

Vellykket livsstilsendring handler om  
utvikling av motivasjon, ferdigheter  
og evne til selvregulering

Mirjam Lien Smedsrød

Master of Public Health

MPH 2012:11



norden

Nordic School of Public Health  
NHV

Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering.

© Nordic School of Public Health NHV  
ISSN 1104-5701  
ISBN 978-91-86739-44-7



## Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering.				
Författare				
Mirjam Lien Smedsrød				
Författarens befattning och adress				
Leder, Regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestring, Helse Sør-Øst. Sørlandet sykehus HF, Postboks 416, 4604 Kristiansand, Norge.				
Datum då examensarbetet godkändes			Handledare NHV/Extern	
14.09.2012			Ulrika Hallberg, DrPH/ docent	
Antal sidor	Språk – examensarbete	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
49	Norsk	Norsk/Engelsk	1104-5701	978-91-86739-44-7

### Sammanfattning

#### **Bakgrunn**

Forekomsten av overvekt og fedme er økende i de nordiske landene og i verden forøvrig. Utviklingen er bekymringsfull fordi den bringer med seg uhelse og alvorlig sykdom. Ulike virkemidler er tatt i bruk for å løse problemene forårsaket av overvekt og inaktivitet. Samtidig prøver man å påvirke til endret helseatferd. Det er behov for å utvide kunnskapen om hva som i denne sammenheng er effektive strategier.

#### **Hensikt**

Studiens hensikt er med kvalitativ metodikk å studere hvordan personer som har lyktes med å endre livsstilsvaner, opplevde og håndterte endringsprosessen.

#### **Metode**

14 personer, derav åtte menn, i alderen 23 til 68 år er intervjuet individuelt. Modifisert versjon av Grounded Theory er brukt som metode i innsamling av data og i analyseprosessen.

#### **Resultat**

Studien viser at deltakernes vellykkede livsstilsendring har forløpt gjennom en rekke sosiale prosesser som kan beskrives ut fra tre hovedkonsepter som her er samlet i følgende kategorier; Motiverer til endring, danner nye vaner og håndterer seg selv. Det som kjennetegner endringsprosessen i sin helhet er hvordan hovedpersonene har utviklet større grad av kontroll og håndterbarhet i egne liv.

#### **Konklusjon**

Vellykket livsstilsendring er en psykologisk empowermentprosess med vekt på prosesser omkring selvregulering, motivering, psykisk uhelse og det å danne nye vaner.

#### Nyckelord

atferdsendring; overvekt; intervensjoner; livsstil; behandling



## Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Positive lifestyle change achieved through motivation, new skills, and self-regulation.				
Author				
Mirjam Lien Smedsrød				
Author's position and address				
Head of Regional Patient Education resource Centre, Sørlandet hospital, Postbox 416, 4604 Kristiansand, Norway.				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
14.09.2012			Ulrika Hallberg, DrPH/ docent	
No. of pages	Language – thesis	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
49	Norwegian	Norwegian - English	1104-5701	978-91-86739-44-7

### Background

The incidence of overweight and obesity is steadily increasing in the Nordic countries and the entire world. This trend is a cause for concern because obesity links directly to many several illnesses, some life-threatening. Various methods have been developed in an effort to manage problems associated with obesity and inactivity. These methods also try to initiate positive lifestyle changes. However, it is necessary to broaden the knowledge base regarding the effectiveness of these strategies.

### Aim

This study aimed to use qualitative methodology to assess people who have succeeded in making positive lifestyle changes, documenting their experiences and learning how they adapted during the change process.

### Methodology

A group of 14 people consisting of eight men and six women, all between the ages of 23 and 68 years, were individually interviewed using a modified version of Grounded Theory to collect and analyze the data.

### Results

The study shows that the participants' positive lifestyle changes have gone through a variety of social processes. These processes comprised three main categories: motivation to change, development of new habits, and self-management. A defining factor in the change process of each candidate was how well that individual developed a greater degree of self-control and management of their own lives.

### Conclusion

Successful lifestyle change is a psychological empowerment process that emphasizes self-regulation, motivation, mental disorders, and the development of new habits.

### Key words

behavior change; obesity; interventions; lifestyle; treatment

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INTRODUKSJON .....</b>	<b>5</b>
	1.1 FOLKEHELSE I ENDRING .....	5
	1.2 FOREKOMST AV OVERVEKT OG FEDME .....	5
	1.3 FØLGER AV OVERVEKT OG FEDME .....	6
	1.4 OVERVEKT, FEDME OG MULIGE SAMMENHENGER .....	6
<b>2</b>	<b>ATFERD OG ENDRING AV ATFERD .....</b>	<b>7</b>
	2.1 LÆRINGSTEORIER .....	8
	2.2 SOSIAL-KOGNITIVE TEORIER OG MODELLER .....	8
	2.3 AUTOMATISK ATFERD OG VANER .....	10
	2.4 INTERVENSJONER FOR Å ENDRE HELSEATFERD .....	10
<b>3</b>	<b>HENSIKT .....</b>	<b>12</b>
	3.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	12
<b>4</b>	<b>METODE .....</b>	<b>12</b>
	4.1 GROUNDED THEORY .....	13
	4.2 FORSKNINGSINTERVJU .....	14
	4.3 UTVALG .....	15
	4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE .....	16
	4.5 ANALYSEN .....	17
	4.6 ETISKE OVERVEIELSER .....	19
	4.7 FORFORSTÅELSE .....	19
<b>5</b>	<b>RESULTATER .....</b>	<b>19</b>
	5.1 KJERNEKATEGORI: Å STYRE SELV, IKKE BLI STYRT .....	20
	5.2 MOTIVERER TIL ENDRING .....	21
	5.3 DANNER NYE VANER .....	24
	5.4 HÅNDBTERER SEG SELV .....	27
<b>6</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>30</b>
	6.1 STUDIENS RESULTAT .....	30
	6.2 KVALITET I KVALITATIVE STUDIER .....	36
	6.3 STUDIENS ANVENDBARHET .....	37
	6.4 VIDERE FORSKNING .....	38
<b>7</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>38</b>
<b>8</b>	<b>TAKK .....</b>	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>REFERANSER .....</b>	<b>39</b>
<b>10</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>45</b>
	10.1 INVITASJONSBREV .....	45
	10.2 SAMTYKKEERKLÆRING .....	47
	10.3 INTERVJUGUIDE .....	48



# 1 INTRODUKSJON

## 1.1 Folkehelse i endring

Historien har vist at det er levekårene og det miljøet vi lever i som betyr mest for helsa vår totalt sett (FHI 2010). Løsningen på dagens og morgendagens folkehelseproblemer ligger derfor i at alle samfunnssektorer legger til rette for at valg som fremmer helse både blir enkle og mulige valg. Samtidig må den enkelte ta ansvar for egen helse. Folkehelseutviklingen i de nordiske landene har mange likhetstrekk med bedre helse og økt levealder (FHI 2010), samtidig som økt at levestandard og endring i levesett bidrar til at helseutfordringene i større grad preges av livsstilssykdommer (HOD 2009). At stadig flere mennesker blir overvektige og samtidig mindre fysisk aktive, er en bekymringsfull utvikling fordi den bringer med seg uhelse og alvorlige sykdommer (WHO 2011). De nordiske landene forsøker med ulike virkemidler å påvirke befolkningens helseatferd for å komme i rette med problemene som forårsakes av økende overvekt og inaktivitet.

Fokus for denne studien er endringsprosessen til personer som hadde en sykkelig overvekt og som har klart å endre sine levevaner hva gjelder fysisk aktivitet og kosthold. Ny innsikt og forståelse om hva som skjer i endringsprosessen hos personer som lykkes med å endre sine levevaner, vil være av verdi. Denne kunnskapen kan brukes til å designe virksomme tiltak som fremmer en atferd assosiert med helse og velvære.

## 1.2 Forekomst av overvekt og fedme

Hovedbudskapet er at forekomsten av overvekt og fedme er økende i de nordiske landene og globalt. Utviklingen er et økende problem også i lav- og middelinntektsland, særlig i urbane strøk. Globalt er det snakk om en fordobling av fedme siden 1980 (WHO 2011).

Tall fra siste HUNT undersøkelsen i Norge viser at samlet for alle aldersgrupper (20-80+) i Nord-Trøndelag var 75 prosent av mennene og 61 prosent av kvinnene over normal vekt (HUNT 2008). Helseundersøkelser i Norge etter år 2000 viser at omkring 20 prosent av mennene og 17 prosent av kvinnene i alderen 40-45 år har fedme (FHI 2010). Vektøkningen for den voksne befolkningen har fordelt seg på hele skalaen, flere har blitt overvektige, flere har fått fedme, mens det er færre normalvektige (FHI 2010). Tall fra Danmark sier at 30 til 40 prosent av hele den voksne befolkning er overvektige, 10 til 13 prosent er fete, og det er mennene som er tyngst (Sundhetsstyrelsen 2003). I Sverige har 50 prosent av mennene og 40 prosent av kvinnene mellom 18 og 64 år overvekt eller fedme (Socialstyrelsen 2009). Økningen av overvekt og fedme som de siste årene er registrert blant barn, ser ut til å stabilisere seg på dagens nivå både i Norden og verden for øvrig (FHI 2012). For barns vektutvikling i Norge, er det slik at det i hovedsak er de tyngste barna som har blitt tyngre (FHI 2010). Rundt 15 prosent av

norske åtte til niåringer og 15 åringer har overvekt eller fedme, og andelen varierer mellom alderstrinnene og kjønn. Dette er på nivå med øvrige nordiske land og Vest-Europa for øvrig, med unntak av Storbritannia hvor andelen overvektige barn er betydelig høyere (Stamatidis et al., 2009).

### **1.3 Følger av overvekt og fedme**

Overvekt og fedme defineres som unormal eller overdreven fettakkumulering og representerer en risiko for helsen (WHO 2011). Et grovt befolkningsmål på fedme som fortsatt brukes, er kroppsmasseindeks KMI, der fedme ansees som KMI på 30 eller mer og overvekt regnes som KMI lik 25 eller mer.

Overvekt og fedme er forbundet med sykdom og dødelighet, med dårlig trivsel og sosial isolasjon (Sundhetsstyrelsen 2003). Den femte ledende risiko for dødsfall globalt kan koples til overvekt og fedme og minst 2.8 millioner voksne dør hvert år som resultat av overvekt eller fedme (WHO 2011). Risikoen for å bli syk avhenger av graden av overvekt og særlig bukfedtet er i denne sammenheng farlig. I tillegg til diabetes type to, er det særlig stor risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, som i følge WHO (2011) var den ledende årsak til død i 2008. Videre er muskel- og skjelettlidelser og visse typer kreft assosiert med overvekt og fedme (WHO 2011), og det samme er lungeproblemer og søvnforstyrrelser (Sundhetsstyrelsen 2003). Folkehelseinstituttet (2010) fremhever at overvekt og fedme også kan føre til psykiske plager og mistrivsel. Både barn og voksne med fedme lider ofte under lavt selvbilde, sosial isolasjon, depresjon og angst (Sundhetsstyrelsen 2003). Samfunnets økonomiske omkostninger knyttet til overvekt og fedme ligger på omkring to til seks prosent av helsekostnadene i industrialiserte land, og de er stigende (FHI 2012, Sundhetsstyrelsen 2003).

### **1.4 Overvekt, fedme og mulige sammenhenger**

Den grunnleggende årsaken til overvekt og fedme i befolkningen, er en ubalanse mellom inntak og forbruk av energi (WHO 2011). Hos det enkelte individ er det mange biologiske og psykologiske faktorer som kan påvirke energibalansen, og arv er en betydelig komponent. På et befolkningsnivå er det derimot endringer i miljøforhold som kan forklare de endringene vi har sett de siste tiårene, og ikke gener (FHI 2010).

Kostvaner i den nordiske befolkningen har utviklet seg ganske likt, og landene har mange års samarbeid om kostholdsanbefalinger der formålet er å forhindre mangelsykdommer og samtidig minske forekomsten av overvekt, diabetes, hjerte og karsykdommer og visse former for kreft (NNR 2004). Til tross for mange positive utviklingstrekk, har kostholdet til store deler av befolkningen fortsatt klare ernæringsmessige svakheter. Befolkningen i de nordiske landene spiser alt for lite frukt, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk. Inntaket av mettet fett er fortsatt for høyt. Sukkerets andel av kostens energiinnhold har minsket, men er fortsatt betydelig høyere enn anbefalingene. Konsumet av godteri har økt fra ca 10 til 15 kilo per person per år og sukkeholdige brusdrikker fra 30 til 90 og ned til 60 liter. Dette er trender og nivåer som



øker risikoen for overvekt og annen sykdom (FHI 2010, Helsedirektoratet 2010, NNR 2004, Sosialstyrelsen 2009, Sundhetsstyrelsen 2003). Utviklingen av kostens samlede energiinnhold varierer mellom de nordiske landene med hensyn til om nivået er redusert eller økt. Uansett vurderes konsekvensene i lys av den totale balansen mellom energiinntak og forbruk.

Uordnede spisemønstre er tilstede hos mange mennesker som har overvekt (Yilmaz et al., 2011). Så mange som 30 prosent av de som søker hjelp for overvekt, er involvert i overspising (de Zwaan, 2001). Prevalensen i befolkningen på Binge eating disorder, BED, er på to til fem prosent. Overvekt er assosiert med emosjonell spising og med en historie med seksuelt misbruk i løpet av barndommen (Buckroyd and Rother, 2008).

Økende inaktivitet i samfunnet har hatt betydning for befolkningens vektutvikling og helse (FHI 2010). Dagliglivets gjøremål krever ikke lenger de samme fysiske anstrengelsene som før, verken hjemme, på skole eller i arbeid. Det skal relativt små endringer i den daglige energibalansen for å forklare vektøkningen i befolkningen over tid (FHI 2010, WHO 2011). Fysisk aktivitet i seg selv er viktig for å holde kroppen i form, forebygge sykdom som hjerte- kar, type 2 diabetes og kreftsykdommer og for å opprettholde god psykisk helse (Pate et al., 1995). Kartlegging av fysisk aktivitet i befolkningen i Norge er gjort gjennom å bruke aktivitetsmålere (FHI 2010), og resultatene viser at aktivitetsnivået er lavere enn tidligere antatt. Målinger gjort fra 2008-2009 viste at bare 20 prosent av de voksne var aktive med minst 30 minutter moderat aktivitet per dag, mens blant barn og unge sank andelen som tilfredstilte anbefalinger om 60 minutters daglig fysisk aktivitet, fra niåringene til 15 åringene. Her innfridde bare 50 prosent anbefalingene (FHI 2010). De samme trender gjelder for alle de nordiske landene, selv om enkelte måletall varierer. Hovedtrenden er en mer stillesittende tilværelse som ikke kompenseres nok med fysisk aktivitet, og gjennomsnittspersonen inntar mer energi enn nødvendig i forhold til energiforbruket (Sosialstyrelsen 2009, Sundhetsstyrelsen 2003).

Sosioøkonomisk posisjon og overvekt har en sammenheng, og dette gjelder både barn og voksne (Meyer and Tverdal, 2005). I familier med dårlig økonomi har ungdommer høyere forekomst av overvekt og fedme sammenliknet med ungdommer som kommer fra familier med god økonomi (Grøholt et al., 2008). Utdanning har spesielt stor betydning for kostholdet, og i forhold ungdommers inntak av sukkertøy og snacks, er det mors utdanning som teller mest (Nilsen et al., 2010). Rapporter fra de nordiske lands helsemyndigheter viser at kvinner har bedre matvaner enn menn og at alle med høyere utdanning har bedre matvaner enn de med lavere utdanning (FHI 2010, Helsedirektoratet 2010, NNR 2004, Sosialstyrelsen 2009, Sundhetsstyrelsen 2003).

## 2 ATFERD OG ENDRING AV ATFERD

Levevaner betegnes ofte som en persons livsstil og kan forstås som valgte atferdsmønstre blant de alternativer som er tilgjengelige for mennesker ut fra deres

sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge et alternativ fremfor et annet (Milio, 1986) s73. Et bredt spekter av indre og ytre faktorer påvirker levevaner og atferd, som sosiodemografiske variabler, personlighet, sosial støtte, kognisjonen, insentiver og juridiske restriksjoner.

## 2.1 Læringsteorier

Læringsteorier er fundamentet for mange av de adferdsvitenskapelige teorier. Læring refererer til enhver varig endring i måten organismen responderer på, basert på dens erfaringer (Bartholomew, 2011). Læringsteoriene brukes om all menneskelig atferd og de antar at erfaring former atferden og at læring er adaptiv. Sentrale læringsperspektiver er her klassisk og operant betinging. Tilbakemelding og forsterking har vist seg å være effektive metoder til å skape endringer i ulike determinanter og atferd (Bandura, 1986, Kazdin, 2008). Forsterking kan også være en intern prosess, i form av positive følelser som respons på atferd. Verdien av stimuli som tjener som forsterking kan variere mellom personer og kulturer. Det anbefales å unngå bruk av straff i adferds-modifiserende program, fordi det kan resultere i negative effekter som flukt og unngåelse av kilden til straffen (Kazdin, 2008). Læringsteorier viser at en lærer ut fra positive forsterkninger, men meget langsomt avlærer atferd av mangel på forsterkning (Bartholomew, 2011).

