

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap
Avdeling Elverum

Maren Mariussen

Masteroppgave

Overvekt og fedme i organisert livsstilsendring – En kvalitativ studie

Overweight and obesity in organized lifestyle
change – A qualitative study

MFHV

Master i folkehelsevitenskap med vekt på livsstilsendringer

Vår 2023

ii. Forord

Jeg er nå ved veis ende i min toåring utdannelse innen studiet folkehelsevitenskap, og denne masteroppgaven markerer en avslutning for meg som student ved Høgskolen i Innlandet.

Disse to årene har vært en lærerik reise hvor jeg har fått mye kunnskap, og dette studiet har bidratt til en personlig vekst og utvikling.

Det er viktig for meg å rette en stor takk til gode støttespillere og bidragsytere som har gitt meg pågangsmot, oppmuntring og motivasjon i perioden under masteroppgaven. Først og fremst vil jeg rette min takknemmelighet til deltakerne som har bidratt med deres velvilje, åpenhet og verdifulle respons. Uten dere hadde ikke denne studien latt seg gjennomføre, så derfor vil jeg rette en stor takk til hver og en av dere. Den neste jeg vil takke er min veileder, Hege Eikeland Tjomsland som virkelig fortjener en enorm takk for at jeg står her med et ferdig produkt i hånden. Du har vært en faglig klippe som gjennom hele prosessen har gitt meg troen på mitt arbeid. Dine konstruktive tilbakemeldinger og faglige fleksibilitet har vært uvurderlig, og du har betydd mye i denne prosessen.

Jeg vil også rette min takk til mine medstudenter for gode og lærerike samtaler. Min nærmeste venninne i masterprogrammet, Ingeborg Rosøy, tusen takk for de utallige timene vi har sittet sammen, og hadde det ikke vært for deg hadde denne perioden vært mye tyngre. Du har bidratt positivt til gode arbeidstimer som jeg virkelig har satt pris på.

Jeg ønsker også å takke mine venner og familie; mor Anita, far Stig, søster Mari og bæssfar Olav. Takk for at dere har hatt troen på meg, støttet meg gjennom samtaler, korrekturlest og jobbet sammen med meg. Jeg er utrolig heldig som har dere. En siste takk går til min kjærer samboer Sindre Prestsveen, takk for din støtte, omsorg, tålmodighet og mange oppmuntrende ord gjennom studiet.

Maren Mariussen

Brumunddal, mai 2023

iii. Innholdsfortegnelse

ii. Forord	I
iv. Liste av tabeller	V
v. Liste av figurer	VI
vi. Sammendrag.....	VII
vi. Abstract.....	VIII
1.0 Introduksjon	1
1.1 Hensikt.....	1
1.2 Bakgrunn	1
1.2.1 Definisjon av overvekt og fedme	1
1.2.2 Overvekt og fedme globalt	2
1.2.3 Overvekt og fedme i Norge	6
1.3 Forskningsspørsmål	12
1.4 Oppgavens struktur.....	12
2.0 Litteraturoversikt.....	13
2.1 Litteratursøk.....	13
2.2 Forskning	13
2.2.1 Helsehus.....	13
2.2.2 Erfaringer og holdninger.....	14
2.3 Kunnskapshull	16
3.0 Teori.....	17
3.1 Rammeverk.....	17
3.1.1 Helsefremmende arbeid	17
3.1.2 Empowerment	19
3.1.3 Psykisk helse	19
3.1.4 Motivasjon.....	20
3.1.5 Mestring	20

4.0 Metode	21
4.1 Kvalitativ metode	22
4.1.1 <i>Fenomenologi</i>	22
4.1.2 <i>Hermeneutikk</i>	23
4.2 Studiedesign.....	23
4.3 Utvalgsstrategi	24
4.3.1 <i>Beskrivelse av deltakerne</i>	24
4.4 Datainnsamling	25
4.4.1 <i>Utforming av intervjuguide</i>	26
4.4.2 <i>Pilotintervju</i>	26
4.4.3 <i>Gjennomføring av intervju</i>	27
4.5 Forskerens forforståelse.....	28
4.6 Dataanalyse.....	29
4.6.1 <i>Transkribering</i>	29
4.6.2 <i>Koding og etablering</i>	30
4.7 Refleksjoner.....	31
4.7.1 <i>Reliabilitet</i>	31
4.7.2 <i>Validitet</i>	32
4.7.3 <i>Generaliserbarhet</i>	33
4.8 Etikk.....	33
5.0 Resultater	35
5.1 Verdensmester i vektendring: både opp og ned.....	35
5.1.1 <i>Inn og ut av bobla</i>	36
5.1.2 <i>Verdensmester i vektendring</i>	40
5.2 Nesten superatlet: I alle fall mer enn før	42
5.2.1 <i>Mer nå enn før, og trives med det</i>	42
5.3 En spiral av følelser	45

5.3.1 Nede i et mørkt rom.....	45
5.3.2 Gøy å kjenne på en mestringsfølelse som voksen	47
5.4.2 En ny giv og inspirasjon	48
5.4 Gamle vaner er vonde å vende	50
5.5.1 Jeg kan faktisk bidra	50
5.5.2 Et ønske om å gjøre endringen selv	51
5.5.5 Egen kappe, eget ansvar	52
5.5.6 Hindringer i veien.....	53
6.0 Diskusjon.....	55
6.1 Diskusjon av resultatene	55
6.2 Funn i lys av et folkehelseperspektiv	60
6.3 Implikasjoner for den organiserte livsstilsendringen.....	60
6.4 Styrker og begrensninger.....	61
6.5 Videre forskning	62
6.6 Konklusjon.....	63
7.0 Litteraturliste.....	65
Vedlegg	73
Vedlegg I: Søkeord.....	73
Vedlegg II: Søkeskjema.....	73
Vedlegg III: Informasjonsskriv og samtykke	74
Vedlegg IIII: Intervjuguide.....	78
Vedlegg V: Godkjenning fra NSD	80

iv. Liste av tabeller

Tabell 1: Kroppsmasseindeks (KMI) og graden.....	side 2
Tabell 2: Befolkningsstudier av fedme i Norge 1900-tallet.....	side 8
Tabell 3: Karakteristikk av deltakerne.....	side 25
Tabell 4: Trinn i analyseprosessen.....	side 29
Tabell 5: Oversikt over hovedtema og subtema i dataanalysen.....	side 35

v. Liste av figurer

Figur 1: Rammeverk for å kategorisere determinanter og løsninger innen overvekt og fedme

.....side 5

Figur 2: Fedme blant begge kjønn, alders- og kjønnsstandardisert tall fra 2016 i utvalgte

vesteuropeiske land.....side 7

Figur 3: Forandring over tid ved forekomst av fedme for den norske befolkningen i en alder

40-45 år.....side 9

vi. Sammendrag

Tittel: Overvekt og fedme i organisert livsstilsendring – En kvalitativ studie

Bakgrunn: Overvekt og fedme er et økende folkehelseproblem blant befolkningen, både nasjonalt og internasjonalt. Dette er en utfordring som er nesten tre ganger så vanlig nå som det var i 1975, og overvekt og fedme kan forebygges, i utgangspunktet med relativt enkle og effektive samfunnsøkonomiske tiltak.

Formål: Målet med denne masteroppgaven er å undersøke og få en bedre forståelse av hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplever å delta i en organisert livsstilsendring.

Metode: Studien benyttet en kvalitativ forskningstilnærming med et fenomenologisk design. Semistrukturert intervju ble benyttet, og utvalget besto av 11 personer i alderen 45-59 år som var under endring av egen livsstil. Intervjuene ble analysert ved bruk av tematiske analyse, og programvaren OpenCode ble benyttet. På bakgrunn av dataanalysen ble det etablert fire hovedtema og ti undertema.

Resultater: Funn fra studien viste at tilhørighet til en gruppe var av stor verdi. For deltakerne var gruppen en støtte, og hadde en forståelse som ikke andre enn gruppemedlemmene hadde. Deltakerne gav uttrykk for savn i tiltaket, blant annet psykolog og tettere oppfølging. Funn fra studien viste også til motivasjon og mestring som en ny og uventet følelse for deltakerne.

Konklusjon: Denne studien har gitt en ny kunnskap om hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplever å delta i organisert livsstilsendring, og endring av deres helse. Opplevelser og erfaringer igjennom organisert livsstilsendring var av stor betydning, spesielt verdien av å ha god tilhørighet til en gruppe. Erfaringer var knyttet til motivasjon- og mestringsfølelse, og opplevelsen av mestring knyttet til livsstilsendringen skapte en glede blant deltakerne. Studien bidrar til å tilføre mer kunnskap og bedre innsikt på tema overvekt og fedme.

Nøkkelord: Overvekt, fedme, livsstilsendring, mestring, motivasjon, opplevelse og erfaring.

vi. Abstract

Title: Overweight and obesity in an organized lifestyle change – A qualitative study

Background: Overweight and obesity are a growing public health problem among the population, both nationally and internationally. This is a challenge that is almost three times as common now as it was in 1975, and overweight and obesity can be prevented, initially with relatively simple and effective socioeconomic measures.

Aim: The aim of this master thesis is to investigate and gain a better understanding of how overweight and obese adults experience participating in an organized lifestyle change.

Method: The study used a qualitative research approach with a phenomenological design. Semi-structured interviews were used, and the sample consisted of eleven people aged 45-59 who were in the process of changing their own lifestyle. The interviews were analyzed using thematic analysis, and the software OpenCode was used. Based on the data analysis, four main themes and ten subthemes were established.

Results: Findings from the study showed that belonging to a group was of great value. For the participants, the group was a support, and had an understanding that no one but the group members had. The participants expressed a lack of the initiative, including a psychologist and closer follow-up. Findings from the study also pointed to motivation and coping as a new and unexpected feeling for the participants.

Conclusion: This study has provided new knowledge about how overweight and obese adult experience participating in organized lifestyle change, and changing their health. Experiences through organized lifestyle change were of significant importance, especially the value of having good belonging to a group. Experiences were linked to feelings of motivation and mastery, and the experience of mastery linked to the lifestyle change created joy among the participants. The study contributes to adding more knowledge and better insight into the subject of overweight and obesity.

Keywords: Overweight, obesity, coping, motivation, experience.

1.0 Introduksjon

1.1 Hensikt

Temaet for denne masteroppgaven er overvekt og fedme blant voksne personer som deltar i en organisert livsstilsendring, og hvordan personene opplever deres egen helse og oppholdet. Studien undersøker hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplever å delta i en organisert livsstilsendring, og hvilke erfaringer de får av en deltakelse.

1.2 Bakgrunn

1.2.1 Definisjon av overvekt og fedme

Overvekt blir definert som en tilstand hvor energilagrene er store i form av fettvev, og energien som lagres skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruket (Torstveit et al., 2018, s. 118). Denne balansen er godt regulert – også hos personer som har lett for å legge på seg. Fedme blir definert som en tilbakefallende, nevrokjemisk og kronisk sykdom hvor det er en økning i både antall og størrelse på fettcellene. Overvekt og fedme henger også sammen med for lite fysisk aktivitet i det daglige og et mindre bra kosthold (Helsedirektoratet, 2010, s. 8). Det som folk fleste forbinder med fedme er en høy kroppsmasseindeks (KMI). KMI er en formel som viser til en balanse mellom høyde og vekt, og dette regnes ut ved å ta vekten til en person og dele den på kvadraten av personen sin høyde i meter (kg/m^2) (Ritchie & Roser, 2017).

En person som har KMI på 25 eller mer vil være i kategorien overvektig. En person med KMI på 30 eller mer vil være i kategorien fedme. Dersom en person har KMI på 40 eller mer er personene i ekstrem fedme-grad 3 kategorien (Helsedirektoratet, 2010). Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Bernadette Kumar og hennes kollegaer (Kumar et al., 2006) klassifiserer KMI hos voksne på følgende måte:

Kroppsmasseindeks (KMI)	Grad
<18	Undervekt
18-25	Normalvekt
>25	Overvekt
>30	Fedme
30-34	Fedme grad 1
35-39	Fedme grad 2
>40	Fedme grad 3

Tabell 1: Kroppsmasseindeks (KMI) og graden (Helsedirektoratet, 2010, s. 12).

1.2.2 Overvekt og fedme globalt

Overvekt og fedme er et økende og komplekst problem blant befolkningen i hele verden hvor globaliseringen fører til økende forventninger, rask utvikling i det sosiale ved siden av fattigdom, sosiale medier og de mulighetene som gir reklame og økende ulikhet som utgjør reelle trusler mot fremtiden (Kleinert & Horton, 2015). Det er viktig å merke seg at overvekt og fedme ikke er en sykdom i seg selv, men en tilstand som gir økt risiko for sykdommer. Det er flere årsaker til at overvekt og fedme forekommer (World Health Organization, 2021b). Verdens Helseorganisasjon (WHO) (2021) viser til at overvekt og fedme er nesten tre ganger så vanlig nå som det var i 1975, og at overvekt og fedme kan forebygges. Overvekt og fedme utgjør mellom 2-6 prosent av alle helsekostnadene i mange land, og denne tilstanden har gått forbi tobakk som har vært den største årsaken til sykdomsbyrder (Swinburn et al., 2011) (World Health Organization, 2021b). Overvekt og fedme er en av verdens største helseutfordringer som gir alvorlige helseeffekter, og med en høy KMI øker risikoen for en rekke livsstilssykdommer som blant annet diabetes, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer og slitasje i både muskler og ledd (HelseNorge, 2020b; Roth, Qiang, Marbán, et al., 2004; Swinburn et al., 2011; Torstveit et al., 2018, s. 118; World Health Organization, 2021a). Økningen av overvekt og fedme hos voksne antas å øke med mer sykkelighet og dødelighet i de kommende tiår (Roth, Qiang, Marbán, et al., 2004; Swinburn et al., 2011).

1.2.2.1 Overvekt- og fedmepandemien

Pandemien innen overvekt og fedme har ført til endringer i befolkningens vekt og deres økte risiko i egen helse, og en årsak til at dette kan betraktes som en pandemi er de omfattende effektene. (Swinburn et al., 2019). Det er tre pandemier som representerer *The Global Syndemic* – Underernæring, fedme og klimaendringer. Disse tre pandemiene påvirker befolkningen over hele verden. *The Global Syndemic* og deres rammeverk er med å representere den viktigste helseutfordringen for mennesker, miljøet og vår planet i det 21. århundre (Swinburn et al., 2019). De utgjør også en syndemi som er en situasjon der to eller flere beslektede og biologiske faktorer jobber sammen for å gjøre en sykdom eller tilstand verre, og det er fordi de oppstår samtidig i både sted og tid. De samhandler også med hverandre for å produsere komplekse tilstander som kommer som en følge av dette (Miller, 2022; Swinburn et al., 2019). *The Lancet* - kommisjonen anbefaler flere og omfattende tiltak for å rette mot fedme og de helseutfordringene som forekommer. Fedmepandemien er nå en av de viktigste helseutfordringene som må prioriteres. Vårt samfunn må reversere fedmepandemien ved å påvirke befolkningens fysiske aktivitetsnivå og kosthold (Kleinert & Horton, 2015).

I høyinntektslandene oppsto fedmeepidemien på 1970 – og 1980- tallet, og samme utvikling har også i ettertid gjort seg gjeldende i mellominntekts – og lavinntektslandene (Swinburn et al., 2011). Først flere tiår etter utbruddet av den globale fedmeepidemien ble politikere mer bevisst over trusler angående fedme og de globale driverne/faktorene til hele befolkningen sin egen helse og velvære. Dette ses i flere nasjonale rapporter og strategiske planer fra flere land, men selv om det er mer bevisst så blir det gjort lite handlinger (Swinburn et al., 2011).

KMI er forskjellig mellom individene, og dette indikerer individuelle modulatorer av energibalanse (HelseNorge, 2020a). Eksempler på dette er for lite søvn og nedsatt kvalitet på søvnen, og dette har vist å ha en viktig betydning for økingen av vekt (Swinburn et al., 2011).

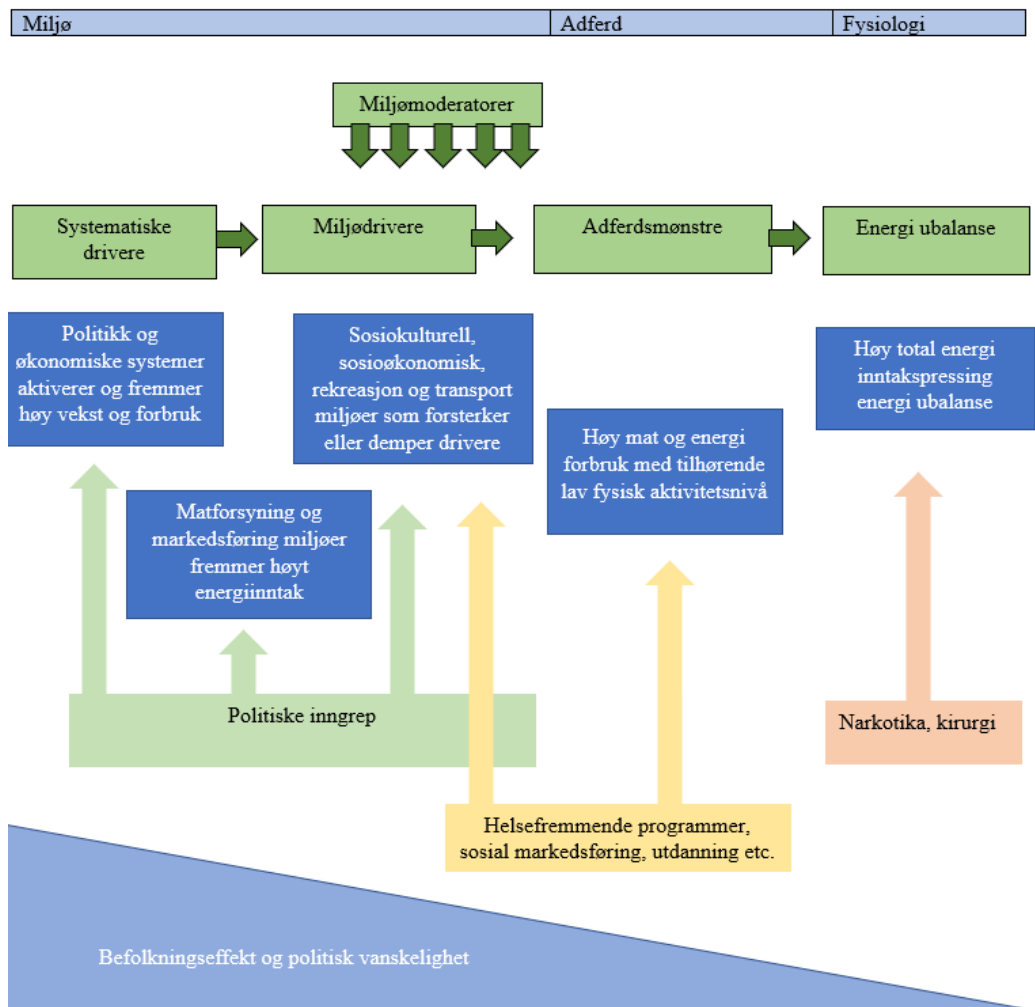
Intervensjoner for å motivere til atferdsendringer kan oppleves som motvirkninger. Det vil si at intervensjonene motvirker sin egen hensikt til overvektige miljøer ved å benytte noen av deres mediatorer, Disse mediatorene kan ha noen viktige og forebyggende effekter for fedme, som blant annet formiddlingseffekt av faktaopplysninger om konsekvenser av fedme (Swinburn et al., 2011). De viktigste strategiene som er tilgjengelig for å påvirke atferden direkte har et mål om å øke motivasjonen til å ta sunnere valg, også det å inkludere sosial markedsføring, helseopplæring og ikke minst helsefremmede program (Swinburn et al., 2011). Intervensjoner som har mål å reversere overvektige drivere vil stort sett bli styrt av politikk. Et eksempel kan være og gjøre sunne valg enklere, det vil si påvirke befolkningen til å ta sunne valg. Miljørettede tiltak som gjelder hele befolkningen har flere styrker sammenliknet med helseopplærings- og promoteringsprogrammer (Swinburn et al., 2011).

