Bakgrunn og hensikt

Forekomsten av livsstilsrelaterte helseproblemer og sykdommer er et økende problem både nasjonalt og internasjonalt (Helsedirektoratet, 2010, Folkehelseinstituttet et al., 2012). Antallet overvektige har økt betydelig i store deler av verden, og Verdens Helseorganisasjon (WHO) har slått fast at overvekt og problemer knyttet til overvekt er en av de største og mest hurtigvoksende utfordringene knyttet til helse, som verden står ovenfor i dag (Folkehelseinstituttet et al., 2012). Dette er også tilfelle i Norge, hvor det har skjedd en markant økning i antall overvektige og personer med fedme siden midten av 1990-tallet. Spesielt ser man en stigning i antall personer med fedme 2 og 3 (Folkehelseinstituttet et al.,

2012). Økt grad av fedme er relatert til økt hyppighet av livsstilssykdommer (Helsedirektoratet, 2010, Government-Office-for-Science-&-Department-of-Health, 2007)

Da denne økning i overvekt og livsstilsrelaterte sykdommer skjedde over forholdsvis få år, tyder endringen på å være relatert til vår endrede livsstil med mer kaloriholdig mat og redusert fysisk aktivitet (Government-Office-for-Science-&-Department-of-Health, 2007).

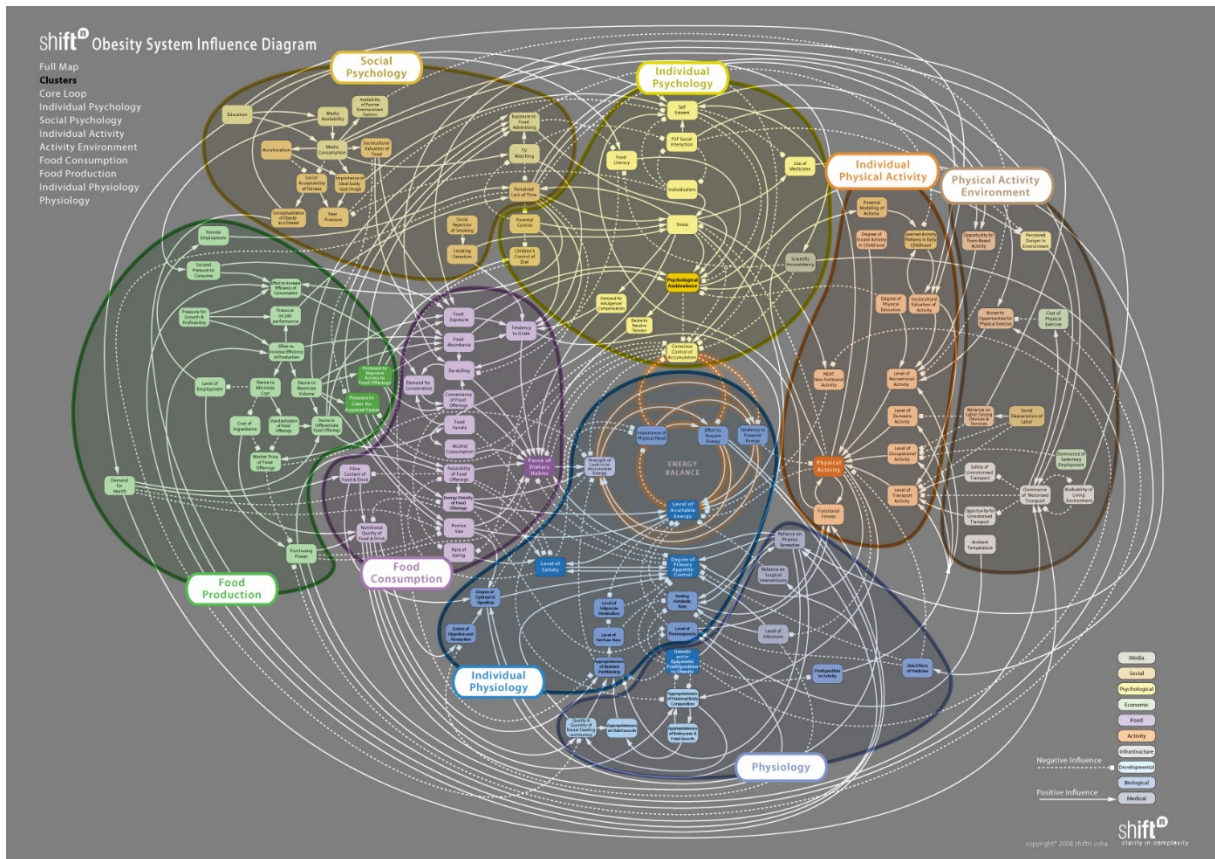
Hjelmesæth et al fra Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst konkluderer i Tidsskrift for Norsk Legeforening (2007) at *"Varig endring av livsstil er fundamentet og fellesnevneren i all fedmereduserende behandling."* Han fortsetter: *«Det er også viktig å huske at endring i livsstil kan gi helsegevinst uavhengig av vektreduksjon, f.eks. bedre livskvalitet, lavere dødelighet og forebygging av diabetes og hjerte- og karsykdom.»*(Hjelmesæth et al., 2007).

I den norske rapporten "Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten Voksne" (2007) slås det fast at *"Livsstilsendring er fundamentet og fellesnevneren i all behandling av sykkelig overvekt, enten det gjelder forebyggende tiltak, atferdsterapi, medikamentell- eller kirurgisk behandling. Helsetjenestens behandlingstiltak skal støtte opp under og bidra til at de som har vektrelaterte helseproblemer blir i stand til å gjennomføre og vedlikeholde helsefremmende atferd."* (De-regionale-helseforetakene, 2007).

Samtidig viser forskning at livsstilsendring er vanskelig og at forholdsvis få klarer å endre livsstil og holde vekten på sikt (De-regionale-helseforetakene, 2007).

For å bli bedre til å hjelpe overvektige med å håndtere utfordringen det er å endre livsstil, er det viktig med kunnskap om hvordan det oppleves å endre livsstil for mennesker som selv har erfaring med dette. Selv om det er krevende å endre livsstil er det likevel noen som får det til, og deres erfaringer kan være nyttige for andre i lignende situasjon, og i arbeidet med å utvikle behandlingstilbud.

Overvekt er en kompleks størrelse med sammensatte årsaksforklaringer. Figurene under er utarbeidet i forbindelse med en redegjørelse av forskning innen overvekt for Government-Office-for-Science-&-Department-of-Health (2007) for å skape en felles forståelse av de faktorer som påvirker til overvekt og hvordan de påvirker hverandre.



Figur 1-1 Obesity System Influence Diagram (Government-Office-for-Science-&-Department-of-Health, 2007)

I Norge er det også en forståelse av at det er ulike faktorer, som er årsaken til økt overvekt i befolkningen. Det foregår tiltak på ulike felt, som for eksempel bedre merking av matvarer som grovhetsprosent på brød og nøkkelhullsmerking (Helsedirektoratet, 2006), forsøk med økt fysisk aktivitet i skolen og lavterskeltilbud i foreningslivet (Helsedirektoratet, 2004). Men når det kommer til konkrete behandlingstilbud for overvekt skjer dette på individuelt nivå. Den enkelte overvektige får dermed det endelige ansvar for å redusere sin egen vekt. Med dette individfokus blir det enda viktigere for behandlingsapparatet å forstå hvordan overvektsbehandling oppleves av den overvektige selv.

Som skrevet over skal livsstilsendring inngå i alle behandlinger av overvekt i Norge. Derfor blir det spesielt relevant å forske på livsstilsendring med tanke på dokumentering og forbedring innen feltet.

Det er forsket en del på atferdsendring og livsstilsendring ved sykkelig overvekt, og ser man på innholdet i de ulike livsstilsendringstilbud på landets rehabiliteringssentre, sees det at det

mange steder er inspirert av dette¹. Likevel er det fortsatt mange som ikke klarer å endre livsstil selv med hjelp fra diverse evidensinspirerte livsstilsendingsprogrammer og – behandlinger (Hjelmesæth et al., 2007, Government-Office-for-Science-&-Department-of-Health, 2007, Helsedirektoratet, 2010).

Jeg ønsker med denne masteroppgave å fordype meg i livsstilsendring for overvektige som fagfelt. Hensikten er å få frem hvilke prosesser som skjer i en livsstilsendring, som et bidrag til fagfeltet til videre utvikling av metoder som kan benyttes i arbeidet med å støtte og hjelpe overvektige i deres forsøk på å endre livsstil.

1.3 Problemstilling

Undersøkelse er gjort på deltakere i et livsstilsendringstilbud ved Telemark Rehabiliteringssenter. Gjennom å la dem fortelle med egne ord om erfaringer med å endre livsstil, ønsker jeg å løfte frem de subjektive erfaringer og oppnå innsikt i de overvektiges opplevelser.

I ønsket om å oppnå en dypere forståelse av tema bruker jeg teori om atferdsendring og annen forskning om overvektiges opplevelser med livsstilsendring for å analysere og gi perspektiv på de overvektiges erfaringer.

I oppgaven ønsker jeg å besvare følgende spørsmål:

- *Hvordan oppleves det for de overvektige å endre livsstil?*
- *Hvilke prosesser skjer underveis i livsstilsendringen?*
- *Hva opplever de overvektige at er avgjørende når de klarer å endre livsstil?*

1.4 Oppbygning og struktur

Oppgaven er strukturert i 7 kapitler. Etter det første introduksjonskapitlet presenterer jeg i kapittel 2 den nasjonale helsepolitikk og de nasjonale retningslinjer som setter rammene for behandling av livsstilsendring. I kapittel 3 redegjør jeg for foreliggende kvalitativ forskning innen livsstilsendring blant overvektige og setter mitt eget prosjekt i perspektiv til dette. Kapittel 4 omhandler mitt teoretiske utgangspunkt for drøftingen av resultatene, Den

¹ Eksempelvis kan det nevnes Kognitiv Terapi som brukes på Haugland Rehabiliteringssenter <https://www.rkhr.no/framsida/helsepersonell/forskning/spesialisert-rehabilitering/> og flere studier utført på Evje Klinikken som har vært med på å forme behandlingstilbudet <http://www.evjeklinikken.no/forskning-og-utvikling.aspx>.

Transteoretiske Modell. Kapittel 5 omhandler metoder benyttet i oppgaven, herunder metodologiske refleksjoner om hvordan min kvalitative forskning er inspirert av fenomenologien og hermeneutikken og hvordan mitt prosjekt plasserer seg og har verdi som et bidra til forskningsfeltet innen livsstilsendring som behandling av sykelig overvekt. Kapitlet omhandler også metodiske overveielser helt fra etiske overveielser før innsamling av empiri over erfaringer gjort i forbindelse med arbeidet med generering av empiri via observasjoner, feltsamtaler og intervju med sykelig overvektige i livsstilsendringsbehandling. Kapitlet avsluttes med en redegjørelse for analyseprosessen. Den omfattende redegjørelse av metodiske overveielser skal sikre leserens mulighet til å følge og vurdere hvert trin i forskningsprosessen. Neste kapittel (7) omhandler presentasjon og drøfting av mine resultater. Resultatene blir presentert tema vis og etter hvert tema følger en videre teoretisk belysning av tema. Avslutningsvis, i kapittel 8, oppsummeres funnene og oppgavens kunnskapsmessige bidrag til feltet.

1.5 Avgrensning og begrepsavklaring

Oppgaven fordyper seg i livsstilsendring som behandling av sykelig overvekt hos voksne i et kvalitativt perspektiv. Den avgrenser seg dermed fra å omhandle andre typer overvektsbehandling. Likedan ligger behandling av overvektige barn utenfor oppgavens hensikt.

1.6 Definisjon av overvekt og livsstil

Begrepet overvekt brukes om personer med høy vekt på grunn av stor fettmasse. Til å vurdere en persons vekttilstand brukes KMI (kroppsmasseindeks).

Tabell 1-1 KMI (kroppsvekt i kg / høyde i m²)

Undervekt	< 18,5
Normalvekt	18,5-24,9
Overvekt	25-29,9
Fedme grad 1	30-34,9
Fedme grad 2	35-39,9
Fedme grad 3	≥ 40

Sykelig overvekt defineres som $KMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ eller $KMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ med tilleggssykdom relatert til overvekten eksempelvis diabetes, hypertensjon, søvnapné, respirasjonssvikt eller belastningsrelaterte leddsmerter. Det er i Norge mennesker i denne vektklasse som tilbys behandling for overvekten (Helsedirektoratet, 2010). Selv om denne vektklasse i følge KMI omtales fedme, brukes det i denne oppgaven ordet overvektig, da det er måten deltakerne i studien omtaler seg selv.

Livsstil er den samlede betegnelse for en persons levemåte. Den dekker kosthold, fysisk aktivitet, søvnvaner, samt sosial og geografisk levemåte. En sunn livsstil i relasjon til kroppens fysiske behov defineres av WHO som "...eating lots of fruits and vegetables, reducing fat, sugar and salt intake and exercising" (WHO, 2012).

1.7 Presentasjon av Telemark Rehabiliteringssenter

Telemark Rehabiliteringssenter (TR) er en avdeling under Sykehuset Telemark, som driver med spesialisert behandling av sykelig overvekt. Senteret tilbyr opphold med fokus på livsstilsendring samt opphold som skal forberede pasientene til slankeoperasjon. De overvektige på livsstilsendringsopphold blir på senteret omtalt deltakere. Derfor brukes ordet deltakere om de overvektige i denne studie. På livsstilsendringsopphold lærer deltakerne om kosthold og fysisk aktivitet og det arbeides med bevisstgjøring rundt egen livsstil og motivasjon. Målet med livsstilsendringstilbudet er at deltakerne skal oppnå varig livsstilsendring og senteret vektlegger den enkeltes ansvar og aktive deltakelse. Det blir utarbeidet individuelle planer og mål under oppholdet. TR vektlegger altså i stor grad den enkeltes ansvar i livsstilsendringen.

Deltakere ved livsstilsendringstilbudet er voksne med sykelig overvekt med en $KMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ uten tilleggssykdommer, eller med en $KMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ med tilleggssykdommer. Henvising til livsstilsendringsopphold skjer gjennom fastlege, helseforetak eller andre relevante enheter som for eksempel Senter for Sykelig Overvekt.

Tilbudet ved TR gikk for mine informanters vedkommende over tre år med tre opphold på senteret. Første opphold varte fem uker, mens andre og tredje opphold fant sted henholdsvis tre og femten måneder etter avslutning av første opphold og varte en uke. Underveis i forløpet hadde deltakerne mulighet til selv å ta telefonisk kontakt med teamet. Oppholdet var organisert med inntak i grupper av ti deltakere.

TR har lite statistikk på hvilke endringer som skjer med deltakerne underveis i tilbudet. Man har dog begynt med mer registrering de seneste år med registrering av VO₂max og livskvalitet. I perioden hvor deltakerne i denne studien var tilknyttet TR falt mer enn halvparten av de som startet på livsstilsendningsbehandling fra over de tre år forløpet gikk. Av de som gjennomførte var det en gjennomsnittlig vektreduksjon på 7,6 % etter tre år.² I følge de nasjonale retningslinjer er det ved sykkelig overvekt ønskelig med et vekttap over 10 % av vekten ved oppstart av behandlingen for å oppnå ønsket helseeffekt (Helsedirektoratet, 2010). Det store frafallet og den begrensede vektreduksjon viser til potensial for forbedring. Med TRs fokus på individet blir det relevant å undersøke og løfte frem de subjektive erfaringer til deltakerne, og søke en forståelse av hvordan livsstilsendring oppleves av de som gjennomgår denne endring. Jeg håper at mitt masterprosjekt dermed kan bidra med kunnskap som TR kan bruke i arbeidet med å hjelpe overvektige til å endre livsstil.

² Se vedlegg 1. Statistikk fra Telemark Rehabiliteringssenter

2. Norsk helsepolitikk og nasjonale retningslinjer

Det norske helsevesen bygger på en bred sosialmedisinsk forståelse av helse, hvor menneskets helse forstås som en helhet bestående av det fysiske, det psykiske og det sosiale (Berg, 2002).

Den medisinske og teknologiske utvikling, samt de forbedrede levevilkår, har gjennom de siste århundre endret behovet for helsetjenester fra primært å redde liv til i dag å ha et stort fokus på livskvalitet. Samtidig er det i større grad folks individuelle levevaner som er avgjørende for helsetilstanden til den enkelte. Tall for 2009 viser at 68 % av menn og 51 % av kvinner over 40 år er overvektig eller har fedme, 265.000 voksne har utviklet diabetes 2 og at 35 % av dødsfall skyldes hjerte- og karsykdommer, mens 25 % skyldes kreft. Disse tilstander og sykdommer er livsstilsrelaterte og henger sammen med befolkningens røyke- kostholds- og mosjonsvaner (Stortingsmelding, 2011).

Kombinasjonen av at folk lever lengre og at helsesystemet har fått en bredere oppgave med å sikre befolkningens livskvalitet gjennom behandling og omsorg, har gjort at presset på systemet har vokst. For å imøtekomme utviklingen og demme opp for den store økonomiske belastningen på helsesystemet, er det nødvendig med endringer i helsevesenet (Stortingsmelding, 2009). En stortingsmelding fra 2003, "Resept for et sunnere Norge" ble i 2009 fulgt opp med "Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid", i forsøk på å imøtekomme de økte utfordringer (Stortingsmelding, 2003, Stortingsmelding, 2009).

Utgangspunktet for den politiske utvikling av helsetjenestene er at;

"...det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon." (Stortingsmelding, 2003)

Helsetilbudet skal være likt for alle. Likevel sees det store forskjeller i helse blant de ulike sosiale samfunnslag, hvor folk med lavere sosial status har økt forekomst av de livsstilsrelaterte sykdommer som kreft, fedme og hjerte- og karsykdommer. Livsstil og

helseatferd er gjensidig avhengig av sosial status (Stortingsmelding, 2003, Stortingsmelding, 2009).

Et viktig mål med den nye helsereformen er å redusere helseforskjellene mellom de ulike sosiale samfunnslag. Det skal legges større vekt på forebygging og tidlig innsats ved sykdom. Tilrettelegging for helsefremmende livsstil er en viktig del av forebyggelsen av livsstilsrelaterte sykdommer. Det er laget handlingsplaner for å øke bedre kosthold og øke fysisk aktivitet i befolkningen (Stortingsmelding, 2009, Stortingsmelding, 2003)

2.1 “Oppskrift for et sunnere kosthold”

” Oppskrift for et sunnere kosthold : handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)” (Helsedirektoratet, 2006) hadde som mål å bedre kostholdet i hele befolkningen, samt å redusere sosiale forskjeller. Dette for å bidra til forebygging av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes 2, kreft, hjerte- og karsykdommer, samt overvekt og fedme, i tråd med Stortingsmelding nr. 16. Det ble utvalgt ti innsatsområder og satt i gang 73 tiltak for å fremme målet. Særlig aktuelt for overvekt og fedme blant voksne er tiltakene som skulle gjøre det enklere å velge sunt, bedre utvalget av sunn mat, samt å redusere eksponeringen av usunn mat. Dette er blant annet gjort ved å innføre nøkkelhullsmerkning, å øke tilgangen på sjømat, frukt og grønt av god kvalitet og øke avgiften på sukkerholdig drikke. Dessuten er det utviklet tilpasset kostveiledning til pasienter i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er generelt et økt forbruk av grønnsaker og frukt, samt nedgang i sukkerforbruket. Likevel er ikke målet nådd og det jobbes videre med å utvikle tiltak for å få den norske befolkningen til å spise mer grønt, fisk og fullkorn, samt begrense inntak av sukker og salt (Helsedirektoratet, 2012).

2.2 “Sammen for fysisk aktivitet”

Fra politisk side er det bred enighet om viktigheten av fysisk aktivitet for befolkningens helse og trivsel. Det er forståelse for at fysisk aktivitet berører flere politiske felt, og i samarbeid mellom åtte departementer har man utviklet “Handlingsplan for økt fysisk aktivitet, 2005-2009” for å tilrettelegge for og motivere til mer fysisk aktivitet i befolkningen (Helsedirektoratet, 2004).

Tiltak innen følgende områder er prioritert:

- Tilrettelegging av fysiske omgivelser med vekt på tilgjengelighet for alle.
- Bidra til at det finnes lokale lavterskeltilbud og gode muligheter for fysisk aktivitet på fritiden og på viktige arenaer som barnehage, skole og arbeidsplass.
- Motivere til en aktiv livsstil.

Det er mangelfull data om aktivitetsvaner i den norske befolkning. De data som finnes viser at helt opp mot 80 % av befolkningen er mindre fysisk aktive enn myndighetenes anbefalinger. Spesielt eldre, innvandrere og funksjonshemmede har lavere aktivitetsnivå enn resten av befolkningen (Anderssen and Helsedirektoratet, 2009).

Målet med handlingsplanen er å øke andelen barn og voksne som når opp på myndighetenes anbefalinger om henholdsvis 60 og 30 minutters aktivitet med moderat intensitet om dagen.

Det er oppsatt syv tiltaksområder eller delmål for å nå målene:

- Flere i fysisk aktivitet på fritiden.
- Muligheter for fysisk aktivitet i barnehage, skole og på arbeidsplass.
- Fysiske omgivelser som fremmer en aktiv livsstil.
- Fokus på fysisk aktivitet i sosial- og helsetjenesten.
- Sektorovergripende og samordnet innsats for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen.
- Styrket kunnskapsgrunnlag og bedre kompetanse om fysisk aktivitet og helse.
- Folkeopplysning om fysisk aktivitet og helse – motivering til en aktiv livsstil.

Felles for delmålene er at de berører flere felt og at det er nødvendig med samkjøring mellom disse for å lykkes. Det legges vekt på fysisk å tilrettelegge for aktivitet via idrettsanlegg og friluftsområder, samt aktiv transport så det blir mer tilgjengelig og attraktivt å velge aktivitet. Samtidig skal innsatsen for opplysning om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse styrkes, og det legges vekt på å nå ut til hele befolkningen. Det legges fra politisk side opp til økt aktivitet på arbeidsplasser som tradisjonelt har mye stillesitting.

Likedan skal det satses mer på fysisk aktivitet i regional og lokale partnerskap for folkehelse. Ovenstående skal stimulere og motivere befolkningen til økt fysisk aktivitet. Det skal foregå datainnsamling og forskning på effekten av tiltakene for å fremme fysisk aktivitet, for å kunne følge opp innsatsen i forhold til videre tiltak.

Bakgrunnen og tiltakene i handlingsplanen skal sees i sammenheng med nedenstående Stortingsmeldinger og de ulike områder i planen er innført i de respektive Stortingsmeldinger (Helsedirektoratet, 2004).

- St. meld. nr. 14 (1999-2000) *Idrettslivet i endring – Om statens forhold til idrett og fysisk aktivitet (Stortingsmelding, 2000).*
- St. meld. nr. 39 (2000-2001) *Friluftsliv - Ein veg til høgare livskvalitet (Stortingsmelding, 2001).*
- St. meld. nr. 23 (2001-2002) *Bedre miljø i byer og tettsteder (Stortingsmelding, 2002a).*
- St.meld. nr. 39 (2001-2002) *Oppvekst- og levekår for barn og ungdom i Norge (Stortingsmelding, 2002b).*
- St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken (Stortingsmelding, 2003).*

Handlingsplanen for økt fysisk aktivitet (2005-2009) er anbefalt videreført med sterkere virkemidler (Helsedirektoratet, 2004).

2.3 Når uhellet er ute

De som blir syke skal sikres en langsiktig behandling på tvers av sektorer og geografisk nivå. Behandlingen skal styrkes gjennom økt brukerinnflytelse og veiledning, og større fokus på habilitering og rehabilitering, for å sikre bedre muligheter for mestring, livskvalitet og egen omsorg. For å sikre høy faglighet og kortere avstand til helse- og omsorgstjenestene skal det i fremtiden arbeides for å utvikle et helsesystem med sterkere samarbeid på tvers av sektorer. Konkret skal de kommunale helse- og omsorgstjenestene styrkes, så befolkningen kan få den hjelp de trenger lokalt. For å sikre høy faglighet på spesialiserte områder skal spesialisthelsetjenesten utvikles, samtidig som den i høyere grad skal samarbeide med

kommunene og yte bistand i form for veiledning, opplæring, tilgjengelighet og ved å opprette nye tiltak og tjenester (Stortingsmelding, 2009).

2.4 Nasjonalfaglige retningslinjer for behandling av overvekt

For behandling av voksne med overvekt er det utarbeidet nasjonale retningslinjer for "Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne" (Helsedirektoratet, 2010).

I retningslinjene slås det fast at alle med KMI over 35 kg/m² og andre som henvender seg med ønske om hjelp til å redusere vekten sin bør tilbys oppfølging og eventuelt behandling. Behandlingen starter med en utredning av:

- Vekthistorie og årsaksforhold.
- Vurdering av eventuelle spiseforstyrrelser.
- Klinisk vurdering av vektrelatert endokrin sykdom.
- Måling av BT, utvalgte blodprøver, eventuelt gentest.
- Gjennomgang av faste medisiner.
- Kartlegging av kosthold og fysisk aktivitet.

Det legges vekt på den individuelle og tverrfaglige tilnærming.

"Behandlingsopplegget skal individualiseres i forhold til pasientens vekthistorie, men består alltid av et program som inkluderer fysisk aktivitet, endring av matvaner og mestringspsykologisk støtte." (Helsedirektoratet, 2010).

Overvekt er i dagens samfunn relatert til mye skam, og det er viktig at behandlere møter den overvektige med respekt og forståelse. Mange har forsøkt å redusere vekten flere ganger før, og overvekten er hos mange et sårt emne. Behandlerne skal vise den overvektige at det er muligheter for hjelp og støtte til å få et sunnere liv og håndtere overvekten, hvis personen selv ønsker det.

Oppfølging skjer hos fastlege hvor ernæringsfysiolog og psykolog kan være sentrale medspillere. I tillegg bør det gis lokale tilbud med tilrettelagt fysisk aktivitet og samtale i grupper av likesinnede. Erfaring med frisklivssentraler har vist gode resultater med deres tilbud på strukturerte tilbud av fysisk aktivitet og endring av kostvaner. Fastlegen kan

henvise til spesialisthelsetjenesten ved manglende effekt av tilbudet i primærhelsetjenesten eller sykelig fedme. Fastlegen skal som ved andre kroniske lidelser ta stilling til hvor mye av behandlingen som kan håndteres av primærhelsetjenesten, og hva som bør henvises til spesialisthelsetjenesten for intensiv livsstilsbehandling eller kirurgi. Langvarig oppfølging lokalt hos fastlegen eller annen behandler i samarbeid med fastlegen er avgjørende for et tilfredsstillende resultat på sikt (Helsedirektoratet, 2010)

I motsetning til tidligere hvor målet for overvektsbehandling var å redusere vekten så BMI kom under 25 kg/m², er man i dag opptatt av at målet skal være realistisk og forbedring av helse er viktigere end KMI under 25 kg/m². En vedvarende vektreduksjon på 5-10 % vil i mange tilfelle være nok for å oppnå helsegevinst. Ved sykelig overvekt kan det være nødvendig med et større vekttap for å oppnå den nødvendige helsegevinst. Den overvektige og behandleren bør sammen finne et realistisk behandlingsmål (Helsedirektoratet, 2010).

Retningslinjene understreker at det er krevende å endre livsstil og gå ned i vekt, og at motivasjon og evne til å gjennomføre en livsstilsendring henger sammen med psykiske og sosiale forhold i personens liv. Det legges vekt på at mål og innhold i behandlingen skjer på bakgrunn av den enkeltes motivasjon og ressurser og tilpasses den enkelte, ettersom det er stor forskjell på hva som virker motiverende og støttende fra person til person (Helsedirektoratet, 2010).

Mestringsfølelse og selvaktelse er viktige elementer for å opprettholde motivasjon over tid. Behandlingsplanen bør derfor inneholde delmål som er overkommelig innenfor en overskuelig fremtid og fokusere på de helse- og livsforbedringer som skjer i forholdsvis nær fremtid ved livsstilsendring, som forbedret fysisk form og mer energi. Disse opplevde forbedringer vil i større grad øke mestringsfølelsen, selvilliten og motivasjonen til å fortsette innsatsen enn et ensidig fokus på helsegevinster langt fremme i tid (Helsedirektoratet, 2010).

Selv med stor innsats og mye hjelp er det ikke alle som klarer å redusere vekten. Hjelp til å møte utfordringer med overvekt praktisk og mentalt, er viktig for livskvaliteten til den enkelte. Det kan omhandle praktisk tilrettelegging på jobb, yrkesrettet attføring med mer. Det kan bli behov for utvikling av individuell plan for å sikre helhetlig oppfølging og omsorg. Mestring av sin situasjon og opplevelsen av å kunne møte utfordringer og ha kontroll i eget

liv, er ofte like viktig som den medisinske behandling. Undervisning i egenomsorg og mestring av egen situasjon, samt møteplasser hvor overvektige kan utveksle erfaringer og møte andre med samme utfordringer, kan gi inspirasjon og tro på å kunne lykkes (Helsedirektoratet, 2010).

2.4.1 Fysisk aktivitet ved vektreduksjon

Ved endret kosthold og aktivitetsvaner er det viktig for motivasjonen og dermed sjansen for å gjennomføre, at endringene skjer gradvis og at det tas hensyn til den overvektiges preferanser. Fysisk aktivitet bør innføres gradvis og bygge på noe personen liker, og som ikke vekker sterkt ubehag eller skam. Hvis aktiviteten kan være lett tilgjengelig og bli en naturlig del av hverdagen og hverdagsmiljøet, er det lettere gjennomførbart for de fleste. Det kan være en god idé å forberede en person som ikke er vant med å være fysisk aktiv, på at det ved oppstart av fysisk aktivitet kan være noe ubehag som andpustenhet og ømme muskler og at dette er normalt og vil gå over når kroppen er blitt vant til aktivitet (Helsedirektoratet, 2010)

For økt forbrenning og helsegevinst er det gagnlig å fokusere på aktivitet med bruk av de største muskelgrupper. Samtidig er det lurt å ta hensyn til at mange overvektige sliter med smerter i vektbærende ledd (ankel, kne og hofter) på grunn av slitasje, og anbefale aktivitet med mindre belastning på disse ledd eksempelvis svømming og sykling (Helsedirektoratet, 2010).