## 2.2 Sosial-kognitive teorier og modeller

Modeller om hvordan kognitive faktorer produserer variert ”sosial” atferd, er vanligvis referert som sosialkognitive modeller, SCM, (Conner and Norman, 2005). Mye forskning har undersøkt betydningen av sosial-kognitive faktorer som determinanter for helseatferd. Motivasjonen har vært å kunne designe intervensjoner som endrer prevalensen av atferd som fører til sykdom og død, samt forbedre individers og befolkningens helse. Reguleringen av atferd skjer her gjennom sentrale kognisjoner og de påvirker også effekten av andre determinanter og er mer åpne for endring enn andre faktorer (enn for eksempel personlighet).

Med sosial kognisjon som tilnærming til helseatferd, er spesielt selvreguleringsprosesser i fokus. Selvreguleringsteorier forklarer hvordan individer fungerer i å korrigere egen atferd, som evnen til observere seg selv, det å sette seg mål, velge strategier, reagere hensiktsmessig i forhold til egne mål og kunne revidere egen strategi fortløpende (Bartholomew, 2011). Interne tilbakemeldinger er en viktig del av selvreguleringen og hvordan personer håndterer diskrepans mellom mål og faktisk atferd. Også en persons generelle ferdighetsregister av selvregulering er essensielt for og nå mål (Bartholomew, 2011), og gjennom repetisjoner kan man klare å internalisere strategier på selvkontroll, få de til å bli automatiske responser og dermed styrke evnen til selvkontroll.

To hovedtyper av sosial-kognitive modeller er brukt i helsepsykologien til å forklare helseatferd og respons på behandling; attribusjonsmodeller som fokuserer på personers

kausale forklaringer av helserelaterte hendelser og modeller som utforsker aspekter av individers kognisjon for å kunne predikere fremtidig helseatferd (Conner and Norman, 2005).

Attribusjonsmodeller handler i denne sammenheng om å forklare hvordan mennesker reagerer på alvorlig sykdom eller sykdomstrussel. Den individuelle persepsjonen av sykdom/trussel blir viktig for hvordan mestringen håndteres. En forklaring kan knyttes til stabiliteten i hvordan attribusjonen gjøres av suksess og feil (Weiner, 1986), som igjen påvirker mestringsforventning og atferd. Attribusjonsteori beskriver virkningen av måten folk tilskriver utfallet av atferd på, i forhold til deres fremtidige kognisjon og atferd, og da langs dimensjonene stabilitet, locus og kontrollerbarhet (Weiner, 1986). Stabilitet er i følge Weiner (1986) en relevant dimensjon for å forstå suksessforventning i forhold til endring av atferd. Hvis en person attribuerer et mislykket forsøk på å endre atferd til stabile grunner som egne evner, vil personen ha lavere forventning om suksess ved neste forsøk, sammenliknet med en som attribuerer til en ustabil grunn (en plutselig ytre hendelse).

Modellene som oftes brukes til å predikere helseatferd, inkluderer health belief model (HBM), protection motivation theory (PMT), theory of reasoned action/theory of planned behavior (TRA/TPB), social cognitive theory (SCT) og health locus of control (HLC). Et annet sett av modeller som brukes, fokuserer på ideen om at atferdsendring skjer gjennom en serie av kvalitative ulike steg, såkalte steg-modellene som blant annet inkluderer transtheoretical modell of change (TTM). Senere er det gjort arbeid med å fokusere på viljesbestemte variabler, og spesielt implementerings intensjoner er utviklet som en brukbar teknikk for å endre helseatferd (Conner and Norman, 2005). Alle modellene konseptualiserer de sosial-kognitive variablene som påvirker atferd på ulike måter, og modellene er delvis overlappende. Forskning viser at modellene er på relativt samme nivå i forhold til å predikere atferd (Conner and Norman, 2005) og mestringsforventning fremstår som en nøkkel prediktor for helseatferd, både i forhold til intensjoner og atferd.

Med bakgrunn i de overlappende konsepter, er det gjort flere forsøk på å utvikle felles atferdsmodeller. Flere av de store teoretikerne kom frem til en integrert sosial-kognitiv modell på helseatferd, identifiserte et begrenset sett med variabler som de mener skulle dekke det meste av variasjonene i en hvilken som helst (bevisst) atferd (Bartholomew, 2011). Variablene ble organisert i to sett, det ene som de anså som nødvendige og tilstrekkelige determinanter for atferd. For at atferd skal oppstå må individet ha i) en sterk intensjon ii) ha de nødvendige ferdigheter iii) oppleve et fravær av miljømessige hindringer som stopper atferden.

Det andre settet med variabler ble primært oppfattet å kunne påvirke intensjonen samtidig som de mente at noen også kunne påvirke atferden direkte. Modellen sier at en sterk intensjon vil oppstå når individer iv) oppfatter at fordelene (nyttene) med en atferd overstiger oppfattede ulemper (kostnader) v) oppfatter det sosiale (normative) presset på å utføre atferden å være større enn å ikke utføre atferden vi) oppfatter at atferden er konsistent med eget selvbilde vii) forventer at følelsesreaksjoner med å utføre atferden er mer positive enn negative og viii) har høyt nivå av mestringsforventning.

## 2.3 Automatisk atferd og vaner

Adferdsteoriene som forut beskrevet, tar utgangspunkt i at personer er bevisste og systematiske i sin informasjonsbearbeiding for å konstruere forståelse og planlegge handling. Samtidig skjer mye av våre psykologiske liv som øyeblikk til øyeblikk, gjennom det ubevisste (Bartholomew, 2011). All atferd kan ikke ledsages av grundige vurderinger og overveielser før handling. Automatisk atferd er nødvendig og autopiloten gjør livet håndterbart. Vaner kan sies å være lærte sekvenser av handlinger som er blitt automatiske responser på spesifikke cues, og de er funksjonelle, effektive og opptrer uten mye bevissthet (Bartholomew, 2011) s84. I tillegg til intensjoner, er vaner signifikante prediktorer av fremtidig atferd, særlig når individer gjentar atferden og når vanen er sterk. Når en person har til hensikt å spise sunt, men har som vane å spise fet mat, vil ofte deres spisemønster forbli usunt. Intensjoner predikerer atferd kun hvis vanene er svake, som innebærer at vanene har lav frekvens eller at konteksten er ustabil. Hvis ”tilgangen” på vanlig atferd lett kan nås fra minnet, blir intensjoner overkjørt av vaner (Danner et al., 2008). Vaner lar seg heller ikke så lett forandre som følge av informasjonspåvirkning. Dette fordi informasjon påvirker holdninger og intensjoner, men hvis disse må sloss mot sterke vaner, endrer ikke atferden seg (Verplanken and Aarts, 1999).

## 2.4 Intervensjoner for å endre helseatferd

Studier viser at intervensjoner som knyttes opp mot flere teoretiske begrep fra konkrete modeller, lykkes bedre med å bidra til atferdsendring enn intervensjoner som ikke anvender en slikt teoretisk rammeverk (Lippke and Ziegelmann, 2008). Også andre studier viser at sannsynligheten for vellykkede intervensjoner øker når det pedagogiske opplegget styres av erfaringsbaserte teorier og modeller (Hutchison et al., 2009, Noar et al., 2007, Riebe et al., 2005, Pedersen et al., 2009, Daddario, 2007).

Selv om intervensjoner følger anbefalinger om å benytte forskjellige tiltak og ta i bruk ulike intervensjonsteknikker, opplever man problemer som høye rater med drop-out og at vektreduksjonen er minimal (Yilmaz et al., 2011). Det er vanlig at deltakerne minsker vekten under behandlingen, men at kiloene relativt raskt kommer på igjen, uten fortsatt oppfølging og målt ved senere kontroller (Yilmaz et al., 2011).

Livsstilsendring oppleves som en endeløs kamp både av de som lykkes og av de som ikke får det til, og de ønsker seg derfor et støtteapparat som kan gi nødvendig oppfølging og støtte underveis i prosessen (Jallinoja et al., 2008). I følge Clark med flere (2004) kan individualiserte og tilpassede intervensjoner gjennomføres og lykkes på kort tid, selv om vaneendringer er vanskelig. Intervensjonene det refereres til, tok hensyn til endringsforberedthet, konkretisering av personlige mål, kartlegging av barrierer og motivasjon, samt det å jobbe med egen ambivalens. Avtaler og oppgaver ble skriftliggjort i handlingsplaner og effektmålene ble fulgt opp til 12 måneder (Clark et al., 2004).

Systematiske oversikter viser at bruk av trening som vektreduksjonsstrategi er fordelaktig og særlig kombinert med endringer i kosthold, samtidig som trening er assosiert med bedring i risikoprofilen i forhold til kardiovaskulær sykdom, selv uten vekttap (Shaw Kelly et al., 2006). Oversiktsstudien så på nytten av fysisk aktivitet i forhold til overvekt og fedme, og fant at gjennomsnittlig vekttap for intervensjoner med trening og kostendring versus kostendring alene, var 1,1 kilo. Det fantes nesten ingen langtids studier, og ingen evidens av fordel utover ett år ble funnet.

En systematisk oversikt av randomiserte kontrollerte studier viste at kosthold assosiert med trening gav 20 prosent større initialt vekttap og samtidig 20 prosent større vedvarende vekttap enn diett alene, målt etter ett år (6,7 kg vs 4,5 kg;  $P = 0,058$  etter ett år) (Curioni and Lourenco, 2005). I begge grupper økte vekten etter ett år med omtrent halvparten av det initiale vekttapet.

Familieterapi er assosiert med forbedret vekttap i opp til to år sammenliknet med individuell terapi. Funnene baseres på en oversiktsstudie der voksne overvektige behandles med psykososial tilnærming, ikke farmakologiske intervensjoner (Avenell et al., 2004).

Å innarbeide bruk av motiverende intervju i et adferds- og vektreduksjonsprogram, har vist å gi signifikant større vekttap og signifikant større grad av fysisk aktivitet enn for de personer i programmet som ikke fikk motiverende intervju som veiledningsstil (Carels et al., 2007).

Psykologiske intervensjoner på personer med overvekt og fedme er fordelaktig i følge en oversiktsstudie basert på 36 randomiserte kontrollerte studier (Shaw Kelly et al., 2005). Spesielt gjelder dette atferds- og kognitive atferdsstrategier for å forbedre vektreduksjonen, og de var spesielt nyttige når de ble kombinert med strategier i forhold til kosthold og trening. De fant få langtidsstudier, og lite evidens på nytte utover ett år.

I følge Cooper med flere (2010) ser det ut til at behandling av overvekt med psykologiske metoder ikke virker, hvis en snakker om annet enn korttidsperspektiv. Studien sammenliknet ny kognitiv atferdsterapi (tilsvarende den de bruker på andre spiseforstyrrelser) med konvensjonell atferdsterapi og veiledet selvhjelp. De konkluderer med at for personer med overvekt, er det svært vanskelig å opprettholde en vektreduksjon, og at vedvarende atferdsendring er bemerkelsesverdig vanskelig å oppnå til forskjell fra det som er tilfelle med personer som har spiseforstyrrelser (Cooper et al., 2010). Hvorvidt prosessene i ny kognitiv atferdsterapi virker, men at behandlingen bare ikke var tilstrekkelig effektiv i å endre dem, konkluderes ikke. I mangel på data om langtidseffekter, mener de det er etisk diskutabelt om man i det hele tatt kan hevde at psykologisk behandling av overvektige virker.

I følge Greaves med flere (2011) kan spesifikke komponenter assosieres med økt effektivitet av intervensjoner. Det vil si at de fremmer endringer i kosthold og fysisk aktivitet hos personer med risiko for å utvikle diabetes type to, som er sterkt assosiert med overvekt og inaktivitet. Resultatene er basert på 30 oppsummeringsstudier og 129 analyser som relaterte konkrete komponenter i intervensjonen til økt effektivitet. Samlet gav intervensjonene kliniske meningsfulle resultater i form av vekttap (3-5 kg ved 12

mnd; 2-3 kg ved 36 mnd) og økt fysisk aktivitet (30-60 min/uke moderat aktivitet ved 12-18 mnd). Analyser viste at intervensjonene ble mer effektive når det ble etablert sosial støtte, når de rettet seg mot både kosthold og fysisk aktivitet og når de brukte veldefinerte og etablerte atferds- og endringsteknikker. Økt effektivitet var også assosiert med økt frekvens av kontakt og det å bruke et ”kluster” av spesifikke adferdsteknikker på selvregulering som målsetting, selvmonitorering, det å få tilbakemelding på ytelse og det å gjennomgå måloppnåelse. De fant ingen sterke assosiasjoner mellom intervensjonens effektivitet og setting (hvor intervensjonen ble gjennomført), om den ble gjennomført i gruppe eller individuelt, i forhold til hvem som var de trenede veilederne (leger, sykepleiere, ernæringsfysiologer, fysiske trenere eller lekfolk) eller populasjonen (alder, kjønn, etnisitet) (Greaves et al., 2011).

### 3 HENSIKT

Denne studiens hensikt er med kvalitativ metodikk å studere hvordan personer som har lykket med å endre livsstilsvaner innen kosthold og fysisk aktivitet, opplevde og håndterte endringsprosessen.

#### 3.1 Forskningsspørsmål

1. Hvilke prosesser og tanker genereres når kost- og aktivitetsvaner endres?
2. Hvilke konkrete handlinger genereres når kost- og aktivitetsvaner endres?
3. Hvilken grad av tiltro til endringsprosessen har personene selv?

### 4 METODE

Denne studiens fokus er av kvalitativ karakter idet målet er å få en økt forståelse for hvordan personer som har lykket med å endre sine livsstils vaner både opplevde og håndterte endringsprosessen. Kvalitativ metode ble sett på som et naturlig valg i det forfatteren søker å komme nær informantenes egne tanker, handlinger og erfaringer, hvilket betyr at det er informantene selv som er kunnskapens objekt. Grounded theory ble vurdert som det mest hensiktsmessige valg av kvalitativ metodikk i det metoden har som mål å generere et teoretisk rammeverk ut fra de innsamlede data som kan forklare og belyse egenskaper og dimensjoner ved det som studeres (Hallberg, 2002). Metoden ble også oppfattet som relevant fordi den egner seg svært godt til å forklare menneskelig atferd, sosiale og psykososiale prosesser basert på antagelsen om symbolsk interaksjon (Hallberg, 2002). I studien er det valgt å bruke modifisert utgave av grounded theory fordi dette passer godt med studiens hensikt, nemlig å belyse en rekke hendelser og handlingssekvenser knyttet til den sosiale prosessen det er å endre vaner.

## 4.1 Grounded Theory

Grounded theory (GT) ble utviklet av Glaser og Strauss siste halvdel av 1960-tallet ved Chicago school of Sociology for å gjøre kvalitative forskningsstudier av menneskelig atferd og sosial verden (Glaser and Strauss, 1967). Metoden var en motvekt til den biologiske og kvantitative måten å oppfatte verden på og et forsøk på å utvikle en mer egnet metode til dette formål (Glaser and Strauss, 1967).

GT er først og fremst en metode for generering av teori, modell eller begrep som er utledet av data, systematisk samlet og analysert gjennom en forskningsprosess (Corbin and Strauss, 2008). Teorien som genereres av forskeren basert på en rekke metoder, forklarer prosesser eller sammenhenger assosiert med fenomenet som studeres (Birks and Mills, 2011). I metoden står datainnsamling, analyser og utvikling av teori i nær relasjon til hverandre, og skriving av memos er gjennomgående for hele forskningsprosessen (Birks and Mills, 2011). Memos er notater som omhandler tanker, følelser, innsikt, intuisjon og ideer i relasjon til forskningsprosjektet og oppfattes som helt fundamentalt både for prosessen og for utviklingen av teori fra data og bidrar til kvalitet i arbeidet (Birks and Mills, 2011).

Selv om det finnes ulike nyanser av GT, snakkes og skrives det om et sett av essensielle metoder i grounded theory, slik som initial koding og kategorisering av data; samtidighet i datainnsamling og analyse; memos skriving; teoretisk utvalg; konstant sammenliknende analyse gjennom både induktiv og abduktiv logikk; teoretisk sensitivitet; intermediær koding; valg av kjernekategori; teoretisk metning og teoretisk integrasjon (Birks and Mills, 2011).