Det medisinske tidsskriftet *The Lancet* publiserte sin første serie som omhandler overvekt- og fedmepandemien i 2011, og serien inneholder ulike rapporter og artikler som beskriver opprinnelse, økonomiske og helsemessige byrder (Kleinert & Horton, 2015). Serien i *The Lancet* som omhandler overvekt og fedme å argumenterer for handlinger som kan redusere eller bedre helsen hos mennesker med overvekt og fedme (Swinburn et al., 2011). Denne serien utviklet nye vitenskapelige metoder, og dette ble gjort for å forske kompleksiteten til trusselen som er mot vår folkehelse (King, 2011). Den første rapporten som serien publiserte i 2011 handler om fedmeepidemien og årsaker til økningen av fedme.

Foresight programmet har foregått i over 20 år hvor det har blitt publisert over 30 rapporter. Dette er et program som tar for seg problemer som oppstår i verden og viser til bevis og forskning innen ulike felt (Government Office for Science, 2020). I 2007 publiserte *Foresight* programmet en rapport om fedme. *Foresight* programmet hadde som hensikt å informere og utvikle læring (European Commission, 2017). Et av de viktigste funnene i denne rapporten var at individene hadde mye mindre valg når det gjaldt deres egen vekt enn hva de selv ville

anta, og at overvekt- og fedmeepidemien ikke skyldtes latskap eller overspising, men det er vår biologi og endringen av selve samfunnet som gjør det vanskelig å skape eller opprettholde gode vanene innen aktivitet og mat (Government Office for Science, 2007; King, 2011).

1.2.2.2 Determinanter og løsninger



Figur 1: Rammeverk for å kategorisere determinanter og løsninger innen overvekt og fedme (Swinburn et al., 2011; Wang et al., 2011).

Figur 1 viser nøkkeldriverne/faktorer for den globale fedmeepidemien, og den er et oversiktlig rammeverk for å forstå fedmedeterminanter og løsninger på befolkningsnivå. Den viser hvor viktig påvirkning miljøforholdene har i en befolkning, ved å fremheve eller demper effekten som driverne/faktorene har for å gjøre en endring innen overvekt og fedme (Swinburn et al., 2011). I figuren vises tilnæringer for å håndtere fedmeepidemien, og en detaljert diskusjon

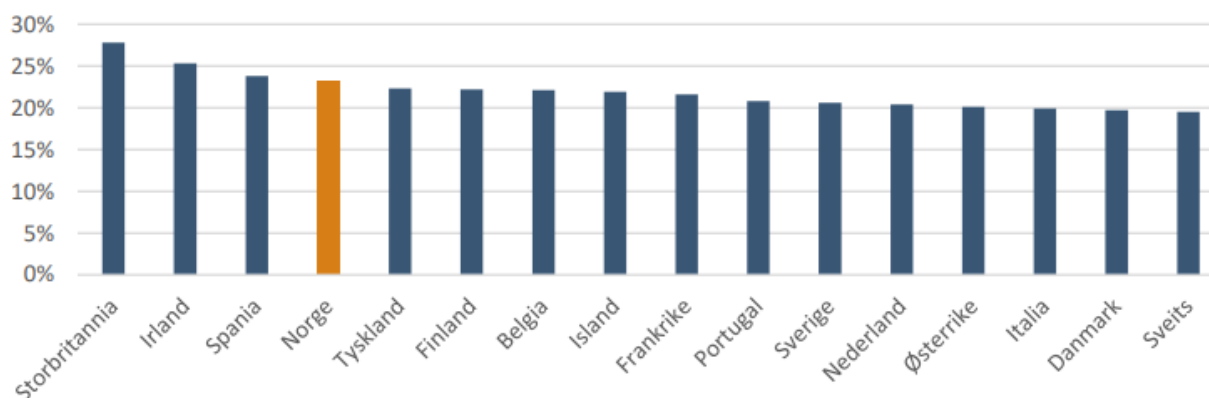
med løsninger. Disse løsningene er beskrevet nærmere i rapporten til Gortmaker og kollegaer (2011) i serien *The Lancet* som omhandler overvekt og fedme (Swinburn et al., 2011).

Politiske og regulatoriske intervensjoner er vanligvis mer utfordrende å gjennomføre enn utdanningsbaserte intervensjoner.

Serien i *The Lancet* konkluderer med vitenskapelige anbefalinger for ulike tiltak og handlinger som skal redusere forekomsten av overvekt og fedme. Det er fremdeles lite anerkjennelse i samfunnet at overvekt og fedme er et folkehelseproblem (Kleinert & Horton, 2015). Det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet *Global Burden of Disease Study* publiserte i mai 2013-2014 at 37 prosent av menn og 38 prosent av kvinner hadde en KMI på 25 eller mer, de viste også til en økning på 28 prosent hos voksne siden 1980. Det er rundt 2,1 milliarder mennesker globalt som er overvektige (Kleinert & Horton, 2015).

1.2.3 Overvekt og fedme i Norge

Overvekt og fedme er et økende problem også i Norge, og tall fra Folkehelseinstituttet (2022) og Helsedirektoratet (2018) viser at i aldersgruppen 40-69 år er flertallet overvektig, og i samme aldergruppe er en av fire menn og to av fem kvinner normalvektige (Helsedirektoratet, 2018; Jacobsen & Aars, 2016; Meyer & Bergh, 2022; Midthjell et al., 2013). Andelen voksne personer som har fedme i Norge er over det europeiske gjennomsnittet, og figur 2 viser at Norge er det landet i Norden som har høyest forekomst av fedme. Norge er et av landene i Europa som har størst økning i andelen personer med fedme fra 2000 til 2016.



Figur 2: Fedme blant begge kjønn, alders- og kjønnsstandardisert tall fra 2016 i utvalgte vesteuropeiske land (Aamo et al., 2019).

Det har foregått flere norske fedmestudier gjennom tidene, blant annet HUNT og Tromsøundersøkelsen. HUNT-studien er forkortelse for Helseundersøkelsene i Trøndelag, og den er regnet som Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning. Dette er en studie som startet i 1984, og som fortsatt pågår (NTNU - HUNT forskningssenter, u.å.).

Tromsøundersøkelsen er en undersøkelse som startet allerede i 1974 og som består av helseundersøkelser av befolkningen i Tromsø kommune, og er en av Norges mest omfattende befolkningsundersøkelser. Det er mer enn 45 000 personer har deltatt i minst en av de se sju undersøkelsene som har blitt undersøkt siden 1974 (Universitetet i Tromsø, u.å.).

Tromsø studien hadde som mål å undersøke sammenhengen mellom fødselsvekt og KMI for barn, og overvekt og fedme hos ungdom i den norske befolkningen. Altså om overvekt og fedme i barndommen er relatert til overvekt og fedme senere i livet, hvilke sammenheng det er mellom fødselsvekt og senere overvekt og fedme (Evensen et al., 2017).

Mer enn halvparten av Norges befolkning har et mye lavere aktivitetsnivå enn hva som er anbefalt, og derfor er det god grunn til å forske nærmere på overvekt- og fedmeepidemien (Folkehelseinstituttet, 2023; Helsedirektoratet, u.å.; Ulset et al., 2007). En epidemi er «økt

hyppighet og forekomst av sykdommer eller en økt hyppighet av dødsfall blant grupper av mennesker innenfor et begrenset eller definert tidsrom» (Ulset et al., 2007).

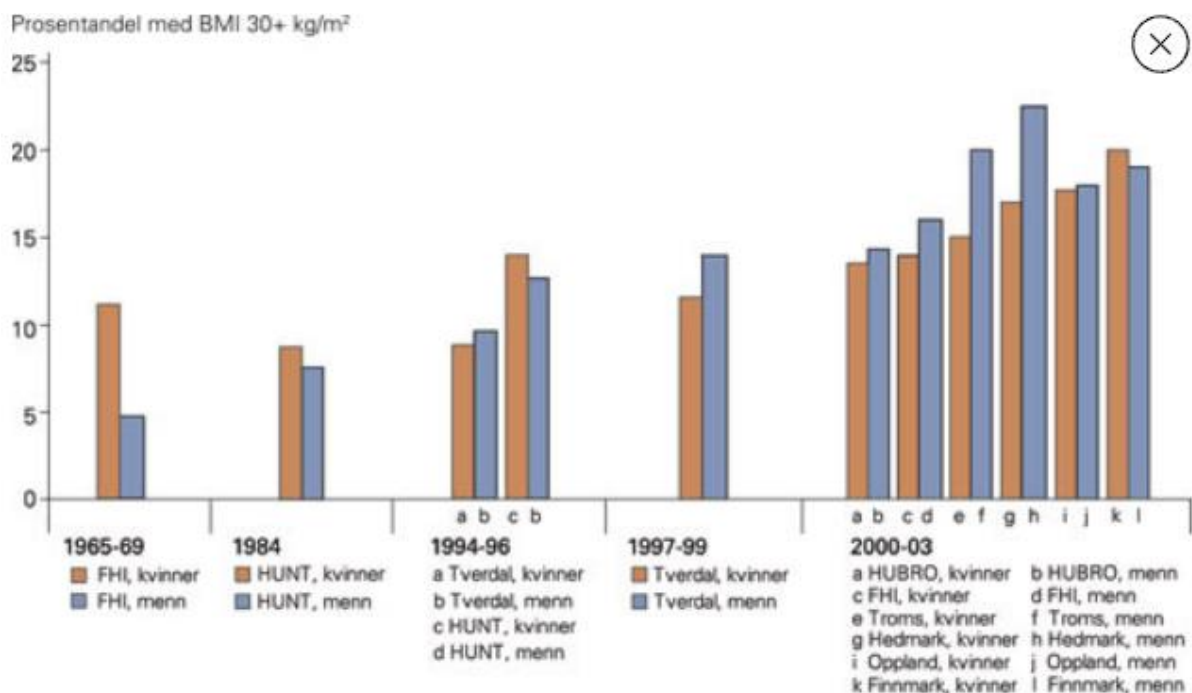
De fleste norske studiene omfatter personer fra 30 år og oppover, med tyngde i aldersgruppen 40-45 år. Dette vises i tabell 2.

Studie	Sted	Antall deltakere	Deltakerprosent	Aldersgruppe (År)
TROFINN	- Troms - Finnmark	- 9441 - 5660	- 57 - 55	30-75
Helseundersøkelse i Hedmark	Hedmark	11226	Menn: 52,9 Kvinner: 60,3	30-75
Helseundersøkelse i Oppland	Oppland	11046	Menn: 50,6 Kvinner: 60,4	30-75
HUBRO	Oslo	41353	46	30-75
40-åringundersøkelser	- Buskerud - Aust-Agder - Vest-Agder - Rogaland - Sogn og Fjordane - Møre og Romsdal - Sør-Trøndelag - Nordland	1994-1996: 47411 1997-1999: 43667	Menn: 55,1 Kvinner: 66,0	40-42
HUNT	Nord-Trøndelag	1984: 74977 1995: 73699	1984: 66-72 1995: 69	20<

Tabell 2: Befolkningsstudier av fedme i Norge 1900-tallet (Ulset et al., 2007).

I 2000-2003, var andelen med KMI høyere enn 30 på 11-29 prosent hos menn og 9-38 prosent hos kvinner, og forekomsten av fedme var lavest i Oslo og høyest i Finnmark. I aldersgruppen

30-45 år var forekomsten av fedme størst blant kvinner, mens i aldergruppen 60 år er forekomsten av fedme blant menn (Ulset et al., 2007).



Figur 3: Forandring over tid ved forekomst av fedme for den norske befolkningen i en alder 40-45 år (Ulset et al., 2007)

Figur 4 viser til forandring over tid i aldersgruppen 40-45år, og sammenliknes resultatene fra de forskjellige studiene vises det at forekomsten av fedme har økt jevnt hos menn fra 1965-1969 og frem til i dag. Hos kvinner er denne kurven annerledes, her gikk forekomsten av fedme ned fra 1965-1969 frem til 1984 før den økte jevnt igjen frem til 2000-2003 (Ulset et al., 2007). Forekomsten av fedme i Norge fra 1984 for mennesker i en alder 40-45 år var 8 prosent for menn og 9 prosent for kvinner, og fra 2000 viser at fedme i Norge for mennesker i samme alder er 18,5 prosent for menn og 16 prosent for kvinner (Ulset et al., 2007).

Fra de norske studiene som omhandler fedme ses det ikke et fullstendig bilde av forekomsten for fedme blant voksne i Norge, og det mangler tidsseriedata fra sammenliknbare populasjoner som kan bidra til mer predikasjoner om utviklingen for fremtiden (Ulset et al., 2007). Forekomsten av overvekt og fedme var så å si uendret for mennesker i 40-45 årene fra

1960 – og frem til 1980-årene, og det viser seg at dette har mer enn doblet seg de siste 20 årene (Ulset et al., 2007; Aamo et al., 2019). Ut fra Ulset og hennes kollegaer (2007) og flere andre befolkningsundersøkelser er en av fem i Norge overvektig. Når det kommer til ressurser og hvordan livet leves er de skandinaviske landene ganske like. De er alle rike, de har et godt helse- og skolevesen, men kostholdet og vanene for kosthold varierer.

En norsk studie som tok for seg by-landlige forskjeller i KMI, overvekt og fedme i Norge, forsker på KMI og prevelansen av overvekt og fedme i 1990 og 2001 i Oslo og Lofoten. Det begynte med at i 1990 ble 2727 personer fra to geografiske regioner i Norge, Oslo og Lofoten, trukket tilfeldig ut av Statistisk Sentralbyrå (SSB) ved å få tilsendt en invitasjon til intervju. Dette ble gjentatt i 2001 med samme antall personer og samme regioner i Norge (Svensson et al., 2007). I 1990 deltok 2014 personer et personlig intervju, men SSB ekskluderte 90 personer grunnet manglende eller ugyldig vekt, og da ble det endelige utvalget 1924 personer (Svensson et al., 2007). Videre i 2001 ble 1691 personer intervjuet, og da ble 62 personer ekskludert grunnet manglende eller ugyldig data på vekt og høyde. Det endelige utvalget som ble intervjuet var 1629 personer (Svensson et al., 2007).

Resultatene fra denne studien viste til at den gjennomsnittlige KMI i 1990 var på 24,7 for menn og 22,9 for kvinner, og i 2001 økte KMI hos menn til 26,1 og 24,6 hos kvinner. I 1990 var det 37 prosent av mennene og 20 prosent av kvinnene som var overvektige, mens 5 prosent av mennene og 4 prosent hadde fedme. Disse tallene i 2001 viste av 48 prosent av menn og 27 prosent av kvinner var overvektige, mens 12 prosent av mennene og 11 prosent av kvinnene hadde fedme (Svensson et al., 2007). All økning var signifikant, med unntak av prosentvis overvekt for kvinner (20 prosent mot 27 prosent). I 1990 viste menn og kvinner som bodde på landsbygda en høyere andel med overvekt sammenliknet med menn og kvinner i de urbane områdene. Det var en høyere andel overvektig kvinner på landsbygda sammenliknet med urbane kvinner. Raten av overvekt for menn var like stor mellom urbane

og landlige områder i 1990, og i 2001 var det ingen store geografiske forskjeller, men kvinner fra Oslo viste til en del lavere prevalens av fedme enn kvinner som var bosatt i landlige områder (Svensson et al., 2007).

Studien viser til at 60 prosent av mennene og ca. 40 prosent av kvinnene i Norge var overvektige eller hadde fedme i 2001, og den største økingen i KMI var blant de unge (18-34 år). Etersom vekten til den norske befolkningen fortsetter å øke vil folkehelseimplikasjoner og økonomiske konsekvenser være viktige på grunn av behandlingskostnader, medisinske tilstander og tap av arbeidskraft ved sykefravær eller uførhet (Svensson et al., 2007).

Fossberg Rehabilitering og Helse er en virksomhet som leverer helsetjenester over hele Norge. De tilbyr rehabilitering i samarbeid med det offentlige helsevesenet, og denne behandlingen er en av mange behandlinger for syklig overvekt/fedme i Norge. For å bli pasient hos Fossberg Rehabilitering og Helse må pasientene ha en KMI over 40, og fastlegen henviser pasienten til en fedmeklinikk på nærmeste sykehus, og deretter vil fedmeklinikken henvise pasienten direkte til Fossberg Rehabilitering og Helse. Behandlingen som pasientene er med på har en varighet på fem år. Det første året møter pasientene opp på Fossberg Rehabilitering og Helse i 12 uker, tre dager i uken. I løpet av det andre og tredje året får de oppfølging på institusjonen to ganger i året. Fjerde og femte året møtes de en gang i året for å oppsummere og snakke om veien videre etter behandlingen (Fossberg Rehabilitering og Helse, 2022).

Kompetanseteamet hos Fossberg Rehabilitering og Helse består av legespesialister som har erfaring med målgruppen. De har det overordnet faglige ansvaret. I tillegg består teamet av psykologer, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, idrettspedagoger og sosionomer. Fossberg sin målsetning er at pasientene som deltar i tiltaket blir i bedre form og får et bedre liv. De vet at en livsstilsendring kan være utfordrende og krever mye tid, men at belønningen er stor. Med forbedret generell helse og redusert vekt mestrer pasientene hverdagen på en helt ny

måte (Fossberg Rehabilitering og Helse, 2022). All undervisning og trening foregår i grupper, og timeplanen inkluderer fysisk aktivitet, ernæring, arbeid og/eller utdanning, motivasjon og mestring. Rehabiliteringsplanen tilpasses den enkelte, og alle vil få mulighet til individuell oppfølging av fagpersonell etter behov (Fossberg Rehabilitering og Helse, 2022).