Erfaringer viser at det er lettere å komme i gang og å opprettholde fysisk aktivitet hvis man kan gjøre det sammen med andre enten i gruppetilbud med likesinnede eller med en treningskontakt, og det anbefales at kommunene legger til rette for slike tilbud (Helsedirektoratet, 2010).

Fysisk aktivitet gjør en stor forskjell for helsen i forhold til inaktivitet, selv ved en forholdsvis lav mengde. Minimum 30 minutter om dagen anbefales vanligvis. I forbindelse med vektreduksjon og vektstabilisering er det nødvendig med 60-90 minutter om dagen. Fysisk aktivitet alene resulterer sjeldent i mer enn noen få kilo og det er nødvendig med endringer i kosten for å gå ned i vekt (Helsedirektoratet, 2010).

2.4.2 Kosthold ved vektreduksjon.

Redusert energiinntak er nødvendig for å oppnå vektnedgang. Det anbefales å redusere energiinntaket med 500-1000 kcal pr. dag, hvilket tilsvarer en vektreduksjon på 0,5-1 kg i uken (Helsedirektoratet, 2010). Anbefalingene er å gjøre dette gjennom å:

- Spise 500 gram grønnsaker og frukt om dagen.
- Redusere fettinnholdet i maten, og erstatte mettet fett med umettet fett.
- Spise rent kjøtt, kylling og fisk fremfor behandlet og fett kjøtt.
- Lettere meieriprodukter.
- Grovere kornvarianter.
- Drikke vann eller drikke uten fett og sukker.

Strategier bør ta utgangspunkt i personens situasjon, ønsker og motivasjon. Den viktigste faktor for å få til vektreduksjon over tid er vedholdenhet og varig endring. Det er derfor nødvendig å se på hva som er mulig ut fra personens hverdags situasjon og hva som er gjennomførbart over tid. For at den overvektige skal føle tilhørighet og ansvar for endringene er det viktig at planen utarbeides i samarbeid med den overvektige ut fra hva denne opplever som mulig. Endring i eget kosthold fremfor totalomlegging av kostholdet foretrekkes av de fleste. Kosten bør inneholde mat personen liker, og reduksjon av mengde og energiinnhold bør skje gradvis. Dette vil også ligne mer på den nye ønskete kostholdsvane, som personen må fortsette med for å stabilisere vekten og unngå å gå opp i vekt igjen. Andre dristigere dietter kan brukes hvis målet er rask vektnedgang, eller i prosessen med å bedre måltidsrytme (Helsedirektoratet, 2010).

Endringer av vaner er krevende, og selv om mange ønsker hurtige resultater er det hensiktsmessig at endringene skjer gradvis. Gradvis endring av vaner har vist seg å være enklere å gjennomføre. Det er normalt å feile underveis i sin livsstilsendring. Det kan være gagnlig å forberede den overvektige på at dette sannsynligvis kommer til å skje, og heller fokusere på å bruke feilene underveis som erfaringer og utgangspunkt for å lære å takle utfordringer med en ny livsstil i hverdagen (Helsedirektoratet, 2010).

En kartlegging av måltidsrytmer og energiinntak er et nyttig utgangspunkt når man skal endre vaner. Kartleggingen er med på å bevisstgjøre ens handlinger og det blir enklere å se hvor man kan endre atferd. Til kartlegging av kostholdsvaner kan man bruke en matdagbok

som gjerne kan inneholde nedenstående for hvert måltid:

- Tidspunkt.
- Hva man har spist.
- Hvorfor (eksempelvis om måltidet var planlagt eller om det var andre årsaker til matinntaket).
- Hvor man spiste det.
- Hvordan (alene, foran TV'en, stresset situasjon og så videre).

Når man har fått en oversikt over den overvektiges spisemønster kan man sammen lage planer for hvordan kostholdet kan bli sunnere og mindre energiholdig. Det er også viktig å tenke igjennom og lage strategier for hvordan den overvektige kan håndtere utfordrende situasjoner som sosialt samvær med mye kaloriholdige fristelser og følelsesmessig krevende situasjoner som eksempelvis stress og sykdom (Helsedirektoratet, 2010).

Det fins en del praktiske grep man kan benytte for å redusere energiinnholdet i kosten.

- Planlegg måltider og mellommåltider. Frokost, lunsj, middag, 1-2 mellommåltider.
- Spis ved spisebordet, ikke foran TV/pc.
- Spis sakte.
- Vent litt før porsjon nr. 2. Det kan ta tid før man føler seg mett.
- Bruk tallerkenmodellen, $\frac{1}{2}$ grønnsaker, $\frac{1}{4}$ kjøtt, $\frac{1}{4}$ potet/pasta/ris.
- Bytt ut fete kjøttprodukter med fisk, kylling og rent kjøtt til middag og pålegg.
- Velg skummet eller ekstra lettmeik fremfor lett- eller helmeik.
- Velg mager ost fremfor fet ost.
- Velg lett yoghurt i stedet for alminnelig yoghurt.
- Velg kesam eller lett creme fraiche i stedet for rømme og creme fraiche.
- Drikk vann eller drikk uten fett og sukker da det har ingen kcal.
- Bruk brødskalaen og nøkkelhullsmerket til å navigere i mattilbudet.
- Reduser tilgjengeligheten av søte og fete snacks ved å handle inn samme dag som det skal spises og ikke mer enn det blir spist, og ikke ha slike matvarer liggende å friste.
- Få tips og lær å lage raske og enkle middagsretter med ønsket energiinnhold.

Tabell 2-1 Bevisstgjøring og kartlegging via matdagbok og tilpasset innsatsområder

Tidspunkt	Hva spises	Hvorfor + Hvor	Problem	Endring
Kl. 12	2 brødsiver m pølse	Lunsj på jobben	Høyt fett- og saltnivå i pølsen, lyst brød.	Skinke + tomat Rugbrød
Kl. 16	3 rosinboller	Sulten og sliten i bilen på vei hjem fra jobb	Raske karbohydrater og mye kcal.	Kl. 15.00 Grovt brød m ost. Unngå blodsukkerfall
KL. 18	Pizza	Middag hjemme ved spisebordet	Høyt fett-, sukker- og saltnivå.	Måltid ut fra tallerkenmodellen
20 - 22	Freia nøttesjokolad e	I sofaen, kos foran Tv-en med kjæresten	For mye kcal.	Endring til 1 stk. frukt
20-22	Freia Sjokolade	Alene hjemme, litt ensom, hjelper å spise sjokolade	For mye kcal. Spise for å dempe følelse av ensomhet	Samtale terapi, lære å håndtere følelsene uten mat

Matdagboken avslører uhensiktsmessig måltidsrytme, ingen frokost samt spising som reaksjon på følelser. Innsatsen kan være:

- Innføre 4-5 måltider om dagen til faste tider.
- Endre innholdet i maten, sunnere alternativ.
- Samtaleterapi for å lære å håndtere følelser uten bruk av mat.

Det anbefales at pasienten fortsetter med matdagboken og oppfølging av denne i samtale med lege eller annen behandler (Helsedirektoratet, 2010).

2.4.3 Medikamenter i fedmebehandling

I noen tilfeller kan vektreduksjon hjelpes på vei av medikamenter i kombinasjon med livsstilsendring. Dette kan være aktuelt for mennesker med:

“KMI \geq 30 som ikke oppnår tilstrekkelig vektreduksjon til å bedre sykdom eller redusere alvorlige risikofaktorer relatert til overvekt og fedme etter å ha innført endringer i kosthold og fysisk aktivitet” (Helsedirektoratet, 2010).

De eneste registrerte medikament i Norge er Orlistat, som hemmer omdanning av fett til triglyserider og derigjennom opptaket av disse i tarmen med 30 %. Ved fettinntak over 30 % i kostholdet vil personen oppleve bivirkninger som fet og hyppig avføring. Det understrekes at medikamenter har begrenset effekt på vektreduksjon men god effekt på metabolsk syndrom og diabetes 2 (Helsedirektoratet, 2010).

3. foreliggende forskning

3.1 Søk etter forskning

Det er gjort systematisk søk i søkebasene pubmed.com og googlescholar.com etter artikler som omhandler "obesity". Som figur 1 "Obesity System Influence Diagram" viser finns det svært mange områder som berører overvekt og derfor mye forskning som ligger utenfor denne oppgavens hensikt. Ved å presisere søkingen med ord som "lifestyle changes", "experience" og "qualitative" ble søket avgrenset. Videre leste jeg igjennom abstracts og sorterte forskningen etter aktualitet. I tillegg er jeg blitt inspirert av aktuelle bøker og artikler med mer, som jeg har støtt på underveis i prosessen blant annet når disse opptrådte som kilder i annet materiale.

Som figuren "Obesity System Influence Diagram" viser berører forskning innen overvekt mange fagfelt. Da jeg i denne oppgave ønsker å undersøke den subjektive opplevelse av å gjennomgå en livsstilsendring, har jeg valgt og bare redegjøre for forskning på livsstilsendring med et subjektivt perspektiv. Jeg avgrenser meg dermed fra overvekts- og atferdsendringsrelatert forskning som hører under andre kategorier.

3.2 Kvalitativ forskning på livsstilsendring

Garip og Yardley gjorde i 2011 en review over kvalitativ forskning omhandlende overvektiges erfaringer med vektregulering og atferdsrettet livsstilsendringsintervensjoner. Totalt 17 studier ble inkludert i reviewet med totalt 290 informanter. Ut av disse var minimum 224 kvinner. Det eksakte antall fordelt på kjønnene er usikkert da ikke alle studier hadde oppdelt informantene i kjønn. Bare studier publisert på engelsk i anerkjente tidsskrift i perioden 1990-2010 er inkludert i reviewet (Garip and Yardley, 2011).

Funnene er omfattende og omhandler mange av de faktorer som vises i figur 1 «Obesity System Influence Diagram». Dette i seg selv er ikke overraskende, da den overvektige jo nettopp blir konfrontert med virkeligheten skissert i figuren. Det som Garip og Yardleys review kan fortelle oss noe om, er hvilke av figurens faktorer som oppleves av den overvektige selv som viktige, og i noen tilfelle hvordan de kan konfronteres for å hjelpe den overvektige til å oppnå kontroll over vekten (Garip and Yardley, 2011).

I artikkelen deler forfatterne funnene opp i henholdsvis seks individuelle og fire interpersonelle faktorer, som igjen påvirker og blir påvirket av de overvektiges erfaringer med livsstilsendingsprogrammet og de positive utfall av deltakelse i programmet (Garip & Yardley, 2011).

Bekymringer omkring egen helse relatert til overvekten var for mange den viktigste årsak til å begynne i en intervensjon for livsstilsendring eller slanking. Den enkeltes forventning til selve intervensjonen varierte derimot betydelig i de ulike studier. Noen hadde ambivalente følelser i forhold til opplegget, hvilket så ut til å ha en sammenheng med svingninger i vekten. Graden av realisme i forventningene til eget vekttap og evne til å kontrollere vekten hadde også betydning for opplevelsen av programmet. Urealistiske forventninger hadde en tendens til å føre til skuffelse og negativ innstilling over for seg selv eller programmet. Motsatt kunne mer realistiske forventninger brukes aktivt til å utvikle effektive strategier til å håndtere mulige tilbakefall (Garip and Yardley, 2011).

En annen vesentlig faktor for de overvektiges opplevelse av å kunne kontrollere vekten, var om de hadde en forståelse av at overvekten hadde sitt opphav i modifiserbare årsaker, som de dermed selv hadde en viss kontroll over, eller om de opplevde å være et offer for faktorer utenfor egen kontroll. Dette kunne eksempelvis være genetikk, fysiske eller psykiske problemer, eller spesielle hendelser i livet. De førstnevnte så i større grad sin overvekt som et personlig ansvar (Garip and Yardley, 2011).

Det viste seg at det var flere psykologiske faktorer de overvektige selv vurderte var årsak til om de lyktes eller ikke i deres forsøk på vektnedgang. Tidligere mislykkete forsøk på vektnedgang opplevde de gav dårlig selvtillit i forhold til å lykkes senere. Men størsteparten av dem mente det var manglende viljestyrke eller kompetanse om vektkontroll, psykiske problemer, gamle kostvaner og emosjonell spising som var årsaken. Noen mente at det å identifisere og forstå sine spisevaner kunne hjelpe til å planlegge mer hensiktsmessig atferd. Andre studier viste at det å være mentalt parat til å endre atferd var avgjørende for å lykkes (Garip and Yardley, 2011).

De overvektige i reviewets studier hadde ulik oppfattelse av kroppene sine. Noen hadde positivt kroppsbilde og så fordel med overvekten, men størstedelen hadde et negativt

kroppsbilde og mange følte skam over kroppen sin. Det var en tendens til at denne negative selvpoppfatning var med på å motivere for å gå ned i vekt (Garip and Yardley, 2011).

Flere studier har vist at overvektige føler seg stigmatisert på grunn av overvekten (Myers and Rosen, 1999, Carr and Friedman, 2005). Også i Garip og Yardleys review (2011) forteller de overvektige at de opplever stigmatisering av omverdenen. Det interessante er at denne stigmatiseringen har ulik effekt på om det leder til tiltak for vektnedgang. I de fleste tilfeller førte stigmatiseringen til at de overvektige holdt seg fra å delta i fysisk aktivitet i offentlige rom. I en studie av unge kvinner, viste det seg at negative kommentarer fra kjæresten om kroppene deres kunne føre til negative følelser, som igjen motiverte til atferdsendring og vektnedgang (Garip and Yardley, 2011).

Sosiokulturelle faktorer kunne i den grad også fungere som både hjelpende og saboterende når det gjaldt å endre livsstil og få kontroll på vekten. Mental støtte og hjelp fra venner og familie til å gjennomføre vektkontrollerende tiltak som fysisk aktivitet og sunn mat, hadde stor betydning for at den overvektige lyktes. Det viktige var at ikke støtten ble oppfattet som press, hvilket kunne virke demotiverende. Samtidig ble også nettopp venner og familie identifisert som utilsiktede sabotører når de lagde usunn mat eller forstyrret tiden som var satt av til fysisk aktivitet (Garip and Yardley, 2011).

Nærmiljøet representerte for mange overvektige en mengde hindringer til vektkontrollerende atferd. Eksempelvis ble enkel tilgang til usunn mat og utgiftene til sunn kost og vektprogrammer fremhevet. Også farer og manglende sikkerhet ved å mosjonere i lokalområdet ble fremhevet. Noen overvektige hadde erfaring med at identifisering av hindringer og reorganisering av deres nærmiljø kunne gjøre det lettere å kontrollere vekten (Garip and Yardley, 2011).

Det sosiale aspekt de overvektige opplevde i vektprogrammene viste seg å være en viktig kilde til motivasjon og støtte. Deltakerne likte individuelt skreddersydde program med personlig støtte fra helsepersoner. Samtidig var kontakten med likesinnede med på å skape et trygt og støttende miljø å dele erfaringer i. Faste rammer i programmene var for noen det press de hadde bruk for, mens andre opplevde dem som frihetsberøvende (Garip and Yardley, 2011).

Det viste seg å være ganske mange positive utfall av å delta i et vektprogram. Relatert til vektnedgang ble fysiske forbedringer, psykososiale fordeler, livsstilsforbedringer og kompetanser om livsstil nevnt. Interessant er det at også i mange tilfelle hvor personen ikke oppnådde vektnedgang opplevde denne likevel forbedret fysisk og psykososial funksjon, eksempelvis forbedret bevegelse, humør, selvaksept og relasjon til andre.

Dette tyder på at fokus på de fysiske og mentale fordelene ved å endre livsstil kan vektlegges i livsstilsendringsprogrammer fremfor vektnedgangen i seg selv i forsøket på å oppmuntre deltakere til å fortsette med livsstilsendringene (Garip and Yardley, 2011)

Interessant er det at deltakerne hadde ulik oppfattelse av behovet for struktur og autonomi i vektprogrammene. Noen opplevde at de fikk for lite støtte, mens andre opplevde at programmet var for rigid og lite åpent for personlige valg, mens andre igjen følte at de var avhengige av fortsatt deltakelse i programmet for å opprettholde kontroll over vekten. Dette vitner om et behov for å utvikle programmer med støttende struktur, som samtidig gir plass til frihet og hjelper deltakerne til å utvikle selvstendighet med tanke på at de etter deltakelse i intervensjonen kan fortsette å ta hensiktsmessige valg i forhold til deres vekt (Garip and Yardley, 2011).

I etterkant av ovenstående review jobbet Yardley og kolleger videre med problemstillingen rundt struktur og autonomi i intervensjoner for vektregulering i en nytt studie (Yardley et al., 2012). Studiet var delt i to, hvor første del besto av å intervju 25 overvektige om erfaringene deres med vektregulering. Funnene som blant annet foreslo at den restriktive selvregulering omkring kosthold var årsaken til manglende vektkontroll på lengre sikt, ble i kombinasjon med eksisterende funn fra teori og forskning utgangspunktet for designet på en ny intervensjon. Studiet av denne bestod av dyptgående fokusgruppeundersøkelse med 16 informanter som var interessert i internettbasert vektreguleringsintervensjon (Yardley et al., 2012).

Det viste seg at selv om den fleksible og autonome tilgang til endring av spisevaner var attraktiv til potensielle brukere av programmet, var det for noen vanskelig å implementere disse selvreguleringsteknikker på egen hånd og oppnå kontroll med vekten (Yardley et al., 2012)

Russell og kolleger gjorde i 2013 en studie av hva overvektige som hadde gjennomgått et livsstilsprogram opplevde som hindrende og støttende ved atferdsendring. I perioden mars til oktober 2011 gjennomførte de fem fokusgruppeintervju med totalt 23 informanter. Empirien ble analysert ut fra rammeverket "Social Ecological Model". De har mange av de samme funnene som Garip og Yardley, og trekker spesielt frem den sosiale støtte og gode relasjoner som viktige for å lykkes med atferdsendringen (Russell et al., 2013).

Ettersom det etter hvert ble klart at en betydelig andel av de som klarer å gå ned i vekt sliter med å opprettholde vekttapet over tid er det i de seneste år gjort flere kvalitative studier omhandlende erfaringene til overvektige som har klart å fastholde en vekt nedgang over tid (Hindle and Carpenter, 2011). Noen av disse studier har i tillegg sett på erfaringene til de som klarte å opprettholde vekten, i perspektiv til overvektige som først har gått ned for så å gå opp igjen, og til normalvektige som har holdt en stabil vekt (Byrne et al., 2003, Chambers and Swanson, 2012, Penn et al., 2008).

Hindle and Carpenter (2011) intervjuet ti britiske hvite kvinner over 18 år som hadde gått ned minimum 10 % i vekt og vært stabile i vekt i minimum et år. De fant at kvinnene hadde en avslappet tilgang til vektregulering med et realistisk langtidsperspektiv. De hadde et tydelig, ofte medisinsk grunn til å ønske vektreduksjon. De tok personlig ansvar for deres vektregulering og var bevisst deres behov i forhold til kosthold og fysisk aktivitet.

Selvmonitorering var en alminnelig brukt strategi i dette. Selv om de fleste fortalte om tilstedeværende av sabotører, hadde de generelt god sosial støtte til hjelp. De fortalte ytterligere at manglende positiv tilbakemelding fra omgivelsene eller i form av eksempelvis nye vektmål å oppnå i vedlikeholdsfasen var en stort utfordring for motivasjonen til å fortsette den endrede livsstil (Hindle and Carpenter, 2011).

Chambers and Swanson (2012) gjennomførte en intervju-studie med 5 menn og 15 kvinner over 30 år, som enten hadde hatt ca. samme vekt hele livet siden de var 18 år, hadde klart å gå ned i vekt og hold denne vekt i de minimum siste tre år eller som hadde en vekt en eller to vektkategorier (KMI-kategorier) over deres vekt ved 18 år. Fordelingen var ca. likelig i de tre grupper. De fant at de som hadde klart å holde vekten holdt regelmessig øye med vekten og hadde klare alarmsignaler for vekt oppgang som vekttall og tøystrørrelse, og tok umiddelbart til handling for å få kontroll på vekten igjen hvis den var på vei opp. De hadde flere strategier ved vekt oppgang bestående av forholdsvis små endringer i kosthold og fysisk

aktivitetsnivå, samt klare strategier for å håndtere livsstils forstyrrelser. De som ikke hadde klart å holde vekten hadde lite oversikt over vektendringer, var dårlige til å oppdage faresignaler for vektoppgang og klarte ikke å sette i gang tiltak for å få kontroll på vekten medmindre de var i mentalt overskudd. Ytterligere reagerte de sterkt negativt følelsesmessig ved vekt oppgang eller mislykkede forsøk på vektregulering (Chambers and Swanson, 2012).

Byrne et al. (2003) gjorde en større undersøkelse med 76 kvinner mellom 20 og 60 år i Skottland. Kvinnene ble delt i tre kategorier etter om de hadde gått ned i vekt og klart å holde vekten i minimum to år, hadde gått ned i vekt men opp igjen eller om de var langtids normalvektige. I studien ble det gjennomført både dybde-intervju og gruppeintervju. Byrne et al. fokuserte mest på de som hadde gått opp i vekt igjen etter et vekttap og konkluderer at disse har en tendens til å vurderer egen selvfølelse ut fra vekt, reagerer med overspising ved negative hendelser i livet, adoptere en sort-hvit tankegang når det kommer til vekt, og er dårlige på å holde øye med vekten sin (Byrne et al., 2003)

Penn et al. (2008) gjorde en kvalitativ studie innen The European Diabetes Prevention Study (EDIPS) i England, som er aktuell for livsstilsendring for overvektige da forebygging av diabetes 2 og livsstilsendring som behandling av sykelig overvekt er veldig like. I studien ble det gjennomført semistrukturerte intervju med 15 personer som hadde gjennomført og fastholdt livsstilsendring i forhold til fysisk aktivitet og eller kosthold over tre til fem år. De fant at allerede eksisterende fysiske plager og krav fra sosial omgangskrets var hindrende for livsstilsendring, mens fokus på det å bli i bedre form og sosial og faglige støtte opplevdes som fasiliterende. Informantene lagde også vekt på at stadige endringer i fysiske, sosiale og miljømessige faktorer spilte en rolle ved varig livsstilsendring. Det var med andre ord ikke bare å gjøre endringer en gang og deretter vedlikeholde disse. Behovet for strategier endret seg i takt med livet (Penn et al., 2008).

I en annen kvalitativ studie publisert i 2012 av Leske og kolleger ble det undersøkt hvilke forskjeller det var mellom bestemmelsesfaktorer for å velge å gå på en bestemt kommersialisert diett eller starte og endre livsstil. Data var generert via semistrukturerte intervju av 21 overvektige voksne (Leske et al., 2012).

De som valgte å gå på diett hadde fokus på vekttap fremfor å leve et sunt liv, som var hovedfokus for de som valgte livsstilsendring. De på diett hadde stor tillit til at diettene

virket og tok det som et personlig nederlag og mangel på innsats når de mislyktes med en diett, og deres løsning var å prøve mer iherdig. Generelt var det en tendens til at de som valgte diett var mindre autonome omkring overvekten deres. De var mer påvirket av andre i dette valget, og det å være på diett gav dem en form for aksept blant andre. De hadde også mindre tro på egen kunnskap om vektkontroll og sunn livsstil, samt egen evne til å kunne gjøre de riktige endringer, og valgte heller dietter med tydelig instruksjon. Avgjørende for valg av tilgang var tidsperspektivet. De som valgte diett hadde ofte et kortere tidsperspektiv. De var på diett til de hadde oppnådd ønskevekten og hadde en forventning om å kunne holde vekten når de først hadde nådd denne. Interessant er også deres oppfatning av seg selv om en overvektig person, som burde være tynnere. Noen hadde en konstant selvkritikk. Deres manglende suksess med å slanke seg resulterte i en besettelse av raske vekttapsløsninger, som stod i veien for andre tanker og handlinger. Forfatterne av studien (Leske et al., 2012) fremla den påstand at det må skje en endring i selvforståelsen og en endret forståelse av kroppsidealet, som inkluderer det å gi slipp på idealet om å bli tynn, for at en ny identitet som en sunn person kan dannes. Videre at denne identitet som å være en sunn person er grunnlaget for å velge en livsstilsendringstilgang til sin overvekt fremfor diett. De så nemlig at deltakere i studien som valgte å fokusere på en sunn livsstil fremfor vekttap så seg selv om en sunn person, og deres valg av sunne handlinger hørte sammen med deres identitet som en sunn person. Deres valg av livsstil var også mer autonomt enn de som valgte diett, og de hadde opplevelsen av å være i besittelse av kunnskap om sunt kosthold og fysisk aktivitet og en tro på at de kunne gjennomføre slike endringer. Mange av dem hadde prøvd dietter tidligere og ved mislykkete forsøk på vekttap hadde de begynt å stille skeptiske spørsmål til diettenes verdi. I stedet for å vende nederlaget innover hadde de forkastet diettene og valgt deres egen gradvise endring av livsstil. Dermed så de også livsstilsendringen som en fortløpende handling uten et avgrenset tidsperspektiv.

3.2.1 Konkluderende tanker om studiene.

Det er flere ulike elementer ved livsstilsendring og vektregulering i de ovenstående studier, hvilket er med på å styrke og utvikle forståelsen vi har av livsstilsendring og vektregulering som fenomen. Samtidig er det også flere likheter som går igjen. Eksempelvis det å ha en tydelig (ofte medisinsk) grunn til hvorfor man ønsker å endre livsstil og å gå ned i vekt (Hindle and Carpenter, 2011, Garip and Yardley, 2011), samt betydningen av sosial støtte

(Hindle and Carpenter, 2011, Penn et al., 2008, Russell et al., 2013, Garip and Yardley, 2011). Dessverre er det også de samme svakheter som går igjen i mange av studiene. Blant informantene er det en overvekt av hvite vestlige kvinner oftest fra USA eller Stor Britannia. Dermed blir funnene lite overførbare til andre end vestlige primært engelsktalende befolkninger. Overvektige menn er sterkt underrepresentert i studiene og det er tydelig at det trengs studier av overvektige menns erfaringer med livsstilsendring i kommende studier. I alle studiene hadde informantene selv meldt seg som informant, hvilket ikke gir et representativt bilde av opplevelsene til de overvektige. Spesielt i Review'et av Garip and Yardley (2011) som hadde fokus på overvektiges erfaringer med vektregulering i livsstilsendringsintervensjoner mangler det data fra folk som droppet ut av programmene, da det kan tenkes at de som fortsatte i intervensjonene har mer positive erfaringer end de som droppet ut (Garip and Yardley, 2011). Ytterligere ser jeg et problem i de ulike utvelgelseskriterier for hvor overvektige informantene trenger å være for å bli inkludert i studiene. Man kan forestille seg at det er stor forskjell på å endre livsstil om man har en KMI på 25 eller 40. Dermed blir noen av erfaringene som kommer frem i studiene sannsynligvis ikke representative for sykkelig overvektige.

Mitt prosjekt skiller seg ut fra annet forskning på livsstilsendring ved å være gjort i Norge med en mannlig informant, som er blitt oppsøkt i en behandlingssituasjon fremfor selv å ha tatt initiativ til å bli med i studien. Det er ikke tvil om at han i utgangspunktet var sykkelig overvekt. I motsetning til ovenstående studier er fokus her på endringsprosessen og datasamling har foregått løpende over tid.

4. Teoretisk perspektiv

Når jeg forteller folk at jeg undersøker overvektiges opplevelser i en livsstilsendring, er det mange som tar for gitt at jeg har et kroppsfenomenologisk perspektiv. Jeg kan forstå denne antakelse, da kroppsfenomenologien er blitt brukt til å kaste lys over erfaringer med syk eller unormal kropp. Man kan også forstå det å være overvektig som noe ytterst kroppslig, og det er gjort spennende og innsiktsrike studier av overvektiges opplevelser med å være i en overvektig kropp med et kroppsfenomenologisk perspektiv (Rugseth, 2010, Coulter, 2012). Imidlertid er ønsket i denne oppgave å fokusere på hvordan overvektige opplever selve livsstilsendringen de gjennomgår i behandlingen av overvekten. Dermed står opplevelsen av selve endringen i sentrum for analysen av empirien, hvilket igjen påvirker hvilke teorier som kan være interessante å benytte til å belyse disse erfaringer.

Spektret av teorier om atferd og endring favner bredt fra biologisk forklarte over til et hav av psykologiske korrelasjoner, modeller og teorier (Biddle and Mutrie, 2008). Da livsstilsendring skjer over tid og personer som gjennomgår livsstilsendring vil oppleve at tanker, handlinger, følelser, motivasjon og kropp endrer seg i løpet av prosessen, har jeg søkt en forklaringsmodell, som tar høyde for at den overvektiges situasjon endrer seg løpende og som gir et bud på både når og hvordan endring skjer. Jeg har også ønsket å undersøke og forstå kompleksiteten og helheten i endringsprosessen, og har derfor søkt et teoretisk perspektiv som tar for seg flere aspekter som gjør seg gjeldende når endring skjer (Biddle and Mutrie, 2008).

Mange av mine resultater fra empirien har fellestrekk med Den Transteoretiske Modell utviklet av Prochaska et al. (2002), og jeg vil benytte denne forståelse av atferdsendring til å belyse og få en dypere forståelse av min informants erfaringer med livsstilsendring.