Målet er gjennom disse metodene å løfte det analytiske arbeidet fra en ren deskriptiv beskrivelse av et fenomen til en grundet teori (grounded theory). Det skilles mellom substantiv og formell teori (Hallberg, 2002), der den substantive teorien kun kan knyttes direkte til den empiriske sammenheng der studien foregår, slik som denne studien. Den omhandler et begrenset tema i en gitt kontekst. En formell teori gjelder for et bredere konseptuelt område og er utviklet ved å studere fenomenet i ulike type kontekster og situasjoner og er derfor av mer generell karakter (Corbin and Strauss, 2008).

Metodologisk har GT over tid blitt påvirket gjennom tidsepoker med ulike fokus i diskusjonene innen kvalitative forskningsmiljøer (Birks and Mills, 2011). Ut fra denne bakgrunn kan grounded theory i følge Birks og Mills (2011) beskrives med ulike metodologiske utgangspunkt, fra en postpositivistisk grunnforståelse til en konstruktivistisk tilnærming til forskerprosessen. Epistemologisk har grounded theory sine røtter i den symbolske interaksjonisme, en sosiologisk retning basert på den amerikanske pragmatisme og den tyske fenomenologi, og som betraktes som del av den fortolkende tradisjon der mening genereres og transformeres (Corbin and Strauss, 2008). Her forstår man samfunnet og menneskene som dynamiske prosesser av pågående aktiviteter og interaksjoner. Mening blir etablert gjennom interaksjon med andre, og hvordan man oppfatter og definerer virkeligheten vil være avhengig av med hvem, hva og hvordan man interagerer (Hallberg, 2002).

Den klassiske versjon av grounded theory generer teori ut fra empiriske data gjennom en rigorøs identifisering av koder gjennom substantiv og teoretisk koding (Glaser and Strauss, 1967). Kategorier og deres egenskaper fremstår ved å sammenligne data med data, kategori med kategori, og forskeren skulle beholde sin objektivitet gjennom hele prosessen (Hallberg, 2002).

Kathy Charmaz presenterer en konstruktivistisk versjon av grounded theory der målet er å kunne forklare og tolke subjektets mening av sin opplevde virkelighet (Charmaz, 2006).

Den modifiserte versjonen introduserer nye prosedyrer i analyseprosessen som aksial koding, dimensjonstenkning og det å arbeide med en avhengighetsmatrise (Corbin and Strauss, 2008). Intensjonen er å gjøre den fremvoksende teorien fyldig, kompleks og presis. Selv om også de antok at det fantes en objektiv ytre realitet, inkluderte de i denne versjonen respondentenes individualitet og deres synspunkter på virkeligheten. Deres forståelse er at respondentenes tolkninger og perspektiver inkorporeres i forskerens egne tolkninger og perspektiver.

## 4.2 Forskningsintervju

Kvalitative forskningsintervju ble vurdert som en god metode for å samle inn data i denne studien, en metode som Kvale (1997) beskriver at bygger på hverdagssamtalen, men som er en profesjonell samtale med en klar struktur og hensikt.

Forskningsintervjuet er en mellommenneskelig situasjon med en samtale mellom to parter om et tema med gjensidig interesse (Kvale, 1997). Intervjuet har sin spesifikke form og her utvikles kunnskap gjennom dialog, et samspill som verken er anonymt eller dypt personlig. Forskeren forholder seg til informantens bevisste erfaringer til forskjell fra terapeutiske samtaler som går dypere og i mot de ubevisste sjiktene (Kvale, 1997). I terapi er målet å få til forandringer, i forskningsintervjuet handler det om å erverve seg kunnskap. Dette innebærer en fin balanse mellom det kognitive kunnskapssøkende og den menneskelige interaksjonens etiske aspekter, en balanse som intervjuforskeren må kunne håndtere (Kvale, 1997).

Det kvalitative intervjuet er i en form der mange vurderinger må gjøres på stedet og underveis i intervjuet. Forskeren bruker seg selv som forskningsinstrument, og dette setter krav til intervjuforskerens kunnskaper og håndtverksskikkelighet. I følge Kvale (1997) vil gode intervjuer kreve kunnskap både om emnet som undersøkes og det menneskelige samspillet. Resultatet vil avhenge av intervjuerens kunnskaper, følsomhet og empati. På kort tid er det opp til intervjueren å skape en slik kontakt at samspillet blir en god samtale i en atmosfære av trygghet der den andre velger å snakke fritt om sine opplevelser og følelser. Kunsten er å få frem den andres spontane beskrivelser fremfor deres egne forklaringer (Kvale, 1997).



Kvale (1997) anbefaler at intervjusituasjonene bør starte med en kort orientering der det fortelles om hensikt, bruken av båndspiller, og om den som intervjues har noen spørsmål før intervjuet starter.

### 4.3 Utvalg

Deltakerne ble rekruttert fra spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av at de tidligere hadde gjennomført et behandlingsprogram for livsstilsendring og samtidig lyktes med å gjennomføre endringer innen kost- og aktivitetsvaner. Utgangspunktet for deltagelse i dette programmet var BMI på 40 eller mer eller BMI på 35 med tilleggs diagnose, og at de var 18 år eller eldre. Noen deltok i et fire ukers opphold, andre i et ti ukers program med en dagsamling per uke.

Behandlingsopplegget gis i grupper og er tuftet på en helhetlig tilnærming for å hjelpe mennesker til å bli kjent med og oppmerksom på hvilke faktorer som hindrer deres endring, samt utvikle ferdigheter til å kunne håndtere dette. Det vektlegges å gi deltakerne nye erfaringer, oppleve mestring samt finne egne fremgangsmåter som kan støtte livsstilsendringer. Behandlingen inneholder både teori og praksis, og arbeid med bevisstgjøring, mål og planarbeid er en vesentlig del av endringsarbeidet. Teoretisk var programmet i starten spesielt tuftet på psykodynamisk psykologi, spesielt selv-psykologi og humanistisk/eksistensiell psykologi. Nå beskrives programmet som teoretisk forankret i kognitiv terapi og endringsfokustert rådgivning. Hele tiden med en eklektisk tilnærming, slik at elementer fra idrettspsykologi, helsepedagogikk og annet brukes i tilnærmingen.

Å lykkes med endringer, ble på forhånd definert som en målbar objektiv helsegevinst på villet vekttao med minimum ti prosent og/eller en bedring av fysisk form målt i økning på tre MET (metabolic equivalent of task ) eller mer. Inkluderingen skulle først gjøres ut fra to års kontrollen, deretter fra ett års kontrollen. Bruce tredemølletest er brukt på å måle fysisk form, og denne gir estimerte MET- verdier. Maksimalt oksygenopptak kan her estimeres ut i fra den maksimale tiden pasienten kan gå, etter denne protokollen.

Begrunnelsen for å bruke mål på fysisk form som inklusjonskriterie, var for å forsøke å få tak i personer som faktisk hadde gjort endringer i levevaner. Vekttao på ti prosent kan oppnås uten at det er gjort de store endringer i levevaner, samtidig som objektiv helsegevinst kan oppnås uten særlig vekttao, men ved at den fysiske formen er forbedret.

For øvrig var det ønskelig å inkludere både menn og kvinner, samt personer med ulik sosioøkonomisk status, for å sikre en viss variasjon i utvalget.

Ekskludert fra studien ble personer med alvorlig psykisk sykdom, de som hadde gjennomgått slankeoperasjon og personer som ikke behersket norsk. En sykehusavdeling var ansvarlig for å identifisere aktuelle deltakere fra deres pasientadministrative database. Informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen ble deretter sendt til potensielle deltakere fra avdelingen (vedlegg 10.1).

Inklusjonen av deltakere ble gjort i to omganger, med første runde i april 2010 og andre runde i oktober 2011. Tilsammen ble 14 personer intervjuet. Årsaken til dette oppholdet var fordi forfatteren ikke hadde mulighet til å gjennomføre studien raskere.

I første runde ble det sendt ut 13 invitasjoner fra avdelingen der seks var plukket ut på bakgrunn av MET verdiene. Tre deltakere takket ja til å være med ved å returnere samtykke erklæringen. Avdelingen rekrutterte fem personer til fra denne gruppen ved å kontakte de per telefon. En person ble ekskludert fordi vedkommende hadde gjennomført slankeoperasjon, noe som ble avklart før intervju.

I andre runde ble det sendt ut 15 invitasjoner i september 2011. Syv personer responderte på invitasjonen, og en av disse møtte ikke til avtalt intervju. Det ble sendt en telefonmelding til vedkommende, men vi hørte ikke mer fra personen. Avdelingen ringte til personer som ikke hadde svart på brevet, og rekrutterte to personer til, hvorav en ble intervjuet. Den siste svarte ikke på henvendelser fra intervjuforskeren om å få til en intervjuavtale.

Utvalget bestod til slutt av 14 personer, deriblant åtte menn. Alderen var fra 23 til 68 år, hvorav 12 personer var mellom 30 og 50 år og seks personer var i 40 årene. 11 av deltakerne var i jobb mens tre av deltakerne var under ulike trygdetiltak. Av utdanning hadde syv i gruppen lavere utdanning (tilsvarende fagbrev), to hadde høyere utdanning tilsvarende bachelor grad og en hadde universitetsgrad (hovedfag). Ni av deltakerne var gift og fem levde alene. 12 deltakere hadde mellom ett og fire barn, hvorav seks av disse deltakerne hadde tre-fire barn.

Høyeste og laveste vekt ved henholdsvis start og toårskontroll var 167 kilo versus 104 kilo og 144 kilo versus 90 kilo. Som gruppe tapte de i løpet av to år fra 4,9 prosent til 28,9 prosent av start vekt. Syv personer reduserte mellom ti til 20 prosent, fire personer med over 20 prosent.

#### **4.4 Gjennomføring av intervjuene**

Avtaler om intervju ble gjort med den enkelte slik at både tidspunkt og sted skulle passe best mulig for deltakerne. Intervjuene ble derfor gjennomført på tre sykehus med ulike lokasjoner og ett ble gjennomført på en av deltakernes arbeidsplass, etter personens eget ønske. De syv første intervjuene ble gjennomført i mai og juni 2010, de neste seks ble gjennomført i oktober 2011 og det siste intervjuet ble gjort i januar 2012. Rommene hvor intervjuene fant sted, var avskjermet fra daglig virksomhet slik at samtalen ble gjennomført uforstyrret og at ingen andre kunne høre hva som ble sagt.

Hvert intervju startet med at intervjueren fortalte kort om studiens temaområde og hensikt, hvordan selve intervjuet ville gjennomføres, at samtalen ble tatt opp på lydbånd og at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt. Det ble også gitt rom for spørsmål fra deltakerene før vi gikk videre.

Intervjueren var bevisst på å skape en trygg og god ramme omkring samtalen slik at det i størst mulig grad gav rom for at deltakerne ville dele personlige tanker, erfaringer

og opplevelser. Sensitive og vanskelige tema var fokus i samtalene og kunne berøre følelser, identitet og selvbilde. Derfor har intervjueren lagt vekt på å vise respekt og empati.

Deltakerne fikk mest mulig fortelle fritt om hvordan de har jobbet med endringer, om hva de har gjort, tenkt og følt på underveis. Felles oppstartsspørsmål ble knyttet til motivasjonen deres med ”*Fortell om hvorfor det var viktig for deg å gjøre disse endringene*”, og med dette var samtalen i gang. Intervjueren har fokusert på å stille spørsmål som åpner opp slik at spontane beskrivelser kunne komme frem.

Intervjuguiden ble utviklet med fire temaområder som i sum skulle bidra til å belyse forskningsspørsmålene. Den ble kun brukt som en støtte underveis i samtalen. Hovedområdene i guiden var motivasjon, handlingskompetanse, tankeprosesser og følelser samt endringsprosjektet som helhet (vedlegg 10.3). For hvert hovedområde var det satt opp mulige spørsmål, tenkt som en hjelp og støtte til intervjueren mer enn en spørsmålsrekke som skulle besvares. Det har ikke vært behov for å endre guiden underveis, men vektleggingen i forhold til temaer har vært ulik alt etter hvordan informantenes prosesser har vært ulik.

Intervjuene varte fra 37 minutter til 70 minutter, med et gjennomsnitt på 48 minutter per samtale. Intervjuene ble avsluttet med at intervjuforskeren sammenfattet hoveddeler av samtalen og spurte om informanten hadde noen spørsmål, undringer eller noe mer å tillegge. Sammenfatninger ble også gjort underveis. I følge Kvale (1997) gir dette intervjupersonen mulighet til å oppleve delaktighet og at informasjonen han/hun har gitt er betydningsfull og interessant, samt riktig oppfattet.

Etter hvert intervju lyttet intervjuforskeren gjennom opptaket for å kunne reflektere over hva som hadde kommet frem i samtalen, samtidig som dette var en del av forberedelsen til neste intervju. Tematikk som ikke var belyst eller som intervjueren ønsket å høre mere om, kunne dermed fokuseres i neste samtale.

## 4.5 Analysen

Analysen i grounded theory er en omfattende prosess med konseptuell utvikling som inkluderer oppgaver knyttet til koding og kategorisering (Birks and Mills, 2011). Oppgavene knyttet til utvalg, innsamling og analysing av data er for øvrig en simultan prosess (Hallberg, 2002). Konseptualisering handler om å gå lenger i analysen enn kodingen, lenger enn det å omskrive data til andre ord som fortsatt bevarer og er beskrivende for innholdet. Analyseprosessen beskrives av Birks og Mills (2011) å omhandle hvordan håndtere fremvoksende konsepter, sette dem i konteksten av analyseenheten og kunne sortere ut og prioritere videre koding og datasamling. Et konsept kan defineres som en deskriptiv eller forklarende ide, dens mening innpakket i ord, overskrift eller symbol (Holloway, 2008). Corbin og Strauss skriver om konsepter at de er ord som er beskrivende for ideer som datamaterialet inneholder, og disse er tolkninger som et resultat av analysen (Corbin and Strauss, 2008). Det finnes ingen forutbestemte kategorier og kodingsprosessen er preget av en sammenlignende

tilnærming. Glaser skilte mellom to typer av koding: Substantiv (åpen) og teoretisk koding, mens Strauss og Corbin har tre nivåer; åpen, aksial og selektiv koding (Hallberg, 2002). I følge Birks og Mills (2011) snakker ulike teoretikere innen GT i hovedsak om det samme hva gjelder konsepter, koder og kategorier, mens det skrives ulikt om metoder for den teoretiske abstraksjonen.

I denne studien er det valgt å bruke modifisert versjon av GT med åpen, aksial og selektiv koding. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og er transkribert av forfatteren selv relativt kort tid etter intervjuene ble gjennomført. De første åtte intervjuene er transkribert ord for ord mens fra de syv siste intervjuer er sekvenser transkribert. Her ble nye elementer og dimensjoner eller beskrivelser som komplementerte tidligere tekst valgt ut.

Manuskriptene ble først lest gjennom fra start til slutt uten å gjøre notater eller merknader underveis. Dette er en anbefalt innledende metode for å prøve å få tak i essensen og meningen i data (Corbin and Strauss, 2008). Deretter startet arbeidet med den substantive kodingen der det handlet om å bryte ned, eksaminere, sammenlikne, konseptualisere og kategorisere data (Hallberg, 2002). Rent praktisk ble dette gjort ved å skrive de substantive kodene på manusets høyre marg, koder som i hovedsak var forfatterens uttrykk og begreper, in-vitro koder, og som representerte meningen i datamaterialet. For å komme frem til kodene, stilte forfatteren mange spørsmål til datamaterialet som, ”hva uttrykkes her?”, ”hva menes egentlig her?”, ”hvorfor, hvor, hvordan og hva skjer?”. Under denne første kodingsprosessen ble kodene hele tiden sammenliknet med andre koder (code-to-code). På denne måten fant en likheter og ulikheter i datamaterialet og koder med samme innhold ble gitt de samme overskrifter. I det siste steget i den åpne kodingen ble substantive koder med likhet i innhold samlet til mer abstrakte kategorier. En kategori har et høyere abstraksjonsnivå enn kodene som naturlig hører til i den enkelte, og inneholdt etter hvert ulike egenskaper og dimensjoner knyttet til valgte kategori. Prosessen var også hele tiden å sammenlikne kategori med kategori (category-to-category), og deretter videreutvikle kategoriene som en del av den konseptuelle utviklingen, også betegnet som aksial koding (Hallberg, 2002). Denne prosessen handlet om å systematisk utforske sammenhengene mellom kategoriene for å utvikle en konseptuell fylde.

På denne måten ble bit for bit av data gjenstand for bearbeiding og refleksjon. Memos er i denne sammenhengen brukt til å utvikle konseptene gjennom å skrive ned ideer, tanker, hypoteser og teoretiske refleksjoner knyttet til datamaterialet. Fra tidlig fase har forfatteren i disse refleksjonene forsøkt å differensiere mellom nivåer av konsepter, dette for hele tiden tenke konseptualisering og analytisk. Prosessen med å skrive memos har vært viktige steg mellom koding og fullstendig analyse, og har hjulpet forfatteren til å se sammenhenger mellom kategorier og til å sette den fremvoksende ”teori” i en bredere kontekst.