1.3 Forskningsspørsmål

Med bakgrunn i fedmeepidemien og hvordan individuelle tiltak kan bidra til å redusere utviklingen av denne, vil følgende problemstilling belyses i denne masteroppgaven:

Hvordan opplever voksne personer med overvekt og fedme å delta under en organisert livsstilsendring?

For å kunne svare på problemstillingen har jeg formulert to forskningsspørsmål.

- Hvordan opplever personer med overvekt og fedme at deres egen helse endres når de deltar i en organisert livsstilsendring?
- Hva opplever personer med fedme at bidrar til gjennomføringen av livsstilsendringen?

1.4 Oppgavens struktur

I kapittel 2 blir det gjort rede for forskning knyttet til temaet overvekt og fedme. Kapittel 3 vil på bakgrunn av litteraturgjennomgangen beskrive den teoretiske rammen, og gir en nærmere beskrivelse av sentrale aspekt og begrep i min studie. Metode og prosessen for forskningen gjøres rede for i kapittel 4, og i kapittel 5 presenteres funnene og analysen av datainnsamlingen. Kapittel 6 diskuteres funnene, implikasjoner av den organiserte livsstilsendringen, studiens styrker, begrensninger og konklusjon.

2.0 Litteraturoversikt

I dette kapittelet belyses relevant nasjonal og internasjonal forskning.

Litteraturgjennomgangen vil bidra til å identifisere kunnskapshull som ligger til grunn for valg av problemstilling.

2.1 Litteratursøk

For å finne frem til relevant litteratur ble det gjort et systematisk litteratursøk, og søket ble gjort i databasene Academic Search Complete, PubMed, CINAHL og Web of Science.

Søkeordene som ble benyttet var (på engelsk) overvekt, fedme, kvalitativ, Norge og Helsehus (se vedlegg I). Det ble benyttet flere ulike kombinasjoner for å oppnå et funn, og jeg satt avgrensninger/filter fra 2000-2023 på årstall av publisering (se vedlegg II).

2.2 Forskning

2.2.1 Helsehus

I primærhelsetjenesten i Norge tilbys det intervensjoner for livsstil av Healthy Life Centres (HLC) som på norsk kalles for helsehus. Dette er til de som søker hjelp til kontroll på vekten (Helsedirektoratet, 2010; Omsorgsdepartementet, 2023). Salemonsens og hennes kollegaer (2018) undersøkte i en kvalitativ studie hvordan Healthy Life Centres (HLC) deltakere erfarte å leve med overvekt og fedme, og deres oppfatninger om det å søke hjelp for å endre kostholds- og aktivitetsvaner. Totalt 13 deltakere; 8 kvinner og 5 menn i aldersgruppen 18-80 år deltok i studien. Analysen resulterte i et hovedtema; søk etter verdighet, basert på to temaer:

- Behov for å rettferdiggjøre unngåelse av personlig ansvar
- Et ønske om å endre

Forskerne konkluderte med at det er vanskelig å endre vaner innen både kosthold og aktivitet, da veksling mellom følelser av skam, skyld og stolthet påvirker evnen til å ta et personlig

ansvar. Å vise til deltakernes emosjonelle nød og deres søk etter verdighet, er nødvendig for å muliggjøre endringer innen kosthold og aktivitet. I konklusjonen påpeker forfatterne at videre utvikling av HLC og helsefremmende intervensjoner bør inkluderes undervisning om følelser, matforbruk og inaktivitet (Salemonsens et al., 2018).

Gjertsen og hennes kollegaer (2021) publiserte en artikkel i BMC Public Health som undersøker hvordan to grupper av HLC deltakere beskrev sine tidligere erfaringer, sosiale relasjoner og ønsker om støtte fra personalet fra HLC. Dette ble gjennomført ved bruk av kvalitativ metode hvor det gjennomført totalt 49 semistrukturerte intervjuer. Intervjuene ble gjort i to utvalg hvor det ene utvalget omhandlet deltakerne som søkte om å bli deltaker i HLC i 2013. Her ble det gjennomført intervjuer av 23 deltakere hvor 16 var kvinner og 7 var menn, og disse var i alderen 18-70 år. Det andre utvalget var deltakere som ble invitert til å delta i HLC i 2015. Det var 26 deltakere dette året; 15 kvinner og 11 menn i alderen 18-75 år.

Data som ble samlet inn ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Videre ble de delt inn tre hovedtemaer kronologisk, og ble identifisert som fortid, nåtid og fremtid:

- Tidligere erfaringer som preger livssituasjonen (fortid)
- Sosiale relasjoner om en støtte eller belastning i hverdagen (nåtid)
- Uttrykke ønsker om HLC-støtte (fremtid)

Gjertsen og hennes kollegaer (2021) konkluderte med at i prosessen med å etablere sunne vaner kan behovet for profesjonell hjelp konkretiseres basert på tidligere livserfaringer og de nåværende sosiale relasjonene (Gjertsen et al., 2021).

2.2.2 Erfaringer og holdninger

Følling og hennes kollegaer (2015) skrev en artikkel som ble publisert i BMC Family Practice. Studien undersøker hvordan deltakerne beskriver tidligere erfaringer i forhold til det å endre deres livsstil i et program innen en livsstilsintervensjon. Et kvalitativ design ble

benyttet for å gjennomføre semistrukturerte dybdeintervjuer med totalt 23 deltakere. Disse deltakerne var i alderen 18-70 år, 16 var kvinner og 7 var menn.

Deltakerne viste til et ønske om å endre livsstilen, men klarte ikke å utføre dette i samsvar med den kunnskapen de selv hadde om helse og endring. Det viste seg at tidligere erfaringer med livsstilsendring har hindret deltakerne i å sette i gang forsøk uten hjelp av profesjonelle. Det ble også beskrevet at deltakerne var tyngt av bagasje fra barndommen og/eller familie, jobb og sosiale problemer. De viste videre til at den emosjonelle bagasjen var en stor forklaring på hvorfor de ble sittende igjen i gamle vaner, og at belastningen av å gjøre en så stor endring av livet alene gjorde den emosjonelle bagasjen mye tyngre.

Følling med kollegaer (2015) konkluderte i samsvar med funnene at det kan være vanskelig å endre atferden da psykiske plager fra bagasjen kan påvirke en person sin evne til å endre seg. Deltakerne som deltok i studien opplevde å sitte fast i gamle vaner, og det ble også stilt spørsmål ved om hvor lenge HLC var i stand til å kunne hjelpe deltakerne som trenger hjelp til å gjennomføre en livsstilsendring (Følling et al., 2015).

Forskerne Malterud og Ulriksen publiserte i 2011 en artikkel i *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* (Malterud & Ulriksen, 2011). Formålet av studien var å syntetisere forskningsresultater om erfaringer og holdninger rundt overvekt, fedme og stigma i helsevesenet. De benyttet seg av kvalitativ metode hvor Noblitt & Hares Meta-etnografi ble brukt for å identifisere, oversette og oppsummere på tvers av studier. Det ble vist til 13 kvalitative studier om erfaringer og holdninger om overvekt, fedme og stigma i helsevesenet ble identifisert og inkludert. Helt til slutt konkluderte Malterud & Ulriksen (2011) med at motstridende syn på pasientene sitt ansvar, kunnskap, innsats og motivasjon smeltes sammen med stigma som videre hindrer en sunn mestring og samarbeid. Dette skaper utfordringer for selvtillit, effektivitet og kontroll på egen vekt. Fagpersoner må utvikle sin

bevissthet for mulig stigmatiserende holdninger til sårbare grupper/pasienter (Malterud & Ulriksen, 2011).

I 2015 ble det publisert en artikkel i *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* som tok for seg unge kvinner sine erfaringer med hvordan fokuset på vektbalanse og utseende, påvirker deres holdninger til vektendring, utseende og generell helse (Sand et al., 2015).

Sand og hennes kollegaer (2015) brukte en kvalitativ metode, hvor det ble gjennomført 12 dybdeintervjuer med unge kvinner i alderen 18-20 år fra to ulike vektgrupper om oppmerksomheten knyttet til problemer innen overvekt og fedme. Den ene gruppen som ble intervjuet var moderat overvektige/lett overvektige, som vil si at de har en BMI fra >25-30, mens den andre gruppen som ble intervjuet var innenfor normalvekt med en BMI fra 18-25.

Funnene fra studien viste at unge kvinner opplever et stort fokus på overvekt, hvor utseende tillegges mer verdi enn generell god helse. Overvekt og fedme er sensitive temaer, og deltakerne hadde sterke synspunkter på de kulturelle definisjonene av normal kroppsstørrelse og utseende. Synet mellom kulturelle normer og unge kvinners oppfatning av egen kropp og helse ble beskrevet som en mulig negativ faktor, som påvirker velvære og motivasjon for livsstilsendring. Det er viktig å ha et mer avslappet syn til overvekt og fedme, og spesielt utseende når vektbalanseproblemer og livsstilsendringer hos unge kvinner tas opp (Sand et al., 2015).

2.3 Kunnskapshull

Gjennom litteraturgjennomgangen ses det at overvekt og fedme er en helseutfordring og et økende folkehelseproblem. Det vises også til at det er vanskeligheter for å søke hjelp for å endre livsstilen, og at det er en utfordring å gjøre en livsstilsendring alene. Personene som trenger hjelp, har for lite kunnskap og det er for få tiltak som kan hjelpe de utenfor en

livsstilsintervensjon. Personene som ønsker endringen, burde bli flinkere å legge vekt på eget velvære til eget utseende og deres egen helse; sette seg selv først. Salemonsens og hennes kollegaer (2018) viser til at de fremtidige HLC og det helsefremmende arbeidet trenger å utdanne helsepersonell med økt kompetanse til følelsene stolthet, skam og skyld. Deres kunnskap om inntak av mat og drikke, og fysisk arbeid bør forbedres, og dette for å kunne hjelpe personene med å gjenvinne en god selvfølelse som videre kan bidra til en bedre livsstil og livskvalitet. I Norge viser Følling (2015) at den norske befolkningen sin kroppsvekt øker, og det videre burde undersøkes hvordan livsstilsintervensjoner er organisert, og hvordan helsepersonellet kan hjelpe menneskene å fremme en varig livsstilsendring. Det burde også undersøkes hvem som har nytte av HLC. Forskning viser til at forebyggingen av overvekt og fedme så vidt har begynt.

3.0 Teori

Teori danner et bakteppe for forskningen som blir utført. I min studie forsøker jeg å forstå og belyse det sosiale fenomenet. Teori er sentralt når innsamlet data skal tolkes (Bryman, 2016). Bryman (2016) beskriver ulike typer teorier; grand theory og middel-range theory, og dette er teorier som refererer til abstrakt og sosiologisk teori. I denne masteroppgaven vil jeg ikke ta et utgangspunkt i et teoretisk rammeverk, men et konseptuelt rammeverk. Et konseptuelt rammeverk er et rammeverk som belyser sentrale aspekt og begrep i min studie.

3.1 Rammeverk

3.1.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er arbeid med samfunn, grupper og enkeltpersoner som undersøker og setter i gang aktiviteter og tiltak som har målsetning å heve befolkningens kompetanse og selvfølelse vil øke (NOU 1998:18). Å bedre helsen til befolkningen er et viktig samfunns mål,

og Verdens Helse Organisasjon definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet» (Grad, 2002). De sosiale relasjoner kan utvikle seg og kan styrke kroppen sitt forsvar gjennom gode levevaner, ernæring og mosjon, samt bedre trivsel og livskvalitet (NOU 1998:18). Helse er et konsept som ses på som positivt fordi det legges vekt på sosiale og personlige ressurser, og det er en ressurs for hverdagen (World Health Organization, 1986).

Helsefremmende arbeid er et begrep som innebærer å fylle på med kunnskap og følelser som er gode og positive, og som gjør at vi mennesker får det bedre med oss selv. Det kan være å bruke mer tid med familie, og bedre arbeidsmiljø (NOU 1998:18, 1998; World Health Organization, 1986). Ottawa charter som legger frem grunnlaget for helsefremmende arbeid både internasjonalt og i Norge, understreker at helsefremmende arbeid hjelper befolkningen til å ta kontroll over eget liv og fremme egen helse (World Health Organization, 1986).

Året 1986 ble den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid holdt i Canada, nærmere bestemt Ottawa, og denne konferansen ble resultatet av Ottawa charter (NOU 1998:18; World Health Organization, 1986). Ottawa Charter for helsefremmende arbeid er en logo som ble lansert ved den første konferansen, og denne logoen representeres av en sirkel med tre vinger. Den tar for seg fem sentrale handlingsområder som er viktig innen helsefremmende arbeid; bygge opp en sunn og offentlig politikk, skape støttende miljøer for helse, styrke handlinger i felleskap, utvikle personlige ferdigheter og tilpasse helsetjenester (World Health Organization, 1986).

Verdens Helse Organisasjon (1986) beskriver helsefremmende arbeid og Ottawa Charter slik:

Helsefremmende arbeid er prosessen med å sette mennesker i stand til å øke kontroll over og forbedre helsen sin. For å nå en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og realisere

ambisjoner, tilfredsstillende behov og endre eller takle omgivelsene (World Health Organization, 1986)

3.1.2 Empowerment

Empowerment er et sentralt begrep innen helsefremmende arbeid, og med det menes at mennesker skal få makt og kontroll over egen helse (Askheim, 2007; NOU 1998:18). I 1986 lanserte Ottawa charter begrepet empowerment som en prosess som gjør folk i stand til å øke deres kontroll over egen helsetilstand og forbedring av helsen (NOU 1998:18). I helsefremmende arbeid er det vanlig å kalle en målgruppe for aktive samarbeidspartnere fordi diskusjon og påvirkning er åpen, og alle kan komme med innspill som fører til endring (Mæland, 2021). For at deltakere i min studie, som deltar i en organisert livsstilsendring skal kunne oppnå makt og kontroll over egen helse, må de få mer kunnskap om de ulike faktorene som spiller inn for å kunne gjøre denne endringen. Empowerment innebærer at deltakerne får være med på å bestemme alle fasene i det arbeidet som skal gjøres, fremfor å bare få informasjon fra helsepersonell om hvilke endring som bør gjøres og hva som er det beste for dem. Ved å myndiggjøre deltakerne bør det legges til rette for godt samarbeid og god kommunikasjon for at deltakerne skal kunne ta egne valg og prioriteringer. De kan også medvirke til gjennomføringen av hvordan endringen skal gjøres. For at dette skal fungere er det viktig at fagfolk som sitter med kunnskapen trekker seg litt unna og gir fra seg makt (Mæland, 2021).

3.1.3 Psykisk helse

Psykisk helse og mental helse brukes om samme tema i litteraturen, og blir benyttet både for å omtale god psykiske helse og psykiske plager og lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Psykisk helse representerer et folkehelseproblem som fører til tap av livskvalitet, og historisk sett har fysisk helse vært dominerende i folkehelsearbeid, men i løpet av de siste tiårene har det vært mer fokus på psykisk helse. Innen folkehelsearbeid legges det vekt på

mestring og sosiale forskjeller for å fremme befolkningens psykiske helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

3.1.4 Motivasjon

Motivasjon kommer fra de latinske ordene *motvus* og *movere*. *Movere* betyr å flytte eller bevege, og *motvus* betyr motiv eller en drivkraft (Demmelmaier, 2018). Motivasjon defineres gjerne som drivkraften for å gjøre en bestemt aktivitet, og det deles gjerne inn i to deler; indre og ytre motivasjon (Demmelmaier, 2018; Hassmèn et al., 2003). Indre motivasjon er en motivasjon som kommer naturlig og innenfra. Den fører til den atferden som vi har lyst til å benytte oss av. Ytre motivasjon er den motivasjonen som påvirkes av ytre påvirkningene (Deci & Ryan, 1985; Ryan et al., 2009). For at en livsstilsendring skal vedlikeholdes bør personen være både indre og ytre motivert (Abildsnes et al., 2017; Ng et al., 2012). Personen bør være tilfreds med verdien og endringen som gjøres ved aktiviteten. Noe som har stor betydning for motivasjon er kvaliteten, jo bedre kvalitet, jo enklere klarer personen å utvikle en ny og bedre livsstil, og vedlikeholde den over tid (Abildsnes, 2018). En motivasjonsfaktor kan være god fysisk helse. Har deltakerne positive erfaringer med fysisk aktivitet under en livsstilsendring, kan motivasjonen for nettopp fysisk aktivitet øke. Dette kan føre til at deltakerne får økt indre og ytre motivasjon, og setter seg klare mål for videre utvikling (Demmelmaier, 2018; Ommundsen & Haugen, 2018).

3.1.5 Mestring

Mestring blir gjerne definert som et skifte av kognitiv og atferdsmessig anstrengelser for å klare ytre og/eller indre krav. Mestring handler i stor grad om opplevelser av å ha krefter til å møte utfordringer og ha en følelse av kontroll over eget liv. Det handler om personens evne til å tilpasse seg nye situasjoner, eller endre på situasjoner som har oppstått (Helsedirektoratet, 2017).

Bandura (1977) definerer «self-efficacy» som forventningen om mestring; mestringstro. Det er individets tro på egne ferdigheter, og mestringstroen handler ikke bare om å kontrollere egne omgivelser og handlinger. Det handler også om å kontrollere fysiologiske emosjoner, egen tankeprosess og motivasjon. Bandura (1977) påpeker at det er viktig å bygge en positiv mestringstro. Eksempelvis dersom en person som er overvektig, gjennomfører en øvelse, og den blir gjennomført enkelt, og det virker som at personen er fornøyd med egen innsats, øker troen på det å mestre (Bandura, 1977). Han snakker også om at det er mulig å få mestringsfølelse av å observere andre, for eksempel at en gruppe får beskjed om å gjennomføre en øvelse, da kan de andre gruppelemmer lære å kjenne på mestring ved å tenke at hvis den personen klarer det, så kan jeg også klare det. Bandura (1977) nevner videre at verbal overtalelse fra andre også er til hjelp, for eksempel at et helsepersonell sier at denne øvelsen mestrer du lett, da kan den utøvende personen kjenne på at jeg mester dette.

4.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte og et hjelpemiddel for å løse problemer, og for å komme frem til ny kunnskap (Andersen, 2013; Dalland, 2020). Metode omhandler ulike prosedyrer og teknikker som brukes for å samle inn og analysere data, og forskerens metodologiske tilnærming vil være basert på forskerens ontologiske og epistemologiske antagelser (Grix, 2002). Epistemologi kalles for erkjennelsesteori eller vitenskapsteori; er læren om viten og menneskelig kunnskap (Thomassen, 2006). Sentrale spørsmål innen epistemologi er: «Hva kan vi vite noe om, og hvordan oppnår man kunnskap?» (Brottveit, 2018; Bryman, 2016). Epistemologien identifiserer teorier og kunnskaper om det som allerede finnes, og ved bruk av epistemologi stilles det spørrende til hvilke forskningsspørsmål som er relevant, også hva som ønskes av lærdom og erkjennelse om det som allerede eksisterer (Brottveit, 2018). Den

epistemologiske tilnærmingen påvirker hvordan forskningen blir utført og derfor hvilke metoder som blir valgt (Thomassen, 2006).