4.1 Den Transteoretiske Modell

Den Transteoretiske Modell (TTM) består som ordet sier av flere (fire) teorier satt i sammenheng for å favne kompleksiteten i atferdsendring. Modellen er utviklet av Prochaska et al. (2002) ut fra tanken om å teoretisere hele atferdsendringen ut fra menneskers opplevelser, i stedet for å teste og forsvare enkelt teorier, som Prochaska erfarte sjeldent ga et sammenhengende og brukbart bilde i det praktiske arbeid med å hjelpe mennesker til å endre atferd (Prochaska et al., 2002). Teoriene er utviklet og videre testet ut fra menneskers

erfaringer med endring av problematferd. Mye av funnene til Prochaska og medarbeidere støtter annet forskning og teoretisering innen psykologi og atferdsendring. Man kan derfor si at TTM inneholder flere mindre teorier enn de fire hovedteorier. I denne sammenheng mener jeg, at det på grunn av oppgavens fokus og avgrensning, ikke er hensiktsmessig å fordype meg i disse mindre teorier. I det etterfølgende vil jeg kort redegjøre for de fire hovedteorier Den Transteoretiske Modell består av.

4.1.1 Stages of change

Modellen er dynamisk og ser endring som en prosess som skjer gjennom flere ulike prosesser. Innenfor endring av kosthold og fysisk aktivitet er det identifisert fem ulike stadier en person gjennomgår ved endring av atferd (Biddle and Mutrie, 2008, Marcus and Forsyth, 2009).

Tabell 4-1 Stadier og definisjon av stadier.

Stadie	Nåværende atferd	Intensjoner om å oppfylle anbefalingene for kosthold og fysisk aktivitet
Pre-contemplation	Oppfyller ikke anbefalingene for kosthold eller fysisk aktivitet	Ingen
Contemplation	Oppfyller ikke anbefalingene for kosthold eller fysisk aktivitet, men tenker på endring og er begynt å se etter muligheter	Ja
Preparation/Readiness for action	Oppfyller enda ikke anbefalingene for kosthold eller fysisk aktivitet, men små endringer er satt i gang.	Ja
Action	Oppfyller anbefalingene for kosthold og fysisk aktivitet, mindre end 6 md.	Ja

Maintenance	Oppfyller anbefalingene for kosthold og fysisk aktivitet, lengre end 6 md.	Ja
-------------	--	----

(Biddle and Mutrie, 2008, Marcus and Forsyth, 2009, Prochaska et al., 2002)

Stadiemodellen viser at en person ikke endrer atferd fra en dag til den annen fra den ene ytterlighet til den annen. Endringen skjer litt om gangen gjennom ulike stadier, som forbereder personen til den endelige endring og nye atferd. Personer som ikke går gjennom alle stadier har større sannsynlighet for å mislykkes i sitt forsøk på endring. Det kan sammenlignes med å kaste seg ut på dypt vann uten å ha øvd seg på å svømme først. Sannsynligheten for å drukne er større om man hadde trent på svømming litt om gangen på grunt vann først.

Samtidig skal ikke modellen sees som lineær, men mer som en spiral hvor man beveger seg oppover i takt med at endringen skjer. Innimellom vil man feile i sin atferdsendring og bevege seg mot et lavere stadie. Dette kaller Prochaska for relaps eller re-cycle. Selv om relaps kan føles som at man mislykkes, understreker Prochaska at relaps tilfører personen erfaring og kunnskap som kan brukes videre i endringsprosessen. De fleste som endrer atferd som eksempelvis livsstilsendring har prøvd flere ganger før de lykkes. Det er sjelden at en person flytter seg mange stadier nedover i sin livsstilsendring.

Modellen hadde i utgangspunktet et stadie mer, "termination" (Prochaska and Velicer, 1997). I og med livsstil endrer seg naturlig i løpet av livet og kan ha små "utslag" i forbindelse med sykdom og lignende, uten at det handler om reelt relaps, gir dette stadie ikke mening, som det gjør i andre mer totale endringer som røyking eller rusmisbruk. "Termination" er derfor ikke tatt med her.

De ulike stadier forteller oss når endringer skjer. Modellens andre (del-)teorier forteller oss hvordan endringen gjennom de ulike stadier skjer.

4.1.2 Processes of change

Processes of change forteller oss hvilke prosesser en person ofte benytter i prosessen med å endre atferd. De er definert av (Marcus et al., 1992): *"the cognitive, affective and behavioural strategies and techniques people use as they progress through the different stages of change over time"*. (Marcus et al., 1992)(s.425).

De består av fem kognitive og fem atferdsrettede prosesser som benyttes i større eller mindre grad gjennom endringsforløpet. Det er spesielt innenfor kategorien Process of change at vi finner spor av andre mindre psykologiske teorier.

Tabell 4-2 Processes of change for livsstilsendring i overvektsbehandling

Prosess	Beskrivelse
<i>Kognitive prosesser</i>	
Øke bevissthet og viten.	Øke bevissthet om egen livsstil.
Bli oppmerksom på risiko.	Forstå risikoen ved egen/uhensiktsmessig livsstil.
Bry seg om konsekvensene for andre.	Forstå hvordan egen livsstil påvirker andre som familie, venner og kolleger.
Øke sunne alternativer.	Øke bevisstheten om alternativer for fysisk aktivitet og kosthold.
Forstå fordelene.	Øke forståelsen av fordelene ved fysisk aktivitet og sunt kosthold.
<i>Atferdsrettede strategier</i>	
Substituere alternativer.	Lage strategier for å håndtere utfordrende situasjoner i forhold til kost og fysisk aktivitet.
Engasjere sosial støtte.	Søke støtte fra andre til å spise sunt og være fysisk aktiv.
Belønne seg selv.	Rose og belønne seg selv når man lykkes i å ta de sunne valg og gjennomføre endringer.
Bestemme seg.	Lage planer og forplikte seg til dem i forhold til kosthold og fysisk aktivitet.
Påminne seg selv.	Utarbeide påminnelser for sunne kostholdsvalg og fysisk aktivitet.

Bruken av de ti prosesser er forskjellige etter hvilken atferd som endres. For kosthold og fysisk aktivitet ser det ut til at alle ti prosesser er i bruk i alle stadier. Det kan tenkes at dette

skylles at kosthold og fysisk aktivitet ikke er noe enten eller, men at målet er et balansert kosthold og fysisk aktivitet på et hensiktsmessig nivå.

Det kan dog se ut til at øking av bevissthet om egen livsstil, hvilke risiko den innebærer og hvordan dette påvirker mennesker rundt seg er spesielt viktig i forflyttingen fra precontemplation til contemplation (Biddle and Mutrie, 2008).

De siste to delteorier i modellen er Self-Efficacy (SE) og Decisional Balance. De fungerer som moderators i forhold til endring, hvilket betyr at kan man hjelpe en person med å øke SE og forskyve Decisional Balance til fordel for en bestemt atferd, økes sannsynligheten for at personen endrer atferden sin.

4.1.3 Self-Efficacy

SE er den situasjonsspesifikke tro en person har til at denne klarer en gitt oppgave eller utfordring. Forståelse av SE er integrert i modellen ut fra Banduras Self-Efficacy Theory (Prochaska and Velicer, 1997).

For livsstilsendring kan det handle om livsstilsendringen som helhet, men det kan også relatere seg til enkelte deler av endringen, som å klare å spise fem ganger om dagen, gå en halvtime på bestemte dager eller kutte ned på inntak av godteri. Jo større tro en person har på at den kan lykkes med å endre livsstil jo større er sannsynligheten for at den lykkes med dette. SE øker når personen flytter seg opp over i stadiene (Biddle and Mutrie, 2008).

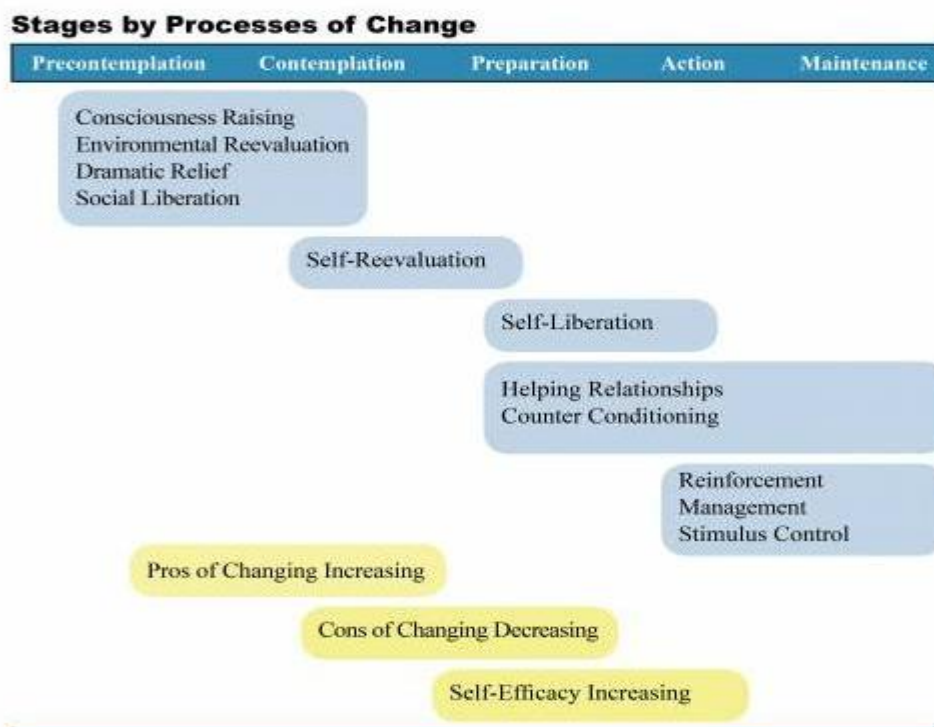
I følge Bandura er det fire måter til å påvirke en persons SE på.

- Egne mestringsopplevelser av den aktuelle aktivitet er den sterkeste påvirker til SE. Omvendt kan mislykkede forsøk på å klare en oppgave underminere og svekke SE.
- Å se andre, som er lik en selv, lykkes med å utføre oppgaver kan øke ens egen tro på å kunne mestre liknende aktiviteter.
- Overtalelse og oppmuntring fra andre kan få en person til å tro mer på sine evner og flytte fokus fra tvil på egne evner til innsats for å løse den aktuelle oppgaven. I tillegg til å overtale og oppmuntre hjelper det å tilrettelegge for gode mestringsopplevelser og vektlegge en persons egen fremgang, fremfor å sammenlikne med andres prestasjon.
- Ens egne reaksjoner og hvordan man opplever de, spiller også en rolle for ens SE. Humør, fysiske reaksjoner, følelsesmessige tilstander og stressnivå kan alle påvirke

hvordan man opplever sine evner i en gitt situasjon. Ofte vil en person med lav SE oppleve anspenhet mer negativt enn hvis reaksjonen hadde skjedd i en situasjon hvor personen hadde høy SE. Ved å lære hvordan man takler og minimere disse reaksjoner i vanskelige situasjoner, kan man forbedre sin SE (Bandura, 1994).

4.1.4 Decisional Balance

Decisional balance omhandler en persons oppveining av fordeler (pros) og ulemper (cons). På precontemplation- og contemplationstadiene opplever personen en overvekt av ulemper ved den aktuelle atferd og har dermed flest grunner til ikke å endre sin atferd. Vektingen av fordeler øker i takt med atferdsendringen, således at personer på maintenancestadiet opplever flest fordeler i forhold til ulemper ved den aktuelle atferd. Jo flere fordeler en person opplever jo større er sannsynligheten for at denne endrer sin atferd. Derfor kan det å hjelpe personen til å oppdage og fokusere på fordelene ved å endre livsstil og ulempene ved ikke å endre livsstil, være med på å endre forholdet mellom fordeler og ulemper i favør til en mer hensiktsmessig livsstil (Biddle and Mutrie, 2008, Prochaska et al., 2002).



Figur 4-1 Figur av Den Transteoretiske Modell i sin helhet, som viser når de ulike prosesser primært skjer i forhold til stadier³

³ Figuren er lånt fra Wikipedia https://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical_model. På tross av manglende kilde har jeg likevel valgt denne figur fremfor andre figurer av TTM da denne etter min vurdering best viser de ulike prosesser i de ulike stadier og dermed helheten i TTM.

5. Metode

Avsnittet om metoder anvendt i oppgaven skal sikre at leseren enkelt kan følge veien fra empiri til resultater og derigjennom vurdere prosjektets forskningsmessige kvalitet. Avsnittet er delt opp i to hovedavsnitt som tar for seg henholdsvis metodologiske refleksjoner og metodiske overveielser.

5.1 Metodologiske refleksjoner

I dette avsnitt redegjør jeg for mitt ståsted i fenomenologien som min informants stemme i formidlingen av opplevelsene hans, samt redegjør for hvordan hermeneutikken muliggjør fortolkning av disse. Jeg plasserer mitt prosjekt i forskningsfeltet og argumenterer for verdien av phronetisk forskning når man ønsker å oppnå større kunnskap om overvektiges opplevelser av det å gå gjennom en livsstilsendring.

5.1.1 Fenomenologisk-hermeneutisk inspirert

Denne oppgave har fra starten vært styrt av mitt ønske om å forstå livsstilsendring fra de overvektiges perspektiv. Jeg har ønsket å få frem de overvektiges opplevelser og tanker som de oppstår midt i en livsstilsendringsprosess, uten å bli forstyrret av forutbestemte teoretiske perspektiver og hypoteser som skulle testes. Dette ønsket har vært styrende for alle metodiske valg videre i prosessen. Fra innhenting av data, over analyse av empirien til valg av teoretisk ramme for diskusjon av resultatene har dette ønsket, om å la de overvektiges opplevelser stå i sentrum, vært styrende. Det naturlige valg av vitenskapsteoretisk ståsted ble dermed fenomenologien og den kvalitative metode.

Fenomenologien begynte som en filosofi og ontologi i slutten av det 18. århundre som motstykke til den daværende overveiende positivistiske tilgang til vitenskap og forskning. Edmund Husserl (1859-1938) sees som fenomenologiens grunnlegger og var opptatt av hvordan verden fremtrer for bevisstheten til det sansende subjekt. Husserl inspirerte til en ny måte å se vitenskap på og gjennom tiden har fenomenologien utviklet seg i mange retninger (Thornquist, 2003).

Denne utvikling som fenomenologien har gjennomgått gjør at det fins mange meninger om hva fenomenologi er og hva fenomenologisk forskning innebærer. Noen står sterkt på fenomenologiens fundament som filosofi og fremhever dette aspekt ved fenomenologisk forskning.

"To attempt a phenomenological study without having knowledge of its philosophical foundation, and especially, the practice of the analytical process of reflection would invalidate or severely impede a study's credibility" (Ray, 1994)(s.123).

Som Ray mener også jeg at fenomenologisk forskning bør være tro mot det ontologiske og filosofiske utgangspunkt. Jeg søkte lenge å finne svar på hvordan jeg kunne sikre at min undersøkelse av de overvektiges opplevelser med livsstilsendring forble tro mot den fenomenologiske filosofi, og var i perioder nær ved å forkaste fenomenologien som vitenskapelig utgangspunkt for oppgaven, da jeg ikke lengre så sammenhengen mellom den fenomenologi, som især Husserl argumenterer for, og mitt eget prosjekt.

Løsningen var å trå et skritt ut av fenomenologien og la mitt ønske med oppgaven stå sterkere frem. Å forstå livsstilsendring fra de overvektiges perspektiv.

Kvale and Brinkmann (2011) metodiske tilgang til kvalitativ intervjuforskning bygger på en moderat postmoderne fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesform (Olesen, 2003). En tilgang som gir forskeren mulighet til å møte felt og informanter med et åpent ikketeoretisk utgangspunkt, spørre inn til informantenes subjektive opplevelser og mening, for deretter å tolke på disse fortellinger (Kvale and Brinkmann, 2011). Jeg finner Kvale og Brinkmanns tilgang til kvalitativ forskning både praktisk anvendelig og i tråd med fenomenologiens grunnprinsipper, og jeg fant i deres tilgang en metode til å behandle min problemstilling på en tilfredsstillende og hensiktsmessig måte.

Som beskrevet innledningsvis ønsker jeg å løfte frem de overvektiges subjektive erfaringer for å oppnå innsikt i hvordan det oppleves å endre livsstil. Dette kan også betegnes som en interesse i deltakernes livsverden, som er et av grunnelementene i fenomenologien (Kvale and Brinkmann, 2011). Livsverdenen er verden som den umiddelbart fremtrer for subjektet. Eller med andre ord, det dagligdagse vi opplever og handler i til hverdagen uten å tenke noe videre over dens eksistens (Thøgersen, 2004).

Et annet grunnelement i fenomenologien, er dens åpne tilgang til feltet og subjektene man forsker på (Kvale and Brinkmann, 2011), som understøtter mitt ønske om å møte mine informanter uten forutbestemte teorier eller hypoteser som skal testes. Begrepet kalles epochè og innebærer at forskeren «setter parentes» om sin forståelse av verden og dens fenomener, for å kunne la fenomenene tre frem sånn som de opptrer for vår bevissthet

(Thøgersen, 2004). Denne klassiske forståelse av fenomenologien og epochè er vanskelig å utøve i møtet med den virkelige verden som jeg og mine informanter befinner oss i, og er etter min forståelse av fenomenologien bare mulig så lenge fenomenologien forblir filosofi. Begrepet om epochè blir da forstått som en tilgang til feltet og undersøkelsen, men ikke noe som skal utøves strengt under datagenereringen. Målet med min inspirasjon fra den fenomenologiske tilgang blir da å oppnå innsikt i hvordan fenomenet livsstilsendring oppleves innenfor den kontekst, hvor fenomenet utspiller seg. Jeg ønsker gjennom en iakttakelse av de overvektiges eget perspektiv, og beskrivelse av verden, å få viten om den virkelighet de er en del av. Dette betyr for undersøkelsen at jeg søker de overvektiges opplevelser, erfaringer og perspektiver på livsstilsendring, for å få kunnskap om de ulike elementer i livsstilsendringen.

Det viktigste fenomenologiske trekk i mitt prosjekt er at jeg «tar de overvektiges opplevelser for gode varer». Subjektets opplevelse blir forstått som det sanne, og jeg er ikke interessert i å lete etter bakenforliggende eller skjulte sannheter i det som blir sagt (Kvale and Brinkmann, 2011).

Hermeneutikken gir meg en forklaring på hvordan forskning og forståelse er mulig gjennom min forforståelse av verden rundt meg (Lægreid and Skorgen, 2006, Thornquist, 2003), og forklarer hvorfor epochè ikke skal eller kan utføres under datagenerering. Dessuten interesserer hermeneutikken seg for meningen i det som formidles og gir meg mulighet til å prøve å forstå og tolke det de overvektige forteller meg (Kvale and Brinkmann, 2011).

Den moderne hermeneutikk utspringer fra fenomenologien og har samme grunnprinsipp om å ta utgangspunkt i livsverdenen som den fremtrer for subjektet. Der hvor hermeneutikken skiller seg vesentlig fra fenomenologien er i synet på hvordan forståelse er mulig. Hvor fenomenologien søker å sette parentes om vår forforståelse av verden, omfavner hermeneutikken forforståelsen og ser den som betingelsen for forskning og forståelse. Våre levde erfaringer og hele vår historisitet skaper et bakteppe for kommunikasjon og forståelse, og understreker hvordan vår forståelse er situert. Det at vi lever akkurat nå på dette sted preger vår evne til å forstå, da forståelsen skjer i samhandling med andre personer, nålevende og historiske. Vår historie danner en ramme for vår forståelse på en måte, som både gir retning og setter grenser for hva vi evner å oppfatte. Vi tilhører dermed en forståelsestradisjon som vi ikke kan fristilles fra. Når vi lærer et språk innlemmes vi i en måte

å forstå på, som vil forme vår erkjennelsesprosess (Lægreid and Skorgen, 2006, Thornquist, 2003). Når opplevelser går fra å være en opplevelse hos den enkelte til å bli språkliggjort, som de eksempelvis gjør i et intervju, vil opplevelsen ikke lengre være ren opplevelse. Opplevelsen vil bli tilsatt kulturell og historisk bagasje som vil sløre den ekte opplevelse. Men uten en felles referanseramme ville det samtidig vært vanskelig å forstå de overvektiges fortellinger om deres opplevelser og enda vanskeligere å oppfatte meningen de tillegger det. Vår historisitet og kulturelle bagasje blir dermed både muliggjørere og tilslører i kommunikasjonen og erkjennelsen (Lægreid and Skorgen, 2006).

I min oppgave søker jeg å formidle min informants forståelse og fortolkning av seg selv og den livsstilsendring han har vært igjennom ut fra en åpen ikke teoretisk tilgang. Deretter søker jeg å forstå disse fortellinger i lyset av teoretiske begreper og perspektiver, for å utdype denne forståelse og oppnå en mer fyllestgjørende forståelse av disse opplevelser.

Samtidig som jeg søker min informants forståelse og opplevelse av sin livsstilsendring med en åpen tilgang benytter jeg i følge hermeneutikken min egen forforståelse/historiske og kulturelle bagasje til å kommunisere med han. Likesom jeg også gjør bruk av min forforståelse i det videre tolkningsarbeidet.

Hermeneutikken ser forforståelsen som muliggjørende for erkjennelse og oppfordrer til at vi som forskere vedkjenner oss denne og søker å oppnå innsikt i egen forståelses for-forståelse for deretter å bruke den i vår tolkning (Lægreid and Skorgen, 2006).

På den måten blir forståelsen av ens egen forforståelse et erkjennelsesforløp i seg selv, hvor man beveger seg mellom forståelsens for-struktur av formeninger og foregripende antakelser på den ene siden og forståelsens bevisstgjørende utarbeidelse av disse på den andre siden (Lægreid and Skorgen, 2006). Dette kan ses som en produktiv tankebevegelse, hvor man vil oppnå mer og mer innsikt (Thornquist, 2003), som ifølge hermeneutikken er forutsetningen for virkelig å la tingene selv tre frem og komme til orde (Lægreid and Skorgen, 2006)

Den samme runddans av forståelse skjer når man som hermeneutisk forsker søker å oppnå forståelse av sitt empiriske materiale helt fra starten av datasamlingen til tolkningsarbeidet er ferdig. Dette kalles den hermeneutiske spiral. Praktisk betyr det at tolkningen stadig

beveger seg mellom del og helhet, og at man alltid fortolker deler i forhold til helheten og omvendt (Gilje and Grimen, 1993).

Hverken vår forforståelse eller tolkningen av et empirisk materiale vil kunne avdekkes fullstendig, og det finnes ingen metoderegler eller tolkningsteknikker som endelig muliggjør dette (Thornquist, 2003). I følge Kvale and Brinkmann (2011) vektlegger den hermeneutiske tradisjon meningen i det som blir formidlet. "...meningsfortolkningen slutter, når man er nået frem til en "god gestalt", en indre enhed i teksten, der er uden logiske modsigelser." (s.233).

Da min forforståelse vil påvirke hvordan jeg oppfatter det som min informant forteller meg, er det vesentlig å gi en redegjørelse for min forforståelse for at lesere av denne oppgave skal kunne vurdere fortellingene og tolkningene. Redegjørelsen følger i avsnitt 5.3.1.

5.1.2 Phronetisk forskning

Videre er jeg også inspirert av Aristoteles begrep *phronesis* behandlet av Flyvbjerg i «Rationalitet og Magt» (1991). Flyvbjerg argumenterer for at vitenskapen, spesielt siden opplysningstiden, har hatt en ensidig fokusering og favorisering av målbar kontekstuavhengig teori (positivisme). Det som Aristoteles kaller *episteme*. Kort fortalt deler Aristoteles viten og ferdigheter opp i *episteme*, som består av universell, invariabel og kontekstuavhengig viten; *techne*, som ses som et pragmatisk variabel og kontekstavhengig håndverk og *phronesis*, som består av (analyse av) verdier og intuisjon orientert mot praktisk kontekstavhengig handling (Flyvbjerg, 1991).

Flyvbjerg, så vel som Aristoteles, argumenterer for at vi i studiet av mennesker og samfunn trenger både den regelrette kontekstuavhengige forskning med utgangspunkt i *episteme* og den phronetiske forskning med vekt på kontekst og erfaring for å oppnå et høyt nivå av praktisk kunnskap. I dagens sosialvitenskap er den phronetiske forskning lite brukt. Via Dreyfuss og Dreyfuss' læringsteori, som omhandler de fem stadier fra nybegynner til ekspert, som man i læring av ferdigheter kan gjennomgå, argumenterer Flyvbjerg for at vi via den regelrette og kontekstuavhengige tilgang kun når opp på det første og andre trinn i modellen; nybegynner og avansert nybegynner. Disse stadier i læringsprosessen karakteriseres av å være styrt av regler og er lite fleksible i forhold til uventete situasjoner. På samme måte kan kontekstuavhengig teori gi oss regler for hvordan et felt fungerer

generelt. Men i konkrete situasjoner vil vår kompetanse likevel fremstå mangelfull. Phronetisk forskning sammenlikner Flyvbjerg med modellens tredje trinn. Forskingen består av å utforske konkrete situasjoner, og den erfaring som hentes derfra blir dermed særdeles kontekstavhengig. Det er gjennom mange i sin natur kontekstavhengige erfaringer at ekspertene utvikler sine intuitive og holistiske ferdigheter. Likedan kan phronetisk forskning via mange konkrete og kontekstavhengige eksempler tilføre et mangfold av erfaringer til det sosialvitenskapelige feltet, og dermed løfte vår viten og praktiske ferdigheter til et høyere og mer komplekst nivå (Flyvbjerg, 1991).

Hemmestad et al. (2010) argumenterer for verdien av phronetisk forskning innen idrettscoaching med bakgrunn i feltets kompleksitet. Min erfaring er at livsstilsendring og veiledning (coaching) av mennesker som ønsker å endre livsstil er minst like komplekst som idrettsfeltet, derfor er phronetisk forskning også aktuelt for feltet livsstilsendring. Mitt mål med dette prosjekt blir dermed å formidle en fortelling, og hente ut essensen av denne, som kan være med å bidra til praksisfeltets samlede viten og praktisk orienterte ferdighet innen livsstilsendring. Eller med andre ord feltets og dets fagfolks phronesis.

Hvordan forsker man da på en phronetisk måte? Flyvbjerg (1991) henviser igjen til de gamle greske filosofers dialoger, men i stedet for som Sokrates, å avskrive eksempler fordi de ikke er universelle, fremhever han i stedet eksemplets makt og argumenterer for dets anvendelighet i forskning på mennesker og samfunn nettopp på grunn av dets kontekstualitet. For mitt prosjekt betyr det at jeg må oppsøke situasjoner hvor livsstilsendring skjer. Da livsstilsendring i sin natur finner sted over lang tid på ulike arenaer, må jeg for den praktiske gjennomførbarhetens skyld, velge ut noen av disse arenaer og hente inn empiri i avgrensede perioder. Jeg valgte å følge informantene på samlinger på TR, dels fordi det var praktisk gjennomførbart og dels fordi jeg hadde en forventning om at de ville endre vaner underveis på oppholdet. Jeg bestemte meg for å følge gruppen over to år og hente inn empiri løpende for å fange opp informantenes opplevelser av endringen underveis i prosessen både på samling og i hjemmeperioden.

Mitt hovedfokus er å formidle deltakernes historie og søke å forstå hvordan det oppleves å gjennomgå en livsstilsendring. For å oppnå denne innsikten bruker jeg flere ulike metoder, som alle er kvalitative (Grønmo, 2004, Kvale and Brinkmann, 2011). Jeg bruker deltakende observasjon og feltsamtaler i starten av datainnsamlingen for å oppnå en nærhet til de jeg

forsker på. Det som Flyvbjerg kaller «*forskning-på-kroppen*» (Flyvbjerg, 1991). Videre i studiet bruker jeg kvalitative intervju av informantene. Intervjuene er ryggsøylen i analysen, da det er informantenes subjektive opplevelser som skal stå sentralt og sterkest i deres fortelling. Observasjon og feltsamtaler brukes hovedsakelig som en vei inn i gruppen og en forståelse av hvordan gruppen fungerer, kommuniserer og hva som opptar medlemmene, og legger dermed grunnen for gode intervju. I selve analysen brukes observasjon og feltsamtaler når de kan tilføye detaljer eller tydeliggjøre fortellingen som kommer frem i intervjuene.

5.2 Metodiske overveielser

I avsnittet følger en grundig redegjørelse av metodiske overveielser helt fra utvalg av informanter og tidsperspektiv for innhenting av empiri til redegjørelse av de ulike anvendte metoder og erfaringene mine med disse. I avsnittet redegjøres også for analysemetoden som anvendes i analyse av intervjuene, samt en drøfting av resultatenes validitet og generaliserbarhet.

5.2.1 Etikk og formalia

Helsinkideklarasjonen er et sett av etiske retningslinjer som ligger det formelle grunnlaget for forskningsetikk innen medisinsk og helsefaglig forskning. Hensynet til særlig sårbare grupper står sterkt i deklarasjonen (Malterud, 2008). Sykelig overvektige er ikke utsatte som eksempelvis barn eller demente. Likevel kan de forstås som en sårbar gruppe som opplever stigmatisering og diskriminering som en del av livet (Brownell, 1991). Det betyr at man som forsker skal være ekstra påpasselig med å sikre seg en etisk forsvarlig oppførsel. Offisielt gjøres dette gjennom søknad om godkjenning av sitt forskningsprosjekt til Regional Komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør). Mitt prosjekt ble vurdert til ikke å trenge komiteens godkjenning⁴ og jeg trengte dermed en godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)⁵

Også det informerte samtykket står sentralt i deklarasjonen og kom derfor på plass tidlig i forløpet med datagenerering⁶. Likevel hviler det forskningsetiske ansvaret på forskeren hvilket betyr at jeg gjennom hele prosessen har måtte utvise lydhørhet, respekt og omsorg

⁴ Se vedlegg nr. 2

⁵ Se vedlegg nr. 3

⁶ Se vedlegg nr. 4

for mine informanter, samt kontinuerlig gjøre etiske overveielser for å leve opp til mine forskningsetiske retningslinjer. I avsnittet om metode er noen av disse overveielser trukket frem.