Det siste trinnet i kodingsprosessen var den selektive kodingen, der målet er å integrere og avgrense kategorier for å forme en mett eller fyldig teori (Hallberg, 2002). Etter hvert som analyseprosessen skred frem og intervjuene ble gjort, kom det ikke til nye momenter, og ut fra datamaterialet har forfatteren funnet å kunne definere en kjernekategori som beskriver den grunnleggende sosiale prosessen det er å lykkes med å

endre levevaner som fysisk aktivitet og kosthold. Kjernekategoriene kan relateres til de tre kategoriene og står for det meste av variasjonene i data.

## 4.6 Etiske overveielser

Før studien startet, ble godkjenninger innhentet fra Regional Etisk komité, fra sykehusets forskningsavdeling og fra avdelingen som skulle bistå med rekrutteringen av informanter. Deltakerne fikk skriftlig informasjon om studiens mål, gjennomføringen av intervjuet, analyseprosessen og om hvordan resultatene ville bli publisert. Deltakerne ble forsikret om anonymitet og at de på hvilket som helst tidspunkt under datainnsamlingen kunne trekke seg fra studien, uansett grunn. Alle deltakerne signerte på samtykkeerklæringen for deltakelse i studien (vedlegg 10.2). Temaet som intervjuene skulle omhandle, er nært knyttet til følelser, identitet og selvoppfattelse, hvilket er sårbare og personlige områder. Forfatter har derfor lagt stor vekt på at intervjuene ble gjennomført med trygge og profesjonelle rammer. Det var også avtalt mulig oppfølgingssamtale med psykolog hvis behov skulle oppstå.

## 4.7 Forforståelse

Et sentralt aspekt ved bruk av GT er at forskeren skal nærme seg problemstillingen så forutsetningsløst som mulig, noe som ikke utelukker at forskeren skal ta med seg sin egen faglighet og erfaring i prosessen. Forfatteren er utdannet sykepleier og jobber til daglig på administrativt nivå med pasientopplæring i sykehus. Klinisk erfaring knyttet til studiens fagområde har forfatteren fått gjennom å ha utviklet program for endring av helseatferd og i denne sammenheng vært med som en av veilederne (i spesialisthelsetjenesten). Nettopp denne bakgrunn har skapt nysgjerrighet på hva som over tid skal til for å lykkes med vaneendring. Som et utgangspunkt tenker forfatteren at mennesker endrer seg ikke fordi noen forteller dem at de må eller bør endre seg, men ved at de må oppdage, ville og kunne det selv.

# 5 RESULTATER

Deltakerne som i denne studien har lyktes med å endre sine kost- og aktivitetsvaner, forteller om en rekke tanker, handlinger og prosesser som ble generert i endringsprosessen. Disse beskrives i det følgende ut fra tre konsepter som her er utviklet til de tre kategoriene; Motiverer til endring, danner nye vaner og håndterer seg selv. Kategoriene har ulike egenskaper og dimensjoner som er strukturert og beskrevet under subkategorier, og som gir utdypet forståelse av hvilke prosesser, tanker og handlinger som er generert.

Endringer av deltakernes helseatferd og vaner har utviklet seg i et vekselspill mellom disse konseptene, og det har hele tiden skjedd i et sosialt samspill med andre personer i

samme situasjon, med helsepersonell, arbeidskolleger, familie og venner. Det å endre levevaner har satt i gang en rekke prosesser både i personene selv og i det sosiale miljøet de er del av. Summen av dette har resultert i nye spor, nye levevaner knyttet til fysisk aktivitet og kosthold.

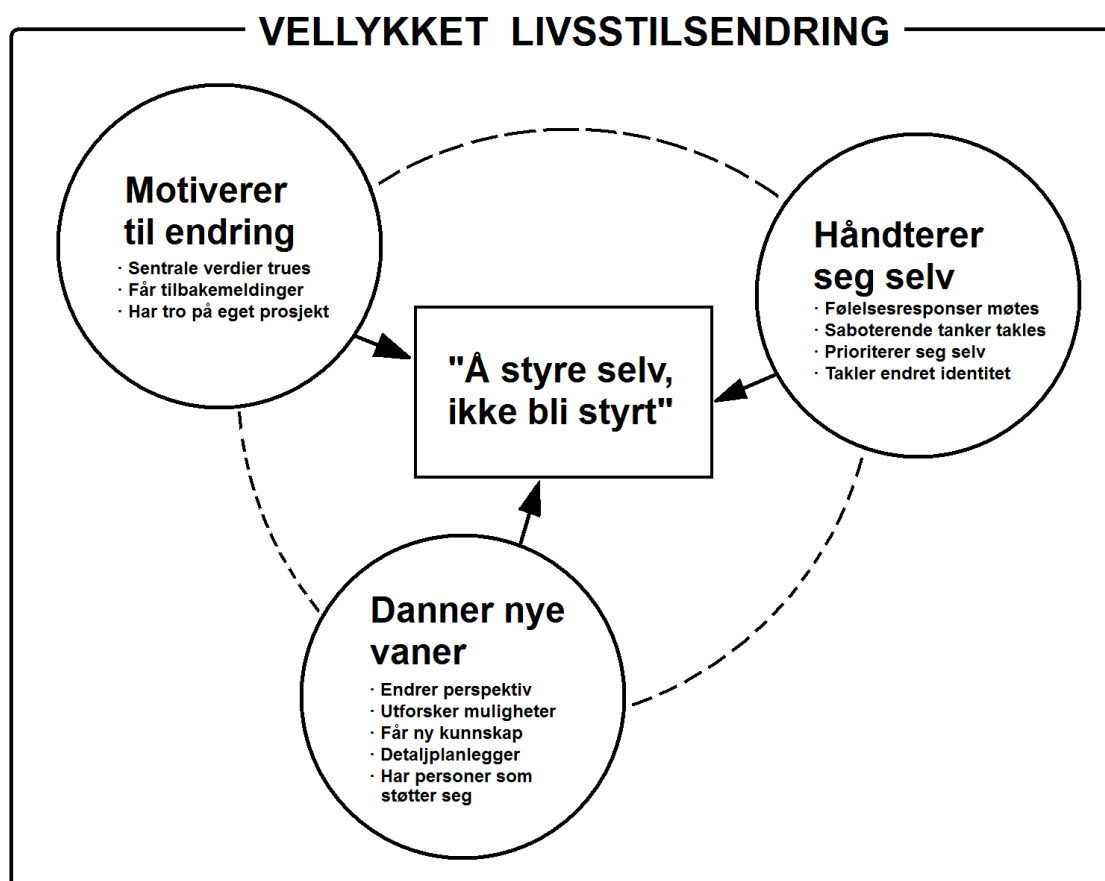
Deltakerne forteller om hvordan deres motivasjon har bygget seg opp underveis og blitt forsterket i samspillet med andre. De har med andre ord ikke alltid hatt uttalt tiltro til egen endringsprosess fra starten av, samtidig som deres erfaringer har bidratt til at de har hatt en visshet om at de er i stand til å gjennomføre endringer. Drivkraften som underveis er mobilisert, har gitt energi til ønsket om å endre livsstil og bidratt til retning og innhold i deres valg av handlinger. Nye vaner er utviklet, noe som har skjedd gjennom et langt løp med konkret planlegging, prøving og feiling. Også disse prosessene er utviklet i et samspill med andre, der andre viktige personer har vært sentrale aktører som har understøttet deres endringsprosesser. Egen erfaring og kunnskap har vært sentrale elementer for at deltakerne utøver ny atferd over tid. Gjennomgående har de snakket mye om at nøkkelen til en vellykket endringsprosess handler om å bli i stand til å håndtere egne tanker, følelser og livserfaringer, og dermed utvikle mer selvkontroll i hverdagen. Det har også vært helt nødvendig å gi mer plass til seg selv og sine behov for stimulans og utvikling. I dette ligger det en bevisstgjøring som resulterer i det å kunne sette grenser, ta beslutninger og utøve mer hensyn til seg selv. Deltakerne snakker gjennomgående om at det er i eget hodet det må skje endring, fordi de erfarer at alt styres herfra. De snakker da om sine tanker og innstillinger.

I det følgende presenteres resultatene gjennom de tre utviklede kategorier. Deres egenskaper og dimensjoner beskrives gjennom tilhørende subkategorier. I analyseprosessen og ut fra datamaterialet har følgende kjernekategori vokst frem:

## **5.1 Kjernekategori: Å styre selv, ikke bli styrt**

Det som kjennetegner endringsprosessen i sin helhet er hvordan hovedpersonene selv har utviklet større grad av kontroll og håndterbarhet i egne liv, og da knyttet til alle de prosesser som ligger til grunn for å utvikle nye vaner innen kost- og aktivitet. Kjernekategorien beskriver her den grunnleggende sosiale prosessen det er å lykkes med å endre levevaner. Det oppleves at den fanger essensen i dataene, at den står for det meste av variasjonene i data og derfor også kan relateres til de tre kategoriene. Å styre selv kan være et uttrykk for det å ta rollen som sjef i eget liv. Det innebærer her å utøve lederskap i sin hverdag og sitt liv, ta en rekke valg og evne det å omsette mål og ønsker til handling. Prosessen frem mot det å ta styringen selv, kan knyttes til alle de nødvendige delprosesser beskrevet i kategoriene. Sakte men sikkert har de jobbet med å utvikle mer kontroll og større evne til å regulere livet, både det som skjer på innsiden og i det ytre miljøet. Det handler om selv å være i førersetet og ha ”kontroll over spakene”, og ikke la seg drive tilsynelatende uten vilje og handlekraft i kjølvannet av følelser, impulser og manglende kompetanser. Å kunne styre selv, innebærer å ha energi i form av motivasjon, makt i form av kunnskaper og ferdigheter til å utøve ønskede handlinger og også det å ta ansvaret for egen helse gjennom å vurdere hva og hvordan hverdagen best leves i forhold til egne verdier og mål.

”... det er i grunn det jeg har vært veldig bevisst på..... så nå har jeg jo holdt på i godt over tre år.... så åra går jo... så jeg føler nå... at jeg har kontroll... hvis jeg kan si det sånn da.... at jeg har kommet over den kneika... jeg er jo ikke i mål..... langt i fra.... men.... men jeg har kommet over en kneik... nå har jeg kontroll..... nå vet jeg på en måte hva som skal til... det opplever jeg egentlig.....”.



Figur 1: Modell av resultatene

## 5.2 Motiverer til endring

Denne kategorien viser hvordan deltakerne opplever å bli motivert til å gjennomføre en livsstilsendring. Kategorien består av tre subkategorier som ytterligere fordyper forståelsen for deres motivasjonsprosess. Det er særlig opplevelsene av å komme til kort og ikke fungere i hverdagen som har ført til at de tenker at en endringsprosess bare må gjennomføres. Deltakerne opplever også hvordan deres helse og velvære trues på grunn av deres levevaner. De kjenner seg nærmest tvunget til å endre sin livsstil for å kunne bevare sin helse og trivsel, samt det å kunne leve et verdifullt liv. Noen frykter sykdom, andre frykter det å bli avhengig av andres hjelp og noen det at de rett og slett vil dø tidlig hvis endringer ikke gjøres. Motivasjonen til å delta på livsstilskurs har variert fra det å ikke ha særlige forventninger i det hele tatt, til det å være topp motivert til å starte

en endringsprosess. Når de har kommet i gang med livsstilsendringene, merker deltakerne at det gir resultater i form av bedre fysisk form, mer overskudd og bedre selvbilde, noe som ytterligere forsterker deres motivasjon. Også den direkte støtten fra andre personer påvirker motivasjonen positivt, noe som også inkluderer den kontakten og kontrollen som helsepersonellet har representert. Deres tro på egne evner og muligheter til å gjennomføre de endringer de ønsker, har også vært en sentral drivkraft til å stå på og jobbe hardt.

## **Sentrale verdier trues**

Deltakerne opplevde at viktige verdier i deres liv var i ferd med å forstyrres og ødelegges på grunn av overvektens konsekvenser. De sentrale verdiene handler om helse, relasjoner, mestringsevne og selvbilde. Flere av deltakerne var ikke lenger i stand til å utføre sin jobb, eller de opplevde det svært anstrengende og utrygt i jobbsituasjonen. Opplevelsen av ikke å kunne leve opp til forventinger fra andre og fra dem selv, var sterk og stressende. Sykmeldinger, bytte av jobb og uførhet ble konsekvensen. Opplevelsen av redusert mestringsevne ble beskrevet ut fra mange situasjoner og ble opplevd som svært uønsket og problematisk. De klarte ikke å leke med barn og barnebarn som før, overskuddet til et vanlig familieliv var sterkt redusert og dagligdagse oppgaver som å knytte skolisser, gå til bussen eller gå en tur ble vanskelig å gjennomføre. Det gikk utover seksuallivet og parforholdet i det hele. En stor og tung kropp gav betydelige smerter og bevegelsesbesvær, og det ble tungt og utmattende å bruke kroppen til fysiske gjøremål. Flere opplevde at det ble vanskelig å finne passende og fine klær og at de kom inn i en negativ sirkel der estetikk og forfengelighet ble satt til side. Noen beskriver de opplevde seg selv som ekkel, følte seg uvel, var flau over seg selv og at det var som å miste selvrespekten, ja miste seg selv. Flere ville finne seg selv igjen, ville bli glad i seg selv igjen, for det var ikke tilfelle nå. De beskriver at det å miste opplevelsen av å føle seg vel, være attraktiv og ha et rimelig godt selvbilde, det var ikke til å leve med. For noen deltakere var overvekten et hinder for det å være sosial, og de forteller at de trakk seg unna sosiale fellesskap selv om dette i seg selv var en viktig del i livet deres generelt. De fleste deltakerne fryktet det å få sykdom, noe som de allerede opplevde i ulik grad. De sier at denne trusselen var skremmende, særlig fordi man ikke forventer slik sykdom i deres alder.

*”Ja, da så jeg ut fra jobbsammenheng..... at jeg ikke klarte ikke å henge helt med..... så at jeg hele tiden... jeg brukte utrolig mye krefter på å... å ..... ja henge med rett og slett i jobb sammenheng..... og ble veldig ,veldig sliten og .....ja tok til tårer og sånne ting..... som er slitsomt i forhold til familie og alt..... at en er utslitt når en komme hjem fra jobb..... og bruker liksom alle kreftene dine der ikke sant, og... jeg jobber med barn..... og så vil de at du sitter på gulvet og leker, kjører togbane og sånn og det er jo greit..... men hvis da en toåring klatrer opp på en stol ..... så klarer jeg ikke..... jeg er ikke kjapp nok til å komme på bena igjen. Så jeg..... eh..... dette er ikke trygt rett og slett, og når du får en sånn følelse av at du ikke mestrer det rett og slett..... jeg er så .....eh..... så tung i rompa... jeg kan rett og slett ikke klare å gjøre disse tingene..... så du må liksom hele tiden sitte på en lav stol..... så den som er på gulvet føler at du er der og samtidig og.....du bruker utrolig mye krefter..... ja du skal ut på tur..... og trille vogn..... og problemer med ryggen... det er tungt... og du skal på en måte ikke vise at du er sliten og..... vil gjerne framstå som at en mestrer..... så...”*



## Får tilbakemeldinger

Deltakerne forteller at tilbakemeldinger er med å gjøre de motivert. De snakker da om både det de selv erfarer med egen kropp, og det som formidles fra andre personer. Deltakerne forteller hvordan det inspirerer og motiverer, det å oppleve at egen innsats gir resultater i form av bedre kondisjon, bedre bevegelighet, reduserte smerter, mer overskudd, sterkere kropp og gladere humør. De opplever å mestre fysiske aktiviteter som de ikke trodde de skulle få til og de opplever å kunne ta tilbake tidligere aktiviteter. En lettere kropp og bedre fysisk form gjør at hindringer er borte og det meste oppleves lettere. Dette er tilbakemeldinger som oppleves helt konkret og beskrives som sterke, gode opplevelser og som motiverer til videre innsats. Flere forteller de har blitt kvitt symptomer på sykdom og har kunnet slutte med medisiner. Deltakerne snakker også mye om betydningen av å få oppmuntrende tilbakemeldinger verbalt, fra kolleger, venner, familie og helsepersonell. Alle små og store ord virker som god energi i deres endringsprosess. Motiverende er det også å se at kroppen endrer seg og det å kunne se bedre ut. Endelig kan de igjen kle seg med fine og smarte klær, i vanlige størrelser, noe som de selv opplever som oppmuntrende tilbakemeldinger og som også andre kommenterer i positive vendinger. For flere av deltakere var også det å få direkte tiltale og en ærlig kommunikasjon på at, nå var det på høy tid å gjøre noe, det var det som virkelig gav de et spark til å komme seg videre. Nesten alle har snakket om at det å bli kontrollert i en eller annen form, det å bli sett i kortene av helsepersonell, det har vært viktige faktorer for å styrke deres bevissthet og motivasjon. Former for tilbakemelding er alt fra det å registrere aktivitet og kosthold, veining og det å ha samtaler. De ønsker å ha denne kontakten videre som en kontroll og dialog over tid, og sier det ville styrket deres motivasjon ytterligere.