I dette kapittelet skal jeg vise til hvilke metoder jeg benyttet meg av. Forskningsmetode handler om hvordan kunnskap blir innhentet, og hvordan denne kunnskapen brukes for å besvare problemstillingen (Bryman, 2016). På bakgrunn av forskningens ståsted vil tilnærmingen til forskningsområdet være basert på en induktiv metode. En induktiv metode knyttes til kvalitative forskningsmetoder som handler om å hente inn dybde data fra deltakerne som deltar i studien (Bryman, 2016).

4.1 Kvalitativ metode

Ifølge Brottveit (2018) brukes kvalitativ metode for å gå i dybden for å forstå den sosiale virkeligheten som vi befinner oss i, og det omfatter innhenting av kunnskap på ulike nivåer; gruppe- og individnivå (Brottveit, 2018). Ved bruk av kvalitativ metode er utvalget vanligvis lite. Årsaken til dette er å fremstille en detaljrik informasjon og kunnskap, og målet med undersøkelsen blir å hente inn data som danner et grunnlag for nytt innsyn og en ny forståelse av det som undersøkes (Brottveit, 2018; Bryman, 2016). Jeg valgte å benytte kvalitativ metode i denne studien fordi kvalitativ metode er egnet til å generere kunnskap, avdekke de sosiale mønstrene og for å undersøke hvorfor ting skjer. Dens hensikt er også å kunne fange opp ulike meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måles (Dalland, 2020; Krumsvik, 2014). Kvalitativ metode er gjerne knyttet til fenomenologi, sosialkonstruktivisme og hermeneutikk (Krumsvik, 2014).

4.1.1 Fenomenologi

Fenomenologi er en vitenskapsteoretisk tilnærming som innen kvalitativ forskning omhandler hvordan verden blir erfart av mennesker (Brottveit, 2018). Kvalitativ fenomenologisk forskning søker å forstå de sosiale fenomen ut fra en aktør sitt perspektiv, og beskrive verden

slik den oppleves av andre mennesker (eksempel informanter) (Kvale & Brinkmann, 2015).

Ved bruk av fenomenologien vil jeg vise til hvordan pasientene i organisasjonen opplever sitt opphold og sine mål ved bruk av denne type livsstilsendring.

4.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er fortolkningslære, og det å fortolke er å gi et forsøk på å finne frem til meningen av noe. Det kan også forklare noe som kan virke utydelig eller uklart (Dalland, 2020). I min studie skal jeg forsøke å tolke og få en forståelse av hvordan pasientene opplever deltakelsen i den organiserte livsstilsendringen, og hvordan de gjør en endring som antakeligvis kommer til å vare resten av deres liv.

4.2 Studiedesign

Studiedesignet i denne masteroppgaven er tilpasset problemstillingen som omhandler hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplever å delta under en organisert livsstilsendring. I sosialkonstruktivismen betraktes menneskers forståelse av virkelighet som er formet av opplevelser som de har, også de situasjonene disse menneskene befinner seg i, og at de er knyttet til hvem de kommuniserer med (Tjora, 2020). Bryman (2016) definerer sosialkonstruktivisme som et perspektiv hvor sosiale fenomener og deres betydninger blir kontinuerlig utført av ulike sosiale aktører (Bryman, 2016). I denne studie synes jeg at sosialkonstruktivisme kan brukes fordi den betrakter nettopp opplevelser deltakerne har og opplevelsene de befinner seg i. En studie med et fenomenologisk design undersøker hvordan et fenomen blir opplevd, og konsentrerer innsatsen om den type opplevelse som er grunnleggende, rene og rå i den forstand at de enda ikke har vært gjenstand for analyser og teoretiseringsprosesser (Denscombe, 2017). I min studie vil den fenomenologiske utformingen vise innhenting av ny informasjon om temaet.

Jeg valgte å benytte meg av intervju, nærmere bestemt et dybdeintervju/semistrukturert intervju fordi det er et standardvalg når det gjelder datagenerering innen kvalitativ forskning. Tjora (2021) påpeker at et dybdeintervju/semistrukturert intervju er et godt verktøy uansett problemstilling (Tjora, 2021).

4.3 Utvalgsstrategi

Rekrutteringen av deltakerne til studien er basert på et formålsorientert grunnlag. Det innebærer at utvalget ikke er tilfeldig valgt, men utvalg er basert på en strategisk utvelgelse som gjør at deltakerne har erfaring med studiens problemstilling, og de har kjennskaper og erfaringer til forskningsområdet (Bryman, 2016). Inklusjonskriteriene for denne studien var deltakere som hadde noe erfaring i denne organisert livsstilsendring (Fossberg), og det var ønskelig med likevekt av kvinner og menn.

Utvalget ble rekruttert ved å kontakte avdelingslederen for Fossberg Helse og Rehabilitering som stilte seg positiv til å være behjelpelig med å rekruttere deltakere til studien.

Informasjonen om studien og samtykkeskjemaet ble sendt via epost (se vedlegg III).

Avdelingslederen formidlet informasjonen videre til teamkoordinatorer, som formidlet forespørselen videre til deltakerne som ønsket å delta i studien.

4.3.1 Beskrivelse av deltakerne

Teamkoordinatoren og avdelingslederen rekrutterte 13 deltakere, men kun 11 deltakere som hadde mulighet til å delta. Det var 10 kvinner og en mann som ble intervjuet. Deltakernes fiktive navn, kjønn, alder og antall år på organisasjonen er presentert i tabellen under.

Fiktive navn	Kjønn	Alder	Antall år på organisasjon
Caroline	Kvinne	59	3.året
Elise	Kvinne	45	4.året
Gudrun	Kvinne	45	2.året
Gry-Elsa	Kvinne	45	3.året
Grethe Eline	Kvinne	58	4.året
Inga	Kvinne	46	2.året
Kari	Kvinne	56	2.året
Mina	Kvinne	54	3.året
Ruth	Kvinne	47	2.året
Sina	Kvinne	48	3.året
Øystein	Mann	48	4.året

Tabell 3: Karakteristikk av deltakerne

4.4 Datainnsamling

Kvalitative intervjuer fungerer vanligvis som en samtale hvor både forsker og informant deltar aktivt (Brottveit, 2018). Jeg har intervjuet pasienter fra en virksomhet Fossberg Rehabilitering og Helse, og jeg hadde god dialog med daglig leder/avdelingsleder ved Fossberg Rehabilitering og Helse. Pasientene som blir henvist er både kvinner og menn med fedme, og derfor hadde jeg et ønske om å intervju begge kjønn. 13 deltakere meldte seg til studien, men to trakk seg. Totalt ble 11 deltakere intervjuet.

4.4.1 Utforming av intervjuguide

Intervjuguiden ble utformet ut ifra studiens problemstilling, og jeg utarbeidet å forme åpne spørsmål slik at pasientene fikk snakke om seg selv og sine opplevelser, samt besvare min problemstilling (se vedlegg III).

Intervjuguiden i denne studien ble utformet på bakgrunn av Tjora (2021) sin struktur for et dybdeintervju. Tjora (2021) viser til tre faser som preges av ulike type spørsmål, og ulik grad av refleksjon fra deltakerne; oppvarming, refleksjon og avrunding. Intervjuguiden ble delt inn i tre temaer. Den første delen omhandlet generell informasjon angående deltakeren, mens den andre delen omhandlet hvordan deltakeren opplevde en livsstilsendring, og den tredje delen omhandlet avrunding, og det å lede oppmerksomheten bort fra refleksjonsspørsmålene (Tjora, 2021). Oppvarmingsspørsmålene ble utformet som enkle og åpne spørsmål, for å skape en trygghet for deltakeren. Refleksjonsspørsmålene var også åpne, og i denne delen ble de utformet slik at deltakeren måtte reflektere over egne erfaringer og opplevelser.

Avrundingspørsmålene ble utformet slik at det ble mindre fokus på refleksjon. Disse spørsmålene omhandlet hvordan deltakerne opplevde det å snakke om et tema som er nært og sårbart. Intervjuet ble avrundet som en takk til deltakeren for åpenheten.

Før jeg gikk i gang med intervjuene ble det gjennomgått et pilotintervju med en deltaker som er med i samme program som de andre deltakerne.

4.4.2 Pilotintervju

Det ble gjennomført et pilotintervju i forkant av datainnsamlingen, og dette ble utført for å avdekke eller synliggjøre eventuelle spørsmål som kunne vært bedre. En annen årsak var for å være sikker på at varigheten på intervjuet ikke skulle bli lengre enn det som ble skrevet i informasjonsskrivet. Pilotintervjuet ble gjennomført for å gi meg øving i å ikke stille ledende spørsmål, slik at informantene i studien kunne si sin egen mening uten å bli påvirket.

Intervjuet ble også gjennomført for å gjøre meg som forsker mer trygg og selvsikker i en intervjusituasjon.

Pilotintervjuet ble utført med en person som har erfaring og som er en del av en organisert livsstilsendring, min mor. Etter pilotintervjuet var transkribert ble det gjort små endringer i intervjuguiden. De små endringene som ble gjort var hvordan jeg la frem spørsmålet (formuleringen), hun hadde vanskelighet med å forstå hva jeg spurte om. En annen endring som ble gjort var å slå sammen noen spørsmål som var ganske like.

4.4.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på en uke, og alle intervjuene hadde en gjennomsnittstid på ca. 30 minutter. I forkant av intervjuene fikk deltakerne et informasjonsskriv, og samtykkeskjemaer ble samlet inn. Intervjuene ble gjennomført digitalt via Teams. Årsaken til at intervjuet ble gjennomført digitalt var for at deltakerne skulle føle seg trygg og oppleve situasjonen som positiv, og sitte i kjente omgivelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Helt i oppstarten av intervjuet gikk jeg igjennom det oversendte informasjonsskrivet muntlig. Det ble også gitt informasjon om at samtalen kom til å bli tatt opp, og studiens håndtering av anonymitet og konfidensialitet. Informantene fikk også informasjon om at det var fullt mulig å trekke seg fra deltakelsen når som helst dersom de ønsket det. I tråd med NSD ble deltakerne informert om å være bevisst på å opprettholde taushetsplikten, og være forsiktig med bruk av eksempler.

Intervjuguiden ble fulgt og spørsmålene virket overkommelige fordi informantene svarte utdypende, og de stilte lite spørsmål. Jeg valgte å legge inn en litt lengre pause mellom hvert spørsmål på grunn av digital gjennomføring. Den pausen ble også brukt for at deltakerne kunne tenke seg litt om før jeg stilte det neste spørsmålet. Stillheten mellom spørsmålene fungerte både for meg og informantene. Under intervjuet opplevde jeg at stemningen var avslappet, og at informantene følte seg trygge. Både jeg og informantene lo mye under

intervjuet. Etter flere gjennomførte intervjuet synes jeg at min teknikk ble forbedret og jeg ble bedre på å både lytte og stille spørsmål, og jeg følte meg tryggere og mer selvsikker. Det virket som om alle informantene fikk tillit til meg, de reflekterte over egne erfaringer og opplevelser ved å delta i en organisert livsstilsendring, og de var veldig åpne og viste en sårbare side.

4.5 Forskerens forforståelse

Som forsker er det vanskelig å ikke la seg påvirke, og for å motvirke dette må det letes etter forskning som kan avkrefte forhåndsforklaringer (Dalland, 2020). Forskere har med seg en forforståelse, og denne forforståelsen innebærer hvilke tidligere erfaringer forskeren har med seg og fagbakgrunnen. Som forsker er det viktig å kjenne til sin egen forforståelse og tolkningsmønster før intervjuene. Bakgrunnen er at denne forståelsen i minst mulig grad skal bli overført i forståelsen av et fenomen (A. Johannessen et al., 2016). Derfor ønsket jeg å redegjøre for min bakgrunn og mine holdninger til tema som studeres.

Min forforståelse har bakgrunn i at jeg er en 25 år gammel jente, og jeg ser på meg selv som positiv og reflekterende. Jeg har drevet med fysisk aktivitet og hatt en interesse for helse hele livet. Fra tidligere har jeg en bachelor i idrettsvitenskap, og gjennom denne bacheloren fikk jeg en forståelse for hvordan trening og fysisk aktivitet påvirker kroppen, og kunne gi råd som kan være med på at personer med ulike sykdommer eller utfordringer kan bedre sin helse. Med denne kompetansen har jeg en forståelse av helsepersonell innen helse og fysisk aktivitet, og hva som kan påvirkes. Under min utdanning av bachelor fikk jeg en stor interesse for personer med overvekt og fedme. Årsaken til dette var at jeg fikk tildelt en person som jeg skulle følge opp som personlig trener i en liten periode, og personen jeg fikk tildelt snakket om sine erfaringer og utfordringer med overvekt og fedme. Overvekt var årsaken til at personen ønsket seg en personlig trener, og med mål om å endre sin livsstil. Jeg fikk en interesse for overvekt og fedme også ved at min mor har gjennomført en

livsstilsendring. Denne situasjonen ble veldig personlig og ga meg både nysgjerrighet, innblikk og indre motivasjon til kompleksiteten knyttet til temaet overvekt og fedme. Mine personlige egenskaper og jeg som person kan ha gjort det lettere for deltakerne å åpne seg for meg i intervjuet, og det var flere av deltakerne som nevnte at dette var et viktig tema. De satte pris på at de ble hørt og at noen ville bry seg om deres problemer, opplevelser og erfaringer ved en livsstilsendring.

4.6 Dataanalyse

Tematisk analyse blir benyttet som et verktøy for å analysere datamaterialet i denne studien (Braun & Clarke, 2006). En tematisk analyse er en metode å identifisere, analysere og beskrive mønstre eller tema i datamaterialet som er samlet inn på en detaljert måte. I tråd med anbefalinger fra Braun & Clark (2006) knyttet jeg analyseprosessen til problemstillingen og det teoretiske rammeverket (Braun & Clarke, 2006; Bryman, 2016).

Trinnene i analyseprosessen
1. Bli kjent med datamaterialet
2. Lag koder
3. Søk etter tema
4. Gjennomgang av tema
5. Definer og navngi tema

Tabell 4: Trinnene i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006)

4.6.1 Transkribering

«Transkribering betyr å gjøre lyd- eller videoopptak om til tekst» (Tjora, 2021). Etter at dataen ble samlet inn ble informasjonen transkribert ordrett, og ifølge Braun og Clark (2006) gir en transkribering forskeren en mulighet som er helt unik til å gjøre seg kjent med

datamaterialet (Trinn 1 – se tabell 4). Samtidig som forskeren blir kjent med eget datamaterialet blir prosessen for tolkning satt i gang (Braun & Clarke, 2006).

Intervjuene ble gjennomført digitalt og det ble tatt lydopptak. Det var vanskelig å få med seg alt som ble sagt under samtalen, blant annet fordi det var utfordrende at informantene sine stemmer og dialekter varierte. Det kan derfor være at små nyanser i informasjonen er uteblitt. Dette var noen av utfordringene som kom frem gjennom transkriberingen.

All informasjonen fra alle deltakerne satt friskt i minnet etter datainnsamlingen, og derfor valgte jeg å starte prosessen med transkribering umiddelbart. Stemmene til deltakerne bidro også til at de var lettere å gjenkjenne.

4.6.2 Koding og etablering

Etter at transkriberingen ble gjennomført, leste jeg grundig gjennom den transkriberte teksten og gjorde meg godt kjent med datamaterialet. Jeg så etter mening, mønster og markerte interessante synspunkter i teksten.

Det neste trinnet (trinn 2- se tabell 4) i en tematisk analyse innebærer koding av datamaterialet, og koding er en systematisk prosess som innebærer å identifisere sentrale synspunkt ved datamaterialet som ønskes å analysere (L. E. F. Johannessen et al., 2018). Det første jeg gjorde var å organisere, legger datamaterialet inn i tema, deretter kategorier og helt til slutt inn i koder og kodeord. I denne prosessen så jeg etter mønstre, gjentakelser, sammenhenger og likheter mellom de ulike kodene. Hensikten med denne analysen er å gi datamaterialet mening gjennom koding og tolkning (Braun & Clarke, 2006). Kodingen i denne studien ble gjort manuelt og det ble også benyttet OpenCode programmet, hvor datamaterialet systematisk ble kodet linje for linje (Umeå University, 2022).

Forskingsspørsmålet var sentralt gjennom hele prosessen. Notater ble også tatt underveis, og dette resulterte i en mange koder som identifisert datamaterialet.

Trinn 3 (se tabell 4) er et trinn som innebærer å sortere kodene inn i potensielle temaer. I dette trinnet ble analysen av kodene utført. Med dette menes det å vurdere hvordan de ulike kodene kan kombineres for å forme undertema og hovedtema. Det er viktig at sentralt datamateriale ble tatt med for å få en forståelse av helheten (Braun & Clarke, 2006). Kodene som hadde fellestrekk, ble klippet ut og sortert for å få en oversikt og struktur av datamateriale i denne studien. Videre lagde jeg tema som inneholdt både fellestrekk fra kodene, og datautdrag som beskrev hvordan voksne personer opplever å delta i en organisert livsstilsendring.

Ved starten av trinn 4 hadde jeg en oversikt over de ulike temaene som ga en beskrivelse av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). I dette trinnet gikk jeg gjennom alle temaene på nytt for å se og de skulle endres eller fjernes. Videre leste jeg gjennom datautdragene innen hvert tema for å vurdere om de dannet et mønster. Og til slutt vurderte jeg om temaene viste til en helheten som resulterte i en god oversikt over temaene, og ga en god beskrivelse av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Ved bruk av denne tematiske analysen og dens trinn førte det til at temaene som var relevante for å besvare forskningsspørsmålet ble valgt, og som ga en analyse på 4 hovedtemaer og 11 undertemaer. Dette vil belyses nærmere inn på i kapittel 5.

4.7 Refleksjoner

Kvalitetskriterier innen kvalitative studier knyttes oftest til presentasjon av forskningen. Begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er indikatorer som ofte brukes for å vurdere kvaliteten på forskningen, og jeg tar et utgangspunkt i disse begrepene for å vise til hva jeg har gjort for å sikre kvaliteten i prosessen i denne studien (Tjora, 2021).

4.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet, troverdigheten av resultatene og sammenhengen for denne studien (Krumsvik, 2014; Tjora, 2021). Graneheim & Lundman (2004) viser til at

reliabilitet endres over tid og endringene blir gjort i forskerens beslutninger i analyseprosessen, og at deltakerne får de samme spørsmålene.