5.2.2 Kontakten til praksisfeltet

Som skrevet i innledningen var jeg kjent med TR og metodene de bruker i livsstilsendringssopplegget via tidligere praksis. Jeg opplevde å ha en god kontakt med stedet. Fagpersonene var positive til mitt forskningsprosjekt og innvilget at jeg kunne gjennomføre prosjektet der. Utvelgelse av hvilken gruppe jeg kunne følge ble gjort av TR i forhold til når det praktisk var mulig i forhold til andre prosjekter. Min gruppe kan betegnes som en vanlig gruppe ved Telemark Rehabilitering, som var tilfeldig sammensatt av søkere som oppfylte kravene for opphold.

5.2.3 Tidsperspektiv

Mitt ønske om å forstå hvordan nettopp livsstilsendringen oppleves av deltakerne, har satt rammene for tidsperspektivet i dette prosjekt. Jeg har hatt behov for flere empirisamlinger løpende i endringsprosessen, for å kunne se om, og i så fall hvordan, deltakernes opplevelser endrede seg i løpet av perioden. Jeg har således valgt å gjennomføre en longitudinell studie, hvor jeg følger deltakerne gjennom tre samlinger over en periode på i alt 2 år (Grønmo, 2004). Det støtter dermed opp om mitt ønske om å se på endringen over tid. Ideelt sett ville det ha vært gunstig å følge gruppen i flere år for å kunne undersøke hvordan de opplever den endrede livsstil videre i livet når de ikke lengre har oppfølging av TR. Det rekker dessverre ut over tidsrammen for denne masteroppgaven.

5.2.4. Sted

Jeg valgte å følge deltakerne, mens de var på samlinger på TR. Det kan diskuteres om det lever opp til forståelsen av deltakernes livsverden. En mer hjemmefant dagligdags setting, ville nok ha vært tettere på begrepet om livsverdenen. Det er også hjemme at den endelige endring finner sted, hvis man virkelig skal tale om livsstil. Valget om å følge dem på TR var i stor grad fordi det var det som var praktisk mulig med min mobilitet og mine ressurser til rådighet. Men selv om TR kanskje ikke lever opp til ideen om livsverdenen, var det også fordeler ut over det praktiske som gjorde det til et godt sted å innhente data. Det var her startskuddet på deltakernes livsstilsendring skulle skje og hvor jeg hadde en forventning om at det kunne komme til å skje en del forandringer med deltakerne. I oppsamlingsukene fikk

jeg i intervjuene muligheten til å samle opp det, som hente underveis, når deltakerne var hjemme og skulle gjennomføre livsstilsendringen på egen hånd.

5.2.5 Datagenerering

I kvalitativ forskning er det viktig å være seg bevisst at data i form av eksempelvis observasjon og intervju, ikke er noe som ligger og venter på at forskeren kommer og plukker opp. Det skapes i relasjon og interaksjon forsker og informant imellom og påvirkes derfor av begge. Det betyr at to forskere neppe ville få samme svar fra samme informant. For å kunne leve opp til forskningens strenge krav for reliabilitet kreves det derfor en tydelig beskrivelse av hvordan datamaterialet er blitt til. Dette vil gjøre det lettere for leseren å forstå rammene for datamaterialet og analyseresultatene (Kvale and Brinkmann, 2011).

Et annet resultat av denne doble påvirkning av datamaterialet er at forskeren, som står for transkribering, analyse og formidling av dataene, vil få en større makt til å definere sannheten. Da målet med oppgaven er å få frem deltakernes opplevelser av livsstilsendringen er det viktig som forsker å være seg dette bevisst og utøve respektfull lydhørhet overfor informanten i observasjon og samtale og i analysen av datamaterialet (Kvale and Brinkmann, 2011).

I min tilgang til de overvektiges opplevelser av livsstilsendring valgte jeg som skrevet tidligere å følge deltakernes opphold på TR gjennom deltakende observasjon, feltsamtaler og intervju. Videre følger en redegjørelse for gjennomførelsen av datagenereringen.

5.2.6. Observasjon som metode

Metoden med deltakende observasjon kan gi forskeren mulighet til å lære sine informanter å kjenne gjennom virkelige situasjoner. Se og høre hva de sier til hverandre og hvordan de gjennom handling og kroppsspråk gir uttrykk for opplevelsene sine (Grønmo, 2004). Jeg valgte deltagende observasjon fremfor ren eller strukturert observasjon, fordi det kunne gi meg mulighet til å få en tettere relasjon til deltakerne. Samtidig kunne jeg spørre dem om ting jeg eventuelt ville undre meg over underveis (Grønmo, 2004). Samtidig hadde jeg en forventning om at jeg bedre kunne få en forståelse av hvordan aktivitetene og måltidene ble opplevd av deltakerne, når jeg selv gikk gjennomgikk det samme. Jeg hadde også en forventning om at deltakerne ville åpne seg mer for meg hvis jeg ble «en del av flokken» (Grønmo, 2004). Av den grunn var jeg før observasjonsarbeidet meget klar på min rolle som

forsker i forhold til de ansatte på TR. Gjennom tidligere praksisopphold var jeg blitt kjent med de ansatte og hadde i min praksisperiode gjennomført undervisning i fysisk aktivitet. Jeg meldte klart ut til de ansatte at jeg i forbindelse med dette forskningsprosjektet ikke kunne påta meg å undervise eller på andre måter få en rolle der skilte seg ut fra deltakernes eller som kunne gi meg status som treningsekspert. Jeg ville så vidt mulig være på nivå med deltakerne og ønsket ikke at de skulle se meg som annet enn en deltakende observatør og forsker.

5.2.6.1 Erfaringer av observasjon som metode

Mitt observasjonsarbeid har foregått over to år i tre omganger i forbindelse med mine informanternes samlinger på Telemark Rehabilitering. Se tabell.

	Tidsrom	Observasjon & Feltsamtaler	Intervju Antall
1. samling mai-juni 2011	5 uker	x	9
2. samling sept. 2011	2 uker	x	6
3. samling mai 2013	1 uke		2

Tabell 5-1 Oversikt over innsamling av empiri

Mitt observasjonsarbeid av gruppen startet første dag på oppholdet. Jeg fortalte deltakerne hvem jeg var og hvorfor jeg ønsket å følge dem i et forskningsprosjekt. Jeg gikk grundig gjennom hva prosjektet gikk ut på og hvordan det ville påvirke de som sa ja til å delta, samt deres rettigheter som informanter (Grønmo, 2004). Jeg delte ut informasjonsark og underskriftspapirer til alle deltakere og ba dem vende tilbake med svar om de ønsket å delta i prosjektet senest to dager senere. Det var viktig for meg i et etisk perspektiv å gi deltakerne utfyllende informasjon om hensikten med prosjektet og hva det hadde av betydning for deltakerne og deres rettighet. Samtidig var dette mitt første møte med gruppen og jeg ønsket å legge et godt grunnlag for å oppnå aksept og tillit i gruppen. Hvilket var helt essensielt for at jeg kunne lykkes i mitt mål om å oppnå innsikt i deres opplevelser av livsstilsendringen (Grønmo, 2004). Jeg valgte en åpen tilgang til deltakerne, hvor jeg ikke la skjul på hvem jeg var og hva jeg ønsket av dem. Jeg mente, at det var den mest etisk riktige måten å behandle deltakerne på. Samtidig ville det ikke for meg som normalvektig være mulig å delta som en alminnelig deltaker. Min kropp ville skille seg ut fra de andres. Alle

deltakerne svarte umiddelbart ja til å delta som informanter både til observasjon og intervju. I løpet av de to årene jeg fulgte gruppen var det et betydelig frafall fra opplegget. Noen flyttet fra landsdelen mens andre avsluttet livsstilsendringsbehandlingen og fikk i stedet operasjon. Noen fikk ikke lengre støtte fra NAV og hadde dermed ikke økonomisk grunnlag for å komme tilbake på opphold, mens andre igjen ikke ville ha mer fravær fra jobb og valgte å avslutte behandlingen. Således var det bare en informant igjen fra den opprinnelige gruppe på samlingen to år etter oppstarten. Det var X. Uten en gruppe å observere, måtte jeg nøye meg med å gjennomføre intervju av X, som var den eneste på opphold. For å få informasjon om flere deltakere møtes jeg med en av de frafalne informanter utenom TR og gjorde et intervju med henne. Hennes opplevelser med livsstilsendringsforsøket var interessante, men da hun ikke hadde klart å få til en livsstilsendringen og jeg i oppgaven ønsker å fokusere på endringsprosessen, valgte jeg å konsentrere meg om X sine opplevelser. Jeg har derfor bare brukt data fra observasjon, feltsamtaler og intervju med de frafalne informanter i tilfelle hvor det har kunnet tilføye innsikt om X's fortelling.

De første 3 uker av første periode var jeg med på det meste av den fysiske aktiviteten, mange av måltidene og noen teoritimer. Det ble for krevende å holde fullt fokus hele dagen og jeg opplevde at å observere hele dagens program ville gå ut over kvaliteten av observasjonene. Jeg valgte derfor å fokusere på timene med fysisk aktivitet og å være med til måltidene, da det var her det skjedde mest og hvor deltakerne var mest aktive og sa mest.

Likedan måtte jeg på andre observasjonsperiode gjøre vurderinger underveis for å sikre kvalitet på intervjuene. Resultatet ble at jeg møtte på TR midt på dagen og fokuserte på fysisk aktivitet, måltidene og intervjuene om kvelden.

Ovenstående er eksempler på hvordan man som forsker i felten hele tiden må foreta løpende vurderinger og være fleksibel i forhold til sitt planlagte utgangspunkt for å imøtekomme og tilpasse seg kravene fra feltet man forsker på, og sin egen kapasitet som forsker (Grønmo, 2004).

Deltakende observasjon over en så lang periode har i mitt prosjekt vært en god måte å bli kjent med deltakerne på. Jeg har oppnådd innsikt i de enkelte personers historier, hvilke bakgrunner de kommer fra og hva som betyr noe for dem. Dette har hatt betydning for mine muligheter til å forstå situasjoner, handlinger og utsagn bedre. Det å være sammen med

hele gruppen samlet har også gjort, at jeg har vært til stede, mens kulturen i gruppen ble dannet. Hvilket har gjort lettere å forstå de interne koder i gruppen. En annen viktig fordel ved å ha vært med gruppen helt fra starten og over så lang tid, er gruppens oppfatning av meg som et individ tilhørende gruppen. Det har løpende vært flere eksempler som viser til hvordan deltakerne har oppfattet meg som en del av gruppen. For eksempel når jeg er kommet senere på dagen eller vært borte noen dager. I disse tilfelle har flere fra gruppen kommet med kommentarer som; "Hvor har du vært?", "Hva er det for en tid å komme på?" og "Du har liksom manglet de siste dager." Disse utsagn tilsatt interesse, ironi og en følelse av samhørighet har gitt meg en opplevelse av å være akseptert i gruppen som et likeverdig medlem. Et annet eksempel var da teamlederen ba meg spørre deltakerne om det var greit at jeg ble med på en gruppetime med psykologen. Samtlige så undrende på meg når de svarte, som om det var et merkelig spørsmål, og at det var en selvfølge at jeg kunne være med på den timen. Noen svarte direkte at: "*selvfølgelig kunne jeg det, jeg var jo en del av gruppen*". Også deltakernes reaksjoner på dette spørsmål gav meg en opplevelse av å være et naturlig medlem av gruppen.

Jeg oppfatter selv at denne aksept i gruppen har gitt mine observasjoner ekthet, i og med at deltakerne i stor grad har oppført seg som de ville ha gjort, uansett om jeg hadde vært der eller ikke. Jeg tror også at det for mange deltakere har gjort det lettere å snakke med meg i feltsamtaler og intervju. Jeg har gitt av meg selv, ledd sammen med dem, svetta sammen med dem og vært gjennom samme aktiviteter som dem.

Jeg sitter igjen med en følelse av at de forholdsvis omfattende observasjonsperiodene har gitt meg en innsikt som jeg ikke kunne ha oppnådd bare ved intervju. En innsikt som har lagt grunnlaget for å kunne gjennomføre bedre intervju med utgangspunkt i den enkelte deltaker, og for bedre å kunne forstå hva deltakerne svarer i intervjuene. Likevel må jeg ikke gå i den fellen å tro at mine informanter har fortalt meg alt. Det vil alltid være ting så private at informanter ønske å holde dem for seg selv, hvilket de skal få lov til. Alt annet hadde vært etisk forkastelig.

Samtidig er jeg bevisst at denne inkludering i gruppen kan ha gjort at det er elementer som jeg har oversett som vesentlige, simpelthen fordi det er blitt så normalt at jeg ikke har lagt merke til at det kunne ha interesse for oppgaven (Grønmo, 2004).

Det å ta så stor del i det som har foregått på TR har også vært med på å gi meg en forståelse av hva deltakerne har gjennomgått på oppholdet. Det å være fysisk aktiv i flere timer hver dag var ganske slitsomt. Og det å skulle være så bevisst på hva og hvor mye man spiser til hvert måltid, samt ikke minst det å føle de andres (kontrollerende) blikk på seg under måltider har følt som en overskridelse av min private sfære. Likevel har min opplevelse av dette sannsynligvis vært mild i forhold til deltakernes, dels fordi jeg er normalvektig og ikke var i behandling, og dels fordi min egen livsstil ligner en del på den deltakerne fikk anbefalt. Kontrasten ble dermed ikke så stor for meg som den sannsynligvis har vært for deltakerne.

Underveis i forløpet med deltakende observasjon har jeg skrevet feltnotater. Dette har fungert som en bevisstgjøringsprosess. Når jeg har gått gjennom dagens opplevelser i tankene, og gjennom skrivingen skulle formulere dem med ord er jeg blitt mer bevisst på dagens begivenheter og deres betydning. Denne bevissthet tok jeg med meg videre i observasjonsarbeidet og i samtaler med deltakerne underveis på oppholdet. Det var med på å forme mine spørsmål i intervjuene og måten jeg stilte spørsmålene på (Grønmo, 2004). Min oppmerksomhet videre i arbeidet med å innhente empiri ble altså preget av observasjoner gjort tidligere i forløpet. Tolkingsprosessen begynte allerede første dag og ble på mange måter styrende for fokuset videre i forløpet.

Dette faller godt i tråd med det Wadel (1991) kaller den kvalitative forsknings runddans, hvor det foregår en stadig endring i forståelsen av hva som kan være relevant teori, metode og data. Han argumenterer for at man som kvalitativ forsker må være parat til å revidere sitt teoretiske og metodiske utgangspunkt løpende med datainnsamlingen. Og at det under datasamling også foregår analyse, og at disse ikke alltid kan deles kategorisk opp.

5.2.7 Feltsamtaler som metode

I løpet av observasjonsperioden valgte jeg å benytte feltsamtaler. En feltsamtale er en uformell samtale forsker og informant imellom under den deltakende observasjon. Formålet med å benytte feltsamtaler var å dykke ned i temaer og spørsmål som var oppstått hos meg i løpet av observasjonsperioden eller i forkant av observasjonsperioden, og derigjennom lære mer om deltakerne og deres opplevelser av overvekt og livsstilsendring. På den måten fikk jeg utvidet min forståelseshorisont og fikk større kjennskap til deltakernes virkelighet. Feltsamtalene ble på den måten også en forberedelse til intervjuene. I intervjuene kunne jeg så følge opp på ting deltakerne hadde sagt tidligere under en feltsamtale. En fordel med

feltsamtalene var også at jeg kunne være mindre styrende for samtalen spesielt hvis der var flere av deltakerne sammen. Jeg kunne så stille et spørsmål og stort sett bare observere og lytte til deltakernes ytringer om temaet seg imellom (Grønmo, 2004, Kvale and Brinkmann, 2011).

5.2.7.1 Erfaringer av feltsamtaler som metode

Feltsamtalene er oppstått i situasjoner hvor det har vært naturlig. Ment på den måten at de ikke har vært planlagt og at ikke alle deltakere har vært gjennom samme spørsmål i samme rammer. De fleste feltsamtaler har foregått når en eller flere av deltakerne har gått på tur, hvor jeg da har spurt om jeg kunne gå med, eller i bassenget når det har vært fri til avslapning. Jeg har ført en alminnelig samtale, hvor jeg ofte har hatt ønske om å spørre inn til bestemte emner. I situasjoner hvor det har vært flere deltakere med i samtalen har jeg prøvd å la dem snakke sammen og i større grad lytte til det de sa og observere hvordan de snakket sammen.

Etter samtalene har jeg skrevet innholdet av samtalene ned i min feltlogg. Senere har jeg brukt informasjonen fra feltsamtalene til å gjøre intervjuene mer personlige, samtidig som jeg har brukt intervjuene til å følge opp emner som er kommet frem i feltsamtalene som har vært uklare eller som jeg har vært usikker på, om jeg hadde forstått riktig.

Dessuten har samtalene vært med på å bygge opp relasjonen til deltakerne. Det å snakke med deltakerne bidro til å få dem til at forstå at jeg var oppriktig interessert i dem og deres opplevelser. Feltsamtalene har altså på den måten vært en meget aktiv del av den deltakende observasjon.

5.2.8 Intervju som metode

I følge Kvale and Brinkmann (2011) er:

"Det kvalitative intervju er en forskningsmetode, der giver privilegeret adgang til menneskers grundlæggende oplevelser af livsverdenen." (s. 47).

Ved bruk av semistrukturerte livsverdensintervju kan man forsøke å forstå temaer fra den daglige livsverden ut i fra informantens egne perspektiver. Det gjøres ved å innhente detaljerte beskrivelser av informantens livsverden med henblikk på å fortolke betydningen av de beskrevne opplevelser (Kvale and Brinkmann, 2011).

I det kvalitative intervju får respondenten mulighet til å fortelle om sine opplevelser og meninger med egne ord. Hvor det ved observasjoner og feltsamtaler er forskeren som velger ut hva som skrives i feltloggen, er det i intervjuene respondenten selv som formulerer hva denne ønsker å uttrykke. Dette gir respondenten en større mulighet for å bestemme hva forskeren får med seg av data. Utover at forskeren må utarbeide en intervjuguide, hvor det tas stilling til informasjonsbehovet, temaer og hvordan kommunikasjonen skal foregå, er også selve intervjuet en krevende prosess. Forskeren må hele tiden trekke på sine menneskelige ressurser og analytiske evner for å sikre god kommunikasjon mellom seg selv og respondenten og få samtalen til å flyte så naturlig som mulig. Samtidig skal forskeren sikre at samtalen kommer innom alle spørsmål som ønskes besvart ut i fra problemstillingen og intervjuguiden (Grønmo, 2004, Kvale and Brinkmann, 2011).

Før jeg begynte observasjonsperioden på TR hadde jeg utarbeidet en intervjuguide⁷ primært med bakgrunn i egne erfaringer med lignende grupper og informasjon jeg hadde fått fra TR. I løpet av observasjonsperioden ble jeg bedre kjent med deltakerne og nye spørsmål oppstod, hvorav noen var spesifikt rettet mod enkelte av deltakerne. Dermed ble intervjuguiden i løpet av observasjonsperioden mer nyansert i forhold til den enkelte deltager.

Det var mitt ønske å gjennomføre intervjuene på en så avslappet måte at deltakerne ville oppleve det som en mer eller mindre alminnelig samtale mellom to mennesker hvor de kunne få mulighet til å fortelle det de selv synes var interessant til en person de var trygg på, og som var interessert i å lytte til og forstå dem. Det var viktig for meg at det var deltakernes opplevelser, som de selv forsto dem, som stod sentralt i intervjuet. Intervjuet skulle være deres mulighet til å fortelle om deres opplevelser.

5.2.8.1 Erfaringer av intervju som metode

Alle deltakere hadde som utgangspunkt gitt samtykke til å gjennomføre intervjuene. I første periode av empirisamlingen bad en av deltakerne om lov til å droppe intervjuet, med den begrunnelse at hun var for trøtt og ikke orket det. Jeg sa, at det var helt ok og fortalte henne at hun kunne trekke seg fra de andre deler av prosjektet hvis hun følte det ble for mye for henne. Det var viktig for meg å få meldt ut at hun som person og hennes livsstilsendring var viktigere enn mitt prosjekt, og at jeg respekterte henne og hennes valg om ikke å delta i

⁷ Se vedlegg 5 for intervjuguide

intervjuet, uten "bad feelings". Det tror jeg lykkes. Men ergerlig var det å miste en så interessant informant. Dette er et eksempel på hvordan respekten og hensynet til den enkelte er viktigere enn forskningsresultater, og hvor man i forskerrollen må huske på sin etikk og moral (Kvale and Brinkmann, 2011).

Intervjuene foregikk i fellesrommet i huset for de ansatte. Her var det fred og ro når de ansatte var dratt hjem og en rimelig avslappet atmosfære med sofa og puter. Under de første intervju satt vi ved et bord overfor hverandre. Senere flyttet jeg intervjuene til sofaen. Her satt man bedre og jeg opplevde det som et mer avslappet og hyggeligere sted å sitte.

I løpet av prosessen med å intervju ble jeg mer og mer trygg i rollen som intervjuer og kunne i større grad frigjøre meg fra intervjuguiden. Dermed kom jeg nærmere ønsket om at intervjuet skulle foregå som en samtale.

Før intervjuet begynte spurte jeg deltakeren om det var greit at jeg opptok samtalen, og jeg informerte om at vedkommende kunne avvise og svare på spørsmål underveis i intervjuet, og til enhver tid kunne avbryte intervjuet og få slettet lydopptaket hvis de ønsket det. Jeg la ikke skjul på at jeg ikke var noen proff til å intervju, og at dette for meg var en læreprosess. Jeg følte at jeg på den måten kunne være ærlig med deltakerne og samtidig ufarliggjøre situasjonen. Jeg la også vekt på å fortelle deltakerne at det var deres opplevelser jeg var interessert i, og at det ikke var noen entydig riktige svar, og at de derfor ikke kunne svare feil. Jeg prøvde på den måten også å ta hensyn til det asymmetriske maktforhold som ikke kan unngås i en intervjusituasjon, som alltid vil bære preg av forskerens ønske om å innhente informasjon og fortolke på dette (Kvale and Brinkmann, 2011).

Noe jeg ikke hadde tenkt over før jeg begynte å intervju, var intervjuenes mer langsiktige påvirkning på deltakerne. Et intervju som spørrer inn til informantens opplevelser kan bli meget personlig og har flere likheter med terapeutiske samtaler (Kvale and Brinkmann, 2011). Gjennom intervjuerens spørsmål kan informanten bli bevisst sider hos seg selv som denne ikke har reflektert over før. På den måte påvirker intervjuet informantens refleksjonsnivå, og de vil dermed ikke være upåvirkede av å ha vært gjennom et intervju. Flere ganger opplevde jeg å få svar som "det hadde jeg ikke tenkt på", hvilket viser at jeg har spurt inn til ting som ellers var uberørt hos personen. En av deltakerne gikk fra i første intervju å bruke en halvtime på å svare på mine spørsmål, til i annet intervju å bruke to timer

på å svare på samme spørsmål, så direkte at det var som å være til en terapitime å snakke med meg. Hun tenkte på ting hun ikke hadde tenkt på før og fikk sagt dem til et annet menneske, noe hun ellers ikke ville ha gjort. I sånne tilfeller kan intervjuet være en læreprosess for informanten så vel som for forskeren (Kvale and Brinkmann, 2011).

Intervjuene var tids- og stedsavgrenset og ga meg mulighet til å snakke med deltakerne på tomannshånd og spørre direkte inn mot tema. Ved også å benytte observasjon og feltsamtaler fikk jeg mulighet til å lære de overvektige bedre å kjenne. Dette har utvidet min forståelse for deres situasjon og det personlige bekjentskap har gjort meg bedre i stand til å forstå kulturen i gruppen og den enkelte deltakers personlige måter å uttrykke seg på. Samtidig har det også fungert som en integreringsprosess inn i gruppen. Jeg har opplevd deltakerne i situasjoner meget lik som de hadde vært, hvis jeg hadde vært en av de overvektige. Deltakerne har også fått muligheten til å bli kjent med meg og fått en trygghetsfølelse rundt min person og mine spørsmål.

5.3 Analyse

5.3.1 Forforståelse

I følge Malterud (2008) er det i samspillet mellom forskerens forforståelse og det teoretiske rammeverk at ny kunnskap kan vokse frem av empirien. Det teoretiske rammeverk er redegjort for i avsnittet om TTM og avsnittet om metodologiske refleksjoner. En redegjørelse av forskerens forforståelse kan gjerne inneholde personens erfaringer, hypoteser i forhold til tema som studeres, faglige perspektiver og teoretisk grunnlag (Malterud, 2008).

Deler av dette er berørt tidligere i oppgaven hvor det har vært naturlig og jeg vil her tilføye elementer ved min forforståelse som ikke er nevnt tidligere og som jeg mener har hatt betydning for forskningsprosessen. Målet med redegjørelsen av teoretisk rammeverk og min forforståelse er å gi leseren en mulighet til å følge min vei inn i, og ferden i studiet og analysen, og dermed sikre validiteten i oppgaven.

Min interesse for og erfaring med feltet som har ført til at jeg valgte tema og utgangspunkt for oppgaven har naturligvis hatt stor påvirkning for hvilke briller jeg gikk inn i feltet med. Overvekt blir som nevnt tidligere i oppgaven sett på som helseskadelig og problematisk. Det er noe vi på samfunnsplan ønsker å minimere og deltakerne på TR er der med dette formål. Når jeg har snakket med andre om mitt prosjekt har deres spørsmål gjort meg oppmerksom

på at mitt blikk er vært annerledes enn folk flest. Jeg har i høyere grad sett personene og deres fysiske funksjon fremfor kroppene, og jeg tror dette har hatt med min utdannelse og mine erfaringer fra tidligere praksis på TR, hvor jeg ble kjent med personene fremfor kroppene. En pussig erfaring var da jeg intervjuet en av deltakerne utenfor den vante setting på TR. Det var siste intervju og jeg hadde derfor ikke sett personen på nesten to år. Jeg husket henne som en av de letteste og i ganske god fysisk form og ble meget overrasket over hvor stor hun var da jeg så henne igjen. Reelt hadde hun gått ned ca. 10 kg siden første opphold. På TR sammen med resten av gruppen var kroppen hennes mindre tydelig for meg, mens den utenfor TR stod frem på en annen måte i perspektiv til resten av befolkningen. Dette blikk har nok vært en fordel i og med at det er de overvektiges egne erfaringer som har vært målet for studien, samtidig kan det ha sløret den virkelighet de overvektige faktisk lever i fordi den ikke har fått noe særlig plass i min bevissthet.

Valg av tema utspringer som skrevet tidligere av min nysgjerrighet og ønske om å forstå. Det var noen svarte hull i min fagkompetanse som kommende idrettspedagog, som jeg ønsket å fylle. Dette gjorde at jeg hadde lite forventninger til hva jeg ville komme til å finne ut og var på det vis lite styrt av hypoteser eller ideer om hva overvektige opplever i en livsstilsendingsprosess. Der hvor jeg har vært tydelig påvirket av min utdannelsesbakgrunn både som økonom og idrettspedagog, har vært i forståelsen av hvilke kategorier livene våre består av. Det har vært mest tydelig i utarbeidelsen av intervjuguide, hvor eksempelvis temaer som "omverdenens reaksjoner på personens livsstilsendring" og "endringer i selvfølelse" tydelig er preget av temaer jeg har lært om på utdannelsene mine. I analyseprosessen har denne kunnskapen også vært vanskelig å komme utenom og i første omgang var temaer og koder foruroligende like temaer i intervjuguiden. Det krevde flere runder å løse grepet fra disse føringer.

Dette prosjekt har vært underveis i flere år og det er naturlig at jeg underveis er blitt påvirket på områder som har hatt betydning for prosjektet. Som ung gymnaselev ble jeg betatt av eksistensialismen som jeg opplevde gav mening og retning i livet, og med fenomenologiens sterke ståsted i fagmiljøet i Bø var det nok ikke så rart at disse perspektiver fikk mye plass i mitt forsøk på å prøve å forstå livsstilsendring. Jeg hadde en forventning om at Sartres begreper om prosjekt, faktisitet og situasjon kunne gi et bidrag til forståelsen av dette med livsstilsendring. Problemet var at jeg slett ikke fikk det til å passe med det mine

informanter fortalte meg. I forbindelse med masterutdannelsen var jeg et semester på Loughborough University i England som har et sterkt fagmiljø blant annet innen fysisk aktivitet og helse. Her fikk jeg et bredere påfyll av teorier og forskning innen psykologi og livsstilsendring. Jeg fikk også god innføring i TTM og andre adferdsendringsteorier. Da jeg begynte å analysere intervjuene så jeg et mønster i X sin livsstilsendring som lignet på elementene i TTM og jeg begynte så smått å gi slipp på Sartre og eksistensialismen og testet TTM på mitt datamateriale, som viste seg å klare denne "test" betydelig bedre enn eksistensialismen.

5.3.2 Analysemetoden

I mitt prosjekt har observasjon og feltsamtaler fungert som en måte å bli kjent med deltakerne, og få en bedre forståelse for hvem de er og deres situasjon. Man kan si at det har vært med på å utvide min forforståelse av feltet. De har vært første runde i den hermeneutiske spiral.