*”jeg har opplevd det veldig, veldig bra... det har jeg... for når jeg ser på ... for det første den helsemessige gevinsten... at jeg har fått blodtrykket helt ned... for det har jeg.... jeg klarte å forebygge diabetes... jeg har en hvilepuls på under 50.... så jeg er i knallform..... det er ikke et ork å knytte skolissa..... jeg..... jeg løper opp..... jeg har energi til å jobbe og leke med ungene.... så det er så mye gode ting med det..... og helsa er viktig for oss. Har du ikke helsa..... hva da?... så for meg har det vært en helsemessig gevinst.... veldig..... det har det altså..... så det har vært et veldig pluss”*

## Har tro på eget prosjekt

Deltakerne møtte til livsstilsprogrammet på sykehuset med ulike forventninger og de forteller at de ikke visste med sikkerhet hva de gikk til. De hadde derimot mange års erfaring med å gjøre endringer, for kortere og lengre perioder. Deltakerne beskriver at tidligere erfaringer knyttet til ulike former for fysisk aktivitet gjorde at de var sikre på at de ville klare å komme i gang med trening igjen. Erfaringene deres tilsa at dette fikser de, dette kan de få til. Deltakerne snakket også om egenskaper som stahet, vilje, psykisk styrke, evne til å ha kontroll og at de har gode erfaringer med å være utholdene, og derfor hadde tro på sitt eget endringsprosjekt. Flere beskriver seg som gjennomførere, når de første bestemmer seg for noe.

*”Jeg er litt sånn person at jeg får sånne skylapper.... og at når jeg først bestemmer meg for noe..... så gjennomfører jeg det.... jeg er nok en sånn person.... både i jobb..... før så gjorde jeg det i jobben på en måte..... hadde veldig mye mål der..... og så klarte jeg det å..... ja.....”*

### **5.3 Danner nye vaner**

Denne kategorien viser hvordan deltakerne har vært handlingsrettet og konkrete i sitt arbeid med å etablere nye kost- og aktivitetsvaner. Kategorien består av fem subkategorier som viser ulike aspekter ved det å danne nye vaner. Deltakerne har ut fra tidligere erfaringer erkjent at de er nødt til å endre perspektivet for hvordan de må jobbe med endringer og i forhold til hva som faktisk må til. De har gjentatte erfaringer med at avgrensede skippertak ikke fungerer på lang sikt og at det hele handler om å velge en livsstil som de kan leve godt med, hver dag resten av livet. De har måttet jobbe med å skille mellom hverdag og fest, samt endre på en rekke matvarer, handle- og spisemønstre. Deltakerne har testet ut mye nytt, både hva gjelder aktivitet og kosthold. De har vært aktive og skaffet seg ny erfaring, oppdaget nye aktiviteter og matvarer som kan fungere godt for dem. De har med andre ord fått utvidet sitt repertoar hva gjelder både kosthold og fysisk aktivitet. Deltakerne har vært konkrete og planmessige på de områdene hvor endringer skulle gjøres. I tillegg har de erfart at vaneendring krever øvelse, at det tar tid, mye lenger tid enn opprinnelig tenkt. De opplever også at gleden over de nye vanene kommer først etter en stund. De forteller at mye av kunnskapen om hva som er sunt, er noe de har hatt rimelig oversikt over fra før, og at de derfor ikke har lært så mye konkret nytt. Noen oppdagelser og nye innsikter har det likevel blitt for flere, mens de først og fremst har jobbet med å omsette det de vet, til praktisk handling. I denne sammenheng forteller de at de har blitt utfordret både på ferdigheter og holdninger.

### **Endrer perspektiv**

Deltakerne forteller de har gjort en sentral erkjennelse som innebærer to vesentlige perspektivskifter, og derfor fått et annet fokus for hvordan de skal endre sine levevaner. For det første har de endret forståelsen på hva selve endringsprosessen handler om. Deltagerne har lang erfaring med at kurer og dietter som er gjennomført, og de er mange, kun har kortvarig effekt. Ved avsluttet diett legger de i tillegg på seg alle kiloene som de først har tatt av seg og gjerne litt til. Deltakerne har derfor nå fokusert på at livsstilsendring ikke er en kur, men et levesett de skal kunne gjennomføre hver dag og resten av livet. De har beveget seg bort fra det ekstreme og asketiske og over til en normal hverdag som skal oppleves god og som er til å leve med på lang sikt. De har vært opptatt av å kunne tillate seg gleder i livet, kose seg med god og usunn mat, men lære seg å skille på hverdag og helg. For det andre, de har skiftet eller jobber med å skifte fokus på hva resultatet av en livsstilsendring skal være. Mange gikk inn i behandlingsopplegget med ett hovedfokus, nemlig å redusere vekten betydelig, og det relativt kjapt. Etter hvert som prosessen skred frem, ble fokuset utvidet til å omfatte mye mer enn egen kroppsvekt. Deltakerne snakker om hardt arbeid, vilje til å jobbe med

seg selv og det å gjøre en rekke valg i forhold til levevaner som er bra for dem selv og som på sikt gir god helse. For deltakerne handler dette også om vektreduksjon, men kanskje ikke så mange kilo som de først hadde håpet på, og heller ikke i den lynfarten de drømte om.

*”...ja, et annet fokus ja... helt klart.... du må .....jeg går ikke på et Grete Rohde kurs.... jeg går på et kurs som skal vare livet ut... .... dette jeg begynte på er noe jeg skal gjøre resten av livet mitt... og det er det som er endringen..... og det er det som er mestringen”*

## **Utforsker muligheter**

Deltakerne har i endringsperioden testet ut mye nytt og derfor skaffet seg mange nye erfaringer. Dette gjelder både aktivitetsformer og det å smake på mat de tidligere ikke har likt eller som de aldri har smakt på. Gjennom den praktiske tilnærningen oppdaget deltakerne nye ting som de liker og som de kan fortsette med, både av kostvaner og aktivitet. Deltakerne forteller at valg av fysisk aktivitet må styres ut fra om det er lystbetont og om det er noe du kan trives med over tid. Det har vært viktig å få teste ut trening innenfor trygge rammer. Noen har vært usikre på hvor hardt de kan presse seg uten at det er farlig, og noen har vært usikre på hva de kan gjøre av aktivitet i forhold til smerter de kjenner i kroppen. Profesjonell veiledning og det å få teste ut dette innenfor trygge rammer, har vært viktig for å bli mer aktiv. Deltakerne har også måttet prøve ut ulike typer aktiviteter, og flere har oppdaget at de mestrer mer enn de på forhånd hadde tro på. Dette har åpnet for at de faktisk velger nye former for fysisk trening, som det å tørre å gå i et helsestudio for å trene. Deltakerne forteller det har vært viktig for deres videre kostvaner at de har blitt introdusert for nye smaker. Den praktiske matlagingen har vært avgjørende for at deltakerne går i gang med å lage ny og annerledes mat hjemme. De har også fått erfare at det er like kjapt, enkelt og godt og lage sunnere alternativer enn det de selv har pleid å lage av hurtigmat. Her har de også fått mange nye gode tips, og flere ønsket mer tid til praktisk matlaging. Både når det gjelder fysisk aktivitet og det å lage mat, så har det å få gjøre dette i praksis, vært en viktig del av å etablere nye vaner.

*”Det jeg lærte mest sånn i forhold til trening var jo at.... det at.... ja det var jo ingen som døde selv om vi var blå i hodet.... jeg mener at vi tåler faktisk mye mer enn det du tror. Altså når du går en tur alene hjemme ikke sant... hvis du ikke går sammen med noen.... og hvis jeg puster litt mye i en bakke... så slakker du liksom litt ned.... for du orker ikke den der pustinga liksom.... det blir så slitsomt å... mens nå følte jeg jo at jeg lærte at det gjør faktisk ingen ting å puste litt..... og vi har bare godt av det”*

## **Får ny kunnskap**

De fleste deltakerne forteller at de på forhånd har hatt tilstrekkelige fakta kunnskap om hva sunt kosthold er og hva de bør gjøre av fysisk aktivitet. Det meste er kjent fra før og de vet derfor hva de bør gjøre, men å gjøre det, er utfordringen. Kunnskapen har de fått

gjennom et langt liv og fra mange ulike hold. Ikke minst er et massivt trykk gjennom media en kilde til å bli minnet om hva som er sunt og usunt sier de. Likevel har mange fått nye oppdagelser, spesielt i forhold til energiinnholdet i ulike typer matvare. De har ikke tenkt over at mange av matvarene de har ment er bra, har inneholdt så mye energi. Resultatet er at mange har blitt mer bevisst på hva de kjøper og hva de spiser. De har også lært å lese og forstå mer av deklarasjonene på matvarene.

*”Fikk a-ha opplevelse på hvor mye du egentlig skal slite for å få forbrent noe som helst....sanne ting.... og så bare det å bytte ut sanne små ting...fra fet ost....til litt magrere ost.....hvor mye det egentlig hadde å si..... de viste lett syltetøy og hvor mye sukker det var i det.....ikke sant....og det trodde jeg egentlig man bare kunne spise.... trodde ikke det var noen ting..... sanne ting gikk opp for meg....og er blitt mye mer bevisst på... og den der kontinuiteten i trening.....du kan ikke bare ta et skippertak en helg og om en måned igjen ta et nytt skippertak... det er nesten det samme som null....ja”*

## **Detaljplanlegger**

Deltakerne har jobbet mye med å planlegge og konkretisere det som skal endres, både i forhold til fysisk aktivitet og kosthold. De har konkretisert sine mål, vært opptatt av å sette seg realistiske mål som kan nås, også innenfor en relativt nær tidshorison. Konkretiseringen har vært på detaljnivå, både i forhold til hva de skal gjøre og når de skal gjøre det og på hvilken måte de skal gjøre det. Deres aktivitetsnivå er økt, og gjelder alt fra daglig aktivitet til organisert trening. For å få til treningen, har flere sørget for å gjøre avtale med andre personer som kan være med å trene, presse og oppmuntre dem. Avtalene er gjort i god tid, slik at det gjennomføres. Dette har vært venner eller personlig trener. Når det gjelder kostholdet, har deltakerne byttet ut en del matvarer til magrere produkter, de spiser mer grønnsaker og frukt, har endret måltidsrytmene slik at de spiser frokost og videre ca hver tredje til fjerde time. De har også begrenset total mengde mat som inntas. De lager ikke lenger større mengde middag enn hva de skal ha, og spiser derfor ikke opp restene. Det samme gjelder for volum av godteri, som nå er forbeholdt til fest og til kos i helgene. De har ikke lenger godteri tilgjengelig i skapene, men har i stedet sunnere alternativer hvis fristelsen blir for stor. De forteller at de også har lagt om handlemønsteret ved å foreta matinnkjøp sjeldnere, gjerne en gang i uka, og da etter handleliste. Dette gir mindre impuls kjøp og resulterer i planlagte og sunnere alternativer. Deltakerne har tatt i bruk kreative metoder for å avlære seg uvaner, som for eksempel ulike påminnelser om alternative handlinger. Deltagerne forteller de bruker dette i typiske fristelsessituasjoner hvor de på forhånd har planlagt hva og hvordan de kan hjelpe seg selv til å velge andre konkrete handlinger. I sum har de struktur på seg selv, lager planer og forbereder dagene og det de skal gjøre i endringsfasen, det krever disiplin sier de.

*”Du må rett og slett sånn helt konkret sette deg ned å forandre. Jeg hadde en skål på kjøkkenbenken som jeg hadde full av lapper over ting som jeg liker å gjøre.... sånn at når jeg var på vei inn på kjøkkenet .....i stedet for å gå i et skap... så trakk jeg en lapp..... der det stod .....last ned en sang på datene.....les kapittel i ei bok...gå ut å vann blomstene..... altså et eller annet ....gjør noe. Det er ofte de to sekundene du bare*

*må få snudd. Så jeg har brukt sånne praktiske ting for å prøve å komme ut av den motorveien som jeg sa....”*

## **Har personer som støtter seg**

Deltakerne er tydelige på at støttende nettverk er avgjørende for at de har fått til endringer. Dette dreier seg om alt fra deres aller nærmeste familie, venner, helsepersonell og andre personer i samme situasjon. Flere av deltakerne forteller at de bevisst har valgt å være åpne om problemene og hva de holder på med, noe de sier har vært et bra valg og til god hjelp for dem selv. De har opplevd å få støtte, veiledning, avlastning, praktisk hjelp, oppmuntring og et ytre positivt press. Noen deltakere forteller det at deres endringsprosess faktisk har kostet en del for resten av familien ved at disse har måttet forsake noe for å støtte ekstra opp i perioder. Gruppene de har deltatt i gjennom livsstilsprogrammet, har for de fleste vært gode møter der de får snakke med andre i samme situasjon og kan dele erfaringer. Deltakerne forteller det ligger en stor gjenkjennelse for hverandres situasjon, og at det gir en god opplevelse å vite at en ikke er alene om problemene. Unisont er opplevelsen av å skulle hatt tilgang til støtte over enda lenger tid fra helsepersonell. Denne kontakten skulle vært der med jevne mellomrom over flere år, fordi deltakerne mener det betyr en forskjell å bli sett i kortene, det å vite at noen følger med deg og har forventninger til deg. Spesielt i perioder der ting går litt tyngre, så mener deltakerne at det skulle vært en god hjelp å beholde kontakten med de profesjonelle, til vanene har satt seg bedre.

*”...de har betydd veldig mye. Nå var jo jeg åpen om at nå begynner jeg en prosess, så nå... og har forklart og hvorfor jeg i perioder.....jeg har vært nedfor og fraværende.....fordi at det sliter på meg... men har alltid på en måte folk som ringer og spør om jeg vil gå på tur.... fordi de vet jeg trenger den der.....”*

## **5.4 Håndterer seg selv**

Denne kategorien handler om hvordan deltakerne har jobbet med å ta tak i eget liv og egne utfordringer for å klare å gjøre nødvendige og ønskede endringer av levevaner. Kategorien består av ytterligere tre subkategorier som viser flere aspekter ved det å mobilisere egne krefter og ferdigheter til ta beslutninger og til å klare å gjennomføre nødvendige handlinger og endringer. Deltakerne forteller at det er her deres hovedjobb ligger, for å mobilisere ressurser til å gjennomføre endringer av egen livsstil. Ulike livshendelser har for mange blitt en tung bagasje som har ført til redusert psykisk helse. Dette handler om alt fra alvorlige krenkelser, grov omsorgssvikt, opplevde tap i sårbare perioder, til det å ha lært uvaner i egen barndom fra kanskje ubevisste voksne. Triste følelser og mange negative tanker har for flere hatt betydning for hvordan deres spisemønstre har utviklet seg. De forteller at det er spesielt maten som har vært et middel til å dempe et indre ubehag, uten at dette har vært en bevisst handling eller noe de har vært klar over at de gjør. Deltakerne har jobbet med å bli godt kjent med seg selv og det å håndtere egne tanker og følelser på en bedre måte, og det å få kontroll over handlingene. Å jobbe med økt bevisstgjøring og forståelse av sammenhenger mellom

følelser, tanker og handlinger har vært viktig, noe flere forteller de har trengt mye hjelp og støtte til. Deltakerne har også jobbet med det å bli mer klar over sine sterke sider og fokusere på dem, for å dra nytte av dette i egne endringsprosesser.

## **Følelseresponser møtes**

Mange har snakket mye om den psykiske bagasjen som de har med seg, og forteller om ulike belastninger i livet som har vært sterke bidragsyttere til deres problemer med overvekt. For noen handler det om omsorgssvikt, mobbing, overgrep og tap av nære, viktige personer. Deltakerne forteller om hvordan disse opplevelsene bare har blitt forsøkt glemt, og hvordan de har blitt hentet inn igjen av triste følelser, negative tanker om seg selv, følelse av skam og skyld og det at deres egne tanker stadig devaluerer dem selv i ulike situasjoner. Noen forteller hvordan de i tidlig barndom har lært vaner som siden har blitt et stort problem, for eksempel det at mor brukte mat som trøst, allerede fra tidlige barneår. Mange av deltakerne har i denne endringsprosessen oppdaget at de har et unormalt forhold til mat, og at mat og følelser har blitt koplet sammen på u hensiktsmessige måter. De spiser, og gjerne veldig usunne ting, når de kjenner på denne indre uroen, når de er lei seg, når de er trøtte, spente og triste. Inntaket kan skje i store mengder og ukontrollert. Noen spiser i det skjulte, og de skammer seg. De opplever å bruke maten som en trøst og at maten demper ubehaget en stund. Flere av deltakerne beskriver seg som trøstespisere, noen som overspisere og som personer som har en form for spiseforstyrrelse. Fra tidligere har ikke vært klar over de sammenhenger som de her har forklart. De har fått en a-ha opplevelse underveis i programmet, en større selvinnsikt og bevissthet på sammenhenger. Flere har søkt hjelp hos psykolog og annen terapi for å jobbe med disse erfaringene og opplevelsene, for å komme seg videre med håndteringen av eget liv.