Innen kvalitative studier som denne, er det vanskelig å reproducere fordi resultatene avhenger av de utvalgte deltakerne. Derfor har jeg sannsynligvis ikke kommet frem til akkurat de samme resultatene hvis jeg hadde gjennomført studien på nytt senere (Bryman, 2016). For å være sikker på best mulig reliabilitet har det blitt tatt avgjørelser underveis i forhold til utvalg, datainnsamling, transkribering, dataanalyse og min rolle som forsker. Dette har blitt gjort rede for tidligere i avsnittet. I forskningsstudier bringer forskeren alltid med egen forforståelse, og et kvalitativt intervju vil være forskjell fra gang til gang. Dette fordi et møte mellom forsker og deltakere vil være unikt.

Rekrutteringen i min studie gikk gjennom avdelingsleder og teamkoordinator ved virksomheten som deltakerne hadde en relasjon til. Det kan derfor tenkes at informantene var mer positive for å delta, enn hvis jeg som utenforstående hadde kommet inn for å rekruttere. I min studie intervjuet jeg 11 kvinner og en mann, og resultatet kunne ha blitt annerledes dersom jeg hadde intervjuet flere menn.

4.7.2 Validitet

Validitet handler om en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke, og den logiske sammenhengen i denne studiens utforming og funn (Kvale & Brinkmann, 2015).

Validitet omhandler også spørsmålene som søkes svar, forholdet mellom det som undersøkes og det som verden undersøker eller har undersøkt (Krumsvik, 2014; Kvale & Brinkmann, 2015; Tjora, 2021). I kvalitative studier refererer validitet til hvor god forskningsanalysen i studien har vært, og hvor god prosessen til å undersøke om temaet er av interesse. Det handler også om resultatene kan bli sett som nyttige og trygge (Brottveit, 2018).

Formålet med denne studien var å belyse hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplever å delta i en organisert livsstilsendring. Dybdeintervju var den metoden som var mest hensiktsmessig, fordi det ga deltakerne mulighet til å fortelle sine opplevelser og erfaringer innen en organisert livsstilsendring. I denne studien valgte jeg deltakere fra en virksomhet, men fra ulikt oppstartsår, noe som belyste opplevelsen og erfaringen fra forskjellige synspunkt.

4.7.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet handler om gyldigheten av undersøkelsen som ble gjort utover de tilfellene som har vært utforsket tidligere (Tjora, 2021). I kvalitative studier er utvalget for lite til å generalisere til en hel befolkning, og fokuset ble da sett på i hvilke grad resultatene kan overføres til andre situasjoner og deltakere som ikke er studert (Bryman, 2016; Tjora, 2021). Det ble intervjuet 11 personer i denne studien, og de representerte en liten gruppe deltakere som deltar i en organisert livsstilsendring. Det er flere faktorer som spilte inn som kan påvirke deltakernes opphold, opplevelser og erfaringer. Derfor kan det tenkes at resultatene hadde blitt annerledes dersom andre deltakere ble intervjuet helt i starten, eller etter den organiserte livsstilsendringen var ferdig.

4.8 Etikk

I et prosjekt som dette kan etikk tenkes på i tre ulike nivåer; person, gruppe og samfunn, og i denne studien er det viktig å tenke på enkeltpersonen og risikoen de tar (Eide & Skorstad, 2020). Det er viktig at jeg ser og tenker på personvern; at enkeltpersonene ikke blir gjenkjent på noen som helst måte. De som var deltakere skal være sikret, og data som samles inn oppbevares på en betryggende måte. Det var også viktig at jeg tenker på selvbestemmelse, og det betyr at det skal være helt klart for deltakerne at det er frivillig å delta, og at man kan trekke seg fra prosjektet når som helst uten å måtte oppgi en årsak til hvorfor (Bakketeig & Magnus, 2002).

Som nevnt ovenfor rekrutterte jeg via avdelingsleder. En årsak til dette er fordi de kjente sine pasienter og hvem som kunne tenke seg å være med på prosjektet eller ikke. Det var imidlertid mitt ansvar å påse på at etikken ble respektert, og det var viktig å være oppmerksom på at etikken respekteres i rekrutteringsprosessen, fordi det kan oppnå etiske dilemmaer (Dalland, 2020).

Informert samtykke innen et prosjekt vil si at deltakerne ble informert om prosjektets mål, og at deltakerne fikk vite hva som er fordeler (muligheter) og ulemper (risiko) med å delta. Det informerte samtykke viste til at det å delta var frivillig, og at de hadde rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst. Det viste også til hvem som hadde tilgang til materialet som ble samlet inn, og at deltakerne kunne se på materialet om seg selv under hele prosessen dersom det var ønskelig (Kvale & Brinkmann, 2015).

Konfidensialitet innen forskning innebærer at privat materiale som kan identifisere deltakerne ikke skal avsløres. Konfidensialitet er et etisk usikkerhetsområde, og det er relatert til et kjent problem: anonymitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Anonymitet skal beskytte deltakerne, og det var viktig som forsker å bemerke seg at deltakerne bruker sin tid, og gir forsker god og verdifull informasjon, og da kan anonymitet være vanskelig. Det var viktig å gjøre så godt man kan for å bevare anonymiteten og personvern (Kvale & Brinkmann, 2015).

5.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres funnene i studien, i lys av forskningsspørsmålet:

Hvordan opplever voksne personer med overvekt og fedme å delta under en organisert livsstilsendring?

Det ble etablert fire hovedtema og ti undertema, på bakgrunn av dataanalysen. Hovedtemaene og undertema er presentert i tabell 4.

Hovedtema	Undertema
Verdensmester i vektendring: både opp og ned	<ul style="list-style-type: none">- Inn i bobla- Verdensmester i vektendring
Nesten superatlet: I alle fall mer enn før	<ul style="list-style-type: none">- Mer nå enn før, og trives med det
En spiral av følelser	<ul style="list-style-type: none">- Nede i et mørkt rom- Gøy å kjenne på disse følelsene som voksen- En ny giv og inspirasjon
Gamle vaner er vonde å vende	<ul style="list-style-type: none">- Jeg kan faktisk bidra- Et ønske om å gjøre endringen selv- Egen kappe, eget ansvar- Hindringer i veien

Tabell 5: Oversikt over hovedtema og undertema i dataanalysen.

5.1 Verdensmester i vektendring: både opp og ned

Deltakerne i studien deltar en organisert livsstilsendring som varer i fem år, og samtlige var godt i gang med sin endring. Elise snakket videre om tiltaket på denne måten:

«Jeg synes jo at hele opplegget for så vidt er bra. Jeg synes det er en god tanke at du er i et opplegg over fem år. For dette er ikke gjort på null komma svish. Så det synes jeg har vært veldig bra, at det er en langsiktig tankegang på det. Og at du skal gjennomføre opplegget.»

Kari snakket også om at dette tiltaket som går over fem år, gir muligheter for å lykkes og nå sine mål. To undertemaer ble identifisert under dette hovedtemaet. Undertemaene gir en nærmere beskrivelse av hvordan deltakerne opplever den organiserte livsstilsendringen.

5.1.1 Inn og ut av bobla

Deltakerne beskrev hvordan de opplevde deres egen helse og motivasjon før de fikk mulighet til å delta i den organiserte livsstilsendringen. Erfaringer og opplevelser som Øystein hadde før den organiserte livsstilsendringen snakket han om på denne måten:

«(...) slet mye med både motivasjon og alt, det som jeg gikk på var tre forskjellige blodtrykksmedisiner, og jeg var i veldig dårlig form. På grunn av mye som har skjedd opp gjennom årene med livet, og det som jeg ga mye f i egentlig mange ganger, hahah»

Etter mange år med egne prøvelser, mange ulike kurer og uten hjelp til endring av livsstil hadde blant annet Ruth endret tankegangen. Hun snakket om at hun gjennom alle årene med prøvelse at hun hadde et ønske om å klare en livsstilsendring alene, men i løpet av de siste årene gikk det opp for henne at skulle hun lykkes så trengte hun litt hjelp. Deltakerne opplevde de første ukene i den organiserte livsstilsendringen som særlig verdifull, og Mina sa dette om disse ukene:

«... det er åtte uker første gangen, det burde faktisk vært flere ganger. For da er du mer i en boble. Mye enklere å komme inn i det faktisk, enn å ha disse bare en uke, to ganger i året liksom. Det er litt for lite til å komme inn i den bobla igjen egentlig.»

Alle deltakerne opplevde kurset som et bra tiltak. Elise oppsummerte ganske bra hva samtlige deltakere tenkte om kurset, og hun nevnte at tiltaket i Fossberg er bra. Bakgrunnen til det var at de skulle endre på livsstilen samtidig som de skulle kombinere deres hverdag. En detalj som flere av deltakerne reagerte litt på, og synes var merkelig med tiltaket, var at det ikke har blitt evaluert. Blant annet Elise syntes at det var uventet siden tiltak involverer så mange

personer, og flere sammensetninger av grupper. Det har blitt reaksjoner blant deltakerne ved at ingen etterspør hva de synes om tiltaket som helhet.

5.1.1.1 Sammen

Deltakerne hadde ulike opplever og erfaringer knyttet til det å være en del av en gruppe, og hva en gruppe har av betydning for dem og deres opphold. Flere av deltakerne har tidligere hatt tanken om å være med i en organisert livsstilsendring, og en av de som snakket litt om dette er Ruth. Hun ga uttrykk for at hun kunne tenkt seg å delta tidligere, men at hun ikke ville på grunn av gruppen. Etter en tid mente legen hennes at hun burde prøve, og Ruth snakket om deltakelse i gruppen etter at hun ble en del av tiltaket på denne måten:

«... nå oppleves det som veldig positivt. Det var det jeg, det er faktisk en av årsakene til at jeg ikke har blitt med før, noe så dumt hahah. For da hadde jeg tenkt at det skal handle om, og ikke var jeg klar for å dele eller noen ting. Nå er jeg all in i Fossberg (...) Også får man den følelsen av at, åja, kanskje det er flere som meg som har det sånn, da er det normalt kanskje da. Det er mye følelser med dette spillet her, veldig, hvertfall for meg. Det å, både føle at man er en bidragsyter selv, det inspirerer og motiverer»

De som var i en gruppe snakket positivt om at det var godt å ha andre i gruppen som støtte, og at gruppen har hatt en forståelse for at ikke alle opplever samme støtte. Blant de var Grethe Eline som fortalte om sine opplevelser:

«For det er veldig spesielt å kunne prate med folk om, altså at de vet hva du prater om. Og bruker de samme begrepene, vi har lært de samme tingene, vi har pratet om det samme, og det synes jeg har vært litt godt. For det er ikke alle rundt meg som forstår.»

Det har vært generelt av stor verdi for deltakerne og tilhøre en gruppe. Øystein snakket om at verdien om å være i en gruppe var å dele erfaringer, fremgangsmåter og høre på hva andre

deltakere hadde utfordringer med. Videre snakket han om at det var godt å tilhøre en gruppe for å kunne dele egne erfaringer, og bidra til at andre fikk når sine mål. Deltakerne, blant annet Ruth beskrev det som motiverende og inspirerende å være i en gruppe. Første dagen i kurset var en spesiell opplevelse og erfaring, noe Inga ga uttrykk for:

«Det er helt uvurderlig. Det er kjempeviktig. For det første så, den første perioden som var åtte uker så var det jo. Det fellesskapet der har utrolig mye å si. (...) det er personlig, det er mange følelser, det er mye skam, det er mye tabu rundt det. Det å skulle kunne, holdt på å si, dele det med andre som er i en annen eller en samme situasjon som deg. På et eller annet vis da, de kan jo likevel ha fullt forskjellig utfordringer, men på en eller annen måte så har vi noe felles. Det har for meg hvertfall betydd utrolig mye. Og det er jo ting som man så sjeldent snakker om fordi jeg opplever det er veldig skambelagt og tabu rundt det med overvekt og fedme»

Det er ikke alle deltakere som hadde samme verdi og positiv erfaring av å tilhøre i en gruppe. Blant annet beskrev Sina sin opplevelse:

«Jeg har ikke (...) hatt en megafin effekt ved at prosessen på en måte, når man hører at andre som slitt med forskjellige ting, og som har veldig lav selvfølelse og veldig lav selvtillit for å være så stor. Så begynner jeg å tenke på, i alle dager skal jeg også føle det sånn? Jeg blir negativt påvirket.»

Selv om Sina ikke hadde hatt en veldig god effekt av å være i en gruppe, beskrev hun likevel har betydd mye for henne gjennom kurset. Hun sa at gruppen var årsaken til at hun er der hun er i dag, og hadde det ikke vært for gruppen så hadde hun antakeligvis ikke vært med på opplegget, men hun føler seg ikke nok sett eller møtt av kurset. En bidragsyter til å bli sett på er for hennes del; gruppen.

5.1.1.2 Men også alene

Alle deltakerne i min studie hadde vært gjennom det første året i kurset, og noen hadde kommet lenger enn andre. Det var mange av deltakerne som ga uttrykk for at det var savn i en eller annen form ved tiltaket. Gudrun snakket om hva hun savnet:

«Jeg har savna, lengre opphold. Vi skulle hatt to uker, to ganger i året i et par år minst, hvor alle dagene var der. Og også har vi heller ikke hatt noe matlaging eller spising, liksom organisert noe der oppe (...)»

Deltakerne ga uttrykk for savn på ulikt vis, og Grethe Eline uttrykte at hennes savn var veldig personlig for henne, og at hun savnet psykolog. En annen deltaker som følte på et savn i opplegget var Ruth, og hun uttrykte det på følgende måte:

«Jeg trodde det var tettere oppfølging individuelt da. Så har jeg skjönt at man kan få litt tettere oppfølging dersom man ønsker det, i noen grad. Men det tror jeg hadde hjulpet meg at vi hadde hatt flere timer i Fossberg. Det er jo veldig, første året så er det greit. Også hopper det, vi skal liksom etter hvert bare møtes to ganger i løpet av et år liksom. Det er lite synes jeg da. Så sånn sett kunne det ha hjulpet meg, og ha litt mer opphold til stede der, og kanskje litt mer mulighet til timer med fagpersoner da, men jeg har jo ikke overbrukt meg på det»

Det er ikke bare Ruth som opplevde et savn på tettere oppfølging som en del av tiltaket, Elise uttrykket også et savn for det. Hun snakket om at i starten av kurset ble deltakerne informert at tiltaket hadde psykolog, ernæringsfysiolog og andre fagpersoner. Erfaringene var at disse fagpersonene var lite til stede for deltakerne, dersom de hadde et ønske om å snakke med disse utenom gruppa. Det blir også nevnt at det var enkelte temaer som de ikke vil snakke om i gruppesammenheng, men at det var vanskelig å få en til en oppfølging.

5.1.2 Verdensmester i vektendring

I den organisert livsstilsendringen setter deltakerne seg mål som de ønsker å oppnå, og dette endrer seg med tiden de er med på tiltaket. Inga har gjennom tiltaket erfart at vektmål ble mindre viktig, og at det var endring i livsstil som ble mer inspirerende. Som nevnt endrer målene seg flere ganger underveis for deltakerne, og Gry Elsa ga uttrykk for det her:

«Altså målet mitt var jo egentlig, altså gå rett og slett ned i vekt slik at livet kunne føles enklere. Det var vel egentlig det jeg tenkte mest på (...) Men så klart ettersom tiden har gått har du jo fått andre mål liksom»

Alle deltakerne snakket om at de har hatt en reise med vektendring gjennom tiltaket. De ga uttrykk for at det var vanskelig fokusert, og at vekten endres hele tiden, den går både opp og ned. De snakket også om at det var flere faktorer for dem som spilte inn for å gjøre denne vektendringen. Deltakerne var voksne personer med overvekt og fedme, og de har blitt henvist til Fossberg for nettopp å endre vekten fordi de hadde en så høy BMI at de ble anbefalt å gå ned i vekt. Ruth og Sina opplevde i begynnelsen av kurset, handlet det stort sett om vekt. Sina beskrev at hun fikk en seg vekker når hun så tallene på egen vekt, og dette bidro til et sterkt ønske om en livsstilsendring:

«Selvfølgelig var det en, jeg har såpass høy vekt, så ser man på tallet så er det helt udiskutabelt at den må ned fordi, men så har jeg veldig høy vekt, men så er jeg veldig oppegående og har jobbet 100 prosent hele tiden. Bank i bordet. Også videre, har heller ingen problemer med å være stor og overvektig, jeg har ikke tenkt på det egentlig.»

Mange av deltakerne i min studie hadde allerede kommet langt i vektendring, og Inga snakket om at det å gå ned i vekt ikke er en quick fix. Det var viktig å jobbe jevnt for å holde fokus, og for å kunne oppnå varig endring. Hun snakket også om at det de var igjennom flere

perioder med ulike endringer. Det var perioder hvor vekten raste ned, hvor vekten sto i ro, og at vekten gikk opp. Deltakeren Mina viste til at når hun var bestemt nok for å gå ned i vekt, oppnådde hun faktisk en endring:

«Veldig tidlig januar egentlig, også hadde jeg allerede begynt og lagt om da, (...) så jeg synes jo det første halvåret var kjempelett, så jeg hadde bare bestemt meg. Så jeg gikk ned 30 kilo!»

Kari er en av flere deltakere som snakket om egen vektendring, og hvordan hun hadde det etter at hun endret fokuset sitt over på noe annet enn bare vekt. Hun snakket om at hun kjente en forskjell på klærne, og som følge av denne endringen, flyttet hun fokuset vekk fra vekt, og over på andre mål som inspirerte. En annen ting som Kari snakket om, var at det var vanskelig å holde vekten stabilt nede når hun hadde gått ned:

«Også ja, så jeg holdt meg liksom på de samme kiloene i et halvt år, (...) også er det en sånn overskrift som heter sliten, som gjør at da spiser jeg, så jeg har lagt på meg 10 kilo da, (...) men det er liksom vanskelig og, det er akkurat som kroppen vil tilbake igjen også, ikke sant? (...) Nå har vi jo klart å gå ned, så hvorfor fortsetter vi å spise sånn for så å gå opp igjen?»