Selve intervjuene er det nærmeste man kommer «sannheten» om hvordan deltakerne opplever livsstilsendringen. Her har de hatt den mest direkte mulighet til å påvirke datagenereringen. Derfor har jeg valgt primært å bruke intervjuene for videre analyse.

Allerede under et intervju vil forskeren begynne og analyse det som informanten forteller. Det er en del av samtalen at man spør inn til det den andre sier, og dermed er analysen i gang. De færreste forskere klarer å analysere ferdig under intervjuet, og lydopptak er derfor et utbredt hjelpemiddel til å huske hva informanten forteller. Videre brukes transkripsjon av lydopptakene til å hjelpe forskeren til å få mer overblikk over dataene (Kvale and Brinkmann, 2011).

Lydopptak og transkripsjon er altså viktige hjelpemidler i analysearbeidet med intervjuene. Derfor blir kvalitet av både lydopptak og transkribering meget viktig for å sikre reliabiliteten i forskningen (Kvale and Brinkmann, 2011).

Selve intervjuet finner sted mellom forsker og informant, og lydopptaket er dermed en abstraksjon av selv intervjuet hvor man mister den informasjon der ligger i kroppsspråk og mimikk. Likeledes mister man også i transkriberingen av lydopptaket viktig informasjon ved at stemmeleie, intonasjoner og åndedrett går tapt. Man kan si at man ved å gå fra tale til

skrift, går fra en språkstil og kultur til en annen. Å transkribere betyr derfor å transformere (Kvale and Brinkmann, 2011).

Jeg har vært mye i tvil om hvordan jeg skulle analysere mine intervju. Jeg ønsket en metode, som kunne gi meg overblikk og samtidig forbli tro mot deltakernes opplevelser.

Jeg lette i litteraturen om fenomenologiske analyser (Zahavi, 2003, Gallagher and Zahavi, 2010) og om å forske på levde erfaringer (Van Manen, 1990), men satt igjen med en fornemmelse av at disse tilgangene til analyse var for filosofiske eller fenomen-essensfokuserte til det jeg ønsket å oppnå i mitt arbeide med å forstå de overvektiges opplevelser av å gå gjennom en livsstilsendring.

Jeg leste også litteratur om analyse av kvalitative data (Tjora, 2012), hvor et systematisk og omstendelig kodingsarbeid skulle danne grunnlag for videre analyse og utvikling av konsepter. Jeg testet til og med ut Tjora (2012) sin fremgangsmåte for koding, og selv om hans poeng er at den detaljerte koding holder seg tro mod empirien, opplevde jeg å miste kontakten til min empiri. Meningen i utsagn bleknet og stod ikke lengre så tydelig for meg.

Jeg skjønner nå at det var tap av kroppsspråk og stemme som gjorde at jeg mistet kontakten med selve intervjuet, og jeg er kommet frem til en fremgangsmåte inspirert av Kvale and Brinkmann (2011). Jeg finner at deres åpenhet for å tilpasse metoden etter forholdene, for å sikre at man forblir tro mot informantenes fortellinger og får deres meninger frem, passer til prosjektet mitt.

Kvale and Brinkmann (2011) argumenterer for at man kan transkribere sine intervju fullt ut, men er også bevist at man i transkriberingen går fra en form til en annen og at det dermed skjer en omforming av innholdet, som ofte er nødvendig for å forbli tro mot meningen i fortellingen.

"Transskription betyder således at skrive i betydningen at omskrive. Ligesom de overgange fra skriftsprog til talesprog som finder sted i teatret, indfører overgangen fra talesprog til skriftsprog i forbindelse med forandringerne i medium unøjagtigheder, som uden tvivl er betingelsen for sand nøjagtighed." Bourdieu sitert i (Kvale and Brinkmann, 2011).

Jeg opplever at det er betydelig forskjell på hvordan meningen i intervjuene kommer til uttrykk. Hos noen av informantene fungerte det noenlunde å transkribere direkte. Hos andre opplevde jeg at meningen med det de sa forsvant når det ble transkribert.

Jeg har valgt å tolke Bourdieu sitt sitat ovenfor som en mulighet til å løsne på de metodiske regler om full transkribering for å sikre en tolkning av intervjuene som oppleves mer ekte og tro mot informantenes uttrykte mening i intervjuene.

Min metode består i først å lytte hele intervjuet igjennom for å få et inntrykk av innholdet. Deretter å lytte korte avsnitt av lydopptakene av intervjuene flere ganger etter hverandre, identifisere meningsbærende enheter og skrive de ned. På denne måten opplever jeg at jeg får en tettere kontakt med deltakerne og deres fortellinger, og bedre klarer å fange meningen og få denne frem. I denne direkte meningskondensering er jeg opptatt av å være lydhør overfor det som deltagerne forteller og la deres opplevelser tre frem, fremfor å se etter på forhånd bestemte temaer.

Som forklart tidligere i avsnittet om hermeneutikk foregår erkjennelse i en evig frem- og tilbakegående prosess mellom helhet og delene. For den kvalitative forsker er det viktig å væpne seg med tålmodighet og la denne prosess få lov til å utvikle meningsforståelsen for uttalelsene til informantene til man når en god gestalt (Kvale and Brinkmann, 2011). Dette kan være mer vanskelig i intervjusammenheng enn i mer formidlende tekster, da det ikke er usannsynlig at informanten har motsigende uttalelser. En god intervjuanalyse hviler i selve utførelsen av det kvalitative intervju på forskerens analytiske evner og forståelse for andre mennesker (Kvale and Brinkmann, 2011).

Den videre analyse hviler på prinsippene til systematisert tekstkondensering utarbeidet av Malterud (2008). Hennes analyseprinsipper er som min undersøkelse inspirert av fenomenologien, mer presist Giorgis fire trinn for fenomenologisk analyse, men uten å være en direkte fenomenologisk analyse, som vi husker fra avsnittet om metodologi ville kreve en mer filosofisk tilgang, jevnfør sitatet av Ray tidligere i oppgaven (Ray, 1994). Malterud (2008) argumenterer for at systematisk tekstkondensering ikke krever noen omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi, ved å vise til hvordan den kvantitative forsker ikke trenger omfattende matematisk kunnskap, selv om kvantitativ forskning hviler på statistisk metode (Malterud, 2008). Analysen bestreber seg dermed på å få frem de vesentligste

kjennetegn ved fenomenet som studeres, i dette tilfelle livsstilsendring, og ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet. Analysen er dermed deskriptiv og tar utgangspunkt i empirien, med sikte på å utarbeide dekkende beskrivelser og begreper knyttet til X sine opplevelser av livsstilsendring.

Etter å ha identifisert meningsbærende enheter fikk de en kode og ble samlet i temaer med felles meningsinnhold. Dette ga et overblikk over de ulike opplevelsene som X forteller om i intervjuene. Temaer og koder er satt opp i en matrise i forhold til hvilke intervju de kommer fra. Dette for å gi en lett tilgjengelig oversikt over temaer og koders forankring i datamaterialet. Denne matrisen benyttes også senere i analysen i valideringen av resultatene.

Med utgangspunkt i kodene har jeg sammenfattet X sin fortelling i de ulike temaene. Dette for å gi en sammenhengende fortelling med innsikt fra alle tre intervju. De nye beskrivelsene har fungert som arbeidsnotater, som da ble utgangspunktet for en ny runde med identifisering av meningsenheter. De nye meningsenhetene presenterer essensen i X sin fortelling. Kunnskapen som kom frem i de nye meningsenhetene har jeg sammenfattet til en innholdsbeskrivelse som får frem hva materialet forteller i forhold til prosjektets problemstilling. I innholdsbeskrivelsen inngår også utvalgte sitater fra intervjuene, som illustrerer innholdet i beskrivelsene. Innholdsbeskrivelsene er den ene delen av mine resultater.

Den andre delen av mine resultater består av å syntetisere og abstrahere meningen i innholdsbeskrivelsene til begreper som presenterer den nye innsikten analysen har åpnet for. Avslutningsvis sammenfattes de nye begrepene i et fellesbegrep som konsentrerer det viktigste fra alle temaene.

For å sikre analysens og resultatenes validitet har jeg gått tilbake til mitt datamateriale og lest det igjen for å sikre at mine beskrivelser og begreper avspeiles i datamaterialet. Jeg har undersøkt om det er samsvar mellom det X forteller og mine beskrivelser og begreper. Der hvor jeg har vært usikker på om det har vært fenomener som opptrer i det ene men ikke i det andre er dette blitt undersøkt igjen. I dette arbeid kom matrisen som ble utarbeidet tidligere i analysen i bruk igjen. Den ga en tydelig oversikt over materialet og gjorde det

lettere å gå tilbake til intervjuene i tilfeller hvor jeg er usikker på om empiri og resultater samsvarte.

Da analysen var gjennomført og jeg opplevde å være kommet fram til en god og ærlig utlegging av de overvektiges opplevelser skiftet jeg fortolkningskontekst til en mer teoretisk akademisk kontekst (Kvale and Brinkmann, 2011). Her vurderer jeg resultatene og setter de i perspektiv opp mot eksisterende forskning og teorier innen feltet (Malterud, 2008). Ønsket med dette er å oppnå en dypere forståelse for de overvektiges opplevelser. Her går jeg fra å beskrive, over fortolkning og forståelse til å prøve å forklare (Kvale and Brinkmann, 2011).

Tabell 5-2 Matrise for organisering av materialet i analysefasen. Før livsstilsendring

Kode	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3
Opplevelsen av å være overvektig	Psykisk tungt.		
Sosial isolasjon	Skam- unngår andre mennesker Andres blikk Få venner igjen	Skammet seg Mentalt sliten av å være med folk	Folk som trimmet hadde for mye fritid Følte seg utenfor
Livsstil – kost	Uheldig spisemønster		
Livsstil – fysisk aktivitet	Ingen fys. akt. utenom jobb.		
Opplevelse av kroppen	Klær som gammel mann Umulig kropp.		La ikke selv merke til kroppens størrelse
Erfaringer med vekt tap	Ned og opp igjen Alt for drastiske dietter		
Selvbilde	Føler seg dum(skam) Negativ mot seg selv		
Samfunnet	Stigmatisert.	Overvekt setter begrensninger for forsikring	
Sosialt	Folk ser ned på meg Manglende tiltro til hans evner på jobb Må bevise sitt verd	Følte at folk så ned på meg I forsvarsposisjon	Sårt om noen nevnte overvekten
Bevisst eller ikke			Unngikk offentlige plasser- skam Lukket øyene for

			egen størrelse
Signifikante andre			Konen så ikke hvor stor han var

Tabell 5-3 Matrise for organisering av materialet i analysefasen. Livsstilsendring

Kode	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3
Forventninger til livsstilsendring	Ønsket operasjon pga. ingen tro på å kunne gå ned i vekt med livsstilsendring Nervøs/gruet seg til opphold på TR Lite tro, men litt håp Bekymring over egen fys. kapasitet Gruet seg for basseng med andre		Ønsket operasjon pga. ingen tro på å kunne gå ned i vekt med livsstilsendring
Gruppen	Gruppefølelse Støtter hverandre Andre som meg Normal likevel	Dele erfaringer Støtte hverandre	
Signifikante andre	Saboterende handlinger Negativ holdning	Tåler ikke at han er i bedre form, så trener helst alene	Saboterende handlinger Misunnelse pga. oppmerksomhet Støtte etterhvert
Veiing	Livredd for å øke vekten på TR Hjemme: Fokus på form ikke vekt Vil ikke gå opp i vekt igjen Konkurransen med seg selv		
Fysisk aktivitet	Hardt for å få noe tilbake Symbol på vedholdenhet av nye vaner	God følelse Redd for å miste formen (tilbakegang) Gruer seg for vinteren	Ble oppslukt av trening Mistet gleden Tungt å komme i gang igjen etter pause Gir alt Kjennes godt ut etter på

			Finne en balanse Vet at han får igjen for slitet.
Kost	Egen erfaring bedre overførselsverdi	Sundere kost for hele familien	Sulten til måltider – kjenner ikke suget etter søt/fet mer Enkle kostråd Ikke ta bort alt som er godt
Mål	Jage etter mer God tid Må føle på det Form fremfor vekt		
Motivasjon	Bedre liv med barna Oppfølging = gulerot og pos. pisk		Ønske om å gjøre mer med barna Mestring → motivasjon Gamle fotografier som skremsel Fortsatt overskudd Erfaringer fra barndommen
Selvoppfattelse og selvtillit	Føler seg mer normal Tatt bussen for å utfordrer seg selv Ønsker å være med på sosiale ting Mestringsfølelse å kunne være ute blant folk og snakke med dem		Klarer alt nå – uten om å gå i basseng pga. mye hud Bedre selvtillit og selvfølelse. Startet egen selskap Ikke redd fremtidens helse
Adferd	Kan trene blant andre nå Går i butikker Henter barn i barnehagen Gått på stranden i shorts og T-shirt Går tur i nærområdet	Går på butikken Henter barn i barnehagen	
Kropp	Føler seg bedre, men ekstra hud Trenger å få ut energi pga. bedre form	Passer vanlige klær Mye bedre fysisk form	Mer energi Treningspauser → trøtt og grinete Lettere kropp → Lettere hverdag Slut på medisiner,

			snorking, smerter Funnet passende vektintervall
Fysisk selvbilde	Føler ikke han har gått så mye ned. Sitter i hodet at han er feit. Sett på bilder fra før og nå, da ser han forskjell	Stolt Lettere å leve med seg selv Redd for å skuffe seg selv Blitt konkurranse- menneske	
Nye vaner		Tar tid og innsats Ser nye muligheter	Streng med seg selv Bruke alarm → automatisert Finne løsninger
Faglig støtte fra TR og Senter for Sykelig Overvekt	Enkle råd	Hjelp og tips når ting stagnerer → motivasjon	Støtte og forventninger Forplikter seg
Målinger		Savner svar på hvor god formen er Tunge ben – hvorfor? Konkurranse med seg selv og andre for å få svar på fys. form	Målinger av form og vekt → svar på innsats Veiing for å holde øye og ta grep
Kunnskap og bevisste valg		Økt viten om kost og fysisk aktivitet Bestemme seg	Bevisst gode valg (fys. akt. og kost) Balanse i kalori- inntak Forberede seg til utfordrende situasjoner
Sosialt		Skryt fra andre Blir invitert på akt. Selv blitt mer imøtekommende Blir spurt om råd	Fortalt om livsstilsendringen → forventning fra andre(forpliktet seg) Støtte Føler seg som en del fellesskapet Blir tatt mer seriøst
Endringer i familien		Sunnere kost Leker mer Mer samvær	Bare godteri på lørdager Hel familien har fått sunnere vaner Barna er blitt kvikkere Fys. akt. med barna

			Pappa bidrar mer
Bevissthet		Forstå hvorfor han spiste for mye	Ble bevisst om trøstespisning Forstår ikke seg selv Unnskyldninger Overså at han spiste for mye feite snacks Ærlig med seg selv Bruk av foto Innse problemet Vite hvorfor man ønsker endring Ærlig med seg selv
Erfaringer med endring			Slitsomt Hard med seg selv 100% ærlig Kostdagbok Overskuelig og gradvis Start med måltidsrytme og små ture Mestring → motivasjon Gå og hente posten Manuel gressklipper Treningsutstyr hjemme

6. Presentasjon og drøfting av resultater

Presentasjonen av resultatene er delt inn i to hovedavsnitt. Det første avsnitt omhandler min informant X sin opplevelse av å gå fra å leve i en overvektig kropp til å nærme seg en normalvektig kropp og er dermed med på å svare på spørsmålet om hvordan X opplever å endre livsstil. Avsnittet omhandler ikke endringsprosessen i seg selv, hvorfor jeg ikke drøfter resultatene opp imot annen forskning eller teori, men lar de stå som et bakteppe for X sin endringsprosess. Håpet er at det skal gi leseren en innføring i hvem X er, hvilket liv han kommer fra og hvordan den nye livsstil oppleves, som igjen skal gjøre det lettere å forstå hans livsstilsendringsprosess. I andre avsnitt gjenforteller jeg X sin historie om livsstilsendringen hans og drøfter hvert tema opp imot TTM og annen relevant teori og forskning, for å nå en så utdypende forståelse av opplevelsene til X.

6.1 Fra overvektig til normalvektig

X er familiefar i trettiårene. Han kommer fra en liten by i Sør-Norge, har gått yrkesfaglig videregående og jobber innen sitt håndverk. Han forteller at han alltid har vært overvektig utenom en periode i ungdomsårene hvor han trente mye. Mange ganger har han prøvd å gå ned i vekt, men har hver gang lagt på seg igjen. Han mener selv at det største problem i forhold til vekten var at han bare rørte seg på jobb og kun spiste to ordentlige måltider om dagen. På kvelden «satt han i sofaen og dyttet i seg». Over de to årene jeg har fulgt han har han gått fra en kroppsvekt på 136 kg til rett under 100 kg. I dette avsnitt vil jeg fortelle hans historie om å gå fra et liv preget av overvekten til en ny hverdag med mer hensiktsmessige livsstil.

6.1.1 Fra en umulig kropp til kroppen som muliggjøre

Når X forteller om hvordan han oppfattet sin kropp og sin overvekt i hverdagen før livsstilsendringen kommer det frem at kroppen fikk lite oppmerksomhet i seg selv. Han så ikke selv hvor stor han var blitt og blir overrasket over sin størrelse, når han ser bilder av seg selv fra da han var størst. På samme måte overser han i dag kroppens størrelse, men med motsatt fortegn. Han oppfatter stadig sin kropp som overvektig selv om han er nærmere en normalvektig kropp og langt fra fedmekategoriene nå. Det var, og er først i møtet med omverdenens krav at X oppdager sin kropp på godt og vondt. Som overvektig opplevde han at kroppen la føringer og begrensninger for hva han orket å gjøre fysisk. Han ble fort sliten, tok medisiner for magesyre, snorket mye og hadde vont i kroppen og hodet. Det å kjøpe seg

klær ble også en konfrontasjon med sin umulige kropp. Det var sjelden klær å få tak i i størrelsen hans, og de han passet var så umoderne at de fikk ham til å føle seg som var han utkledd som en gammel mann.

”Finner du klær så er det som regel pensjonistklær. Man ser ut som man er 100 år.”

I tillegg til å kunne kjøpe alderssvarende og moderne klær er det gjennom den forbedrede fysiske form at X opplever og oppdager at kroppen hans har endret seg. Han er ikke lengre begrenset av kroppens fysiske form. Han har sluttet å bruke magesyremedisiner og har ikke lengre vondt i kroppen. Han har fått et fysisk overskudd som gjør at livet er blitt lettere. Han klarer mer og har lyst til å være mer aktiv. Han leker med ungene sine, og hvor trening før var et ork har han nå fått et behov for å være fysisk aktiv og få brukt energien sin.

”Vi gjør jo mye mer sammen. Jeg leker mye mer med de nå [barna]. Det skjer noe hele tiden. Før kjøpte jeg en ny dvd for da visste jeg at de ville sitte stille. Nå kan vi gjøre mange andre ting sammen. Ser at de har det mye gøyere nå... Jeg kan være med å hoppe på trampoline. Før var jeg redd at strikken skulle ryke.”

Kroppen hans passer nå inn i verden og han trenger ikke være redd for å ta for mye plass eller ødelegge ting med en for stor og tung kropp.

6.1.2 Fra isolerende skam til åpenhet mot verden

Før livsstilsendringen og vekttapet var livet til X styrt av frykten for å vise seg offentlig. Han skammet seg over kroppen sin i en sånn grad at det holdt han fra å delta i sosiale sammenhenger. Gjennom årene som overvektig hadde han trukket seg mer og mer tilbake. Han hadde få venner igjen og ble sjelden med på sosiale arrangementer og aktiviteter. Helt hverdagslige ting som å hente barna i barnehagen og gå i butikker var så skremmende for han, at han overlot den slags oppgaver til konen sin.

Han fryktet blant annet å møte gamle skolekamerater så de kunne se hvor stor han var blitt. Selv det og gå ut for å være fysisk aktiv var skambelagt og skulle han trene måtte han kjøre en time i bil vekk fra folk, så han var sikker på at ingen så han.

”Jeg var jo med på avslutninger i barnehagen og sånt før. Men jeg var jo helt skakkjørt både før og etter. Nervøs, vondt i hodet og gruet meg. Pakket meg inn i masse klær. Gikk og bar på ungene mest mulig for å skjule meg”.

Han opplevde at han ble stigmatisert av omverdenen. Han følte at folk så ned på han og snakket negativt om han, og at han fordi han var overvektig, måtte forsvare seg hele tiden. I jobbsituasjoner opplevde han manglende tiltro til evnene hans til å klare jobben og følte at han måtte bevise sitt verd i større grad enn normalvektige.

Etter vektnedgangen og den nye livsstilen opplever X at det er blitt mye lettere å delta i livet rundt han. Omverdenen har reagert positivt på hans nye livsstil og vektnedgang. Folk kommer bort og skryter av han og spør om han vil være med på aktiviteter og trening. Han synes også at han blir tatt mer seriøst når han i jobben reiser ut til kunder, og han føler ikke lengre noe ubehag i sånne situasjoner.

"Folk ser liksom helt annerledes på meg, føler jeg. Har mer tro på at jeg kan få til ting".

Selv føler han seg også mer avslappet rundt andre og kan være mer seg selv. Han blir nå med på sosiale aktiviteter, kan gå på treningssenteret og trener ute blant folk sammen med kamerater.

"Jeg er ute blant folk, går på butikker, henter unger, det koster meg ingenting. Bare det å gå og kjøpe klær som passer, uten å få den skuffelsen hver eneste gang. Utrolig deilig. Helt topp".

Livet, hverdagen og kroppen er blitt lettere å bære.

6.2. Erfaringer med livsstilsendring

Da X søkte opphold på TR var det delvis etter press fra legen på Senter for Sykelig Overvekt. X hadde gitt opp troen på at han noen gang ville gå ned i vekt uten operasjon. Legen sa at han ville søke om opphold da det var et halvt års ventetid, og X da kunne bestemme se i den tid. Men plutselig ble han innkalt til livsstilsendringsopphold, og som han sier: *"Rakk ikke å få skrekken",* før avmeldingsfristen. Han dro av gårde redd, nervøs og lite positiv til oppholdet.

6.2.1 Fellesskap qua felles utfordringer - fra ensom usikkerhet til trygghet i fellesskapet

Selv om X var meget nervøs for hva som ventet han på TR og var usikker på om han ville klare det når han var i så dårlig form, ble oppholdet sammen med de andre deltakere i gruppen en positiv opplevelse som var med på å øke selvtilliten og troen hans på at han skulle klare å endre livsstil.

"Trente som en idiot før jeg kom her, bare for å komme litt i form."

I samtale med flere av de andre deltakere kom det frem at selv om de likte bassengtrening på TR, var det ikke noe de ville fortsette med hjemme. Noen fordi de ikke likte å vise seg offentlig og andre fordi de var redd det ville være for vanskelig nivå på et alminnelig treningscenter. For X var det å skulle vise seg lettkledd overfor de andre i gruppen noe han gruet seg veldig til, men det at alle var på TR av samme grunn gjorde at det ble en avslappet og trygg atmosfære rundt det å være i basseng og gå lettkledd.

”Gruet meg fælt til den der bassengbiten der. Men da jeg først hadde vært der en gang var det ikke noe problem. Alle var der av samme grunn liksom, så det var bare å blåse i. Ikke vært noe problem heller. Det var veldig deilig at det gikk så glatt.”

Da jeg observerte gruppen la jeg ofte merke til at gruppens medlemmer støttet hverandre i utfordringene de møtte på TR. De oppmuntret hverandre når noen måtte kjempe ekstra mye for å gjennomføre en aktivitet, og de gledet seg når de andre i gruppen hadde suksess. Eksempelvis hørte jeg på en gåtur mennene prate om hvor bra det var at en av kvinnene i gruppen hadde klart å sitte på spinningssykkelen i hele 30 minutter, hvor hun tidligere bare hadde holdt ut i fem minutter. De var tydelig glade på hennes vegne. Gruppens medlemmer bakket også hverandre opp og viste omsorg og empati når noen mislyktes. Eksempelvis hadde en av deltakerne gått litt opp i vekt ved veiing og ble veldig lei seg. De andre i gruppen var tydelig berørt og lei seg på hennes vegne, og deres respektfulle og omsorgsfulle oppførsel overfor henne viste at de forstod hvilke følelser hun gjennomgikk i den situasjon.

Denne opplevelse av gruppen som et fellesskap hvor man støttet hverandre har vært viktig for X. Han følte seg forstått på en måte han ikke hadde opplevd før og det gav han trygghet.

”Det har vært en positiv opplevelse egentlig [å være i gruppe], fordi vi har hatt de samme problemene alle sammen... Det har vært greit å snakke med andre som har samme problemer, for det kan ikke andre hjemme sette seg inn i. Det har hjulpet deg til å tenke at du er ganske normal egentlig, du er som de andre. Det er blitt lettere å akseptere seg selv. Du er ikke så unaturlig fra alle andre likevel, når det kommer til stykket.”

Han opplevde at det at alle i gruppen var der av samme årsak gjorde at de ble meget åpne med hverandre og kunne dele erfaringer, hvilket var medvirkende til å gi han en følelse av å være normal og akseptert innenfor i fellesskapet.

6.2.1.1 Videre teoretisk belysning

TTM omhandler ikke direkte gruppens betydning i en endringsprosess. De fordeler X fremhever av å være på et gruppebasert livsstilsendringsopphold på et senter som TR, går i TTM inn under den atferdsrettede strategi om å engasjere sosial støtte.

Organisering av livsstilsendringsintervensjoner er ofte organisert i grupper av praktiske og økonomiske grunner (Toropainen and Rinne, 1998). X sine erfaringer taler for at den sosiale støtte de overvektige kan få ved å delta i et gruppebasert opplegg kan ha en verdi i seg selv. Toropainen and Rinne (1998) slår et slag for gruppebaserte intervensjoner i deres artikkel om prinsipper for arbeid i grupper ved promotering av fysisk aktivitet i helsesammenheng. De skriver:

"Social support within a physical activity group is significant for facilitating self-esteem, self-respect and personal competence. Social support is also an important determinant of physical activity change. These supporting influences alone would be sufficient reasons to use groups for physical activity promotion." (Toropainen and Rinne, 1998).

Forskning på livsstilsendring har funnet der X sine opplevelser i gruppen på TR støtter opp om denne forståelse av gruppens viktighet for personer som går igjennom en livsstilsendring. Russell et al. (2013) fant i deres kvalitative undersøkelse av hvilke faktorer som fasiliterer og hindrer livsstilsendring, at sosial støtte og relasjoner til andre var blant de viktigste faktorer for å få til livsstilsendring. Informantene i undersøkelsen opplevde som X, at det å dele erfaringer med andre i samme situasjon var positivt. Det ble oppfattet som et trygt sted blant likeverdige, hvor de dels fikk bekreftelse på at livsstilsendring var vanskelig og dermed ikke følte seg så alene i kampen deres, og dels kunne få tips, gode råd og oppmuntring. Det å høre hvordan andre i samme situasjon hadde grepet utfordringer an og løst ulike problemer, gjorde et sterkere inntrykk enn når fagpersonell kom med lignende råd (Russell et al., 2013). Det å dele erfaringer og utfordringer var også med på å forebygge stress og negative følelser. Likedan fant også Garip and Yardley (2011) at kontakten til likesinnede i en gruppe var med på å skape et trygt og støttende miljø for de overvektige til å dele erfaringer i. I Russell et al. (2013) sin studie fant man også at det å være i en gruppe gjorde at gruppemedlemmene fungerte som en måte å forplikte seg overfor de andre på. Hvilket gjorde at gruppemedlemmene ikke bare opplevde å skuffe seg selv, men også de andre i gruppen, hvis de ikke levde opp til egne forventninger (Russell et al., 2013).

Sett i TTM perspektiv bruker de overvektige altså gruppen som sosial støtte til å øke bevisstheten sin om alternativer til å møte ulike utfordringer på, og til å finne nye måter å endre kost- og fysisk aktivitetsvaner. Samtidig fungerer det som en måte å forplikte seg på, når de deltar i et fellesskap med felles målsetting om livsstilsendring og vekttap. Tryggheten i gruppen og oppmuntringen de får fra de andre gruppemedlemmer er også viktige elementer for å få til livsstilsendring.

Det kan derfor se ut til at det er store fordeler ved å organisere livsstilsendringsintervensjoner i grupper. Samtidig vet vi av erfaring at ikke alle grupper er like hyggelige eller konstruktive å være i. Når man samler folk i et livsstilsendringsopplegg ved et behandlingssenter er det ikke gitt at det automatisk oppstår det man i psykologisk-pedagogisk sammenheng definerer som en gruppe, hvor gruppedynamikken kan være med på støtte opp om gruppens mål (Gjørund and Huseby, 2009). Derfor er det interessant å se på hvilke mekanismer som har vært i spill i gruppen på TR og hvordan de har påvirket X i hans endringsprosess.

Felles mål er ofte et av de tydeligste kjennetegn ved en gruppe, og selv om alle hadde egne individuelle mål i forhold til vektnedgang og ikke direkte var avhengig av andres vektnedgang for selv å gå ned, var dette felles mål om vektnedgang viktig for ønsket om å tilhøre gruppen og bidra positivt i gruppen (Gjørund, 2009, Toropainen and Rinne, 1998). Et annet kjennetegn ved grupper er at det må oppleves som en fordel å være medlem av gruppen. Både X og andre i gruppen fremhever det å dele erfaringer med de andre i gruppen som positivt. X forteller også at det å være i en gruppe med andre overvektige med felles utgangspunkt, fikk han til å føle seg normal, og som en del av et fellesskap. Med dette forstår jeg, at han har identifisert seg som medlem i gruppen og at det felles utgangspunktet har gjort at gruppen har skilt seg ut fra andre grupper i samfunnet. Begge deler er viktige kjennetegn ved en gruppe i følge Gjørund and Huseby (2009) og Toropainen and Rinne (1998).