*” Det er ikke bare maten...det er mye mer...det psykiske.....og det man har vokst opp med...at det betyr like mye i forhold til hvorfor man har såkalt feila. Jeg har hatt en tøff oppvekst... begge foreldrene mine... spesielt min far har vært alkoholiker og mor som har vært periodealkoholiker.... og jeg har vært barn i mellom som har passet på dem og de andre... og tidlig mor selv og... fått mye ansvar hele veien.... så det var lettere å passe på alle andre enn å passe på seg selv..”*

## **Saboterende tanker takles**

Mange av deltakerne forteller om hvordan negative tanker preger dem, at tankene frister til uønsket handling, at tankene snakker stygt til dem, de lyver og gjør det vanskelig å endre vaner. De forteller også at disse øyeblikkene hvor valgene om å spise mye og usundt tas, ofte skjer så fort og automatisk at de ikke rekker å forstå hva som har foregått før det hele er gjort. Deltakerne forteller at mye av deres jobb med å endre vaner har handlet om å ta tak i det å håndtere egne tanker og følelser, få kontroll og ferdigheter til å gjøre noe med dette. Noen forteller de har jobbet mye med innstillingen sin, ikke dvelt ved det negative og det som har skjedd, men lære seg å fokusere på veien videre og nye muligheter. Veldig mange har snakket om at det er i hodet det sitter, det er tankene som må snus, og at dette er hovedjobben til endring. Flere har i denne

sammenheng fokusert på økt selvinnsikt og bevissthet omkring deres sterke sider, for at dette kan brukes bevisst når tanker devaluerer en.

*”Og den lille sabotøren sitter og ..... du var jo flink til å gå tur i dag, ikke sant.... du har lov å unne deg litt ikke sant ..... og lurer meg ikke sant... at du tar noe allikevel, ikke sant..... Det er jo bare liksom å få opp øynene..... og jeg er langt i fra i mål, men jeg føler jo at jeg ser det nå....”*

## **Prioriterer seg selv**

Deltakerne forteller om hvordan de mange overgangene mellom faser i livet har bidratt til endringer og til dagens situasjon med overvekt og inaktivitet. Det handler om en hverdag som fylles med flere fokus enn seg selv, og for deltakerne har særlig overganger fra ungdom til voksen, fra singelliv til partnerskap og til det å få barn, betydd større endringer. Dagene deres ble fylt opp med andre aktiviteter og de fikk hektiske liv med dårligere tid, mer stress og mindre alenetid. De forteller at dette har medvirket til at de ikke lenger tar særlig hensyn til egne behov og derfor har kommet ut av vanene med en fysisk aktiv hverdag. Prioriteringene har blitt annerledes. Deltagerne har erfart at skal de klare å endre sine levevaner, må de prioritere egne behov foran andres, noe de nå oppfatter er helt greit og ikke egoistisk, slik de selv har tenkt tidligere.

*” Vi valgte treningstimer på tre dager i uka... og fikk det som vane... var litt egoistiske... at altså mandag er det trening, onsdag er det trening og på fredag .... ferdig med det. Det holdt vi på... forsaket andre ting ....”*

## **Takler endret identitet**

Deltakernes endringsprosess har for flere resultert i at kroppen har endret seg betydelig i størrelse, og at dette har vært en utfordring å takle. De forteller at det tar lang tid å venne seg til den nye utgaven av seg selv og at de fortsatt ser og tenker på seg selv som tykke og overvektige. Personen de oppfatter å se i speilet er fortsatt den gamle, til tross for at det faktisk er en tynnere utgave de betrakter. At det ikke har vært bare positive følelser knyttet til denne endringen, har kommet uventet på dem, og har vært vanskelig å takle. De forteller om perioder som har vært ganske mørke og tunge. Deltakerne forteller de trenger å jobbe for å mestre denne siden av prosessen også, som handler om periodene der det følelsesmessig svinger i mer mørke fargenyanser.

*” .... men når jeg så meg i speilet tok det mye lenger tid før jeg klarte å se meg sånn.... det var rart..... at jeg så meg som stor veldig lenge etterpå. Når jeg skulle ut å kjøpe klær.... så jeg etter bare store størrelser... jeg så ikke etter det jeg ikke var liksom.... det var en prosess.... å klare å snu da... ja.... sånn var det..... egentlig litt rart..... men for meg var det sånn...for det var en periode ..... jeg var veldig sånn... tung... og ... det var rart at en skulle .... du hadde mestrer noe..... og så opplevde du at du ble litt sånn på humøret litt mørkere, mindre glad, lo mindre..... for det er vel riktig å si at overvektige folk er folk med humor og mye latter. Noe av det sa folk rundt meg at de opplevde. Det*

*var en beste kamerat som sa at "du er ikke så morsom lenger..... hva har skjedd?"..... så jeg ble litt tung .... men det opplever jeg nok at det har snudd litt.... på en måte.... og det var noe av greia.... men jeg har jo snakket med andre som har gått gjennom ting... så de..... sier jo det samme.... så det er noe man må ta med....Før så.... når man opplevde de tunge ting.... så tok man maten som en sånn belønning.... ok... nå er det en tøff tid... så nå kan jeg spise masse og kose meg.... men nå må jeg velge heller å ta en hard sykkel tur eller jeg må finne andre måter å møte det på da.... og det har jeg jo klart å gjort gjennom treninga for min del..... så er det jo fylt opp noe av det.... men langt i fra alt.... for maten er jo..... det er tøft.... det er godt.... ja.... det gir jo....ja.... litt sånn belønning på en måte”*

## 6 DISKUSJON

### 6.1 Studiens resultat

Studien tok utgangspunkt i personer som hadde lyktes med å endre sine kost- og aktivitetsvaner for å få mer innsikt i hvordan de både har opplevd og håndtert endringsprosessen.

Fellesnevneren for de prosesser som her er generert, kan se ut til være det å utvikle kompetanse slik at de håndterer både tanker, følelser og praktiske handlinger og opplever å ha stor grad av kontroll i forhold til hva de spiser og hvordan de gjennomfører daglig fysisk aktivitet. Summen av endringsprosessen er sammensatt, hvor sykehusets intervensjon er kun en del.

Denne grunnleggende og gjennomgående prosessen kan forstås som en empowermentprosess, som for øvrig er et kjernebegrep i relasjon til folkehelse og helsefremmende arbeid (Tveiten, 2007). Empowerment kan beskrives som prosesser der individets (gruppers) kapasitet styrkes i forhold til å ta valg og omsette valgene til ønskede mål og handlinger (The World Bank Group, 2011). Empowermentprosessen representerer sånn sett alle elementer fra det å motiveres til å ta en beslutning og til å omsette dette til handling. Denne studien har hatt et individperspektiv, vel vitende om at strategiske tiltak må rettes inn mot de sosioøkonomiske faktorer. Det utelukker imidlertid ikke behovet for økt kunnskap om hvordan endringsprosesser best lykkes på et individnivå, for senere å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak.

Psykologisk empowerment (empowerment på individnivå) handler om individets mulighet til å ta beslutninger og ha kontroll over sitt liv, det handler om selvkontroll, tro på egen evne og mulighet for mestring (Tveiten, 2007). Dette er beskrivende for kjerneprosessen i det som foreligger av resultater i denne studien, det å kunne styre selv, det å ha kontroll over sitt liv og det å kunne mestre. Og hva forteller resultatene om hvordan de har blitt empowered?



Flere av konseptene som kom frem i analysen, kan forstås som prosesser som styrker kapasiteten til å ta valg. Deltakerne har eksempelvis jobbet med egen innsikt og bevissthet i forhold til deres spisemønstre. Det å bli klar over hvorfor de spiser som de gjør, oppdage at opplevd sult ikke nødvendigvis er biologisk sult, det har vært et første steg mot å kunne reagere annerledes på sult impulser enn å respondere med å spise. Ny kunnskap er også en faktor som har styrket deres kapasitet i å ta nye valg og endre vaner. De forteller om overraskelser og aha-opplevelser knyttet til ny innsikt om hvilken energimengde som ulike matvareprodukter faktisk gir. De forteller at de ikke har hatt kunnskap om dette og heller ikke hatt tanker om hvilke store forskjeller det faktisk utgjør å velge litt smartere og annerledes når de handler. Som følge av denne nye innsikten har mange matvarer blitt skiftet ut til magrere alternativer. Gjennom ny kunnskap og økt innsikt har de styrket sin kapasitet til å ta valg som er helsemessig sunnere, og på dette området opplevde de ikke vært nevneverdige barrierer for å omsette valget til handling.

En kan også se på deres aktive utforskning, det å lage mat og det å prøve ulike typer aktivitet, som en metode som har styrket deres kapasitet til faktisk å gjennomføre ønsket atferd på et senere tidspunkt. Det er slik de forteller det selv, at uten disse erfaringene, hadde de ikke kommet på at det gikk an eller tatt det skrittet det er å prøve noe nytt. De har fått et bredere repertoar, erfart at de kan mestre og deres kapasitet til å omsette til handling ble økt.

Banduras sin teori om mestringsforventning kan også brukes til å forklare hvordan deres kapasitet er blitt styrket. Mestringsforventning handler om en persons evne til å sette seg konkrete handlingsmål og ha en klar forventning om å kunne gjennomføre målene (Bandura, 1986). Det handler altså om en tro på egne evner til å utføre handlinger som er nødvendige for å mestre ulike situasjoner i fremtiden. Bandura (1986) omtaler denne positive forventningen som avgjørende for hvordan personer tenker, opplever og handler i konkrete situasjoner. Teknikker som brukes for å styrke denne tro, er mestringsopplevelser, modellering, overtalelse og det å gi fysiologiske kompatible erfaringer (Michie et al., 2008). Studiens deltakere har nettopp fått styrket sin mestringsstro gjennom egne erfaringer og ved å se andre i gruppen mestre.

Kapasiteten til å omsette ønsker og valg til konkret handling, ble også styrket gjennom det å jobbe konkret med handlingsplaner, planer som inneholdt detaljerte mål og beskrivelser på hva og når de for eksempel skulle trene. Gjennom resultatene kommer det frem at de i vesentlig grad har jobbet praktisk med å omsette valg og mål til konkrete handlinger. Prosessen har vært en aktiv fase der de som aktører har planlagt, testet ut og utført. For denne gruppen kan det se ut til at veien til å etablere nye vaner har gått gjennom praktiske arbeid, utforskning og gjentatte forsøk.

Fungerende empowermentprosesser vil i følge Askheim og Starrin (2007) bidra til at personer bli i stand til å motarbeide krefter som holder dem nede og de får mer kontroll og styring i eget liv. Personene må selv være aktive i prosessen, ingen kan gjøre noen andre "empowered". Gjennom empowermentprosessen vil personer opparbeide seg styrke og kraft til å komme seg ut av avmakten ved hjelp av maktfordeling, medvirkning og opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv (Askheim and Starrin, 2007).

Når man i empowermentprosessen omtaler en kapasitet til å ta valg og omsette til handling, så er det rimelig å forstå mobiliseringen av motivasjon som del av denne prosess. Motivasjonsprosesser har vært et sentralt konsept i de vellykkede endringsprosessene, og særlig har dette vært drivende når deltakerne opplevde at sentrale verdier var truet. Truslene de opplevde, berørte mange områder; det å overleve, helse, relasjoner, selvbilde, selvrespekt og det å mestre jobb, familieliv og vanlig hverdagsaktiviteter.

Flere av de sosial-kognitive modellene beskriver nettopp slike trusler som determinanter for atferd. Eksempelvis ut fra Health belief modell (HBM), vil atferd ha tendens til å komme som respons på en sykdomstrussel vurdert i forhold til om en bestemt atferd vil motvirke trusselen. Graden av trusselen vil tolkes ut fra oppfattet mottakelighet og oppfattet alvorlighet av konsekvensene. Modellen snakker også om ulike triggere for å reagere, og det kan være indre triggere som symptomer, eller ytre stimuli som informasjon og råd fra andre. Modellen antar også at motivasjonen er viktig, og at noen mennesker er predisponert til å reagere på slike triggere på grunn av verdien de setter på sin egen helse (Conner and Norman, 2005).

Også Protection motivation theory (PMT) forklarer hvordan ytre trusler determinerer atferd som en konsekvens av vurderingen mellom selve trusselen og muligheten for mestring. Trusselen vurderes også her i forhold til mottakelighet og alvorlighet, mens mestringsvurderingen innebærer å se på atferdsalternativer som kan redusere trusselen (responseeffektivitet) samt vurdering av egen evne til å utføre en nødvendig handling/atferd (self-efficacy). Sammen virker disse to vurderingsprosessene til å skape responser i form av intensjoner. Faktisk atferd antas å være en funksjon av intensjoner (Conner and Norman, 2005).

Det er verdt å legge merke til at informantene hadde kommet ganske langt i sin utvikling av uhelse før truslene utløste atferdsendring. Truslene var blitt realiteter som berøvet de eller reduserte sentrale verdier i livene deres. Det sosiale livet var påvirket i stor grad, relasjoner led og selv bar de på konsekvenser som smerter, lavt selvbilde, skam, dårlig fysisk form, dårlig søvn og sykdommer relatert til overvekt. Noen klarte ikke lenger jobben sin og var på ulike trygdetiltak. Som tidligere beskrevet, gir de sosial-kognitive modellene på helseatferd en forklaringsmodell på hvordan intensjoner oppstår, og disse er på mange måter sluttproduktet på motivasjonsfasen. Sterke intensjoner korresponderer likevel ikke alltid med atferd.

Selv om deltakerne i studien opplevde å være sterkt motivert fordi viktige verdier i livene deres over tid har vært truet, betyr ikke det at intensjonen omsettes i atferd. En metaanalyse som så på sammenhenger mellom intensjoner og atferd, rapporterer at en gjennomsnittlig korrelasjon mellom intensjon og atferd er på 0,53 (Sheeran, 2002). Det betyr at nesten halvparten av de som har intensjoner om en atferd, likevel ikke gjennomfører atferden.

Et moment som kan være med å forklare deres vellykkede omsetting til handling, kan ligge i bruken av implementeringsintensjoner. I følge Conner og Norman (2005) er dette en viktig mekanisme for å få til handling. Intensjoner om mål indikerer *hva* en vil gjøre mens implementeringsintensjoner spesifiserer *når, hvor og hvordan* en vil gjøre det

(Conner and Norman, 2005). Implementeringsintensjoner er såkalte *hvis – så* planer som kopler gode muligheter for handling med aktiviteter, kognitive- eller konkret atferd, som vil være effektive i å støtte opp om mål (Conner and Norman, 2005). Deltakerne har gitt mange slike eksempler gjennom planer som; hvis jeg skal handle mat - så skal jeg handle alt jeg trenger for en uke, hvis jeg skal spise godteri – så skal det kun skje på fredagen, hvis jeg får akutt lyst på snop i kveld – så skal jeg heller gå meg en tur. Deltakernes praktiske handlingsplaner kan også forstås som implementeringsintensjoner, og deltakerne brukte dette for eksempel til å konkretisere når de skulle trene, hvor og hvordan treningen skulle gjennomføres. I følge Conner og Norman (2005) vil implementerings intensjoner sette folk i stand til både å *se og gripe* muligheter til å oppnå målene deres.

*The modell of action phase, MAP*, gir et teoretisk rammeverk til å forstå implementerings intensjoner (Heckhausen and Gollwitzer, 1987), at måloppnåelse her er basert på distinksjonen mellom det å forme intensjoner (motiveres/målsetting) og det å realisere intensjoner (realiseringen/viljen til). Prinsippene som styrer de to prosessene er kvalitativt ulike. Forming av intensjoner ledsages av personers oppfatning om ønsker og gjennomførbarhet, mens realiseringen handler om initieringen av og jakten på målet, en prosess som fremmes både av bevisste og ubevisste prosesser. Implementeringsintensjoner ser ut til å virke bare når atferden det er snakk om, representerer en viljesbestemt utfordring, og virker mest sannsynlig når det er snakk om vanskelige oppgaver eller når folk har problemer med å regulere sin atferd (Conner and Norman, 2005). Utgangspunktet for deltakerne i studien er at de har strevd med å regulere sin atferd og samtidig har de hatt mål og ønsker om hva som skulle forandres. De har jobbet med å forme hvis-så planer og med dette hatt en type beredskap for hva de skal gjøre i ulike situasjoner. En psykologisk forklaring på hvorfor det å forme implementerings strategier fremmer måloppnåelse, er fordi personer da er perseptuelt klare til å reagere på triggere spesifisert i hvis- komponenter i planen, og fordi triggerne da fremkaller spesifiserte responser raskt og uten særlig behov for bevisst oppmerksomhet (Conner and Norman, 2005).