Deltakerne snakket stolt over den vektendringen de har oppnådd så langt gjennom den organiserte livsstilsendringen, og Øystein ga uttrykk for stolthet på følgende måte:

«Det har gjort at jeg har klart å forandre livsstilen totalt, og jeg har klart og gått ned, så jeg nådd vektmålet mitt i fjor sommer, som jeg da greide å gå ned 42,5 kilo»

En deltaker som oppsummerte opplevelse og erfaring med vektendring er Kari, hvor hun sa:

«Det er jo sånn at jeg er en verdensmester i å gå ned i vekt, hahah (...) også er jeg en verdensmester i å gå opp igjen, hahah»

Deltakerne hadde tidligere erfaring med andre typer livsstilsendringer eller rehabiliteringer. En fellesnevner hos alle deltakerne var erfaring og opplevelse gjennom ulike kurer. Grethe Roede ¹ var den kuren de fleste hadde erfaring med. Gry-Elsa og Elise snakket om deres opplevelse av kuren, og Gry-Elsa hadde prøvd noen kurer, og de sa hun lattermildt var helt forferdelige. De var så ille at hun hadde ingen interesse for å fullføre kuren. Elise hadde prøvd fire kurer av Grethe Roede, og en kur med EasyLife, som er en kur hvor maten blir byttet ut med pulver/shaker. Det kom lattermildt frem at det var første og siste gangen som hun gikk på pulver fordi det var så forferdelig.

5.2 Nesten superatlet: I alle fall mer enn før

Deltakerne beskrev hvordan de opplevde, erfarte og gjennomførte fysisk aktivitet og bevegelse under den organiserte livsstilsendringen. Det var flere måter fysisk aktivitet, trening og bevegelse ble tolket på, og Elise uttrykte det her:

«Og da er trening for meg, og gå en tur fordi jeg har de ledd og muskelsmertene, og litt varierende helse ellers. Så har jeg måtte innfinne meg med at det og må hete trening. Det å gå en tur.»

5.2.1 Mer nå enn før, og trives med det

Bevegelse er en stor del av deltakernes livsstilsendring, og Ruth snakket om hvordan hun opplevde og erfarte bevegelse som aktivitet. Bevegelse betyr mye for Ruth fortsatt, hun så ikke på bevegelse som en spesiell trening, men som en aktivitet. Hun snakket om at Fossberg var flinke under sine treningsøkter. Etter de treningsøktene beskrev hun «stemmer i hodet» som gjør bevegelse lettere for henne. Ruth hørte ord som «du er sterk», «dette er bra», «kom igjen». Ved hjelp av Fossberg og bevegelse følte hun seg som en superatlet når hun utførte aktivitet. Bevegelse er som nevnt viktig for deltakerne gjennom den organiserte

¹ Et kurs som er for personer som ønsker å lære om kosthold, endre livsstil eller som ønsker en sunn og motiverende vektreduksjon. Det er en innføring av hva metoden går ut på; kunnskap om sunt kosthold, hvor mye mat og aktiviteter som trengs (Møien, 2017).

livsstilsendringen, og noen endret aktivitetsnivået sitt med bevegelse etter de begynte i tiltaket. En deltaker som viste til hvordan hun erfarte sitt aktivitetsnivå nå sammenliknet med hvordan det var før hun begynte på Fossberg var blant annet Caroline:

«Jeg er nok noe mer aktiv nå, og har vært mer aktiv i den tre års perioden. For før jeg startet igjen, drev jeg ikke noe sånn fast trening, eller jeg gikk noe tur. Det var ikke noe system på noe som helst. Nå har jeg blitt mer bevisst på at jeg skal røre meg, så jeg bruker mye treningsklokke og slik.»

Alle deltakerne fortalte hvordan de opplevde aktivitetsnivået sitt i dag sammenliknet med tiden før de begynte i den organiserte livsstilsendringen. Deltakere som Øystein og Grethe Eline snakket om at de begynte å gå turer; lange turer og bratte bakker for å få opp pulsen. De snakket om at de fortsatt kunne både gå raskt eller jogge for å få utbytte av treningen, det var en endring som natt og dag for dem. Endringen av aktivitetsnivået til Gudrun ga hun uttrykk på følgende måte:

«Sånn generelt sett beveger jeg meg mye mer nå enn hva jeg gjorde da. (...) og det er mye mer behagelig å gjøre det. Så jeg har økt energinivået (...), og jeg kan også (...) være med å gå en tur med andre normalvektige folk uten at jeg får angst for at jeg skal bli for sliten»

Bevegelse har blitt en viktig del av deltakernes sine liv, og Gry Elsa har virkelig funnet sin glede av bevegelse og fysisk aktivitet. Hun snakket om at hun alltid startet dag sin med trening, og at det har blitt mye trening i det siste. Spesielt etter at hun fant glede og trivsel i aktivitet. Tidligere hadde hun ingen glede av å være i aktivitet, og hadde ikke troen på at hun skulle få det heller. Som nevnt så var bevegelse en stor del av deltakernes liv. Sina fortalte hva som var viktig for henne med bevegelse, og hvordan hun fant glede og motivasjon til å fortsette med bevegelse som aktivitet:

«Det viktigste er jo da å få treningen. Selvfølgelig var det en, jeg har såpass høy vekt, så ser man tallet så er det helt udiskutabelt at den må ned fordi, men så har jeg veldig høy vekt, men så er jeg veldig oppegående og har jobbet 100 prosent hele tiden. (...) Jeg begynte med Trim for eldre. Gjorde de øvelsene der, programmet der varte et kvarter, og det var helt gull. Plutselig fikk jeg liksom ledd som har vært vonde i mange år, og sånt. Og kjente bare, kjente at det skjedde noe. Så jeg begynte rett og slett veldig enkelt, så jeg kaller det bare husmorstrimmen. Og der har jeg holdt på og lært. Så hvis jeg kjenner det stivner til også sånn, så tar jeg med en økt med trim for eldre, også er mobiliteten på vei opp igjen»

Deltakerne ble mer bevisste på tankegangen rundt bevegelse, og Ruth snakket om at hun parkerer mer enn 100 meter unna som en bevisst handling, om hun var på butikken, på jobb eller på Fossberg. Hun sa at når hun begynte å bli mer fysisk aktivt gikk hun i trappene flere ganger daglig fremfor å ta heisen. Dette var en bevissthet som hadde kommet mer frem etter oppstarten ved Fossberg, og Ruth har lært hvilke type aktivitet og trening som fungerer for henne. Den organiserte livsstilsendringen har en varighet over fem år, og deltakerne lever de sine normale liv, og noen av deltakerne viste til at det var vanskelig å få bevegelse og fysisk aktivitet inn i en hektisk hverdag. Dette er noe som flere deltakere beskrev, og Inga snakket om hvordan hun løste sine dager som var litt hektiske:

«Jeg prøver å trimme, og har egentlig i mange år fast trim et par ganger i uka, litt styrke og litt spinning. Og hvis jeg er ekstra flink så blir det tre dager, men og hvis jeg ikke er så flink så blir det bare en dag, men som regel så er det to ganger i uka. Også prøver jeg sånn kanskje en gang i uka å gå til jobb, det er drøyt fire kilometer hver vei. Så de gangene jeg ikke har så lyst til å dra på trim, så prøver jeg å gå i stedet da.»

5.3 En spiral av følelser

De psykiske følelsene og den mentale helsen var noe som flere deltakere nevnte. Gry Elsa var en deltaker som snakket om hennes tanker knyttet den organiserte livsstilsendringen, og hvordan hun møtte denne utfordringen:

«For at du skal få klart den livsstilsendringen så må du ta tak i hodet ditt. For det nytter ikke å bare ta kosten, og spise sunnere, og trene, det fungerer ikke. For da klarer du ikke den livsstilsendringen. Ja, du går ned kanskje i vekt, og at det blir greit sånn, men da er det så fort gjort å havne på det gamle, for da tar du ikke tak i det som virkelig er problemet»

5.3.1 Nede i et mørkt rom

Flere av deltakerne sa at de opplevde og erfarte at de ble sliten i hodet, de har vært gjennom mye, og de gikk igjennom perioder som var utfordrende og vanskelige. En av deltakerne, Inga, snakket om hva hennes tanker var og hva hun opplevde og erfarte da hun ble sliten i hodet. Hun fortalte at hun tvang seg selv til å tenke hvorfor hun gjorde ting som hun gjorde, hvorfor spiste hun til det tidspunktet, er det fordi hun var sulten eller var en helt annen årsak. Videre fortalte hun at var krevende å være sliten i hodet, og at hun fikk negative tanker. Hun beskrev det som å grave seg selv ned. Ved å innrømme ovenfor seg selv, «å møte seg selv i døra», og kjenne på at ting i livet kanskje ikke var så greit, det var veldig krevende. Hun var utrolig glad for at den organiserte livsstilsendringen var et langsiktig tiltak. En faktor som roet henne litt ned ved å vite at hun hadde hjelp og støtte fra virksomheten i lang tid. Inga snakket også om at den organiserte livsstilsendringen var kjempeoppfattende, og at det hjalp ikke å bruke hjelpemidler i form av medisiner eller operasjon. Det kan hjelpe på vekta, men det handlet om hodet og vanene, og det er en lang prosess ved å endre på både tankegang og vanene. En annen deltaker snakket om det å føle seg mislykket og være langt nede, nemlig Ruth:

«Først så var det ikke så positiv, da gikk jeg ganske langt ned i kjelleren for det at jeg følte meg veldig mislykket over at jeg ikke får til selv. Og at det har en, hele livet eksistert en flauhet og ydmykhet, og en skamfullhet over at man er stor. Det er jo liksom bare å trene og spise mindre så skal det gjøre seg selv. Men når jeg begynte å få hjelp så fungerte det veldig bra, jeg er sånn snill pike syndrom, så det er jo all in når jeg blir med på noe (...) Jeg har liksom ikke vært ned i sånn depresjon, men jeg har vært mye nedi et sånn mørk rom. Jeg vet ikke hvor mye jeg skal utdype og sånn, men jeg finner mye glede i små ting i hverdagen. Jeg har vært mye lei meg, tristhet og nedstemt, og det å kjenne på at det blir bedre. Selv om kiloene og alt sånn er der, og så det å oppleve mestring, det å ha en egen verdi rett og slett. (...) kontaktpersonen vår som er på Fossberg er fantastisk fin, og h*n sier at man er jo mer enn kiloene sine, at det bare er et skall man har. Så det har vært en vei for meg, å finne tilbake til meg igjen. Ikke bare, jeg blir litt sånn mitt til slutt»

Mange av deltakerne har opplevd mye læring og kunnskapsheving gjennom den organiserte livsstilsendringen. Flere av deltakerne nevnte at læringen som var av størst verdi, var fysisk aktivitet og læren om seg selv. Caroline var blant de som viste til at hun har lært å prioritere seg selv, mer enn tidligere. Tidligere hadde hun et negativt syn på seg selv enn nå. Videre snakket hun om at hun var bedre på å akseptere at ting var som de var, og at hun fikk færre negative tanker knyttet til slike situasjoner. Deltakerne ga uttrykk for hvordan de hadde det med seg selv etter de begynte med en organisert livsstilsendring. Ruth ga uttrykk for at hun hadde det bedre generelt, om ikke kilomessig så mentalt ved hjelp av Fossberg. Hun beskrev at hun var veldig glad for at hun tok det skrittet om å få hjelp hos Fossberg, og at ved å ta i bruk den hjelpen hun har fått så langt, har hun det mye bedre. Hun var stolt over at hun kunne sitte og snakke om et så nært og sårt tema uten at tårene bare rant. Hun fortalte at veien til

bedring har vært vanskelig, men at hun har vært så heldig som har fått veiledningstimer, gjennom tiltaket, slik at hun kunne jobbe aktivt med sine utfordringer.

Mesteparten av deltakerne snakket om at de hadde det bedre med seg selv, og sin mentale helse etter de begynte med livsstilsendring, men det er også noen som nevnte en motsatt effekt. Blant annet Sina:

«Jeg har nesten fått det dårligere med meg selv etter jeg begynte livsstilsendring enn før. For jeg har blitt så påvirket av, jeg tar det så innover meg på en måte, det som de andre bærer på da. Det er veldig mange som bærer på en type skam, og som bærer på, ja. Ikke føle seg fin nok, jeg har ikke vært der på en måte. (...) Jeg har ikke (...) megafin effekt ved at prosessen på en måte, når man hører at andre som slitt med forskjellige ting, og som har veldig lav selvfølelse og veldig lav selvtillit for å være så stor. Så begynner jeg og tenker på – i alle dager skal jeg også føle det sånn og? Jeg blir negativt påvirket»

5.3.2 Gøy å kjenne på en mestringsfølelse som voksen

Deltakerne synes det var en merkelig følelse, og kunne kjenne på motivasjon og mestring når de begynte den organiserte livsstilsendringen. Motivasjon og mestring er en stor del av innholdet i kurset. Det har hatt mye å si for deres prestasjoner og fremdrift i en livsstilsendring. Sina fortalte sitt syn på følelsen av motivasjon og mestring:

«Det er helt rart. Det var min innfallsvinkel også begynte jeg med det, og da klarte jeg mer og mer å gjøre de øvelsene som vi gjorde i sal på Fossberg, og den treningen der. Det var jo veldig stort for meg»

Det var mange av deltakerne som snakket om det å kjenne på en mestringsfølelse under kurset, og Inga ga uttrykk for litt mestring under bevegelse. Hun hadde opplevd og erfart at under bevegelse så kjente hun at klarte å gjennomføre det lett, og lettere enn andre.

Lattermildt beskrev hun dette som en fremmed følelse. Hun snakket om at hun kjente på en mestringsfølelse selv om hun er voksen, og det var godt. Videre ga hun uttrykk for at fra hun startet for to år siden så hadde hun gått ned 18 kilo, og hun ønsket seg ytterligere vektnedgang. Hun innrømmet for seg selv at dette har utgjort en forskjell på flere måter, hun kjente at hun klarte mer fysisk, og har en bedre mestrings- og lykkefølelse.

Et fellestrekk hos deltakerne var at de kjente på en mestringsfølelse under bevegelse, aktivitet og trening, og Elise ga uttrykk for det på denne måten:

«Men jeg opplever jo, jeg er veldig fornøyd med som jeg sa at jeg har fått til det med fysisk aktivitet. Det er en mestringsfølelse fordi jeg har vært veldig god på sånn skippertakstrening i alle år. (...) så at jeg nå har klart mer eller mindre å trene såpass fast, og jeg kjenner at det gjør jeg godt selv om jeg ikke nå hvertfall har hatt den fremdriften som jeg har ønsket da»

5.4.2 En ny giv og inspirasjon

Deltakerne har følt på motivasjon og funnet glede ved en livsstilsendring, noen har også funnet en motivasjon i seg selv. Mina fortalte at den største motivasjonen hadde hun funnet i seg selv, var når hun begynte i den organiserte livsstilsendringen. Den motivasjonen ble så stor at hun rett og slett ble litt høy på seg selv sa hun lattermild. Deltakeren Øystein er en av mange deltakere som virkelig har funnet motivasjon ved å delta i en organisert livsstilsendring noe han ga uttrykk på følgende måte:

«Så tok de og henviste meg til Fossberg (...) Det opplegget er over en femårs periode det er utrolig positivt å motivere, for du vet hva du har og du vet at du skal dit. Det har gjort at jeg har klart å forandre livsstilen min totalt, og jeg har klart og gått ned, så jeg har, nådde vekt målet mitt i fjor sommer da, som jeg da greide jeg å gå ned 42,5 kilo»

Vektmålene som deltakerne har satt seg var målbare, det var en motivasjon og inspirasjon. Inga snakket om at det som inspirerte henne var å tenke at hvis hun klarte å gå ned i vekt, så vil mye av livet hennes bli lettere, og ikke minst å finne andre mål som inspirerte. Det å være en del av en gruppe har som nevnt tidligere hatt en stor betydning for deltakerne, og gruppen var en motivasjon som Ruth snakket om. Hun ga uttrykk for at det var krevende å be om sykemelding for å være med på timene som var satt opp ved den organiserte livsstilsendring, men hun snakket jevnt med gruppen sin som ga henne motivasjon til å delta. Hun fortalte videre at de møttes for sjeldent, noe som hun synes var synd fordi gruppen var motiverende og ga en ekstra «piff» for henne. En annen deltaker som synes at gruppen var til stor motivasjon var Caroline som hun ga uttrykk for her:

«Du får en sånn boost på motivasjonen for hver gang vi møtes. Det er inspirerende og det er, ja, en liten påminner at man kommer litt ut av det, også blir du hanket inn igjen»

Deltakerne har flere opplevelser og erfaringer med at gruppen og kursoppholdene var med på å gi motivasjon og mestring, og Elise snakket om en spesifikk opplevelse og erfaring som ga henne motivasjon og mestring:

«På gruppa mi så er det jeg og en til som har konkurrert over hvor raskt vi klarer å gå en slik bakketest, hahah. (...) og det har jo vært gode opplevelser, egentlig begge deler fordi vi har byttet litt på, hvem av oss som har slått den andre. Det har egentlig vært ålreit opplevelser begge deler, det er ålreit den gangen du er best, men det er også litt artig å se den gangen, for han var enda dårligere fysisk form enn meg når vi begynte. Så det er litt fascinerende å se hvor god form han har blitt også.»

Noen av deltakerne synes det har vært vanskelig å finne frem en motivasjon til å fortsette med en livsstilsendring. Det er flere som snakket om at det var vanskelig på grunn av vekten gikk

mye opp og ned, og hadde vanskeligheter med å holde den stabil. Deltakeren Kari synes av og til at det var vanskelig å finne sin motivasjon til å fortsette, noe hun ga uttrykk for på følgende måte:

«Så jeg har litt vansker med også (...) ja, og fortsette da. Over lengre perioder, det går bra i noen måneder også dabber det av, ja. (..) Så jeg sliter veldig med den motivasjonen på det da.»

5.4 Gamle vaner er vonde å vende

Gjennom de årene som deltakerne har deltatt i en organisert livsstilsendring har de opparbeidet seg flere erfaringer. De har også møtt på utfordringer på veien. Inga ga uttrykk for hennes erfaringer, og hun snakket om det på følgende måte:

«Nei, litt som jeg sa det der angående det at man føler man har mislykkes mange ganger da. Og erkjenner hvor, faktisk hvor vanskelig det er og endre vaner. Ikke bare en vane, men en livsstil da. Jo lenger du har levd i den vanen og livsstilen, jo vanskeligere er det å snu den. Også kan man klare noe igjen i en periode, også blir det supervanskelig etter hvert.»

5.5.1 Jeg kan faktisk bidra

Livsstilsendringen krevende mye av deltakerne, og ga dem mange erfaringer og opplevelser knyttet til en livsstilsendring. Det å være til hjelp for andre, og bidra var en positivfølelse flere av deltakerne kjente på. Elise var en av mange i studien som snakket om at opplevelser, erfaringer og det å bidra var til egen hjelp. Elise ga uttrykk for det her:

«Sånn at man på en måte føler at en kan bidra med, noe jeg har fått til som jeg kan bidra med til noen andre, og som jeg kan lære tilbake. Det synes jeg har vært, jeg synes det er, har vært ålreite opplevelser.»