Det er altså tydelig at mange av kjennetegnene for en gruppe i psykologisk-pedagogisk forstand går igjen i gruppen på TR, og har lagt grunnlaget for hvorfor X og de andre deltakere har opplevd fordeler med å være i gruppen.

Selv om både X og andre av deltakerne har opplevd det som positivt å være i en gruppe på TR er ikke dette en selvfølge. Om gruppen oppleves som et positivt eller ubehagelig sted å være, og henholdsvis fasiliterer eller hindrer måloppnåelsen, har mye med det sosiale klimaet i gruppen å gjøre.

Gibb i Gjørund and Huseby (2009) deler grupperes sosiale klima i forsvarsklima og støtteklima, hvor de fleste grupper i praksis inneholder elementer av begge (Gjørund and Huseby, 2009). Grupper som har et overveiende forsvarsklima er preget av kontroll og press, og medlemmene er ofte mer opptatt av å forsvare seg og skape allianser fremfor å skape utvikling. I et støtteklima er medlemmene innstilt på at de hver især har forskjellige meninger og at alles mening er verdsatt. Når det skal tas felles beslutninger er gruppen opptatt av at alle blir hørt og at man finner løsninger som tar hensyn til flertallet i gruppen. Dette krever åpenhet og evnen til å lytte og prøve å forstå hverandre. Gruppens medlemmer må utøve en vi-sentrert rolleatferd hvor fokus er på å støtte og hjelpe hverandre i gruppen (Gjørund and Huseby, 2009). Åpenheten, erfaringsdelingen, oppmuntringen, empatien og aksepten av hverandre i gruppen på TR er alle elementer som støtter opp om et støtteklima, og har vært med på å gi X en opplevelse av sosial støtte fra gruppen.

Med bakgrunn i X sine opplevelser og tidligere forskning på gruppebasert opplegg for livsstilsendring, ser det ut til at sosial støtte innad i gruppen er en betydningsfull ressurs. For å utnytte denne ressurs sitt potensial blir det viktig å legge til rette for at gruppen kan utvikle et sosialt klima, som er preget av åpenhet og respekt for hverandres ulikheter.

6.2.2 Omverdenen som både fasiliterende og saboterende

X begynte tidlig i sin livsstilsendring å fortelle folk rundt seg at han hadde startet på en livsstilsendring med henblikk på å gå ned i vekt. For han var det viktig å være åpen om det, da det la et press på han om å lykkes. Han opplevde dette som et støttende og positivt press, som hjalp ham med å gjennomføre. Det å bli sykemeldt for å dra på rehabiliteringssenter sammen med den hjelp og støtte han fikk på senteret, har også vært med på å skape en forventning til han om at han skulle få til en endring og et vekttap. Han ønsket ikke å skuffe familien, teamet på TR eller seg selv.

X opplevde at omverdenen reagerte veldig positivt på hans nye livsstil og han begynte å bli invitert med på treninger. Etter hvert som livsstilsendringen ble mer synlig for andre,

begynte kolleger og kjente å spørre han til råds om hva han hadde gjort for å gå ned i vekt og hvilke erfaringer han hadde med å dra på livsstilsendingsopphold.

X's sin kone var derimot i begynnelsen motvillig og negativ til hans nye livsstil. Hun kjøpte øl og lagte feit mat, var negativ til at han trente så mye og kom med negative kommentarer.

”Kona er litt for negativ. Vet ikke om hun ikke liker at jeg lykkes... Hun er negativ til all treningen... og at jeg ikke ville drikke øl i helgen [da han var hjemme fra TR] som hun hadde kjøpt... Spør om det har gått ham til hode [livsstilsendringen]. Hun vil vel at alt skal være som før, men jeg vil ikke tilbake til det”.

Denne reaksjon opplevde X som vanskelig og han skjønnte ikke hvorfor hun var så negativ. Han ville gjerne ha fått mer støtte da det var tøft nok å endre livsstil uten å skulle kjempe mot konen også. Senere fortalte hun ham at hun hadde vært misunnelig på all den oppmerksomhet han fikk på grunn av vekttapet. Etterhvert ble hun mer avslappet rundt dette og støtter han nå i livsstilen og det at han trener mye.

6.2.2.1 Videre teoretisk belysning

I sin åpenhet til venner, familie og omgangskrets rundt sin livsstilsendring har X benyttet to av de atferdsrettede strategiene. Dels har det vært en måte å forplikte seg til den utfordring det var for han å endre livsstil. Det å være sykemeldt fra jobben, delta på tilbudet på TR og fortelle folk rundt seg at han skulle endre livsstil, gjorde at han følte et press for å levere. Samtidig har det at han har fortalt om sin livsstilsendring gjort at folk har visst om det og derfor invitert han med på treninger. Ved å innvie andre i sin utfordring har han uten at det var en bevisst hensikt engasjert sosial støtte, som har gjort det lettere og morsommere å få trent. Han har også fått kjenne på hvor vanskelig og ekstra tøft det blir når oppbakkingen hjemmefra uteblir.

Viktigheten av sosial støtte ved livsstilsendring og vektregulering har fått en del oppmerksomhet i forskningen. Allerede i 1984 fant Jeffery et al. (1984) at det var en positiv assosiasjon mellom en persons vekttap og dennes opplevelse av sosial støtte. Garip and Yardley (2011) fant i deres review at støtte fra familie og venner, og her spesielt partner og kolleger, understøttet en persons forsøk på vektregulering ved å oppmuntre til endring samt å delta i fysisk aktivitet og sunn matlaging. X's sin erfaring av plutselig å være en rollemodell, som folk spør til råds når det kommer til vekttap og livsstilsendring, går igjen fra andre

studier av overvektige. Leske et al. (2012) som spesielt så på betydningen av sosialstøtte ved vektreduksjon, og Hindle and Carpenter (2011) som undersøkte erfaringene til overvektige som hadde klart å opprette vekttapet over et år, fant at det å opptre som rollemodell og gi støtte og råd fra egen erfaring med vekttap kunne fungere som støtte i form av forpliktelse overfor andre. Det ble viktigere å møte opp på samlinger og å fortsette den nye livsstil og holde vekten når andre var avhengig av eller så opp til dem.

Samtidig finner flere studier av overvektiges forsøk på livsstilsendring og vektregulering, at krav fra sosiale relasjoner samt familie- og arbeidsrutiner kan virke saboterende på forsøket på endring. Dette kan både være intensjonelt og uten at vedkommende er klare over den negative påvirkning på den overvektiges innsats for å endre livsstil og kontrollere vekten (Garip and Yardley, 2011, Penn et al., 2008, Hindle and Carpenter, 2011). Hindle and Carpenter (2011) fant i studiet deres av overvektige som hadde klart å fastholde et vekttap over lengre tid, at selv om de overvektige opplevde tilstedeværelsen av sabotører, så dette ikke ut til å påvirke dem negativt. Hindle and Carpenter (2011) reflekterer videre at dette sannsynligvis ikke gjenspeiler opplevelsen til flertallet av overvektige, som ikke lykkes å gå ned i vekt, da andre studier viser at overvektige opplever lite støtte fra ektefellen deres i deres innsats for å redusere vekt (Kayman et al., 1990) og at venner og familie utviste likegyldighet, bagatelliserte eller likefrem utviste forstyrrende atferd i forhold til deres forsøk på vektreduksjon. Dette muligvis fordi de var ukomfortable med de endringer et vekttap medfølger (Sarlio-Lahteenkorva, 1998). Andrews (1997) foreslår at denne type mangel på støtte muligens skyldes sjalusi. At vekttapet medfører mer selvtillit for den overvektige og at deres felles livsstil blir forstyrret av den overvektiges nye sunnere livsstil.

6.2.3 Målinger som mål eller middel?

X forteller at det for han var viktig å være seg tydelig bevisst hvorfor han ønsket å endre livsstil. I hans tilfelle var det ønsket om å kunne gjøre mer med ungene sine som var den viktigste motivasjonsfaktor. Hans egne foreldre var sjelden med på aktiviteter sammen med han da han var barn blant annet på grunn av overvekten deres. Og X husker at han var flau over dem når de var med. Det ønsket han ikke skulle gjenta seg for sine egne barn.

Han har ikke hatt et fastlagt mål for hvor mye han ville ned i vekt. Hans fokus har vært på å forbedre formen og gå ned i vekt så han orket å være med på aktiviteter fysisk og mentalt. Underveis i livsstilsendingsprosessen har han merket hvordan han hadde det med den

aktuelle vekt for å finne ut hvilken vekt han trivdes med og som passet for han. Etter hvert fant han et vektintervall som han trivdes med.

I starten av livsstilsendringen hadde han lite tro på at det skulle lykkes å gå ned i vekt, men da det faktisk skjedde noe og han kunne se at det han gjorde virket, ga det motivasjon til å fortsette.

X bruker å måle sin fremgang og tilbakegang blant annet med hjelp fra pulsklokke. Det å se fremgangen sort på hvit gir mestringsfølelse som er med på å motivere han til å fortsette. Viser målinger at han er kommet i dårligere form motiverer det han til å legge ekstra innsats i treningen. På samme måte opplever han oppfølgingen på TR som motiverende. Med all den støtte og hjelp han har fått ønsker han ikke å skuffe de som har hjulpet han. Samtidig legger det også et press på han at han blir konfrontert med sine resultater når han kommer tilbake til TR etter en hjemmeperiode. Han liker dette press og opplever at oppfølging har vært viktig for han. Det å kunne få hjelp og stille spørsmål da vekt og form begynte å stagnere har også vært med på å holde motivasjonen oppe.

Under opphold på TR ble deltakerne veid en gang i uken. X hadde den innstilling at han hadde brukt lang tid på å legge på seg, så det var naturlig at det ville ta tid å gå ned i vekt. Han hadde blant annet opplevd at vekten stod stille en hel måned hjemme, selv om han trente mye. Det var ikke noe som bekymret han. På senteret var han derimot veldig redd for å gå opp i vekt.

”Var egentlig litt dum der. Hadde mål om å gå ned 3,5-4 kg, men gikk så fort ved første veining, så satte opp målet. Det er egentlig idioti. Da jager du bare etter mer og mer hele tiden. Jeg tror og håper jeg skal klare det [bestemt vekt under opphold]. Men ikke noe nederlag hvis jeg ikke klarer det. Jeg har jo masse tid.”

Han skjønner ikke selv hvorfor det var annerledes på senteret enn hjemme, men sier at det har vært en pådriver, som har gjort at han har ytt mye. Samtidig ser han at vekten kanskje fikk litt vel mye fokus under oppholdet, og at det at han gikk ned mer enn forventet i starten av oppholdet har gjort at han begynte å jage etter raskere vektnedgang. Noe han egentlig ikke likte da det flyttet fokus fra ønsket hans om å øke sin fysiske kapasitet.

6.2.3.1 Videre teoretisk belysning

Hele grunnlaget for X sin livsstilsendring hviler på hans bevissthet om hvorfor han ønsker å endre livsstil. Han har forstått konsekvensene av sin uhensiktsmessige livsstil både for seg selv og sine nærmeste. Det er spesielt forholdet til barna hans, som er de viktigste for han, som har gjort at han skjønner fordelene og hvor viktig det er for han å få en sunnere og mer aktiv livsstil. De er hans bærende motivasjon for livsstilsendring. I denne erkjennelse gjør X bruk av alle de kognitive prosesser beskrevet i TTM uten om å øke sunne alternativer.

Underveis i endringsprosessen gjør X bruk av flere andre elementer fra TTM for å understøtte sin motivasjon. Den mestringen han opplever når han klarer å gjennomføre en hard treningsøkt og når han merker og kan måle at formen er blitt bedre og at vekten er gått ned, øker hans tro (SE) på at han kan gjennomføre sin livsstilsendring, hvilket igjen påvirker hans motivasjon for å fortsette.

Oppholdet på TR har også støttet motivasjonen hans på ulike måter. Han og utfordringen hans er blitt sett, og han har endret på spisevaner og vært fysisk aktiv sammen med andre, hvilket har fungert som sosial støtte. Det å reise på opphold på TR, få sykemelding fra jobben og skulle forholde seg til de andre deltakerne og fagteamet på TR, har for X fungert som en måte å forplikte seg på. Han har derigjennom fått et ytre press, som har vært med på å motivere han. Hjelp og veiledning fra fagteamet på TR har fungert både som sosial støtte og som kilde til å øke hans bevissthet og kunnskap om sunne matvalg og effektive treningsmetoder. Dette har igjen gitt han en kunnskapstrygghet, så han har kunnet konsentrere seg om å gjøre jobben fremfor å bruke energi på å lure på hvordan han skulle få til vektnedgang.

I mange tilganger til prosessarbeid er det fokus på tydelig definerte og målbare mål⁸. I X sitt tilfelle så har målet "å kunne gjøre mer med ungene sine" vært veldig tydelig og sterkt for X, men det kan dårlig kalles tydelig definert og målbart fra et objektivt synspunkt. TTM inneholder lite om mål og målsetting. Med tanke på at TTM i første omgang ble utviklet ut fra menneskers erfaring med røykeslutt, samt rus- og alkoholavvenning er dette kanskje ikke så rart. Enten røyker man eller også gjør man ikke. Enten ruser man seg eller også gjør man

⁸ Eksempelvis SMART-modellen u.å. *En guide til brug af SMART-mål* [Online]. Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling. Available: <http://www.emu.dk/modul/en-guide-til-brug-af-smart-mal#> [Accessed 07.06.2016 2016].

ikke. Målet gir seg selv. Det er en total slutt på den skadelige atferd som er målet. Når det gjelder å spise sunt og være fysisk aktiv er det ikke faste tal for når målet er nådd. Man kunne argumentere for at det i tilfellet med overvektige kunne være en bestemt vekt som var målet. Men dels vet vi at lav vekt ikke nødvendigvis er lik sunnhet og dels at man godt kan få de helsemessige fordeler av en sunn og aktiv livsstil og samtidig ha en KMI over 25 kg/m² (Tjonna et al., 2010).

For å forstå hvordan mål og målsetting spilte en rolle for X i hans livsstilsendring kan det være nyttig å se på begrepene innen Achievement Goal Theory.

Achievement Goal Theory er spesielt brukt innen læring og atferd relatert til utdanning, men er også blitt brukt som rammeverk for å undersøke motivasjon i forhold til deltakelse i fysisk aktivitet (Biddle and Mutrie, 2008). En persons motivasjon for deltakelse i eksempelvis fysisk aktivitet kan ha tre ulike bakgrunnsorienteringer.

Når en person er ability-orientated, også kallet ego goal orientated, betyr det at denne er motivert for å delta i en aktivitet ut fra ønsket om å demonstrere overlegenhet overfor andre.

Task-orientated eller task goal orientated viser til når det å løse en aktuell oppgave eller å utvikle egne ferdigheter i seg selv er motiverende for deltakelse.

Social approval orientated handler om å være mer interessert i å tilpasse seg de sosiale normer fremfor å delta for å demonstrere talentet sitt eller utvikle sine evner.

Det er vanlig at alle mennesker er orientert innenfor alle tre kategorier og derfor definerer man orienteringen som low eller high som viser til hvor sterk denne orienteringen er. En person kan ha alle former for kombinasjon av de ulike orienteringer, det vil altså si at de ikke utelukker hverandre. Forskning viser at kombinasjonen high i task-orientation i kombinasjon med enten high eller low i ego-orientation har en sammenheng med høy motivasjon for fysisk aktivitet (Biddle and Mutrie, 2008).

Ut fra det X forteller om sin motivasjon og målsetting for sin livsstilsendring later det til at han har hatt en sterkt task-orientation, hvor fokus har vært å endre og forbedre egen livsstil for bedre å mestre eget liv. Overvekten har vært en del av problemet, men det har først og

fremst vært den uhensiktsmessige livsstilen som har ført til et liv han ikke ønsket. Og det er derfor først og fremst livsstilen han har fokusert på å endre.

Leske et al. (2012) undersøkte hvilke bestemmelsesfaktorer overvektige hadde for å velge kommersiell diett eller livsstilsendring. De fant at overvektige som valgte livsstilsendring hadde større tro på egne evner til å gjennomføre de nødvendige endringer, og at valg av sunne handlinger hørte sammen med deres identitet som en sunn person. I likhet med X hadde de som valgte livsstilsendring fremfor diett vært opptatt av å lære å leve sunt for den sunne livsstilen og alt hva det gav av glede og livskvalitet. Det å bli slank, alene for å være slank, var ikke et mål i seg selv.

I det perspektiv er det interessant å se på hva som skjedde med X og fokuset hans i forbindelse med veiing under oppholdet. På den ene siden har veiing vært en måte å tydeliggjøre overfor deltakerne om de var på rette vei. For X har det fungert som en pådriver og som en måte å forplikte seg på, og på sin vis resultert i økt innsats. Samtidig har det vært årsak til stor nervøsitet hos X, og til dels flyttet fokuset hans fra livsstilsendring til vektnedgang. For informantene til Leske et al. (2012) betød fokus på vektnedgang fremfor livsstilsendring et kortere tidsperspektiv med fokus på rask vektnedgang, mindre selvstendighet og sterkere selvkritikk, når de ikke lykkes i å gå ned i vekt. De var mer påvirket av andre, og det å være på diett gav dem en form for aksept hos andre. Målet var meget ensidig å bli slank, og andre gevinster ved vekttap eller endret livsstil hadde ikke plass i bevisstheten. Å være slank er meget konkret og tydelig for omverdenen. Det kan sammenlignes med å demonstrere en ferdighet. Ferdigheten å være slank. I Achievement Goal Theory perspektiv kan dette vektnedgangsfokus sammenliknes med ego-orientation. Ved en ensidig ego-orientation blir personen mer sårbar for å mislykkes. Dette kan igjen påvirke motivasjonen til å fortsette forsøket på vektnedgang negativt, og det er kort vei til å gi opp og slutte å gjøre en innsats.

Ser man X sin opplevelse av veiing på oppholdet og Leske et al. (2012) sine funn i forhold til vekt- og livsstilsfokus i et Achievement Goal Theory perspektiv, kan det se ut til at ensidig fokusering på vekt er lite hensiktsmessig, når man ønsker å hjelpe overvektige til en sunnere og mer aktiv livsstil. Hvis resultatene fra forskning på goal orientation på fysisk aktivitet (Biddle and Mutrie, 2008) har likheter med livsstilsendring generelt, betyr det ikke at veiing i livsstilsendringsbehandling nødvendigvis bør være totalt svartlistet. Det kan godt inngå som

et mål i prosessen med å endre livsstil. Det som er viktig er at veiing ikke står alene, men skjer som en del av opplegget, hvor hovedfokus er på endring av livsstil og ikke minst den økte livskvalitet dette kan medføre. Man kunne eksempelvis forestille seg at den overvektige med hjelp fra fagfolk setter et realistisk vekt mål, eventuelt med delmål underveis i endringsforløpet. Veiing kan da brukes som en pekepinn for hvordan det går med vekt målet. For at veiing ikke skal så å si "løpe løpsk" og få u hensiktsmessig mye fokus, som det var tilfellet for X under opphold på TR, er det viktig at det blir fulgt opp med andre mål og delmål, som går på konkrete endringer i spisemønstre, kosthold og aktivitetsvaner. Samtidig ser det ut til at fokus på de positive sider ved en sunnere mer aktiv livsstil, samt tilfredsheten ved å utvikle ferdigheter til å endre livsstil og å møte utfordringer, har en egen motiverende effekt i seg selv. Fokus på utvikling av ferdigheter og positivt utfall ved endring av livsstil har i følge Leske et al. (2012) sine funn og Achievement Goal Theory, større effekt på motivasjon og tilfredshet enn ensidig vekt mål, og kan i større grad enn omvendt stå alene, når det gjelder å fasilitere livsstilsendring blant overvektige.

Dette støttes av forskningen til blant andre Penn et al. (2008), som fant at fordelene ved å komme i bedre form var en viktig motivasjon for overvektige for å starte med livsstilsendringer. I samme tråd fant Hindle and Carpenter (2011) at deltakere som hadde klart å opprettholde en vekt reduksjon, hadde innsett at de trengte å endre livsstil, og at en mer avslappet tilgang til vektkontroll med realistiske og langsiktige mål passet bedre for langsiktige resultater og vedlikehold av vekt reduksjon enn raske enkeltstående vekt reduksjoner. I den norske studien av Jepsen et al. (2015) fant man at overvektige i livsstilsendringsforløp ved et rehabiliteringssenter opplevde økt livstilfredshet når mengde fysisk aktivitet ble økt uavhengig av endringer i KMI.

Garip and Yardley (2011) fant i deres review en rekke opplevde forbedringer hos deltakere i vekthåndteringsintervensjoner uten om vekt nedgang, så som psykiske og fysiske forbedringer. Selv de som ikke oppnådde vekt nedgang opplevde forbedret livsstil, samt bedre bevegelighet, humør, selvaksept og forbedrede relasjoner til andre. Garip & Yardley konkluderer: *"Weight management interventions that highlight physical and psychosocial benefits of weight loss may encourage participants to persist with weight management efforts."* (Garip and Yardley, 2011)(s.118).

6.2.4 Kunnskap og praktisk kompetanse = overførbarhet og gjennomførbarhet

X har mange mislykkedes forsøk på vektnedgang bak seg. Han har prøvd mange forskjellige slankekurer og dietter, men opplevde at de var for drastiske. Kaloriinntaket var veldig lavt og allting var forbudt, så han gikk veldig fort lei. De mange mislykkede forsøkene gjorde at han mistet troen på at han kunne gå ned i vekt uten operasjon. På Senter for Sykelig Overvekt fikk han beskjed om ikke å tenke på slanking, men å spise det han ville seks ganger om dagen hver tredje time. Det at kostrådet var enkelt å følge og at han ikke måtte nekte seg selv alt han likte å spise, gjorde det mulig å gjennomføre.

På TR lærte han om matlaging og det at han fikk erfaring med å lage mat på senteret gjorde det mye lettere å forstå kostrådene og overføre det til han kom hjem.

”Og så det med matlagingen [som deltakerne lager selv under opphold på TR]. Det er litt lettere å forstå. Trodde jo vi skulle få ferdig mat.”

I begynnelsen krevde det en bevisst og målrettet innsats å endre kostvaner. Han satte blant annet en alarm som minnte han på å spise hver tredje time. Etter hvert ble det en vane og han blir nå sulten mer jevnt ut over dagen. Det er ikke lengre noe han må tenke over.

Da X startet med livsstilsendring var formen så dårlig og det fysiske overskuddet så lite at reell trening ikke var realistisk å få til. Han fikk råd fra Senter for Sykelig Overvekt om å øke aktivitetsnivået sitt gradvis. I begynnelsen brukte han små grep som å gå å hente posten fremfor å ta den med når han kjørte forbi i bil, bytte den automatiserte gressklipperen ut med en manuell samt å gå små turer. Så smått kunne han begynne å jogge litt på turene sine og etterhvert som formen og overskuddet gikk opp økte han mengde og intensitet. Etter noen måneder fikk aktiviteten mer og mer karakter av reell trening, som nå er blitt en naturlig del av livet hans.

6.2.4.1 Videre teoretisk belysning

I prosessen med å endre kosthold og matvaner har X benyttet flere kognitive og atferdsrettede prosesser og strategier. Gjennom rådgivning på Senter for Sykelig Overvekt og TR økte X sin bevissthet om egne spisemønstre og fikk større viten om alternativer for kostholdet. Han fikk råd om substituerende alternativer i forhold til spisemønsteret hans, som var enkle og gjennomførbare. Det at han på TR var med til å lage maten selv, har vært med på å øke hans kunnskap om og ferdigheter i sunn matlaging, og han har dermed vært i

stand til å substituere sitt tidligere kosthold med mer hensiktsmessige valg. Også det å utvikle planer og utarbeide påminnelser for sunne kostvalg finner vi igjen i TTM.

Kunnskap og evnen til å implementere denne kunnskap går igjen i mye av den siste tids forskning på hva overvektige selv opplever som viktig når de lykkes i å gå ned i vekt. Det å forstå hva og når det er hensiktsmessig å spise, samt hva som trengs av fysisk aktivitet, er viktig for å klare å gjennomføre de nødvendige endringer. Ut fra denne viten kan man da lage strategier for hvordan dette kan innføres i hverdagen (Hindle and Carpenter, 2011, Leske et al., 2012). Likesom X endrede kosthold og aktivitetsnivå gradvis gjennom små løpende endringer underveis i endringsprosessen, fant også Chambers and Swanson (2012) at tidligere overvektige som klarte å fastholde vekttapet deres, brukte flere ulike atferdsstrategier, som bestod av små justeringer av kostholdet og fysisk aktivitet. De tidligere overvektige holdt øye med vekten og begynte den å gå opp igjen, handler de raskt og fikk kontroll over vekten med en gang ved bruk av flere små strategier. På samme måte har X funnet et vektintervall hvor han trives og kommer vekten over dette regulerer han sitt kosthold og aktivitetsnivå og får vekten under kontroll før den løper løpsk og tar makten fra han, som han har prøvd så mange ganger før.

Garip and Yardley (2011) slår fast at overvektige opplever mange barrierer for vektkontroll i hverdagen, men ved å gjøre seg disse bevisst er det mulig å utvikle strategier til å overkomme dem. På samme måte gjør det å tenke fremover og bli bevisst mulige utfordringer for ens nye livsstil, og der ut fra utvikle strategier for å håndtere disse utfordringer, at man har en bedre sjanse til å gjennomføre livsstilsendringen. X har gjennom egen erfaring fra tidligere vektreduksjonsforsøk og livsstilsendringen på TR lært mye om hva som kreves for å endre livsstil og har nå god innsikt i hvor farene for å gå tilbake til gamle vaner ligger. Han er seg dette veldig bevisst og gjør tiltak og legger til rette for å gjennomføre trening selv når vær og mye reising hjemmefra gjør det vanskelig, og passer på å ha med seg sunne mellommåltider og holder igjen med mengde mat, i situasjoner hvor han ikke selv kan bestemme kaloriinnholdet.

Vanens makt er stor i det daglige liv, og en ting er å vite hva man skal gjøre og hvordan man skal gjøre det, noe annet er å huske å gjøre det. X har vært bevisst denne utfordring og utarbeidet en metode med å sette alarmen på mobilen for å minne han på når han måtte spise. Etter hvert ble måltidsrytmen internalisert i kroppen og sultfølelsen kommer nå av seg

selv jevnt i løpet av dagen. Dette med å utarbeide påminnelser for å huske å gjøre de nye endringene i livet sitt, er også en sentral strategi ifølge TTM. Det er imidlertid ikke et emne som blir belyst i andres forskning om livsstilsendring for overvektige. Til gjengjeld kommer det frem i reviewet til Garip and Yardley (2011) at selvmonitorering av spisevaner er noe de overvektige opplever som viktig for å klare å kontrollere vekten. Selvmonitorering er ikke direkte beskrevet i TTM, men ligger innleiret i modellen i og med at den med sin grunnforutsetning om at endring skjer løpende og gradvis, og at man lærer underveis i sin endring, krever at erfaringer blir reflektert over. For å ha noe å reflektere over må man nødvendigvis ha oppdaget og erfart at noe har hendt. I og med at andres forskning på livsstilsendring på overvekt(Garip and Yardley, 2011, Chambers and Swanson, 2012) har vist at selvmonitorering er et effektivt hjelpemiddel, kan det muligvis være aktuelt å bruke dette verktøy mer bevisst ved livsstilsendingsbehandling av overvektige end det har vært tilfellet da X var på TR.

6.2.5 Å ta opp kampen og vinne – over seg selv.

Da X ble innkalt til opphold på TR hadde han allerede begynt å øke sitt aktivitetsnivå. Likevel var han redd for at han var i så dårlige form at han skulle hindre de andre deltakere under fysisk aktivitet og økte intensiteten voldsomt i perioden før første opphold. På senteret trente han ekstremt hardt på alle økter og la inn ekstra økter hvis han ikke syns fagteamets program for dagen hadde vært hardt nok.

X var det første års tid med sin nye livsstil redd for å komme i dårlig form igjen, fordi han da var redd han ville gi opp den nye livsstilen. Han mente at det var viktig for han å gi alt på trening hver gang. Dels fordi han følte at han måtte yte for å få bedre form, og dels fordi han var redd for at hvis han begynte å sluntre unna med treningen, så var det lett å sluntre unna på andre områder av livsstilen også. Han hadde erfaringer med dette fra tidligere forsøk på vektnedgang og var fast bestemt på at det ikke skulle skje denne gangen.

”Det er mange ganger jeg omtrent spyr bare jeg ser den mølla, men det er bare å komme seg på den. Tar du en intervalløkt, så er du ferdig med det på en 45-50 min. Det har alle tid til. Selv om det er grusomt når det står på”.

Selv om treningen oppleves som grusom når den står på, forteller han også at han får en god følelse i kroppen etter en hard treningsøkt. Dessuten opplever han mestringsfølelse når han

klarer å gjennomføre harde økter, som han ikke har klart før. Og så motiverer det ham, at han har erfart at det blir lettere neste gang, når han får gjennomført økten.

Etter han begynte å trene har han erfart at hard trening resulterer i bedre fysisk form og vektnedgang, og han har opplevd gleden ved å mestre de fysiske utfordringer.

”Det er en veldig deilig følelse å kunne gjøre det alle andre gjør. Kanskje til og med bedre noen ganger”.

Den nye fysiske formen har også vekket konkurransemennesket i han. Noe som var nytt for han.