I hvilken grad implementeringsstrategier bidrar til atferd, er for øvrig avhengig av en rekke faktorer. Spesifikke evner, ressurser og omgivelser vil bestemme om intensjon omsettes til atferd, og det skjer kun hvis personen har reell kontroll over utførelsen av atferden. Deltakerne i studien brukte tid og energi på å utforske aktiviteter og gjennom dette fikk de en opplevelse av faktisk kontroll. I trygge rammer fikk de erfare at dette får de til. For noen av deltakerne ble kontrollen opparbeidet gjennom det å få kunnskap om og trygghet for at det ikke er fysiologisk farlig å presse seg fysisk. Sannsynligheten for at atferden gjentar seg er derfor styrket.

Omgivelsene kan også påvirke og endre implementeringsintensjoner slik at man gjør noe helt annet. Evidens viser at situasjoner kan aktivere mål og atferd utenfor en persons bevissthet, særlig når mål involverer kortsiktige følelsemessige innsatser (som det å si nei takk til en fristelse) eller krever mobilisering av innsats (må gå vekk fra situasjonen). Da er folk mer svake for å velge fornøyelige og presserende alternativer (Conner and Norman, 2005). Resultatene fra analysen kan forstås i lys av denne måten å forklare utfall av atferd på, i fristelsessituasjoner. Delvis skjer det ubevisst, og

preferansen til det umiddelbare og fornøyelige har tendens til å sette implementeringsintensjoner til side.

Conner og Normann (2005) forklarer også at hvis man ikke legger energi og engasjement i planleggingen, kan det raskt bidra til at planlagt atferd ikke skjer. Mange relevante og forberedende aktiviteter må gjennomføres for at det egentlige målet skal oppfylles. Typiske eksempler på dette er at studiens deltakere velger å ikke kjøpe inn godteri annet enn til helga, eller at de passer på å ha andre alternativer tilgjengelig som er sunnere. Poenget ser ut til å være at deltakerne har lagt energi i å planlegge, og de har hatt både en plan a og en plan b.

Et hovedkonsept som er fremkommet i analysen, er å klare å håndtere seg selv. Øvelse på selvregulering eller selvledelse har tydelig vært en sentral del av deltakernes endringsprosess. I følge teorier om selvregulering er dette en aktiv, interaktiv prosess med å observere seg selv, vurdere seg selv og det å kunne justere atferden (Bartholomew, 2011). Det skilles altså mellom en oppmerksomhetsfase og en aktiv fase, og en ser ut fra resultatene at deltakerne har brukt tid på å reflektere over egen atferd i ulike sammenhenger (observasjon) og de bruker dette til å øve seg på å agere annerledes (aktiv fase). Denne loopen av tilbakemeldinger er sentral i selvreguleringen, og i følge deltakerne svært viktig for både motivasjonen og det å lære seg ny atferd.

En randomisert kontrollert studie viste at det å supplere selvreguleringstrening til vanlig informasjonsintervensjon hadde effekt på konsumet av frukt og grønnsaker (Stadler et al., 2010). Selvreguleringsteknikker var her vanlige atferds-kognitive komponenter som forming av intensjoner, mestringsforventning, finne fordeler/ulempes og det å både planlegge og jobbe med tilbakefallsmestring.

For deltakerne har selvreguleringsfasen i stor grad handlet om det å bli bevisst på det hva de faktisk gjør. Flere beskriver at de mange ganger gjennomfører ting før de får tenkt seg om eller registrert hva som egentlig skjer. Som beskrevet i teoridelen, er vaner og automatikken i vaner en nødvendighet for et regulert og godt liv. Samtidig opplever deltakerne en destruktiv form for automatikk, det at mye av atferden skjer både ubevisst og impulsivt og kanskje særlig når det gjelder kosthold og spisemønstre.

Denne type atferd kan forstås som en type impulsiv atferd og kan forklares gjennom Reflective-impulsive model (RIM). Her skilles det mellom systemet for refleksjon og impuls. Impulssystemet styrer atferd ved å kople oppfattede stimuli til atferdsskjema som er basert på tidligere læringsassosiasjoner, og har som fokus å søke glede og unngå smerte (Bartholomew, 2011). Det refleksive systemets funksjoner er komplementært til det impulsive og generer vurderinger, beslutninger og intensjoner. Til sammen resulterer dette i atferd. Impulssystemet er alltid aktivt, mens det refleksive systemet handler på intensjoner. Ofte fremkaller det å endre levevaner en konflikt mellom følelser og kunnskap. Personer med lav hemmende kapasitet og som samtidig har sterk preferanse for godteri, er mer mottakelig for fristelser av velsmakende mat, det å spise mer og de er oftere overvektige og fete (Nederkoorn et al., 2010).

Deltakerne i studien forteller om hvordan de har jobbet for å kontrollere sin impulsive atferd, som det å øke sine selvreguleringsferdigheter, det å distrahere seg selv ved å

gjøre noe annet og det å forplikte seg på endringer i andres påhør. Dette siste har de eksempelvis gjort ved å delta i grupper og meddelt sine mål og forpliktelser i andres påhør. De fleste har snakket om at de ønsker seg jevnlig kontroll og det at noen ser de i kortene. Dette er uansett gode metoder til å dempe det impulsive. Når kognitive ressurser reduseres, er det vanskeligere for det refleksive systemet å undertrykke det impulsive. Dette er tilfelle ved generelt lav selvkontroll, når atferden er vane, ved positiv stemning og ved fokus på affektive reaksjoner (Bartholomew, 2011).

Dette leder oss over til deltakernes historier om den psykiske bagasjen som de uttrykker det. Mange har med seg sterke og ubearbeidede opplevelser fra tidligere i livet, ikke en overraskende eller ukjent sammenheng. Det er også kjent at mat i større grad benyttes som trøst og mestring av stress, og det sees en økning av patologisk overspising (Fairburn and Harrison, 2003). Det er enighet om at det finnes en undergruppe med forstyrret spisemønster blant de overvektige, tilvarende alvorlig spiseforstyrrelse. Som beskrevet i teoridelen har omtrent 30 prosent av de overvektige som søker behandling en overspisingsforstyrrelse, BED. Ut fra denne studiens resultater ser vi at deltakerne ofte spiser for å trøste seg eller dempe et indre ubehag, og da særlig med usunn mat. De spiser av og til ukontrollert og i store mengder, uten å være sultne. Noen spiser i det skjulte. De forteller at de har søkt hjelp i form av ulike typer terapi, og sier det burde vært et større fokus på den psykiske helsen. Deltakerne er tydelige på at deres hovedjobb ligger her. I beskrivelsen av behandlingsfilosofien som ligger til grunn for intervensjonen de har deltatt i, fokuseres det ikke på særskilte tiltak rettet mot spiseforstyrrelser. Om dette likevel er innvevd i det som beskrives som kognitiv tilnærming er noe uklart. Ut i fra deltakernes erfaringer oppleves det i hvertfall ikke slik.

Noen studier har funnet at det er hensiktsmessig at man først får kontroll over spiseforstyrrelsen, en behandling som i liten grad påvirker vekten, før en går videre med vektreduksjonsbehandling (Arne and Lier, 2008). I en annen studie har de testet ut et behandlingsprogram for overvektige som har forstyrret spisemønster, basert på kognitiv atferdsterapi med teknikker fra dialektisk atferdsterapi (Arne and Lier, 2008). Intervensjonen var her rettet mot å øke mestringsforventningen, få kontroll over spisemønster og livssituasjon. Et mål var for eksempel å lære hvordan bruke nye ferdigheter til å håndtere negative følelser uten å overspise eller reagere med andre dysfunksjonelle strategier. De oppnådde resultater som ellers beskrevet i litteraturen, og konkluderer med at det trengs mer forskning for å finne ut nytteverdien av kombinert behandling, psykologisk behandling og overvektsreduksjonsprogram.

Det er med andre ord divergerende meninger om psykologisk behandling skal kombineres med vektreduksjonsbehandling, eventuelt om når og hvordan dette skal designes. Dette er også trukket frem i teoridelen med henvisning til et par studier. Utfordringen er uansett at det er vanskelig å vise til gode langtidsresultater på vekt og endret atferd.

Hvis deltakernes endringsprosess sett under ett kan defineres som en intervensjon, har den i hovedsak handlet om å jobbe med selvregulering, motivasjonsprosesser, dannelse av nye vaner og det å bearbeide psykisk uhelse. Til sammen har disse fremmet evnen til å endre atferd og til å ha økt kontroll i hverdagen. De samme elementer er andre i studier assosiert med økt effektivitet av intervensjonene (Greaves et al., 2011). I forhold

til den integrerte sosialkognitive modellen, har alle *må- elementene* vært viktig deler av deltakernes endringer; sterk intensjon, nødvendige ferdigheter og fravær av hindringer som stopper atferd. De har på samme tid jobbet med endringer knyttet til både fysisk aktivitet og kosthold, noe som støttes som effektivt (Shaw Kelly et al., 2006).

Til sammenlikning kan nevnes at Health Empowerment Intervention (HEI) inneholder elementer som fokuserer på i) personlige ressurser og det å bygge selv-kapasitet ii) det å bygge opp sosialt nettverk og kapasiteten på sosial støtte og kontakt iii) det å se på fremgang og oppnåelse av helsemål. Å bygge selv-kapasitet gjøres i denne intervensjonen gjennom å fokusere på formål i livet, egne ressurser, selv-snakke, personlig vekst og selvaksept (Crawford Shearer et al., 2010). Flere av disse elementene har inngått i deltakernes prosesser, både sosial støtte, fokus på egne ressurser og det å endre hvordan man tenker om og snakker til seg selv.

Endringsprosessene ser ut til å være relativt dyptgripende prosesser som handler om personlig vekst og modning. I følge Koelen og Lindstrøm (2005) er det særlig fire konsepter som påvirker individuell/psykologisk empowerment; Fokus av kontroll, lært hjelpeløshet, oppfattet mestringsstiltro og utkommeforventninger (Koelen and Lindström, 2005). Videre sier de at disse konseptene har en felles grunn i følelser av kontroll, som positivt påvirker følelsen av empowerment, som i sin tur påvirker både mentalt og fysisk velvære.

Med dette er vi tilbake til den gjennomgående prosessen som har preget de vellykkede endringsprosessene, utviklingen av og opplevelsen av kontroll.

## 6.2 Kvalitet i kvalitative studier

I hvilken grad studiens resultater er troverdige og overførbare, vil og skal alltid være diskusjoner som reises av forskeren selv og av andre. I en kvalitativ studie blir spørsmålet om validitet i følge Hallberg (2002), en vurdering om hvor sanne de fremsatte kategoriene er i forhold til virkeligheten. Corbin og Strauss (2008) vurderer studiens kvalitet ut fra spørsmålet om troverdighet, som indikerer i hvilken grad resultatene er pålitelige og troverdige tokninger av deltakernes og forskerens erfaringer med fenomenet som er studert.

Kvaliteten av en studie hviler mye på forskerens skikkelighet rent håndverksmessig. I hvilken grad har denne studien en metodologisk konsistens? Forfatteren har forsøkt å tydeliggjøre alle prinsippene som er fulgt i prosessen, fra utvalg, inkludering og gjennomføring av intervju og analyser.

Intervjusituasjonen krever god kompetanse fra intervjuerens side, både relasjonsmessig og i det å være dyktig til å få den andre til å fortelle. Dette har vært i fokus for denne studien, også det å være bevisst på forskjellene mellom forsknings- og terapeutiske intervju. Erfaringer fra denne studien er at dette fort kan bli en hårfin balanse, noe som krever en bevissthet og årvåkenhet fra intervjuerens side. Forfatterens forståelse av det som kom frem i intervjuene, ble sjekket underveis i form av oppsummeringer som

deltakerne justerte eller bekreftet. På denne måten ble misforståelser oppdaget. At intervjueren er trent i kommunikasjon og intervjueteknikk, oppfattes som en styrke.

Noen av de transkriberte intervjuene i denne studien, inklusive påregnede koder og kategorier, er lest og vurdert av veilederen. Dette for å styrke troverdigheten til resultatene.

Det er mulig at de som er intervjuet, i kraft av å være spurt på bakgrunn av at de har lyktes med å gjøre endringer, ikke har fortalt eller fokusert på det som ikke har gått så bra. Det var ikke mye fokus på tilbakefall, selv om det også ble omtalt. Det er imidlertid ikke inntrykket at de har skjult det som har vært vanskelig, idet de relativt raskt kom inn på følsomme og vanskelig tema, områder som representerer barrierer for endringer.

Det at intervjuene ble gjort i to sekvenser med ett års mellomrom, kan ha vært negativt. Kanskje har forfatteren glemte en del av erfaringene knyttet til selve intervjusituasjonen. Samtidig har det å gå gjennom lydbandopptakene bidratt til å huske detaljer og stemningen fra intervjusituasjonen gjennom stemmegjenkjenning og det å minnes hvem personen var. Tiden har på en annen side gitt rom for mye refleksjon og modning knyttet til datamaterialet.

Rent teknisk har lydopptakene fungert godt. Opptakene var av meget god kvalitet og det var ingen problemer å forstå hva som ble sagt.

En forskers forforståelse vil alltid påvirke en forskningsprosess. I denne studien har forfatteren forsøkt å forstå og tolke ut fra det som faktisk er sagt, fra rådata, uten at egen forforståelse skal være til hinder for å se, oppdage og forstå. I denne prosessen har memoene vært en støtte til å reflektere i ”bredden og i høyden”, og i det å kunne tenke ”ut av boksen” og forsøke å se de fremvoksende konseptene fra ulike perspektiver. Prosessen har hele tiden vært å gå tilbake til rådata for å se om sammenhengene fortsatt var der og på denne måten sjekket analyseresultatenes rimelighet og pålitelighet.

Kategoriens egenskaper og dimensjoner er i resultatene beskrevet og underbygget med sitater fra deltakerne, alt for å synliggjøre konseptenes underliggende substans og logikk og muliggjøre vurderinger av studiens kvalitet.

### **6.3 Studiens anvendbarhet**

I følge Glaser (1978) finnes det noen sentrale kriterier for å bedømme anvendbarheten av en fremkommet teori. Teorien må ”passe” og ha relevans, hvilket betyr hvor godt kjernekategoriene beskriver prosessene som er studert og hvor godt kjernekategoriene klarer å reflektere variasjonene i data (Glaser, 1978). I tillegg må teorien ”fungere”. Dette forstås som evnen til å forklare, forutsi og tolke handlinger relatert til prosessene som er studert.

Kvale (1997) omtaler ekstern validitet, det vil si i hvilken grad resultatene kan være gyldige for andre enn de som deltok i studien. Modellen som her er utviklet, er uansett ikke noe annet enn substantiv teori. Det betyr at studien er gjennomført med et smalere fokus og spesifikke forskningsspørsmål og grundet i et studiefenomen i en bestemt

kontekst, i motsetning til formell grundet teori som vil kunne ha overføringsverdi (Corbin and Strauss, 2008).

Vel vitende om at atferdsfeltet er svært omfattende og med en lang historie av teori og forskning, var forventningen om å finne løsningen på endringsgåten relativt dempet. Samtidig har gruppen av informanter gitt oss innsikter i hva som har vært deres viktigste prosesser for å lykkes med livsstilsendring. Innholdselementene hver for seg kan knyttes til allerede kjent kunnskap. Kanskje finnes det et lite potensial for at studiens resultat som er kombinasjonen av de tre hovedkonsepter, kan tas med i drøftinger når intervensjoner skal redefineres og videreutvikles.

## **6.4 Videre forskning**

Å endre livsstilsvaner er sammensatte og relativt kompliserte prosesser. Som denne studien viser til, har vi manglende kunnskap om hvordan vellykkede livsstilsendringer gjennomføres, når vi snakker om det i et langtidsperspektiv. Det er behov for mer forskning som kan gi oss kunnskap om effektive virkningskomponenter i definerte kontekster og som gir resulater på lengre sikt.

## **7 KONKLUSJON**

Vellykket livsstilsendring er en psykologisk empowermentprosess med vekt på prosesser omkring selvregulering, motivering, psykisk uhelse og det å danne nye vaner.

## **8 TAKK**

En stor takk rettes til deltakerne som takket ja til å bli intervjuet og gjennom det har delt av sine erfaringer, tanker og følelser.

En stor varm takk også til min veileder Ulrika Hallberg for meget god veiledning og støtte i prosessen.

Tusen takk til avdelingen som har gjort jobben med å rekruttere informanter.

Takk også til arbeidsgiver, Sørlandet sykehus HF, som har gitt meg muligheten til personlig og faglig vekst ved å gjennomføre denne mastergraden.