Videre snakket Elise om hva hun syntes var viktig å oppnå med en livsstilsendring, og det viktigste for henne var å ha troen på å gjennomføre den organiserte livsstilsendringen. Hun ga uttrykk for at det ikke var gjeldene kun nå, men også det å fortsette resten av livet. Rett og slett å finne en god balanse. Gry-Elsa fortalte om sine opplevelser og erfaringer slik; hun har innrømmet ovenfor seg selv flere ting som har betydning for henne, enten det var noe hun må jobbe videre med, eller som hun hadde funnet ut av på veien. Gry-Elsa ga uttrykk for at hennes erfaring og opplevelse har vært læringen om seg selv. En opplevelse og erfaring som går igjen hos flere av deltakerne var å vise en sårbare side av seg selv, og Grethe Eline fortalte det på denne måten:

«Jeg vet det er mange som har gitt opp for de føler at de ikke har blitt hørt på en måte da, men. Jeg har aldri, vi er så forskjellige ikke sant, vi går frem på forskjellige måter, vi ytrer ønsker på forskjellige måter. Så det er jo det å være i et sånn opplegg, så er det veldig sårbart for den enkelte, tenker jeg da»

5.5.2 Et ønske om å gjøre endringen selv

Erfaringer som blir gjort i en livsstilsendring er mange og komplekse, og deltakeren Ruth snakket om sine erfaringer om å være med i en organisert livsstilsendring. Hun og mange andre hadde erfart at dersom de var med i den organiserte livsstilsendringen, så viste de ovenfor seg selv at de ønsket å ta tak i en endring. Det å ønske at en endring skal skje, og det økte bevisstheten om seg selv.

Noen erfaringer som går igjen hos flere av deltakerne var tema, gamle vaner. Caroline snakket om at skal det gjennomføres en livsstilsendring, må de gamle vanene som ikke var bra endres, og handlingene og gjennomføringen måtte endres. Det var et mønster som måtte brytes og endring som måtte gjennomføres, og vaner var vanskelige og det tok tid å etablere til nye vaner. Videre ga Caroline uttrykk for et fokus, det å ta vare på seg selv for «engangsskyld»:

«Ha fokus på seg selv, ta vare på seg selv. Finne ut ting ved deg selv som gjør at du får noe bedre da i hverdagen. Å gå fra og ikke være et ja menneske og si nei også, hahah. Ikke si ja til alt. Det ville vært veldig typisk for mange. Vi sier ja til alt, og at andre går foran seg selv. Det er ikke bra i lengden. Så det gjelder å ta vare på seg selv, sin egen identitet, sine egne behov, og sine egne følelser. Pleie og stelle med det, sånn at man fortsatt har det bra.»

Et annet ønske om endring og erfaring som deltakerne har opplevd som vanskelig var mat. De synes det har vært utfordrende å finne en balanse knyttet til rutiner på måltider og mestre sultfølelsen uten inntak av mat. Grethe Eline snakket om at hun spiste på følelser, og dette gjorde hun spesielt da hun var sliten.

En annen deltaker som har hatt vanskeligheter knyttet til mat var Sina, hun opplevde å ikke bli tatt på alvor angående matinntak:

«Det er litt vanskelig for meg å få gehør for det. For jeg kan faktisk ligge på, og har gjort det mange ganger, ligge på rundt mellom 1200 og kanskje kommet opp på 1600 kalorier. Det er altfor lite for meg, men det får jeg lite gehør for. Så der er vi litt på diskusjon, hahah. Det er litt sånn at man føler seg nesten litt mistrodd på en måte»

5.5.5 Egen kappe, eget ansvar

Deltakerne hadde erfaringer og opplevelser med fysiske skader både før og under den organiserte livsstilsendringen. Elise fortalte at hun hadde vært mye plaget med muskel- og leddsmerter over lang tid, men at hun hadde blitt mer bevisst over at den organiserte livsstilsendringen hadde bidratt til et bedre overskudd. Alle deltakerne fortalte om undervisning og samlinger som en del av den organiserte livsstilsendringen, hvor det blir gitt flere tips og råd om hvilke hjelpemidler og verktøy som kan være nyttig.

Deltakerne hadde tatt i bruk disse verktøyene; skjemaer, ulike livshjul, kostholdssammensetning, aktivitetslister, menylist, handlelister, for å kunne planlegge hverdagen. Kari og Grethe Eline snakket om at disse verktøyene hadde vært til god hjelp, men de krevet mye arbeid av dem. For å ta i bruk disse verktøyene må deltakerne prioritere å sette seg ned for å planlegge og skrive. Mina synes også at verktøyene hadde vært nyttig, og det å ikke ta i bruk verktøyene er noe en må ta ansvar for selv. Verktøyene og hjelpemidlene har vært til hjelp, og Inga fortalte når hun benyttet seg av dem:

«(...) altså vi har fått noen strategier å bruke når du på en måte går tilbake til gamle vaner. At man må stoppe opp litt, og sortere. Bruke ulike metoder, f.eks. ABC, altså masse forskjellige strategier man kan bruke for å stoppe opp, og hva skjer nå og hvorfor skjer det (...)»

5.5.6 Hindringer i veien

Alle deltakerne snakket om utfordringer de har møtt gjennom den organiserte livsstilsendringen, og hvordan hverdagen deres hadde blitt påvirket. En utfordring som flere av deltakerne snakket om var at de spiste for mye mat. Ikke bare av godteri, men all mulig mat. Gry-Elsa snakket om utfordringer med mat, blant annet ble hun god på å «lure seg til å spise». For eksempel gjemte hun tomt sjokoladepapir nederst i søppelkurven. Tanken var at: «når ingen i familien ser papiret, er ikke sjokoladen spist». Dette kunne flere av deltakerne kjenne seg igjen i. og det var at de er flinke på å finne på ting, bare det å finne et gjemmested for godteripapiret. Sina ga uttrykk for hva hun synes har vært utfordrende på følgende måte:

«Jeg kan si noe om hva som er utfordringen. Det er jo å få en livsstilsendring til å harmonisere med resten av familien. Det er på en måte en utfordring. Der kunne man trengt enkelte verktøy. Så, nå har ikke jeg fått spist middag fordi at jeg var hjemme sent, også skulle jeg gjøre dette, og så har de andre vært på trening. Og det er ikke så bra for den måltidsrytmen som vi skal ha, så utfordringen ligger der å få

livsstilsendringen til å harmonisere med familielivet, og den koden har ikke jeg knekt helt enda. også fungerer den godt i perioder og plutselig skjer det noe, også fungerer det ikke. Det er det som, det er generelt, min utfordring da. At jeg blir så lett fanget av ytre omstendigheter som påvirker prosessen. Og da kan man stille spørsmålet, er det jeg som lager bare lar det påvirke eller skjer det faktisk. Det er sikkert en kombinasjon av begge deler. Det er litt sånn, så skal man gjennomføre dette så man være bevisst, man må være på hele veien da. Man har lært verktøy på Fossberg som man kan ta frem ved behov. (...) Det er min store utfordring, har vært. For mye stress, for lite søvn, for mye mat, for lite bevegelse, for lite drikke.»

I løpet av de årene som deltakerne hadde deltatt i den organiserte livsstilsendringen hadde de mange erfaringer, opplevelser, kunnskapspåfyll, verdivalg, mentale og fysisk utfordringer. De har hatt negative tanker, lite motivasjon, og de har følt seg mislykket. De har kjent på mestring, motivasjon og lykke. Så langt i tiltaket har deltakerne mange gode opplevelser, og Øystein oppsummerte erfaringen med den organiserte livsstilsendringen på denne måten:

«(...) det er utrolig mye positivt det der med en livsstilsendring og alt sammen da.»

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet belyses en diskusjon av funnene, et lys av folkehelseperspektiv. Og implikasjoner for den organiserte livsstilsendringen belyses. Kapitlet presenterer studiens styrker og begrensninger, videre forskning og en konklusjon.

6.1 Diskusjon av resultatene

Overvekt og fedme har en sammenheng med for lite fysisk aktivitet i det daglige, og et mindre bra kosthold. Forskning viser at fysisk aktivitet er bra for helse og livskvaliteten gjennom hele livet. Det er også viktig for å forebygge livsstilssykdommer (Folkehelseinstituttet, 2023; Helsedirektoratet, 2010). Funnene i studien viste til at flere faktorer spiller inn, og dette vil bli diskutert videre.

Et funn i studien viste til at deltakerne har vanskeligheter med å holde vekten stabil; vekten går både opp og ned. I helsefremmende arbeid og empowerment er det sentralt at det legges til rette for at mennesker skal ta kontroll over eget liv, og fremme egen helse. Helsetjenester står sentralt for dette arbeidet, og den beveger seg i større grad mot en helsefremmede retning enn hva den har gjort tidligere (World Health Organization, 1986). I denne studien har det blitt gjort funn hvor deltakerne fikk økt bevissthet ved å søke hjelp av helsepersonell og deres kompetanse, og funnene understreket betydningen av å søke profesjonell hjelp som viktig. Liknende funn vises i studien til Salemonsens og hennes kollegaer (2018), som beskrev at deres deltakere hadde vanskeligheter med å endre på vaner innen kosthold og aktivitet, på grunn av en veksling av følelsene skam, skyld og stolthet. Dette påvirket videre deres evne til å ta et personlig valg og ansvar (Salemonsens et al., 2018).

Gamle vaner var et funn i denne studien som flere av deltakerne hadde en erfaring med, og Caroline ga uttrykk for at dersom man skal gjennomføres en livsstilsendring måtte de gamle vanene endres. Det er vanskelig å endre gamle vaner, og for å etablere nye så må man ta seg

god tid. Dette funnet samsvarer med tidligere forskning som har vist at deltakerne sine opplevelser, erfaringer og endringer i en organisert livsstilsendring (Følling et al., 2015; Gjertsen et al., 2021; Salemonsens et al., 2018).

Et annet funn fra denne studien viste til at deltakerne hadde behov for å ha fokus på seg selv, og Caroline snakket om at det å ha fokus på seg selv, ta vare på seg selv er viktig i en prosess for livsstilsendring. Det å pleie seg selv, egen identitet og egne behov. Liknende funn ses i studien til Sand og hennes kollegaer (2015), som viste til at det var viktig at unge kvinner fokuserte på seg selv og deres egen kropp, fremfor å sammenlikne seg med andre.

Det var funn i studien som viste til at deltakerne gikk gjennom en spiral av følelser ved den organiserte livsstilsendringen. Malterud og Ulriksen (2011) viste til hvordan forskningsresultatene om erfaring og holdning innen overvekt og fedme var i helsevesenet. Helsevesenet mente det var pasientene sitt ansvar, hvor manglende kunnskap, innsats og motivasjon hindret den til en sunn mestring, bedre selvtillit og kontroll på egen vekt (Malterud & Ulriksen, 2011). Liknende funn gjort i min studie viste til at deltakerne har opplevd at flere i deres gruppe har sluttet i den organiserte livsstilsendringen fordi de ikke følte seg hørt. Dette var et funn og en faktor som flere av deltakerne ga uttrykk for, som da Sina fortalte Fossberg at hun hadde problemer med mat, men at hun ikke ble hørt når hun trengte hjelp med dette temaet.

Det har også i min studie blitt gjort funn på at deltakerne følte seg mislykket, hadde lite motivasjon og var langt nede. Blant deltakerne så fortalte Ruth at hun følte seg mislykket, viste til en ydmykhet og var flau av å være overvektig. Hun snakket om at det var flaut å bli en del av Fossberg, fordi da følte hun seg mislykket ved at hun ikke klarte å gjøre en livsstilsendring alene. Det var flere av deltakerne som ga uttrykk for at de har vært gjennom en skamfølelse, en tristhet og følt seg nedstemt i en periode. Den organiserte livsstilsendringen hadde i perioder hjulpet dem med å få tankene over på andre ting, for

eksempel å finne glede i små ting gjennom hverdagen. Dette var funn som kunne gi en indikasjon at skamfølelsen, mangelen på å bli hørt og følelsen av å være mislykket i en livsstilsendring ble vist ved en negativ tankegang på deltakerne selv og deres prosess med en endring av livsstil i enkelte perioder. Et sentralt funn fra denne studien var gruppen og hvor stor betydning det har vært for deltakerne. De delte erfaringer, ble kjent med andre gruppemedlemmer og deres utfordringer, deltok på kurs og aktiviteter sammen. Dette kan knyttes med Verdens Helseorganisasjon (1986) sin beskrivelse av helsefremmende arbeid i et fellesskap.

I denne studien viste det seg at en tilhørighet i en gruppe betydde mye, men kunne gi både en negativ og en positiv påvirkning av deltakerne. Deltakeren Sina snakket om at det var vanskelig å ta personlig valg når tilhørigheten i en gruppe hadde så stor betydning. Hun fortalte det at da hun hører på andre og hva de hadde vanskeligheter med, at de hadde lav selvfølelse og selvtillit til å være overvektig, fant hun ut at gruppetilhørighet ikke var noe for henne. Hun ble negativt påvirket, men selv om hun blir negativ påvirket betydde gruppen mye for henne sosialt, og det var en årsak til at hun fortsatt var med som deltaker i den organiserte livsstilsendringen. Ruth snakket på at hun kunne tenke seg å delta i den organiserte livsstilsendringen tidligere, men at hun ikke ville være en del av en gruppe. Etter en del runder med seg selv bestemte hun seg for å delta, og hun opplevde det som veldig positivt. Hun hadde ikke tenkt på hvor stor betydning gruppen skulle ha for hennes følelser. Det inspirerte, motiverte og hun satt med en følelse av å bidra. Det deltakerne har vært igjennom var personlig, mange følelser og mye skam rundt det å være overvektig. Ruth og Øystein var blant deltakerne som snakket om at det å være i en gruppe handlet om å dele erfaringer, fremgangsmåter og høre på hva andre deltakere har utfordringer med. Øystein snakket også om at det var en god følelse å kunne dele sine egne erfaringer og bidra til at andre kan oppnå det de ønsker. Dette var funn som indikerer at gruppen var av stor betydning for deltakerne,

og en grunn til dette var fordi de føler seg mer sett og likestilt, og at de alle var i samme situasjon. De delte sine erfaringer, hørte på andre og deres erfaringer, og de fikk ved dette tilgang til andre løsninger enn de selv kanskje hadde tenkt. Disse funnene kan knyttes med studien til Gjertsen og hennes kollegaer (2021), som viste at gruppe medlemmene var på samme nivå, de hadde tid til hverandre og følte seg trygge (Gjertsen et al., 2021).

Bandura (1977) er en sentral person når det er snakk om mestring, og mestringstroen. Sina fortalte at det å begynne på Fossberg gjorde at hun fikk økt kompetanse om bevegelse og fysisk aktivitet. Videre snakket hun om at etter den økte kompetansen så klarte hun å gjennomføre øvelsene som ble gjort ved den organiserte livsstilsendringen, og det var utrolig stort for henne. Hun kjente på motivasjon, mestring, økt selvtillit og økt kompetanse. Alle deltakerne hadde en tidligere erfaring med en annen type livsstilsendring, og en av disse erfaringene som går igjen hos alle er kurer. Grethe Roede var en kur som de fleste deltakerne hadde hørt om eller gjennomført. Deres erfaring med andre kurene, fristet ikke til gjentakelse og opplevdes som helt forferdelige fordi de blant annet inneholdte pulvermåltider.

Det påpekes at det er flere faktorer som kan være til hjelp for å få en positiv mestringsfølelse. For eksempel ved bruk verbal overtalelse (Bandura, 1977). Det har blitt gjort flere enkelt funn i denne studien som viser til opplevelse av mestring. Under treningsøkter ved Fossberg har Ruth fortalt at denne virksomheten var flinke på å gå rundt å fortelle at de var gode. Etter de treningsøktene som har blitt gjennomført på Fossberg har hun i etterkant hatt kommentaren hun fikk ligger i bakhodet. Når hun hører på disse kommentarene opp igjen og opp igjen, så har det gitt henne en mestringsfølelse og motivasjon til å fortsette trening på egen hånd.

Ifølge Bandura (1977) så finner man mestringstroen også ved å observere andre personer, og dette har det blitt gjort funn av i denne studien. Det var en spesifikk opplevelse og erfaring som Elise har latt seg bemerke og gitt henne en mestringsfølelse. Hun og en annen deltaker som var på samme gruppe hadde hatt en konkurranse over hvor fort de har klart og gått en

bakketest. Hun fortalte at de hadde byttet på hvem, og det hadde vært fascinerende å se hvor god innsats de begge to la ned i arbeidet i forkant av denne konkurransen. De observerte hverandre og fikk en mestringsfølelse for seg selv når de vant, men også en mestringsfølelse av hverandre selv om det ble et tap. Dette funnet indikerte at deltakerne fant en inspirasjon i hverandre.

I henhold til motivasjon, viste også funnene at deltakerne hadde en indre og ytre motivasjon til å gjennomføre en livsstilsendring, og Mina var en deltaker som ga et stort uttrykk for at hun hadde funnet motivasjonen i seg selv. Den indre motivasjonen fant hun etter at hun begynte på den organiserte livsstilsendringen, og hun var en av mange deltakere som hadde lært mye om seg selv og funnet indre motivasjon gjennom livsstilsendringen. Deltakerne hadde funnet ytre motivasjon, og blant deltakerne var Caroline en av dem som snakket om at hun har fått mye påfyll med ytre motivasjon hver gang hun har møtt gruppen. Den ytre motivasjonen som inneholdt av å være en del av en gruppe, var spesielt god dersom det hadde vært en tung periode i forkant av kursene. Liknende funn vises også i tidligere forskning (Malterud & Ulriksen, 2011; Sand et al., 2015). Disse studiene viste til at motivasjonen bedres når deltakere har en tilhørighet i en gruppe.

Vektendring er en stor del av det deltakerne går igjennom i den organiserte livsstilsendringen, og Kari fortalte at hun merket forskjell på klærne etter at hun begynte på opplegget.

Endringen fikk henne til å endre på målene hun hadde satt, og hun flyttet fokuset vekk fra vekten og over på mål som inspirerte; for eksempel å leke med barnebarn. Dette var funn som kan forstås som både ytre og indre motivasjon, hvor vekt kan ses på som den ytre motivasjonen, mens inspirerte mål ses på som indre motivasjon. Dette kan komme av bedre selvforståelse, bedre innsikt og mer kompetanse gjennom den organiserte livsstilsendringen (Deci & Ryan, 1985). Liknende funn vises i studien til Sand og hennes kollegaer (2015), som viste at synet mellom kulturelle normer og unge kvinners oppfatning av egen kropp og helse

ble beskrevet som en negativ faktor som påvirker motivasjon og velvære for en livsstilsendring. De må ha et mer avslappet syn til overvekt og fedme, og et positivt syn på utseende er nødvendig når problemer innen vektbalanse og livsstilsendringer hos unge kvinner blir tatt opp.