”Jeg har ikke vært det [konkurransemenneske] før nå. Jeg merker jo det nå. Hvis noen sykler forbi, så gir jeg meg ikke før jeg er forbi dem”...Det er mer moro nå når jeg kan være med. Nå når jeg mestrer. Det å måle seg mot andre er med på å gi meg et svar på hvor jeg ligger, hvor god formen er”.

Denne nyoppdaget lyst til å konkurrere handler altså både om å mestre, og om å utfordre egne fysiske grenser.

6.2.5.1 Videre teoretisk belysning

I samtale med og observasjon av X har jeg fått inntrykk av at fysisk aktivitet og trening har vært det, som har fått størst oppmerksomhet i X sin livsstilsendring. Det har på en måte vært både målet og middelet. Ønsket om å kunne gjøre ting med ungene sine og ikke være begrenset av en stor kropp i dårlig form, har vært den viktigste grunnen og største motivasjonen for å endre livsstil.

Erfaringer med manglende fysisk overskudd og mislykkede forsøk på å komme i bedre fysisk form står som et skrekkeeksempel for X, og har gjort at hans forpliktelse til trening har vært en toppidrettsutøver verdig. Denne forpliktelse er ifølge TTM viktig for å gjennomføre atferdsendring. Samtidig har hans utholdenhet og stå på-vilje gitt resultater som har påvirket hans SE for fysisk aktivitet. Det å klare å gjennomføre harde treningsøkter, har fungert som det Bandura kaller egen mestring, som er den sterkeste kilde til SE.

Han forteller også at det motiverer han til å gjennomføre en hard treningsøkt, at han vet, at det blir lettere neste gang, om han klarer å gjennomføre økten. Hans kognitive forståelse for fordelene ved å trene og være fysisk aktiv er blitt større gjennom egen kroppslig erfaring.

X forteller også hvordan hans konkurransegen plutselig er vakt til live, og at det er flere elementer i dette ønsket om å konkurrere. Når han trener med andre og dermed får målt seg selv og sin fysiske form imot andre, får han et svar på at han er blitt bedre. Altså en opplevelse av egen mestring som påvirker hans SE og dermed hans motivasjon for å fortsette. Samtidig kan man se den positive tilbakemelding han får i situasjonen, som en belønning. X, som jeg lærte han å kjenne under oppholdene på TR, er lite selvskrytende. I følge TTM er det å rose og belønne seg selv, når man lykkes i å endre atferd, en viktig atferdsrettet strategi for å få til varig endring. I og med at det ikke er naturlig for X å skryte av eller rose seg selv, trenger han andre måter å få den positive tilbakemelding på. Det å måle seg med andre gir en tydelig og håndgripelig tilbakemelding på egen innsats og resultat.

6.2.6 Å finne en ny balanse i livet.

På grunn av lite erfaring med trening hadde X begrenset kunnskap om hvordan trening påvirker kroppen. Han merker at formen har forbedret seg, men er usikker på hvor han ligger i forhold til normalen, da han ikke har kompetanse om dette.

I perioder har X opplevd at treningen har vært ekstrem tung og at formen er blitt redusert. I sånne situasjoner har han kjørt på alt han kunne selv om det var vondt. Underveis i livsstilsendringsprosessen har han savnet kunnskap om hvordan han lå an treningsmessig. Han begynte å bruke pulsklokke for å sikre at han lå høyt i puls, hvilket var det eneste han hadde fått med seg var viktig for å trene effektivt. Han visste heller ikke hvordan han kunne vurdere formen sin i forhold til normalen.

X bestemte seg derfor for å skulle delta i Helterittet [terrengsykkelritt], og begynte å trene veldig mye for å bli klar til konkurransen. Han opplevde at det gikk bra lenge og at formen ble bedre, men at han også ble helt oppslukt av treningen og glemte de viktige ting hjemme med familien. Han trente sent om aftenen og sto opp tidlig for å gå på jobb. Etter en periode begynte resultatene å utebli og han opplevde ikke lengre noen glede ved treningen. I etterkant reflekterer han:

"Jeg jaget etter noe jeg egentlig ikke ville ha. Skulle bli bedre og bedre".

X har også hatt utfordrende perioder hvor spesielt jobbsituasjonen har gjort det vanskelig for han å få trent. Han har da erfart at han ble mer trøtt og grinete, når han ikke fikk trent. Denne erfaring er med på å motivere han til å prioritere treningen.

Både overtrening og manglende trening har fungert som læring. X mener selv at han nå har funnet en balanse, hvor han får trent hardt ca. tre ganger i uken og ellers nyter å være fysisk aktiv i roligere tempo sammen med ungene sine.

6.2.6.1 Videre teoretisk belysning

Det å trene som voksen mann var nytt for X og han hadde som utgangspunkt lite kunnskap om treningsmetoder og restitusjon. Denne manglende kunnskap har betydd at han har gjort det eneste han hadde erfaring med fungerte, nemlig hard trening. Dels sier det noe om hvor stålsatt han har vært på å komme i bedre form, hvilket ifølge TTM er viktig. Men det har også gjort at han har måttet gjøre seg sine egne erfaringer, om hvor mye trening kroppen tåler i en travel hverdag. Han forteller at han ble oppslukt av treningen og lot den komme foran viktige ting hjemme med familien, og hvordan han trente så hardt og mye at resultatene begynte å utebli og gleden ved å trene forsvant. Han har også erfart på egen kropp hvordan det oppleves når man er vant med å trene og så plutselig ikke har mulighet til å gjøre det i en periode. Da ble han trøtt og grinete. Disse erfaringer har vært tøffe for X, men de har også fungert som en læringsprosess, hvor han er blitt bevisst fordelene og ulempene ved fysisk aktivitet og lært at det er viktig å finne en balanse, hvor han prioriterer trening og fysisk aktivitet på et nivå, hvor det gir han mer enn det tar, eller sagt med TTM- ord, hvor fordelene er større end ulempene.

Også Garip and Yardley (2011) finner i deres review at overvektige som deltar på vektregulerende intervensjoner opplever en rekke fysiske og mentale forbedringer som økt fysisk form, bedre humør og forbedret mobilitet.

Endring av kosthold og fysisk aktivitet er annerledes enn å slutte å røyke, bite negler eller bruke dop, fordi det ikke handler om et enten eller. Man skal ikke slutte å spise, eller være fysisk aktiv hele tiden. Å oppveie fordeler og ulemper blir derfor ikke bare mellom å gjøre eller ikke å gjøre, men like mye om mengde og når i forhold til personens hverdag ellers. Det er en fordel for humøret, overskuddet, helsa og så videre å være fysisk aktiv og spise sunt, men hvis treningen tar all tiden fra familien og man eksempelvis ikke lengre kan spise

ungenes bursdagskake, fordi det ikke passer inn i kostplanen, har ulempene overskygget fordelene. Atferden er gått fra en problematferd til en annen. Ut fra X sine opplevelser med livsstilsendring ser det ut til å være hensiktsmessig å utvide teorien om fordeler og ulemper til å omhandle balansen mellom fordeler og ulemper som helhet i hverdagen, når den brukes til å forstå eller hjelpe mennesker med overvekt til å endre livsstil.

6.2.7 Å få hodet opp av sanden

I løpet av de tre opphold over to år hvor jeg har fulgt X i hans livsstilsendring har det skjedd mye med X både fysisk og mentalt. Hans livsstil og hans forhold til verden rundt seg har endret seg markant. I våre samtaler kommer det også frem at det er elementer i denne endringen som han ikke selv forstår. Han forteller at han i mange år ikke helt hadde innsett hvor stor han var blitt. Han lukket øynene for det, og når han i dag ser bilder av seg selv fra da han var størst, blir han sjokkert over hvor stor han var.

”Jeg trodde ikke at det var så ille. Det sier jo kjerringen òg. Satt og kikket igjennom noen gamle bilder fra før jeg begynte på disse greiene her. Hun sa det, fy faen, du var jo skikkelig feit! Jeg har aldri sett deg sånn! Hun så det ikke og jeg så det ikke selv heller, når jeg så meg i speilet. Da fikk jeg noen bilder, og da....da må du gjøre noe”.

Samtidig likte han ikke å gå ut blant folk fordi han skammet seg over sin størrelse.

”Jeg skjønnte det jo innerst inne. Jeg ville jo ikke på butikker. Jeg var livredd for å treffe gamle skolevenner. Fy faen så feit du er blitt liksom, den var jeg livredd for. Jeg har ikke tenkt på det før, men da visste jeg det jo sådan sett”.

I dag ser han selv at det var motstridende tanker og oppførsel. Det er ikke vondt for han å snakke om nå, hvor han har endret livsstil og har gått ned i vekt, men han forstår ikke hvorfor det var sånn.

X hadde også tidligere den oppfattelse at han levde og spiste som alle andre og at det var hans lave forbrenning som gjorde at han var overvektig.

”Jeg òg prøvde å unnskyld meg med at jeg gjorde allting riktig, andre hadde bare større forbrenning”.

Han trodde at han bare spiste frokost og middag, og la ikke merke til alt det han fikk i seg i løpet av dagen utenom måltidene. Under oppholdet på TR ble han gjennom undervisning

mer bevist sine spisemønstre. Han oppdaget at han ofte kjøpte med seg pølse og sjokolade når han var innom bensinstasjonen for å tanke kaffe. Det var blitt en vane som han ikke tenkte over og som han ikke talte med i sitt daglige matinntak. Samtidig som denne atferd ikke fikk plass i hans oppfattelse av seg selv og sin hverdag, var det veldig sårt om noen snakket om eller bare så mye som hintet til hans overvekt eller livsstil, og han avviste enhver form for samtale om dette.

I dag ser han at den avgjørende grunn til at han fikk til å endre livsstil, utenom å ha en tydelig grunn til hvorfor han ønsket å endre livsstil, var det å være ærlig med seg selv. Tørre å innse hvor stor han var blitt og hvor mye det begrenset han fra å leve det livet han ønsket. Det å se seg selv på bilder var for han en øyenåpner. Også det å være ærlig i forhold til hvor mye han spiste og hvor lite han rørte seg var viktig.

"...at du stilte deg sjøl opp mot veggen....og fant ut at du måtte være dønnærlig med deg selv. Fordi at jeg gjorde jo ikke noe feil i starten. Jeg spiste ikke for mye, jeg rørte meg nok. Det var urettferdig at alle var tynne, det var liksom der. Men da du valgte å være helt ærlig så så du det, at du åt som en hest og rørte deg jo ikke i det hele tatt".

Han forteller også at det å bestemme seg for å skulle endre livsstilen var avgjørende. Han hadde prøvd å gå ned i vekt mange ganger før, men det var først da han bestemte seg, at han fikk det til.

"Før sku jeg liksom prøve, prøve å gå ned, prøve dit og prøve dat. Mens nå hadde jeg et oppgjør med meg selv. Nå må du skjerpe deg. Du er ikke blant folk, ikke med ungene dine, ingenting. Du må gjøre noe".

For X var det veien frem til å innse hvor mye overvekten og livsstilen hans begrenset han i hverdagen, som var tyngst å gå. Da han først var kommet dit og bestemte seg for å gjøre endringer ble selve endringene enkle.

"«Det er nesten litt kvalmt å si det. Men når du først har bestemt deg så er det utrolig lett. Det er nesten for lett til å være sant liksom. Nei, jeg skjønner ikke hvorfor jeg ikke har gjort det lenge før. Når du først har bestemt deg så er det utrolig lett".

Samtidig sier X at han ikke kunne ha gjort det uten hjelp fra Senter for Sykelig Overvekt og TR. Han manglet rett og slett kunnskap om hva han skulle endre på. Det å få konkrete tips til

hvordan han skulle gjøre det gradvis og på en overskuelig måte var avgjørende. Også det at den riktige hjelpen kom på det riktige tidspunktet, var viktig. Han hadde innsett sitt problem og ønsket å gjøre noe med det.

6.2.7.1 Videre teoretisk belysning

Når X forteller om seg selv og sin egen opplevelse og forståelse av seg selv før han begynte på livsstilsendring, ser man at han har beveget seg mellom de to stadier pre-contemplator og contemplator. Han la ikke merke til hvor stor han var blitt og hvor mye mat og snop han fikk i seg i løpet av en vanlig dag. Samtidig var overvekten noe han var flau over, hvilket igjen begrenset hans sosiale og fysiske utfoldelse. Hvis noen kommenterte hans vekt eller matinntak avviste han å snakke om det. Prochaska et al. (2002) forklarer at det fins ulike måter å avvise sine problemer på når man befinner seg i pre-contemplatorstadiet.

Benektelse er den mest alminnelige form for forsvar når man blir konfrontert med noe man ikke ønsker eller overkommer å endre på. Selv om X la på seg og var redd for å møte gamle kjente og de dermed kunne se hvor stor han var blitt, fortsatte han gang på gang å fortelle seg selv at han spise og rørte seg som alle andre. Benektelsen var blitt så innarbeidet i hans selvoppfattelse og tankemønster at han selv trodde på det og ikke la merke til når han la på seg.

Innimellom har bevisstheten om sin uhensiktsmessige livsstil og ønsket om å gå ned i vekt likevel kikket frem og han har forsøkt å gå ned i vekt med diverse dietter. Dietter som har vært så vanskelige og uoverkommelige at han ikke klarte å gjennomføre. I sånne tilfeller har hans nederlag fungert som bensin på hans bål av dårlig selvtillit og lav SE. De har bekreftet hans frykt for ikke å klare å endre sin situasjon som overvektig. Da han endelig søkte hjelp hos Senter for Sykelig Overvekt hadde han gitt opp å gå ned i vekt på egenhånd og så slankeoperasjon som eneste utvei ut av situasjonen som overvektig. Denne tilstand av oppgitthet er i følge Prochaska et al. (2002) også kjent blant pre-contemplators. De er klar over deres problem, men har så lite tro på at de klarer å endre atferden sin, at de har gitt opp å gjøre noe med det.

Det har vært flere elementer ved møtet på Senter for Sykelig Overvekt som har vært med på å bevege X i retning av livsstilsendring. Dels fikk han opplysninger om risiko ved operasjon, som økte hans bevissthet om hva operasjon innebærer av negative bivirkninger. Med den viten har operasjon ikke lengre vært en akseptabel mulighet for han. Samtidig har rådet fra

legen med å spise oftere vært enkelt og overkommelig nok til at han fikk tro på at han kunne gjennomføre det. At han faktisk fikk det til, samt at det fikk vekten til å gå nedover og han fikk mer overskudd, har vært en sterk påvirkning på hans SE, som igjen har gitt han mot til å øke innsatsen. Denne selvforsterkende påvirkning av SE via egne mestringsopplevelser har vært et gjennomgående trekk i X sin livsstilsendring.

6.2.8 Å passe på – hele tiden

Underveis i sin livsstilsendring har X funnet måter å takle ulike utfordringer på. Hans livsstilsendring har skjedd gradvis etter når han ble klar for nye utfordringer fysisk og mentalt. Han startet som skrevet tidligere i oppgaven med å endre sitt spisemønster til seks ganger om dagen. Da vekten begynte å gå ned ble det lettere å bevege seg og han begynte med små ting som å gå ned og hente posten fremfor å ta det med når han kjørte forbi i bilen, og byttet den motoriserte gressklipperen ut med en manuell. Han begynte å gå små turer som etter hvert ble lengre og han begynte å jogge noe av veien. Han er blitt mer bevist på hva han ønsker at livet hans skal inneholde og han finner løsninger på hvordan han skal få det til. Da han var kommet godt i gang med treningen og vinteren nærmet seg så han at det ville bli vanskelig å fortsette med jogging og sykling ute gjennom vinteren. Han investerte i tredemølle og spinningssykkel med mer å ha hjemme, så det ble enkelt å tilpasse treningen inn i hverdagen

”Tar en intervalløkt og så er du ferdig med det på 45 min. Det har alle tid til”.

Nå hvor den nye livsstil er blitt en del av hverdagen hans bruker han også små strategier for å holde seg på riktig vei. Han har lært at spesielt lengre perioder borte hjemmefra med arbeid er utfordrende, da det ofte er lite treningsmuligheter og han har ikke samme kontroll over kostholdet. Da er han bevisst på å holde fast i sine faste måltider hver dagen og å holde igjen med kaloriholdig mat og drikke. Han er også begynt å tenke og planlegge fremover før han drar av gårde på lengre arbeidsopphold og undersøker hva som fins av treningsmuligheter i området han skal reise til.

Hele tiden holder han øye med vekten. Kommer den over 100 kg tar han tak og gjør en ekstra innsats for å få vekten under 100 kg igjen. På samme måte nekter han ikke seg selv å spise usunt hele tiden, men når han gjør det skrur han tilsvarende opp for treningsmengden så det er balanse i kaloriinntak og -forbruk.

Under oppholdet på TR ble han gjort bevisst hvordan følelsene hans var med på å styre hva og når han spiste. Han oppdaget at hans manglende deltakelse i det sosiale livet rundt seg gjorde at han kompenserte for dette savnet og kjedsomheten med å sitte hjemme i sofaen og spise kaloriholdig.

”Det var akkurat sånn det var, men har aldri tenkt på det som trøstespising. Nå tenker jeg på det hver gang jeg har lyst på noe. Har du kjøpt en sjokolade som ligger i kjøleskapet og sitter og ser tv. Da er følelsen av dårlig samvittighet etter å ha spist den mye verre enn den følelsen av å ha lyst på den og ikke kunne få den. Mestringsfølelse av å ikke ta den, i forhold til følelsen av å være ubrukelig når man har tatt den”.

X hadde aldri forstått at dette inntaket var styrt av følelsene. I dag er han klar over dette og jobber bevisst med tankene sine når han får lyst på eksempelvis sjokoladen som ligger i kjøleskapet. Da fokuserer han på den gode følelsen det er å la den ligge og ikke spise den, og sammenligner denne følelsen med den dårlige følelsen han ville føle hvis han spiste den. Han vet nå at suget etter sjokolade går over hvis han bare holder ut litt, og at mestringsfølelsen når han klarer å la den ligge er bedre enn de få minutters nytelse han får ut av å spise den og den dårlige samvittighet han da vil føle etterpå.

6.2.8.1 Videre teoretisk belysning

Det er interessant å se på hva X har brukt av taktikker og strategier for å møte utfordringer. Nå jeg snakker med X er det tydelig at det har skjedd en bevisstgjørelsesprosess hvor han har oppdaget egne handle- og tankemønstre han ikke har vært klar over tidligere. Fra han først fikk motet til å gå i gang med en livsstilsendring har han vært utrolig fokusert og løsningsorientert. Han har løpende analysert sin hverdag og funnet områder hvor det har vært mulig å endre atferden til sunnere alternativer. Disse har han innført etter hvert som det fysisk har vært mulig for han. Han har tenkt fremover og lært av sine erfaringer underveis. I stedet for å bruke vanskeligheter som unnskyldning for å droppe trening eller spise usunt, har han sett dem som utfordringer som skulle løses.

Det er tydelig at han i hele endringsprosessen løpende har gjort bruk av de ulike kognitive prosesser og atferdsrettede strategier som er en del av TTM. I tillegg til dette har han utviklet en slags selvmonitorering, hvor bestemte ”fare”-situasjoner utløser en respons. Eksempelvis at han gjør en ekstra innsats med fysisk aktivitet og holder igjen på kaloriene

når vekten kommer over 100 kg. Og skruer tilsvarende opp treningsmengden når han spiser litt ekstra kalorier for å sikre balanse i kaloriinntak og -forbruk.

Dette med en konstant etterhvert innbygget overvåkning av vektøkning og balanse i kaloriinntak og forbruk går også igjen i studiene til Hindle and Carpenter (2011) og Chambers and Swanson (2012) som avgjørende for de som klarer å endre livsstil på lang sikt. De så også at det å ha flere strategier av forholdsvis små endringer og å sette i gang umiddelbar handling, samt strategier for å takle livsstilsforstyrrelser var kjennetegn for de som klarte en langtidsholdbar livsstilsendring (Chambers and Swanson, 2012).

X har også utviklet sin egen copingstrategi for hvordan han skal håndtere suget etter energirike matvarer. Det at han ble bevisst hvordan følelsene styrte lysten hans etter mat og søtsaker når han satt hjemme på kvelden, har gitt han et redskap til å jobbe med dette. Det å forstå hvilke mekanismer som er i spill har gjort det enklere å bearbeide og styre følelsene, og han kontrollerer nå mye bedre når han spiser den slags mat.

Det å utvikle evnen til å håndtere suget eller med andre ord lysten etter noe blir ikke direkte nevnt som funn i TTM eller annet forskning om livsstilsendring, men Byrne et al. (2003) og Chambers and Swanson (2012) nevner det indirekte i deres studie når de konkluderer at, de som ikke klarte å fortsette den ny livstil og gikk opp i vekt igjen hadde problemer med å ta grep for å regulerer vekten med mindre de var i godt humør (Chambers and Swanson, 2012) og hadde en tendens til å bruke mat og spising til å regulere humøret (Byrne et al., 2003). X erfaringer og funnene til Byrne et al. (2003) og Chambers and Swanson (2012) indikerer at det å jobbe med bevisstgjøring rundt psykologiske og biologiske mekanismer som drar en person mot uønskete handlinger, og hjelpe overvektige med å utvikle strategier til å motstå disse mekanismer, kan være hensiktsmessig når man ønsker å hjelpe overvektige til å endre livsstil.

7. Oppsummering og konklusjon

7.1 Innledning

I dette avsnitt oppsummerer jeg funnene fra X's sin historie og gir forslag til hvordan de kan brukes innen feltet livsstilsendring som behandling for sykelig overvekt. Etter dette vurderer jeg prosjektets validitet. Herunder peker jeg på områder innen feltet livsstilsendring som behandling av overvekt som fortsatt er lite utforsket og rommer muligheter for nyttig kunnskapsvinning.

Avslutningsvis forteller jeg hvordan min metode til å belyse tema har hatt konsekvenser for funnene, og hvordan presentasjonen av disse i oppgaven er ment å gi feltet et annerledes perspektiv på tema.

7.2 Oppsummering av funn og konsekvensen for praksis

X's fortelling om hvordan det har vært å endre livsstil er en fortelling om å gå fra å eksistere i en kropp til å leve i og ikke minst gjennom sin kropp. Kroppen var noe han ignorerte, og bare i møtet med omverdenen ble han tvunget til å forholde seg til den. Hans måte å forholde seg til den og den skam han følte over den, var å gjemme seg fra omverdenen. En omverden han opplevde som skremmende, lite imøtekommende og med lite interesse for han som person men med mye forakt for kroppen hans. Gjennom livsstilsendring samt det vekttap og den forbedrede formen den resulterte i, fikk han tilbake noe av selvfølelsen sin og begynte å åpnet seg for omverdenen igjen. En verden som viste seg å stå klar for å ta imot han da han først var parat til det. Han kan nå leve i sin kropp og den er utgangspunktet for hans gjøren og væren i verden. At mennesker med overvekt opplever stigmatisering og at måten de blir fremstilt på i medie verdenen er stigmatiserende er det gjort flere studier på (Rugseth, 2010, Brownell, 1991) og det er lett å tenke seg at andre med svær overvekt opplever lignende skam og som følge herav isolerer seg. Derfor kunne det å vise mennesker med sykelig overvekt, som er utrygge og har isolert seg, veie til å delta aktivt i det sosiale liv i eget nærmiljø gjerne inngå i behandlingen. Det er viktig å forstå at skammen i seg selv kan være en medvirkende årsak til inaktivitet.

Selv om X primært har fokus på det positive livsstilsendringen har medført fikk han også merke motstand fra uventet kant i form av kritikk og negativitet fra kona hans, som ellers tidligere var hans trygge havn. Senere fortalte hun ham at hun hadde vært misunnelig over

oppmerksomheten han fikk på grunn av vekttapet. Sarlio-Lahteenkorva (1998) og Andrews (1997) argumenterer for at denne motstand fra de nærmeste flere overvektige som endrer livsstil opplever har sammenheng med at endringene en ny livsstil og vektnedgang bringer forstyrrer det felles liv og samliv, og at dette oppleves ukomfortabelt og utrygt. Å gjøre mennesker med sykkelig overvekt oppmerksomme på at en ny livsstil og en lettere kropp kan endre rollefordelingen de var vant til, eller puste til andre folks følelser som sjalusi, selvfølelse eller tiltrekning, kan muligvis forberede dem på utfordringer de vil møte i prosessen, og også gi dem en forståelse for hvordan livsstilsendringen deres kan oppleves utrygt for deres nærmeste. Gjennom denne forståelse blir det lettere å ikke ta kritikken og negativiteten personlig og hellere møte den andres behov for trygghet gjennom omsorg og dialog. En livsstilsendring er nettopp som ordet sier en endring av stilen man lever livet på, og vil derfor få konsekvenser på godt og vondt for det livet man lever.

X forteller hvordan det å være på opphold med andre med sykkelig overvekt var positivt for han og livsstilsendringsprosessen hans. Han opplevde at det å ha lignende problemer og utfordringer gjorde det lettere å snakke sammen og dele erfaringer. Noe som igjen gjorde det enklere for han å akseptere seg selv og ga han en trygghet i felleskapet. Det var starten for hans vei tilbake til det sosiale liv.

Annen forskning støtter opp om gruppens betydning som sosial støtte ved livsstilsendring (Russell et al., 2013, Garip and Yardley, 2011). Fra teori om gruppeprosesser ser man at det ikke er en selvfølge at gruppen bidrar positivt til en persons muligheter for å nå målene sine. Mye avhenger av om gruppens medlemmer opplever gruppen som et bra sted å være hvor de inngår som en del av et felleskap med felles mål, åpenhet og lydhørhet overfor hverandre og hvor de kan hjelpe hverandre til å nå målene sine (Gjørund and Huseby, 2009, Toropainen and Rinne, 1998). I gruppen ligger altså muligheten til en betydningsfull ressurs når mennesker med overvekt ønsker å endre livsstil. For å utnytte denne ressurs sitt potensial blir det viktig å legge til rette for at gruppen kan utvikle et sosialt støtte klima som er karakterisert av åpenhet og respekt for hverandres meninger (Gjørund and Huseby, 2009).

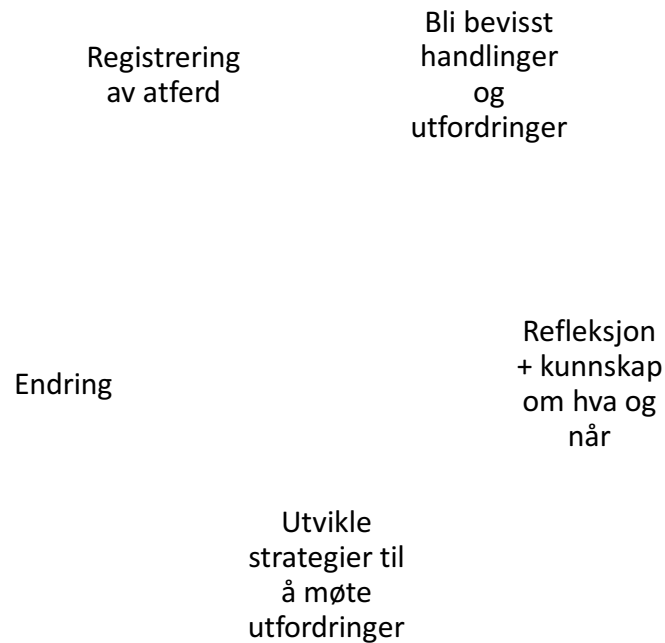
X's motivasjon for å endre livsstil og troen hans på at han skulle klare å gjøre det er blitt påvirket av mestringsopplevelse underveis i forløpet. Det å være i et behandlings opplegg med tilgang til fagpersoner har gitt han trygghet i at det han gjorde var riktig samt ro til å

kunne fokusere på å innføre nye vaner i livet sitt. Oppfølging fra TR har også fungert som et ytre press som har fått han til å yte mer. Det å måle frem- og tilbakegang i fysisk form og vekt gir motivasjon fordi han ser at han lykkes når han ligger ned innsats. Samtidig kan ensidig fokus på vekt gjøre personen sårbar for å miste motivasjonen hvis denne opplever at vekten ikke går ned (Biddle and Mutrie, 2008). Det blir derfor viktig å hjelpe overvektige som ønsker å endre livsstil med å utarbeide målsettinger som fokuserer på å utvikle egne ferdigheter i den ønskede livsstil. Vektmål kan inngå en som en del av den samlede målsetting så lenge den ikke overtar fokus. Og så er det viktig å huske at livsstilsendringene i seg selv har verdi da de ser ut til å påvirke livskvaliteten også uten vekttap (Garip and Yardley, 2011).

Det å ta være på livskvaliteten når man endrer livsstil handler også om å prøve seg frem og gjennom læring fra egne erfaringer finne en balanse i trening, fysisk aktivitet og sunt kosthold som gir én overskudd og glede i livet, og som levner plass i hverdagen til de andre ting som oppleves viktig av personen selv.