## 9 REFERANSER

- ARNE, S. & LIER, Ø.H. 2008. Et behandlingstilbud for pasienter med overspisingslidelse. *Tidskrift for norsk psykologforening* 2008 • 45 • 460-463; from [http://www.helse-bergen.no/aktuelt/nyheter/Documents/TNPF\\_04%2008\\_Arne\\_Lier.pdf](http://www.helse-bergen.no/aktuelt/nyheter/Documents/TNPF_04%2008_Arne_Lier.pdf)  
Assessed 13 April 2012
- ASKHEIM, O. P. & STARRIN, B. 2007. *Empowerment: i teori og praksis*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- AVENELL, A., NATIONAL CO-ORDINATING CENTRE FOR, H. T. A., NHS, R. & PROGRAMME, D. H. 2004. *Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement*, Tunbridge Wells, Gray Pub. on behalf of NCCHTA.
- BANDURA, A. 1986. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Prentice-Hall.
- BARTHOLOMEW, L. K. 2011. *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*, San Francisco, Jossey-Bass.
- BIRKS, M. & MILLS, J. 2011. *Grounded theory : a practical guide*, Los Angeles, Calif. ; London, Sage.
- BUCKROYD, J. & ROTHER, S. 2008. *Psychological responses to eating disorders and obesity : recent and innovative work*, Chichester, England; Hoboken, NJ, John Wiley & Sons.
- CARELS, R. A., DARBY, L., CACCIAPAGLIA, H. M., KONRAD, K., COIT, C., HARPER, J., KAPLAR, M. E., YOUNG, K., BAYLEN, C. A. & VERSLAND, A. 2007. Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 26, 369-74.
- CHARMAZ, K. 2006. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*, London, Sage.
- CLARK, M., HAMPSON, S., AVERY, L. & SIMPSON, R. 2004. Effects of a brief tailored intervention on the process and predictors of lifestyle behaviour change in patients with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 9, 440-449.
- CONNER, M. & NORMAN, P. 2005. *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, Open University Press.

- COOPER, Z., DOLL, H. A., HAWKER, D. M., BYRNE, S., BONNER, G., EELEY, E., O'CONNOR, M. E. & FAIRBURN, C. G. 2010. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 706-713.
- CORBIN, J. M. & STRAUSS, A. L. 2008. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- CRAWFORD SHEARER, N. B., FLEURY, J. D. & BELYEA, M. 2010. Randomized Control Trial of the Health Empowerment Intervention. *Nursing Research* *Nursing Research*, 59, 203-211.
- CURIONI, C. C. & LOURENCO, P. M. 2005. Long-term weight loss after diet and exercise: a systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 29, 1168-1174.
- DADDARIO, D. K. 2007. A review of the use of the health belief model for weight management. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 16, 363-6.
- DANNER, U. N., AARTS, H. & DE VRIES, N. K. 2008. Habit vs. intention in the prediction of future behaviour: The role of frequency, context stability and mental accessibility of past behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 47, 245-265.
- DE ZWAAN, M. 2001. Binge eating disorder and obesity. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity.*, 25, S51-S55.
- FAIRBURN, C. G. & HARRISON, P. J. 2003. Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-16.
- FHI Fedmeepedemi i Norge. 2012;, from [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,2686:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:61210::1:5567:11:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2686:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:61210::1:5567:11:::0:0) Assessed 17 Mars 2012
- FHI Folkehelse rapport 2010 Helsetilstanden i Norge. Rapport 2010:2;, from <http://www.fhi.no/dav/0161795966.pdf> Assessed 19 September 2011
- GLASER, B. G. 1978. *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*, Mill Valley, Calif., Sociology Press.
- GLASER, B. G. & STRAUSS, A. L. 1967. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Chicago, Aldine.
- GREAVES, C., SHEPPARD, K., ABRAHAM, C., HARDEMAN, W., RODEN, M., EVANS, P., SCHWARZ, P. & THE, I. S. G. 2011. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*, 11, 119.

- GRØHOLT, E.-K., STIGUM, H. & NORDHAGEN, R. 2008. Overweight and obesity among adolescents in Norway: cultural and socio-economic differences. *Journal of Public Health*, 30, 258-265.
- HALLBERG, L. R. M. 2002. *Qualitative methods in public health research: theoretical foundations and practical examples*, Lund, Studentlitteratur.
- HECKHAUSEN, H. & GOLLWITZER, P. M. 1987. Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motiv Emot Motivation and Emotion*, 11, 101-120.
- HELSEDIREKTORATET Utviklingen i norsk kosthold 2010. Rapport 2010; from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingen-i-norsk-kosthold-2010---kortversjon/Publikasjoner/utviklingen-i-norsk-kosthold2010-kortversjon.pdf> Assessed 03 Januar 2012
- HOD Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid, St.meld.nr.47. 2009 Helse- og omsorgsdepartementet.
- HOLLOWAY, I. 2008. *A-Z of qualitative research in healthcare*, Wiley-Blackwell.
- HUTCHISON, A. J., BRECKON, J. D. & JOHNSTON, L. H. 2009. Physical Activity Behavior Change Interventions Based on the Transtheoretical Model: A Systematic Review. *Health Education and Behavior*, 36, 829-845.
- HUNT Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08). HUNT forskningscenter Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU 2011; from <http://www.ntnu.no/hunt/kommunedata> Assessed 01 April 2012
- JALLINOJA, P., PAJARI, P. & ABSETZ, P. 2008. Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 455-462.
- KAZDIN, A. E. 2008. *Behavior modification in applied settings*, Long Grove, Illinois, Waveland Press.
- KOELEN, M. A. & LINDSTRÖM, B. 2005. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, S10-S16.
- KVALE, S. 1997. *Den kvalitative forskningsintervjun*, Lund, Studentlitteratur.
- LIPPKE, S. & ZIEGELMANN, J. P. 2008. Theory-Based Health Behavior Change: Developing, Testing, and Applying Theories for Evidence-Based Interventions. *Applied Psychology*, 57, 698-716.

- MEYER, H. E. & TVERDAL, A. 2005. Development of body weight in the Norwegian population. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*, 73, 3-7.
- MICHIE, S., JOHNSTON, M., FRANCIS, J., HARDEMAN, W. & ECCLES, M. 2008. From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. *Applied Psychology*, 57, 660-680.
- MILIO, N. 1986. *Promoting health through public policy*, Ottawa, Canadian Public Health Association.
- NEDERKOORN, C., HOUBEN, K., ROEFS, A., JANSEN, A. & HOFMANN, W. 2010. Control yourself or just eat what you like? weight gain over a year is predicted by an interactive effect of response inhibition and implicit preference for snack foods. *Health Psychol. Health Psychology*, 29, 389-393.
- NILSEN, S. M., KROKSTAD, S., HOLMEN, T. L. & WESTIN, S. 2010. Adolescents' health-related dietary patterns by parental socio-economic position, The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *The European Journal of Public Health*, 20, 299-305.
- NNR Integrating nutrition and physical activity. Nordic Nutrition Recommendations 2004. 4th edition. 2004; from <http://www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2004-013/excerpt>  
Assessed 03 Januar 2012
- NOAR, S. M., BENAC, C. N. & HARRIS, M. S. 2007. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 673-93.
- PATE, R. R., PRATT, M., BLAIR, S. N., HASKELL, W. L., MACERA, C. A., BOUCHARD, C., BUCHNER, D., ETTINGER, W., HEATH, G. W., KING, A. C., KRISKA, A., LEON, A. S., MARCUS, B. H., MORRIS, J., PAFFENBARGER, R. S., PATRICK, K., POLLOCK, M. L., RIPPE, J. M., SALLIS, J. & WILMORE, J. H. 1995. Physical Activity and Public Health. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- PEDERSEN, P. V., KJØLLER, M., EKHOLM, O., GRØNBÆK, M. & CURTIS, T. 2009. Readiness to change level of physical activity in leisure time among physically inactive Danish adults. *Scandinavian Journal of Public Health*.
- RIEBE, D., GARBER, C. E., ROSSI, J. S., GREANEY, M. L., NIGG, C. R., LEES, F. D., BURBANK, P. M. & CLARK, P. G. 2005. Physical Activity, Physical Function, and Stages of Change in Older Adults. *American Journal of Health Behavior*, 29, 70-80.

- SHAW KELLY, A., GENNAT HANNI, C., O'ROURKE, P. & DEL MAR, C. 2006. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003817/frame.html>.
- SHAW KELLY, A., O'ROURKE, P., DEL MAR, C. & KENARDY, J. 2005. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003818/frame.html>.
- SHEERAN, P. 2002. Intention-Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12, 1-36.
- SOCIALSTYRELSEN Folkhälsorapport 2009. Artikelnr 2009-126-71 2009;, from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71> Assessed 25 December 2012
- STADLER, G., OETTINGEN, G. & GOLLWITZER, P. M. 2010. Intervention effects of information and self-regulation on eating fruits and vegetables over two years. *Health Psychology Health Psychology*, 29, 274-283.
- STAMATAKIS, E., WARDLE, J. & COLE, T. J. 2009. Childhood obesity and overweight prevalence trends in England: evidence for growing socioeconomic disparities. *International Journal of Obesity*, 34, 41-47.
- SUNDHEDSSTYRELSEN Center for Forebyggelse. Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt - Forslag til løsninger og perspektiver. 2003;, from [http://www.sst.dk/publ/publ2003/SST\\_national\\_handlingsplan.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2003/SST_national_handlingsplan.pdf) Accessed 04 Januar 2012
- THE WORLD BANK GROUP 2011. Overview. What is empowerment?;,from <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPOWERMENT/0,,contentMDK:20272299~menuPK:546167~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:486411,00.html> Assessed 12 April 2012
- TVEITEN, S. 2007. *Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowermentprosessen*, Bergen, Fagbokforl.
- VERPLANKEN, B. & AARTS, H. 1999. Habit, Attitude, and Planned Behaviour: Is Habit an Empty Construct or an Interesting Case of Goal-directed Automaticity? *European Review of Social Psychology*, 10, 101-134.
- WEINER, B. 1986. *An attributional theory of motivation and emotion*, New York, Springer-Verlag.

WHO Obesity and overweight fact sheet No 311. 2011;, from  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> Assessed 03  
Januar 2012

YILMAZ, J., POVEY, L. & DALGLIESH, J. 2011. Adopting a psychological approach to obesity. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 25, 26.

## 10 VEDLEGG

### 10.1 Invitasjonsbrev

#### **Til deg som har gjennomført program for livsstilsendring**

Vil du delta i en studie som skal finne ut hvordan personer som har lykket med å endre livsstilsvaner, håndterte og opplevde endringsprosessen? Med livsstilsvaner mener vi her fysisk aktivitet og kosthold. Studiens hensikt er å få en dypere innsikt i selve endringsprosessen til personer som har lykket med å gjøre endringer, en kunnskap som i neste omgang kan bidra til at helsetjenester utformes som virksomme tiltak for aktuelle personer/ målgrupper.

Studien du inviteres til å delta i, gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og er en del av undertegnede masterstudie ved den Nordiska högskolan för Folkhälsovetenskap i Göteborg.

#### **Hva innebærer deltagelse i studien?**

Om du har anledning til å være med i studien, ber vi deg om å delta i et intervju som tar ca en time. Intervjuet vil handle om ulike sider ved prosessen det er å endre sine levevaner knyttet til fysisk aktivitet og kosthold. Samtalen spilles inn (tas opp på bånd), og vil danne grunnlag for studiens analyse. Målet er å komme frem til en essens av hva alle intervjupersonene meddeler av kunnskap og erfaring. Hele studien gjennomføres i løpet av ca 6 måneder, og resultatene presenteres i egen rapport og søkes publisert i vitenskapelig tidsskrift.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg, brukes kun slik som beskrevet ovenfor. For å kunne tilfredsstille kravet om personvern, vil alle opplysningene bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Alt som berører intervjuene omfattes av krav til konfidensialitet og taushetsplikt. Intervjuet som er spilt inn, blir renskrevet etter samtalen, aidentifisert og kodet. Dette betyr at ditt navn blir erstattet med en kode slik at du ikke kan identifiseres. Båndene oppbevares avlåst på annet sted enn kodingsnøkkelen, og kun den ansvarlige for studien vil få tilgang til denne "nøkkelen". Det betyr at ingen uvedkommende kan se hvem som har deltatt i studien. Opptakene, lydfile og datamateriale oppbevares på Sørlandet sykehus HF i 5 år etter studiens slutt, for deretter å slettes. Når data fra studien publiseres, kommer ingen navn eller andre opplysninger som kan identifiseres til en enkelt person, til å være med i rapporten.

#### **Frivillig deltagelse.**

Din deltagelse i studien er helt frivillig og du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke og avbryte din deltagelse. Dette påvirker ikke behandlingen/rehabiliteringen du får i spesialisthelsetjenesten.

Om du bestemmer deg for å delta på intervjuet, vil vi gjerne du at godkjenner din medvirkning ved å signere og returnerer samtykke-erklæringen (eget ark) i vedlagte svarkonvolutt. Vi kontakter deg i tilfelle for mer informasjon.

Om du har spørsmål, må du gjerne kontakte noen av oss som er ansvarlig for undersøkelsen. Vårt telefonnummer er vist nedenfor.

**Rett til innsyn og sletting av opplysninger.**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

**Informasjon om utfallet av studien.**

Som deltaker har du rett til å få informasjon om resultatet av studien. Hvis dette er av interesse, avtaler vi at du får tilsendt rapporten når den er godkjent for publisering.

Ansvarlige for studien er

Mirjam Smedsrød  
MpH student Nordiska högskolan  
För folkhälsovetenskap, NHV  
Leder Regionalt LMS  
Sørlandet Sykehus HF  
Mob.nr +4795892321

Ullrika Hallberg  
DrPh, universitetslektor, docent  
Nordiska högskolan för  
folkhälsovetenskap, NHV  
Veileder i prosjektet  
tlf +4631693956

Vennlig hilsen

Mirjam Smedsrød, dato  
Sørlandet sykehus HF



## 10.2 Samtykkeerklæring

### Samtykke til deltakelse i studien ”Å lykkes med å endre livsstil”

Jeg er villig til å delta i studien:

-----  
(Signeres av deltaker, dato)

Telefonnummer som du kan treffes på for å gjøre avtale om intervjutidspunkt:

-----  
(Fint om du kan oppgi mobilnummer eller fasttelefon)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signeres av prosjektleder, dato)

## 10.3 Intervjuguide

### Innledning

Fortelle kort om studiens aktualitet og hensikt, bruken av båndspiller mv.  
Gi anledning til spørsmål før selve intervjuet starter.

### Åpningsspørsmål

Fortell litt om hvorfor du ville gjøre endringer

### Hovedområder for samtalen, med mulige intervju spørsmål:

#### Motivasjon

- Fortell om hvorfor det var viktig for deg å gjøre endringer?
- Hva var bra med de gamle vanene (uvanene)/ hva likte du ved dem?
- Hva tenkte du at endringene ville gi deg gevinst?  
(ambivalensutforskning)
- Hva er god helse for deg?
- Hvilke erfaringer fra tidligere hadde du med å endre vaner?
- Hvilke mål satte du deg?
- Hva opplever du forandringene har gjort med deg?

På en skala fra 1 -10, hvor sikker var du på at du skulle klare å nå hovedmålene dine?  
1 = helst usikker, 10 = helst sikker

#### Område Handlingskompetanse

- Fortell om hva du konkret har gjort
  - av endringer ift fysisk aktivitet. Før/nå
  - av endringer ift kostholdet Før/nå
- Hvordan gikk du frem for å nå målene?
- Hva var viktige forutsetninger for at du skulle klare å gjennomføre endringene?
- Hva lærte du av nye ting? (teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter)
- Hva var de viktigste egenskapene/kunnskapene/erfaringene hos deg ift den jobben du skulle gjøre?
- Hva gjør du i dag for å opprettholde de nye vanene?
- På hvilke måter har du fått støtte av venner og familie?
- Hva har nærpersioner/andre betydd i prosessen?

#### Område Tankeprosesser

- Hvilke tanker du har gjort deg underveis i prosessen?

- Hva har du tenkt om deg selv underveis? (selvbildet)
- Har du endret synet på deg selv underveis?  
evt på hvilken måte?
- Er det noe av tankene dine underveis som har vært til hjelp og støtte for deg?
- Hvordan har du snakket med/til deg selv i prosessen?  
(oppmuntrende, selvsabboterende)
- Hva har du fått av undervisning/ veiledning knyttet til kognitive prosesser?

### **Område Endringsprosjektet sett under ett**

- Hvor lang tid har endringsprosessen pågått?
- Hvordan har du, sett under ett, opplevd endringsprosessen?
- Hva savnet du av hjelp og støtte, og hvorfor?
- Hva savner du mest i dag ift før endringene?
- Hva er du mest glad for i dag?
- Hva er god helse for deg i dag?
- Hvilke helsegevinster erfarer du at endringene har gitt deg?
- Har du nådd dine mål?
- Har du nye mål du vil nå?
- Hvordan vil du komme dit?