I sin livsstilsendring har X funnet steder hvor han kunne endre atferden sin og innført endringer gradvis etter når han har vært klar for det. Det å benytte seg av metoder for å minne seg selv på hva han skulle gjøre og når han skulle gjøre det har vært effektive verktøy. Han har holdt øye med vekten og tatt tak når den begynte å gå opp. Han er også blitt oppmerksom på i hvilke situasjoner han hadde for stort kaloriinntak og hvilke mekanismer som gjorde at han handlet sånn. Han har via ny kunnskap fått forståelse for hvordan følelser har påvirket hva og når han har spist og deretter arbeidet bevisst med å kontrollere tankene sine og kjent på følelsene de utløser, for å bruke de aktivt til å styre handlingene sine. Annen forskning viser også at evnen til å håndtere ulike psykologiske utfordringer er viktig for å lykkes med livsstilsendring (Chambers and Swanson, 2012, Byrne et al., 2003). Dette tyder på at det kan være hensiktsmessig å bevisstgjøre overvektige som ønsker livsstilsendring om hvilke psykologiske mekanismer som drar en person mot uønskede handlinger, samt å hjelpe de med å utvikle strategier til å bearbeide dette. Også selvmonitoring av kosthold, vaner og vekt samt å benytte flere ulike strategier for å endre livsstil og opprettholde vekttap går igjen i andres sin forskning (Hindle and Carpenter, 2011, Leske et al., 2012, Chambers and Swanson, 2012). Prosessen som skjer og gjør at det gir effekt er at personen blir bevisst egen adferd og lære seg måter å møte utfordringer på. Det kan sees som en sirkulær bevegelse

som må fortsettes igjen og igjen for å forbedre strategiene sine samt å utvikle nye som imøtekommer livets ulike faser og utfordringer. Å se livsstilsendring som en læringsprosess med mange runder med gjentakelse og forbedringsforsøk gir et mer realistisk bilde på hvordan livsstilsendring foregår. I behandlingssammenheng må vi formidle en forståelse av dette og hjelpe de overvektige til å utvikle strategier og verktøy for å få til endring.



Figur 7-1 Illustrasjon av utvikling av strategier ved hjelp av selvmonitorering og refleksjon.⁹

I prosessen med å endre livsstil har X beveget seg mellom ulike stadier som har mange fellestrekk med de som er presentert i TTM. Før han satte i gang med livsstilsendring befant han seg i pre-contemplation stadiet, hvor han var i benektelse og lukket øynene for hvor mye han spiste, hvor lite han rørte seg og hvor stor han var blitt (Prochaska and Velicer, 1997). Da han begynte å åpne øynene for hvor stor han var blitt og innså at det var livsstilen hans som hadde ført dertil, gikk han først over i en tilstand av oppgitthet. Den er kjennetegnet ved at personen ser problemet men ikke makter å gjøre noe med det (Prochaska and Velicer, 1997). Det var spesielt to faktorer som hjalp han til å flytte seg opp over i stadiene og videre til å gå til handling. Med økt viten om risiko ved operasjon var dette ikke lenger en mulighet, og da det enkle råd fra legen på Senter for Sykelig Overvekt

⁹ Figuren er utarbeidd av undertegnede som illustrasjon til teksten over.

om å spise regelmessig ga resultater pustet det såpass mye til hans SE til at han fikk mot til å ta skrittet fult ut. X oppsummerer selv at det viktigste for at han lykkes med livsstilsendring var at;

- Han var ærlig med seg selv om vekt og vaner
- Han bestemte seg for å gjøre det
- Riktig hjelp på riktig tidspunkt

Dette å bestemme seg for å gjøre noe med livsstilen sin har preget alt hva han har gjort i prosessen med å endre livstil og ble spesielt tydelig i innsatsen han la i den fysiske trening. Til hver eneste trening har han gitt alt og han har oppsøkt utfordringer. I sin tur har han fått oppleve mestring og er blitt belønnet med fremgang. Begge deler noe som har understøttet hans tro på å kunne lykkes og motivasjon for å fortsette. Den kroppslige erfaring av å bli i bedre form har økt hans forståelse for fordelene ved den nye livstil, som igjen har påvirket motivasjonen til å fortsette.

I X's tilfelle hadde han i mange år befunnet seg i pre-contemplation stadiet og innimellom hoppet direkte opp i action stadiet. Han gikk fra å fornekte atferden sin til å hoppe på diverse slankekurer, som han ikke var mentalt klar for eller i stand til å gjennomføre. Resultatet var at han mislykkedes. Hans SE hadde fått enda et knekk og han gikk tilbake til pre-contemplation stadiet i en tilstand av oppgitthet.

De faktorer som til slutt fikk han til å flytte seg opp i contemplator stadiet var da han så seg selv i øynene og tok inn over seg hvordan han levde livet sitt og hvordan dette påvirket menneskene rundt han, og at operasjon ikke var en mulighet på grunn av den risiko den innebar. I følge TTM er ofte disse tre prosesser spesielt viktige når mennesker flytter seg fra pre-contemplation til contemplation stadiet. Riktig hjelp i form av enkle kostråd råd som han mestret og som virket ga han nok SE til at han kom seg videre inn i preparation fasen hvor ting begynte å ta fart. Han har videre i sin livsstilsendring brukt alle de ulike kognitive og atferdsrettede prosesser, økt SE på veien og utforsket balansen mellom fordeler og ulemper ved den nye livstil.

I X's sin livsstilsendringsfortelling syns jeg det spesielt er erfaringen med at prosessen først riktig kom i gang da han var klar for det og at først med mestringsopplevelser fikk han tro på at han kunne lykkes, som er viktig å ta med seg i behandlingen av overvektige. Kan vi finne

måter til å avgjøre om en person er klar for endring og gode metoder til å hjelpe de som ikke er til å bli det, vil mye av alt det andre vi vet om livsstilsendring og kan lære de overvektige om, får mye mer effekt. Hvor viktig mestring er for å understøtte den overvektiges egen tro på at denne klarer å få til endring og dermed motivasjonen for å gjøre det, understreker hvor viktig det er å sikre mestringsopplevelser i behandlingsopplegg, og kanskje det skal gå forut for største effekt av trening og helt korrekte måltidsrutiner.

7.3 Validitet

Validitet i et kvalitativt forskningsprosjekt omhandler kunnskapens gyldighet og sikres i følge Kvale and Brinkmann (2011) via forskningsarbeidets håndverksmessige kvalitet. Det betyr at jeg for å sikre mitt prosjekts validitet gjennom hele prosessen fra starten til slutt har gjort meg overveielser om relevansen av utvalg, metoder, anvendte teorier med mer i forhold til problemstillingen. Disse overveielser har jeg søkt å få frem løpende i oppgaven for å sikre det som Malterud (2008) kaller kommunikativ validitet. Hun fremhever at:

“Bare når forskeren klarer å vise fram den vei hun har fulgt, får leseren de nødvendige forutsetninger for å forstå de versjonene, tolkningene og slutningene hun kommer fram til.” (Malterud, 2008)(s. 183).

Beskrivelse av min prøving og feiling i analyseavsnittet er et eksempel på dette. Også avklaringen av min egen forforståelse tidligere i oppgaven er vesentlig både for å øke min egen bevissthet om blinde vinkler i forhold til prosjektet og for å gi leseren et innblikk i bakgrunnen for valg av tema og den praktiske utførelsen av forskningsprosessen.

Her til slutt i avsnittet er det relevant å belyse vesentlig elementer som ikke har fått naturlig plass i beskrivelsen av forskningsprosessen, samt å se min prosess og mine funn i en større kontekst.

Både Malterud (2008) og Kvale and Brinkmann (2011) argumenterer for å utsette ens materiale for kritiske blikk fra andre for å utfordre og utforske metoder og funn. Jeg har hatt en begrenset omgangskrets å utsette mitt materiale for, hvilket betyr at jeg har måtte finne andre måter og utfordrer min egen forståelse av materialet på. Jeg har derfor søkt til andres forskning på lignende temaer som mitt eget prosjekts for å se om det kunne bidra til nye vinkler og perspektiv. Dette har jeg opplevd som lærerikt selv om jeg har savnet dialogen med andre underveis. I slutfasen fikk jeg koplet på en engasjert veileder som har utfordret

meg til å se mine funn fra nye vinkler og ta syntetisering og begrepsutvikling til et høyere nivå.

Noen forskere velger å be informantene om å lese igjennom transkriberingen av intervjuet for å sikre at de har forstått informanten korrekt. I mitt prosjekt har det å generere empiri over tid vært et viktig metodisk grep i forsøket på å forstå den endring de overvektige gjennomgår. Å be X læse de meningsbærende dele av teksten, som var det første jeg skrev ned i analysen av intervjuene eller lytte igjennom lydopptak av intervjuene i etterkant, vil gå imot ønsket om å la X fortelle underveis og få innsikt i opplevelsene som de opplever nettopp dette tidspunkt i prosessen. Dette ønske har veiet tyngst og jeg har hellere søkt å sikre min forståelse av X's sin fortelling via grundig og oppmerksom lytting av lydopptakene av intervjuene.

En siste, men ikke desto mindre viktig oppgave er å vurdere mine funns rekkevidde ut over den kontekst de er utviklet ut fra. Som argumentert for i avsnittet om phronetisk forskning sees ikke kontekstualiteten som en svakhet. Beskrivelsen av X sine opplevelser har en egen verdi i seg selv som eksempel for læring. Tanken er at leseren vil få med seg læring ved å lese om erfaringene til et enkelt individ. For å øke anvendeligheten av resultatene i andre kontekster er de blitt drøftet opp i mot teori og annet forskning. Ut fra resultatene og drøftingen har jeg oppnådd en dypere forståelse for hva min informant har opplevd og jeg har søkt å favne denne nye forståelsen i utviklingen av begreper som kan ha en overførbarhet til andre kontekster hvor livsstilsendring som behandling av overvekt er tema uten at disse skal sees som generaliserbare sannheter. Kvale og Brinkmann kaller dette for pragmatisk validitet (Kvale and Brinkmann, 2011).

Både i prosjektet mitt og de forskningsstudier jeg har presentert i oppgaven har informantene enten meldt seg frivillig til å delta via oppslag eller blitt rekruttert direkte i livsstilsendingsprogrammer. Det betyr at personer som er i kategorien sykkelig overvekt, men som ikke er kommet så langt at de er begynt å tenke på å gjøre noe med livsstilen sin falder utenfor studiene. Her ligger det sannsynligvis mye kunnskap som vi ikke får frem og som kunne være nyttig i arbeidet med å hjelpe folk til å gå fra pre-contemplation til å ønske å gjøre noe med livsstilen sin. Noe som på sikt kunne få betydning for befolkningens helse.

X forteller om hvordan det å være på livsstilsendringsbehandling i en gruppe var med på å støtte han i livsstilsendringen hans. Jeg har ikke før eller i arbeidet med denne oppgaven klart å finne litteratur eller forskningsdata som omhandler hvordan man kan legge til rette for gode produktive gruppeprosesser i sammenhenger hvor sykkelig overvektige deltar i behandling via livsstilsendring. Ut ifra oppgavens funn er det sannsynlig at dette tema kunne undersøkes og utviklet videre for å gjøre gruppebasert livsstilsendringsbehandling mer effektivt.

7.4 Avslutning og konklusjon

I oppgaven har jeg belyst hvordan det oppleves å endre livsstil når man er overvektig ut fra den overvektiges subjektive perspektiv. Herunder hvilke prosesser som skjer og hva den overvektige selv opplever som avgjørende for at denne lykkes. Jeg har ved å innhente mitt empiriske materiale over to år forsøkt å fange opp hva som skjer i prosessen underveis. At min informant allerede var godt på vei i sin prosess har gjort at jeg ikke fikk være med helt fra starten og opplevelser i begynnelsen av livsstilsendringen er derfor blitt meg fortalt noen måneder etter de fant sted. Andre aspekter av livsstilsendringsprosessen har funnet sted i løpet av de to år jeg har fulgt min informant og har avslørt at ting har endret seg eller fått mer eller mindre plass i bevisstheten til min informant siden første intervju.

Det å følge prosessen underveis og ta utgangspunkt i min informants sine subjektive opplevelser har gjort tema og innhold mer konkret og gjort teorier brukt i drøftelsen mer virkelige for meg. Dette har økt min forståelse for mennesker med overvekt som gjennomgår eller ønsker å gjennomgå en livsstilsendring, og hjulpet meg til å bli en bedre pedagog innen feltet livsstilsendring som behandling av sykkelig overvekt. Ved å fortelle X's sin historie så detaljert som jeg har gjort og hente inn ulike perspektiver på denne, håper jeg at andre som leser oppgaven kan bli med på denne reise og derigjennom øke sin forståelse og praktiske kompetanse innen feltet livsstilsendring som behandling av sykkelig overvekt.

8. Litteraturliste

- u.å. *En guide til brug af SMART-mål* [Online]. Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling. Available: <http://www.emu.dk/modul/en-guide-til-brug-af-smart-mål> [Accessed 07.06.2016 2016].
- ALLISON, D. B., BASILE, V. C. & YUKER, H. E. 1991. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 599-607.
- AMBWANI, S., THOMAS, K. M., HOPWOOD, C. J., MOSS, S. A. & GRILO, C. M. 2014. Obesity stigmatization as the status quo: structural considerations and prevalence among young adults in the U.S. *Eat Behav*, 15, 366-70.
- ANDERSSON, S. & HELSEDIREKTORATET 2009. Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge : resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Oslo: Helsedirektoratet.
- ANDREWS, G. 1997. Intimate saboteurs. *Obes Surg*, 7, 445-8.
- BANDURA, A. 1994. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V. S. (ed.) *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.
- BERG, S. F. 2002. *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet : en idéhistorisk fortelling om sosialmedisinens fremvekst i norsk mellomkrigstid*, Oslo, Solum.
- BIDDLE, S. & MUTRIE, N. 2008. *Psychology of physical activity : determinants, well-being and interventions*, London, Routledge.
- BROWNELL, K. D. 1991. Personal responsibility and control over our bodies: when expectation exceeds reality. *Health Psychol*, 10, 303-10.
- BYRNE, S., COOPER, Z. & FAIRBURN, C. 2003. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 27, 955-62.
- CARR, D. & FRIEDMAN, M. A. 2005. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav*, 46, 244-59.
- CHAMBERS, J. A. & SWANSON, V. 2012. Stories of weight management: factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *Br J Health Psychol*, 17, 223-43.
- COULTER, J. M. 2012. *A phenomenological inquiry into the lived experience of obesity*. Chicago: The Chicago School of Professional Psychology.
- DE-REGIONALE-HELSEFORETAKENE 2007. *Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten - Voksne.*: Helse og omsorgsdepartementet.
- ENGELSRUD, G. & RUGSETH, G. 2004. *Den overvektige kroppen* [Online]. Available: <http://www.dagbladet.no/kultur/2004/01/26/389299.html> [Accessed].
- FLYVBJERG, B. 1991. *Rationalitet og magt*, Kbh., Akademisk Forlag.
- FOLKEHELSEINSTITUTTET, HÅNES, H., GRAFF-IVERSEN, S., MEYER, H. & MIDTHJELL, K. 2012. *Overvekt og fedme hos voksne - faktaark med statistikk* [Online]. Folkehelseinstituttet. Available: <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/overvekt-hos-voksne> [Accessed August 2014].
- GALLAGHER, S. & ZAHAVI, D. 2010. *Bevidsthedens fænomenologi : en indføring i bevidsthedsfilosofi og kognitionsforskning*, Kbh., Gyldendal.
- GARIP, G. & YARDLEY, L. 2011. A synthesis of qualitative research on overweight and obese people's views and experiences of weight management. *Clin Obes*, 1, 110-26.
- GILJE, N. & GRIMEN, H. 1993. *Samfunnsvitenskapens forutsetninger : Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*, Oslo, Universitetsforlaget.
- GJØRSUND, P. & HUSEBY, R. 2009. *To eller flere. Basiskunnskaper i gruppepsykologi*, Cappelen Damm AS.
- GOVERNMENT-OFFICE-FOR-SCIENCE-&-DEPARTMENT-OF-HEALTH 2007. *Tackling Obesities: Future Choices – Project report*. Government Office for Science & Department of Health.
- GRØNMO, S. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Bergen, Fagbokforl.
- HELSEDIREKTORATET 2004. *Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2005 – 2009. Sammen for fysisk aktivitet*. Oslo: Departementene.

- HELSEDIREKTORATET 2006. Oppskrift for et sunnere kosthold : handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oslo: Departementene.
- HELSEDIREKTORATET 2010. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne : nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
- HELSEDIREKTORATET 2012. Sluttrapport : Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011. Oslo: Helsedirektoratet.
- HEMMESTAD, L. B., JONES, R. L. & STANDAL, Ø. F. 2010. Phronetic social science: a means of better researching and analysing coaching? *Sport, Education and Society*, 15, 447-459.
- HINDLE, L. & CARPENTER, C. 2011. An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *J Hum Nutr Diet*, 24, 342-50.
- HJELMESÆTH, J., HOFISO, D., HANDELAND, M., JOHNSON, L. K. & SANDBU, R. 2007. Livsstilsbehandling av sykkelig fedme. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 127, 2410-2.
- JEFFERY, R. W., BJORNSON-BENSON, W. M., ROSENTHAL, B. S., LINDQUIST, R. A., KURTH, C. L. & JOHNSON, S. L. 1984. Correlates of weight loss and its maintenance over two years of follow-up among middle-aged men. *Prev Med*, 13, 155-68.
- JEPSEN, R., AADLAND, E., ROBERTSON, L., KOLOTKIN, R. L., ANDERSEN, J. R. & NATVIG, G. K. 2015. Physical activity and quality of life in severely obese adults during a two-year lifestyle intervention programme. *J Obes*, 2015, 314194.
- KAYMAN, S., BRUVOLD, W. & STERN, J. S. 1990. Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *Am J Clin Nutr*, 52, 800-7.
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2011. *Interview : introduktion til et håndværk*, København, Hans Reitzel.
- LESKE, S., STRODL, E. & HOU, X. Y. 2012. A qualitative study of the determinants of dieting and non-dieting approaches in overweight/obese Australian adults. *BMC Public Health*, 12, 1086.
- LÆGREID, S. & SKORGEN, T. 2006. *Hermeneutikk : en innføring*, Oslo, Spartacus.
- MALTERUD, K. 2008. *Kvalitative metoder i medasinsk forskning*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MARCUS, B. H. & FORSYTH, L. H. 2009. *Motivating people to be physically active*, Champaign, IL, Human Kinetics.
- MARCUS, B. H., SELBY, V. C., NIAURA, R. S. & ROSSI, J. S. 1992. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport*, 63, 60-6.
- MYERS, A. & ROSEN, J. C. 1999. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23, 221-30.
- OLESEN, J. 2003. Sansning, følelser, krop og bevidsthed: Undersøgelse og fortolkning i et fænomenologisk og hermeneutisk biopsykosocialt helhedsperspektiv. *Nordisk Psykologi*, 55, 235-264.
- PENN, L., MOFFATT, S. M. & WHITE, M. 2008. Participants' perspective on maintaining behaviour change: a qualitative study within the European Diabetes Prevention Study. *BMC Public Health*, 8, 235.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. & DICLEMENTE, C. C. 2002. *Changing for good*, New York, Quill.
- PROCHASKA, J. O. & VELICER, W. F. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, 12, 38-48.
- RAY, M. A. 1994 The Richness of Phenomenology: Philosophic, Theoretic and Methodologic Concerns. In: MORSE, J. M. (ed.) *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks :: Sage Publications.
- RUGSETH, G. 2010. *Overvekt som livserfaring Et empirisk - teoretisk kunnskapsbidrag*. Ph.D, Universitetet i Oslo.
- RUSSELL, H. A., RUFUS, C., FOGARTY, C. T., FISCELLA, K. & CARROLL, J. 2013. 'You need a support. When you don't have that . . . chocolate looks real good'. Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a Healthy Living Program. *Fam Pract*, 30, 452-8.
- SARLIO-LAHTENKORVA, S. 1998. Relapse stories in obesity. *The European Journal of Public Health*, 8, 203-209.
- STORTINGSMELDING 2000. Idrettslivet i endring : om statens forhold til idrett og fysisk aktivitet : St.meld.nr 14(1999-2000). *Idrettsanlegg*, 13(2000)nr 1.

- STORTINGSMELDING 2001. Friluftsliv : ein veg til høgare livskvalitet. Oslo: Departementet.
- STORTINGSMELDING 2002a. *Bedre miljø i byer og tettsteder*, Oslo, Departementet.
- STORTINGSMELDING 2002b. Oppvekst- og levekår for barn og ungdom i Norge. Oslo: Departementet.
- STORTINGSMELDING 2003. *Resept for et sunnere Norge : folkehelsepolitikken*, Oslo, Departementet.
- STORTINGSMELDING 2009. Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- STORTINGSMELDING 2011. Nasjonal helse- og omsorgsplan : 2011-2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- THORNQUIST, E. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget.
- THØGERSEN, U. 2004. *Krop og fænomenologi : en introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi*, Århus, Systime Academic.
- TJONNA, A. E., LUND NILSEN, T. I., SLORDAHL, S. A., VATTEN, L. & WISLOFF, U. 2010. The association of metabolic clustering and physical activity with cardiovascular mortality: the HUNT study in Norway. *J Epidemiol Community Health*, 64, 690-5.
- TJORA, A. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- TOROPAINEN, E. & RINNE, M. 1998. What are groups all about?--basic principles of group work for health-related physical activity. *Patient Educ Couns*, 33, S105-9.
- VAN MANEN, M. 1990. *Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy*, London, Ont., Althouse Press.
- WADEL, C. 1991. *Feltarbeid i egen kultur : en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*, Flekkefjord, Seek.
- WHO 2012. World health statistics 2012.: World Health Organization.
- YARDLEY, L., WILLIAMS, S., BRADBURY, K., GARIP, G., RENOUF, S., WARE, L., DORLING, H., SMITH, E. & LITTLE, P. 2012. Integrating user perspectives into the development of a web-based weight management intervention. *Clin Obes*, 2, 132-41.
- ZAHAVI, D. 2003. *Fænomenologi*, Frederiksberg, Samfundslitteratur : Roskilde Universitetsforlag.

9 Figur oversikt

Figur 1-1 Obesity System Influence Diagram (Government-Office-for-Science-&-Department-of-Health, 2007)

Figur 4-1 Figur av Den Transteoretiske Modell i sin helhet, som viser når de ulike prosesser primært skjer i forhold til stadier¹⁰.

Figur 7-2 Illustrasjon av utvikling av strategier ved hjelp av selvmonitorering og refleksjon.

10 Tabell oversikt

Tabell 1-1 KMI (kroppsvekt i kg / høyde i m²)

Tabell 2-1 Bevisstgjøring og kartlegging via matdagbok og tilpasset innsatsområder

Tabell 4-1 Stadier og definisjon av stadier.

Tabell 4-2 Processes of change for livsstilsendring i overvektsbehandling

Tabell 5-1 Oversikt over innsamling av empiri

Tabell 5-2 Matrise for organisering av materialet i analysefasen. Før livsstilsendring

Tabell 5-3 Matrise for organisering av materialet i analysefasen. Livsstilsendring

¹⁰ Figuren er lånt fra Wikipedia https://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical_model. På tross av manglende kilde har jeg likevel valgt denne figur fremfor andre figurer av TTM da denne etter min mening best viser de ulike prosesser i de ulike stadier og dermed helheten i TTM.

11. Vedlegg

Vedlegg 1. Statistiske resultater Telemark Rehabiliteringssenter.

Opplegg med oppfølging over 3 år med oppstart i 2007:

- 109 pasienter
- gruppe 3-14
- 49 pasienter fullførte hele opplegget og fikk registrert de ulike verdier
- Størst vektreduksjon etter 9 mnd: 11 %
- Vektreduksjon etter 33 mnd/3 år: 9,3 %
- Stort frafall, langt intervall mellom oppfølgingsukene og erfaringer var grunnlag for intensivering av opplegget til fordeling av ukene over kortere tid

Opplegg med oppfølging over 2 år med oppstart i 2010

og frem til 2013:

- gruppe 15-23
- 105 pasienter, mye frafall og dårlig registrering
- 45 pasienter fullførte hele opplegget og fikk registrert de ulike verdier
- Vektreduksjon 7,6 %

Gruppe 24-28 er preget av for mye variasjon i opplegg og oppfølgingsrutiner til at tallene i særlig grad kan brukes og sammenlignes. Endelig ferdigstilling av statistikken for gruppene før gruppe 29 kommer vår/sommer 2015.

Nytt opplegg og omlegging til behandling av sykelig overvekt på hele senteret august 2013. (Det vil si 11 uker over 1,5 år blant annet på bakgrunn av samhandlingsreformen med oppfølging i kommunene)

- Registrerer statistikk fra og med første møte på poliklinikken
- Nye pasienter som har vært inneliggende pasienter på dette opplegget pr 31.12.14 er:
 - Antall pasienter 179
 - Antall pasienter gjennomført hovedopphold (4 uker) og første repetisjonsopphold (14 dager): 109
 - Vektreduksjon frem til første repetisjonsopphold: 9,7 %
 - Hva skjer med vekten frem til de to avsluttende oppholdene?
 - Hva skjer med frafallet?
 - Oppstart med livskvalitetsskjema februar 2015
 - Resultater VO2maks, systematisert fra og med oppstart august 2013 og til dags dato: 16 % bedring

Birger Svela

Pr 19.02.15

Vedlegg 2. Regional Komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør).



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Jørgen Hardang	Telefon: 22845516	Vår dato: 27.04.2012	Vår referanse: 2012/595/REK sør-øst A
			Deres dato: 27.03.2012	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Solfrid Bratland-Sanda
Høgskolen i Telemark

2012/595 A Overvektiges opplevelser i og av et livsstilsendingsforløp.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 12.04.2012.

Prosjektleder: Solfrid Bratland-Sanda

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Telemark

Studien skal gjennomføres om en del av et mastergradsarbeid. Prosjektets formål er å undersøke deltakernes opplevelser og erfaringer underveis i et livsstilsendingsforløp. Målgruppen er personer som deltar på et opplegg for livsstilsendring i forhold til overvekt ved Telemark Rehabilitering. Livsstilsendingsforløpet hos Telemark Rehabilitering går over en periode på tre år med opp til seks samlinger underveis. Datasamlingen vil skje i august/september 2012 og være deltakernes fjerde samling hos Telemark Rehabilitering ca. 15 måneder etter at de startet livsstilsendingsprogrammet. Det vil dermed bli mulig å følge opp deltakernes opplevelser av livsstilsendringens første periode. Det er satt opp følgende hovedspørsmål for studien: Hvordan denne livsstilsendring oppleves underveis i forløpet? Hvilke endringer i opplevelsen/oppfattelsen av seg selv og sine roller i livet, deltagerne opplever? Hvilke mekanismer gjør seg eventuelt gjeldende når overvektige i forbindelse med et slikt opphold, klarer eller ikke klarer å endre sin livsstil? Til studien skal det rekrutteres 10 personer. Deltakerne skal samtykke til å bli observert under oppholdet og delta i samtaler som fokuserer på deres opplevelser og erfaringer i forhold til opplegget og til egne opplevelser med livsstilsendringen.

Komiteens vurdering

Formålet med prosjektet er å studere deltakernes opplevelser og erfaringer med livsstilsendring under og etter et opphold på Telemark Rehabilitering. Det skal ikke innhentes identifiserbare helseopplysninger for å besvare forskningsspørsmål angående diagnose eller behandling av sykdom. Hovedvekten i prosjektet legges på oppfatninger og holdninger i forhold til opplegget, til livsstilsending osv. og kan ikke oppfattes som "forskning på mennesker, human biologisk materiale eller helseopplysninger" jf. §§ 2 og 4 i helseforskningsloven. Prosjektet faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar og sørge for at undersøkelsen blir gjennomført på en forsvarlig måte innenfor gjeldende ordninger.

Besøksadresse:
Gullhaug torg 4A, Nydalen,
0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

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

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

Vedtak

Forskningsprosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen,

Gunnar Nicolaysen (sign.)
Professor
Leder

Jørgen Hardang
Komitéssekretær

Kopi til: solfrid.bratland-sanda@hit.no

Vedlegg 3. Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Liv Birgitte Hemmestad
Institutt for idretts- og friluftslivsfag
Høgskolen i Telemark
Hallvard Eikas plass 33
3800 BØ I TELEMARK

Vår dato: 25.06.2012

Vår ref:26984 / 4 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.04.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 22.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

26984	<i>Overvektiges opplevelser av og i et livsstilsendingsforløp. En fenomenologisk undersøkelse av overvektiges opplevelser med livsstilsendring under og etter et opphold på Telemark Rehabilitering</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Telemark, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Liv Birgitte Hemmestad</i>
Student	<i>Maria Busch Bluhm</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Maria Busch Bluhm, Myhreveien 151, 3800 BØ I TELEMARK

Avdelingskontorer / District Offices

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

Vedlegg 4. Bekreftelse fra deltakerne

Jeg, ønsker å delta i prosjektet
”**Overvektiges opplevelser av og i et livsstilsendringsforløp**” som informant gjennom observasjon og
intervju(strekk ut dersom du bare ønsker en av delene).

Jeg er blitt informert om mine retteter som informant via informasjonsbrev.

Underskrift:

Vedlegg 5. Intervjuguide

Oplevelsen (kropsligt og mentalt) af at være overvægtig:

- hvordan opleves det at være overvægtig i dagligdagen generelt?
- hvilke følelser og tanker har deltagerne i forhold til egen krop?
- hvordan opleves overvægten i forhold til andre (nærmiljø og "fjernmiljø")?

Oplevelsen af at være begyndt på en livsstilsforandring:

- hvordan opleves det at være i et livsstilsændringsforløb på TR?
- hvilke forventninger har deltagerne til opholdet og det at ændre livsstil?
- hvordan opleves det at gå ned i vægt, at kroppen forandre sig?
- ændres selvbilledet når vægten går ned og formen op?

Oplevelsen af at være i et fællesskab med andre med lignende udfordringer og mål:

- hvordan opleves det at være en del af et fællesskab med andre overvægtige med lignende målsætninger i et livsstilsændringsforløb? Føler du at du har fået nogen du kan støtte dig op ad?

(sammenhold, opbakning, fælles forståelses ramme, konkurrence deltagerne imellem, i sammenligning med normalvægtige)

Oplevelsen af omverdenen/nærmiljøets reaktioner på den ændrede livsstil:

- hvordan reagerer omverdenen på den ændrede livsstil/livsstilsprojektet?
- ændres mønstre og roller sig?
- opbakning og/eller modstand fra omgivelserne? Hvordan reagerer f.eks. dine børn på at du er på TR i 5 uger?