6.2 Funn i lys av et folkehelseperspektiv

Funnene i denne studien ga innsikt i hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplevde å delta i en organisert livsstilsendring, og det viste at deltakerne hadde gode erfaringer og kompetanse så langt i opplegget. Det er også funn som viste til at deltakerne opplevde at gruppen var en stor faktor og motivasjon for deres livsstilsendring.

Helsefremmende arbeid og empowerment er viktig innen folkehelse, og Verdens Helseorganisasjon viste til at disse begrepene legger til rette for å fremme egen helse, mestring og kontrollen over eget liv (World Health Organization, 1986). Funnene har også en sammenheng med mestringstroen (Bandura, 1977; Deci & Ryan, 1985; Ng et al., 2012; Ryan et al., 2009).

Deltakerne i den organiserte livsstilsendringen deltok på grunnlag av deres helseutfordringer som er knyttet til fysisk aktivitet og kosthold. Så langt i opplegget har deltakerne fått mer kompetanse om blant annet fysisk aktivitet og kosthold, oppholdet har hjulpet deltakerne med den mentale helsen. Myndiggjøringen som virksomheten har hjulpet deltakerne med, omhandlet deres kontroll over beslutninger og handlinger som påvirket livskvaliteten (World Health Organization, 1986).

6.3 Implikasjoner for den organiserte livsstilsendringen

Fossberg Rehabilitering og Helse er en virksomhet som jobber blant annet med behandlinger for syklig overvekt og fedme i Norge. Funnene i denne studien hadde implikasjoner for den organiserte livsstilsendringen ved å vise til deltakernes perspektiv, erfaringer og opplevelser,

og hva som var viktig for deres endring. Disse funnene kan hjelpe helsepersonalet hos Fossberg og andre som jobber med liknende arbeid til å øke deres bevissthet for å lytte mer til deltakerne sine behov. Behovene som deltakerne har beskrevet har vært:

- Tettere oppfølging gjennom raskere tilbud om ernæring og psykolog
- Lengre opphold, og tettere opphold i løpet av fem års perioden
- Et tilbud om individuell oppfølging til personer som ikke føler en tilhørighet i gruppe

Motivasjon og mestring var sentralt i funnene, og dette samsvarer med tidligere studier (Malterud & Ulriksen, 2011; Sand et al., 2015). Det har blitt gjort funn som beskrev en spiral av følelser så langt i den organiserte livsendringen, de har jobbet med seg selv, mentalt og fysisk. Gamle vaner de har erfart er spesielt og krevende, og deltakerne har hatt opplevelser som superatlet sammenliknet med tidligere, og at de var verdensmestre i vektendring, ikke bare opp, men også ned. Dette var funn som støttes av tidligere forskning og et spekter av følelser (Følling et al., 2015).

6.4 Styrker og begrensninger

Det har vært viktig å diskutere flere begrensninger knyttet til denne studien, med tanke på hvordan begrensningene har bidratt til å redusere validiteten av forskningen. Tidligere forskning som var relevant for denne oppgaven kan ha blitt oversett på grunn av bruk av søkeord, eller ikke funnet på grunn av kombinasjonen av søkeordene.

Denne studien var en kvalitativ studie, og da var det viktig å være bevisst på innflytelse over datamaterialet, og det har vært viktig å være transparent gjennom hele forskningsprosessen. Bevisstheten på å beskrive aktuelle utfordringer og begrensninger i studien vises i kapittel 4, og det var viktig for fremheving av egen forforståelse som mulig kilde til skjevhet til informasjonen. Bryman (2016) viser til at kvalitativ forskning ofte blir kritisert for å være subjektiv hvor forskeren sin egen forståelse og opplevelse av hva som er viktig kan gjenspeile

seg i funnene og tolkningen av datainnsamlingen (Bryman, 2016). Ved bruk av tolkningen av datamaterialet har det derfor vært viktig å fremstille deltakerne sine respons gjennom deres forståelse av virkeligheten.

Begrensningene i denne studien kan også skyldes forskeren sin uerfarenhet i forskningsfeltet. Gjennom transkribering og analyse kom det frem at deltakerne burde blitt stilt flere relevante oppfølgingsspørsmål under intervjuene. Gjennom slike oppfølgingsspørsmål kunne det ha kommet frem mer dybdeinformasjon enn det som har blitt innhentet. Som konsekvens kan dette ha ført til et fravær av sentral datainformasjon, og det var mulig at denne begrensingen kunne vært unngått dersom det hadde blitt gjennomført flere pilotintervjuer, slik at forskeren hadde fått mer erfaring med intervjuet. Utvalg var også en begrensning, og deltakerne som var med i denne studien kommer fra distriktet, og det var mulig at responsen fra deltakerne på enkelte spørsmål ville vært annerledes dersom utvalget ble rekruttert fra en by. Utvalget knyttet til en virksomhet fremfor flere kan ha hatt samme påvirkning på studien. Fikk et utvalg fra virksomheten, hvor flere var menn, men disse ønsket dessverre ikke å delta.

Styrkene ved denne studien var at det viste en detaljert fremstilling av resultatene. En annen styrke var en erklæring fra forskeren sitt ståsted, dette har blitt gjort ved at forskerens bakgrunn ble fortalt, valg av dette temaet og påvirkningen. Et bredt spekter av deltakere var også en styrke ved denne studien.

6.5 Videre forskning

Denne studien bidro til å øke forståelsen for hvordan voksne mennesker med overvekt og fedme opplever å delta i en organisert livsstilsendring. Studien var en dybdeundersøkelse av spesifikke personer i en bestemt kontekst, og resultatene kan imidlertid ikke si noe om hvordan det var å delta i en organisert livsstilsendring for absolutt alle voksne personer med overvekt og fedme. Deltakernes individuelle erfaringer har blitt belyst i denne studien, og det

vises til at det er behov for videre forskning for å kunne generalisere resultatene og trekker større/bedre konklusjoner om hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplever å delta i en organisert livsstilsendring. Resultatene fra denne studien kan være nyttig for videre forskning. Studien ga en indikasjon på at fremtidig forskning burde undersøke om tettere oppfølging med hver enkelt av deltakerne og den organiserte livsstilsendringen kan bidra til høy måloppnåelse, og opplevelse av økt individuell oppfølging hos deltakerne. Den ga videre en indikasjon om at fremtidige studier burde se enda nærmere på deltakerne sine barrierer som påvirker motivasjonen til å oppnå livsstilsendring ved hjelp av tilrettelegging. Videre forskning burde også se livsstilsendring fra helsepersonalet sitt syn, herunder holdninger til voksne personer med overvekt og fedme.

6.6 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å få en bedre forståelse av hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplevde å delta i organisert livsstilsendring, og hvordan de erfarte påvirkning på egen helse når de deltok i en organisert livsstilsendring. Studien har bidratt med ny kunnskap om hvordan voksne personer med overvekt og fedme opplevde å delta i organisert livsstilsendring, og endring av deres helse. Det har blitt sett på deres opplevelser og erfaringer i en organisert livsstilsendring; som har vært av stor betydning. Deltakerne har opplevd at de har en god tilhørighet til en gruppe. Erfaringene var tett knyttet til motivasjon- og mestringsfølelse, og det å mestre en livsstilsendring skapte glede blant alle deltakerne. Deltakerne viste til at erfaringen de hadde så langt med den organiserte livsstilsendringen påvirket dem både positivt og negativt. Påvirkningen var avhengig av sammensetningen av alle opplevelser og erfaringer, og ikke minst tiden før den organiserte livsstilsendringen i denne studien.

Det er flere av funnene fra studien som samsvarer med tidligere forskning. Studien er et bidrag til å tilføre mer kunnskap og en bedre oversikt over kompleksiteten på temaet overvekt

og fedme. Etter det jeg som forsker har kjennskap til, er det blitt utført få kvalitative undersøkelser og lite forskning i norsk sammenheng.

7.0 Litteraturliste

- Abildsnes, E. (2018). Sosioøkonomisk perspektiver på fysisk aktivitet. I *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk.
- Abildsnes, E., Meland, E., Mildestvedt, T., Stea, T. H., Berntsen, S., & Samdal, G. B. (2017). The Norwegian Healthy Life Study: Protocol for a pragmatic RCT with longitudinal follow-up on physical activity and diet for adults. *BMC Public Health*, *17*, 18.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3981-1>
- Andersen, S. (2013). *Casestudier—Forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Askheim, O. P. (2007). *Empowerment: I teori og praksis* (B. Starrin, Red.). Gyldendal Akademisk.
- Bakketeig, L. S., & Magnus, P. (2002). Hva er en forskningsprotokoll og hvorfor er den nødvendig? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/hva-er-en-forskningsprotokoll-og-hvorfor-er-den-nodvendig>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder—Om å arbeide forskningsrelatert*. Gyldendal Akademisk.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5. utg.). Oxford University Press.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hilhmr-ebooks/detail.action?docID=3086782>
- Demmelmaier, I. (2018). Atferdsendring knyttet til fysisk aktivitet. I *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk.

Denscombe, M. (2017). *The Good Research Guide: For small-scale social research projects* (4. utg.).

Eide, S. B., & Skorstad, B. (2020). *Etikk—Til refleksjon og handling i sosialt arbeid* (4. utg.). Gyldendal.

European Commission. (2017). *Foresight: What, why and how*.

https://knowledge4policy.ec.europa.eu/sites/default/files/foresight_briefme.pdf

Evensen, E., Emaus, N., Kokkvoll, A., Wilsgaard, T., Furberg, A.-S., & Skeie, G. (2017). The relation between birthweight, childhood body mass index, and overweight and obesity in late adolescence: A longitudinal cohort study from Norway, The Tromsø Study, Fit Futures. *BMJ Open*, 7(6), e015576. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015576>

Folkehelseinstituttet. (2023, april 26). *Vaksne sitt for mykje stille og er for lite fysisk aktive*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2023/vaksne-sitt-for-mykje-stille-og-er-for-lite-fysisk-aktive/>

Fossberg Rehabilitering og Helse. (2022). *Hjelp for overvekt*. Landesite.

<https://www.falckhelse.no/helsetjenester/Spesialisthelsetjenester/fa-hjelp-til-behandling/overvekt/>

Følling, I. S., Solbjør, M., & Helvik, A.-S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change—A qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, 16, 73. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z>

Gjertsen, T. I., Helvik, A.-S., & Følling, I. S. (2021). Previous life experiences and social relations affecting individuals wish for support when establishing healthy habits—A qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Public Health*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11374-8>

Government Office for Science. (2007). *Tackling obesities: Future choices—Project report (2nd edition)*.

Government Office for Science. (2020, september 9). *Foresight projects*. GOV.UK.

<https://www.gov.uk/government/collections/foresight-projects>

Grad, F. P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 981–984.

Grix, J. (2002). Introducing Students to the Generic Terminology of Social Research. *Politics*, 22(3), 175–186. <https://doi.org/10.1111/1467-9256.00173>

Hassmèn, P., Hassmèn, N., & Plate, J. (2003). *Idrottspsykologi*. Natur Kultur Läromedel.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. 64.

Helsedirektoratet. (u.å.). *8 av 10 sitter for mye*. Helsedirektoratet. Hentet 14. mai 2023, fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/8-av-10-sitter-for-mye>

Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme: Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten (IS-1735; Nasjonale faglige retningslinjer)*.

Helsedirektoratet. (2017). *Stress og mestring (IS-2655)*.

Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelsepolitisk rapport (IS-2698)*.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf/_/attachment/inline/4510fa5e-942c-4dcd-b169-2160d54687b8:3f359de7447af72b37c030572afe69919d0871ca/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf

HelseNorge. (2020a, januar 2). *Kroppsmasseindeks (KMI) og midjemål*.

<https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/kroppsmasseindeks-KMI/>

HelseNorge. (2020b, mars 3). *Overvekt og fedme*. Overvekt og fedme.

<https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/>

Jacobsen, B. K., & Aars, N. A. (2016). Changes in waist circumference and the prevalence of abdominal obesity during 1994–2008 - cross-sectional and longitudinal results from two surveys: The Tromsø Study. *BMC Obesity*, 3(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s40608-016-0121-5>

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.

Johannessen, L. E. F., Rafoss Witsø, T., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.

- King, D. (2011). The future challenge of obesity. *The Lancet*, 378(9793), 743–744.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61261-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61261-0)
- Kleinert, S., & Horton, R. (2015). Rethinking and reframing obesity. *Lancet (London, England)*, 385(9985), 2326–2328. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60163-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60163-5)
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode—Ei innføring*. Fagbokforlaget.
- Kumar, B., Meyer, H., Wandel, M., Dalen, I., & Holmboe-Ottesen, G. (2006). Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *International journal of obesity (2005)*, 30, 684–690. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803051>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4), 8404. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.8404>
- Meyer, H. E., & Bergh, I. H. (2022). *Overvekt og fedme*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Midthjell, K., Lee, C., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T., Hveem, K., Colagiuri, S., & Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: The HUNT Study, Norway. *Clinical obesity*, 3, 12–20.
<https://doi.org/10.1111/cob.12009>
- Miller, K. (2022). *Maine CDC Director Says a «Syndemic» Might Be Why COVID-19 Cases Are So High in the State—But What Does That Mean?* Health.
<https://www.health.com/condition/infectious-diseases/coronavirus/what-is-a-syndemic>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid—Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Møien, I. (2017, november 7). *Roede Standard*. <https://magasinet.roede.com/roede-kurs/roede-standard/146271>
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-

Analysis. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 7(4), 325–340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>

NOU 1998:18. (1998). *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000dddpdfa.pdf>

NTNU - HUNT forskningssenter. (u.å.). *HUNT - Helseundersøkelsen i Trøndelag*. Hentet 11. oktober 2022, fra <https://www.ntnu.no/hunt>

Ommundsen, Y., & Haugen, T. (2018). Hva påvirker barn, ungdom og voksnes fysisk aktivitet? I *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk.

Omsorgsdepartementet, H. (2023, januar 16). *Grunnstrukturen i helsetjenesten* [Redaksjonellartikkel]. 042031-990070; [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

Ritchie, H., & Roser, M. (2017, august 11). *Obesity*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/obesity>

Roth, J., Qiang, X., Marbàn, S. L., Redelt, H., & Lowell, B. C. (2004). *The Obesity Pandemic: Where Have We Been and Where Are We Going?*

Roth, J., Qiang, X., Marbàn, S. L., Redelt, H., & Lowell, B. C. (2004). The Obesity Pandemic: Where Have We Been and Where Are We Going? *Obesity Research*, 12(S11), 88S-101S. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.273>

Ryan, R., Williams, G., Patrick, H., & Deci, E. (2009). Self-Determination Theory and Physical Activity: The Dynamics of Motivation in Development and Wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 107–124.

Salemonsens, E., Hansen, B. S., Fjørland, G., & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived «wrong» lifestyle—A qualitative interview study. *BMC Obesity*, 5(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>

Sand, A.-S., Emaus, N., & Lian, O. (2015). Overweight and obesity in young adult women: A matter of health or appearance? The Tromsø study: Fit futures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 29026.

<https://doi.org/10.3402/qhw.v10.29026>

Svensson, E., Reas, D. L., Sandanger, I., & Nygård, J. F. (2007). Urban-rural differences in BMI, overweight and obesity in Norway (1990 and 2001). *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(5), 555–558.

Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., ... Dietz, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791–846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1)

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis—Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tjora, A. (2020). Sosialkonstruktivisme. I *Store norske leksikon*.

<http://snl.no/sosialkonstruktivisme>

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.

Torstveit, M. K., Lohne-Seiler, H., Anderssen, S. A., & Berntsen, S. (2018). *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk.

Ulset, E., Undheim, R., & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2007/01/tema-sykelig-overvekt/er-fedmeepidemien-kommet-til-norge>

Umeå University. (2022). *Open Code*. <https://www.umu.se/en/departement-of-epidemiology-and-global-health/research/open-code2/>

Universitetet i Tromsø. (u.å.). *Tromsøundersøkelsen*. Hentet 11. oktober 2022, fra https://uit.no/research/tromsundersokelsen?p_document_id=705235&Baseurl=%2Fresearch%2F

Wang, Y. C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S. L., & Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *Lancet (London, England)*, 378(9793), 815–825. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60814-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60814-3)

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. 5.

World Health Organization. (2021a, april 13). *Non communicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. (2021b, juni 9). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Aamo, A. A. W., Lind, L. H., Myklebust, A., Stormo, L. K., & Skogli, E. (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader* (Nr. 9; s. 50).

Vedlegg

Vedlegg I: Søkeord Søkeskjema 1

Søkeord

AND/OG→ OR/ELLER↓	Søkeord 1	Søkeord 2	Søkeord 3	Søkeord 4	Søkeord 5
Norsk	Overvekt	Fedme	Kvalitativ	Norge	Helsehus
Engelsk	Overweight	Obesity	Qualitative	Norway	Healthy life center

Vedlegg II: Søkeskjema Søkeskjema 2

Dato	Database	Søkeord	Filter i database	Treff	Artikler som er lest	Brukte artikler
15.02.2023	Academic Search Complete	Overweight AND obes* AND qualitative AND "Healthy Life Cent*"	2000-2023 Academic Journals	4	4	2
15.02.2023	CINAHL	Overweight AND obes* AND qualitative AND Norway	2000 – 2023	26	6	1
15.02.2023	PubMed	"Healthy Life Cent*" AND qualitative AND "lifestyle change*"	2000-2023	6	2	2
16.02.2023	Web of Science	Overweight AND obes* AND qualitative AND Norw*	2000-2023	55	10	4

Vedlegg III: Informasjonsskriv og samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvordan pasienter opplever sin egen helse under en organisert livsstilsendring

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle inn informasjon om hvordan du opplever din egen helse ved deltakelse på organisert livsstilsendring. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å få en kunnskap om hvordan du opplever din egen helse under en organisert livsstilsendring. Vektmål er en stor del av ditt liv, og dermed har jeg ikke et ønske om å utelate dette helt, men jeg ønsker å undersøke om det ville vært verdifullt for deg å benytte et aktivitetsmål fremfor et vekt mål. Jeg ønsker også å se om motivasjonen og mestringsfølelsen endres.

Problemstillingen som jeg skal undersøke er hvordan voksne mennesker med fedme opplever at deres egen helse endres når dere deltar i en organisert livsstilsendring.

Denne studien er en avsluttende masteroppgave på studiet «Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner» ved Høgskolen i Innlandet avdeling Elverum. Opplysningene og informasjonen som kommer frem vil kun benyttes i denne masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet avdeling Elverum, fakultetet for helse- og sosialvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i studien fordi du er en deltaker hos (Fossberg), og fordi du har verdifull innsikt i hvordan egen helse oppleves under en organisert livsstilsendring. 6-10 personer som får denne henvendelsen.

Opplysninger om deg er hentet fra avdelingsleder ved organisasjonen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i dette prosjektet innebærer det at du deltar i et intervju, og intervjuet vil foregå som en samtale med åpne spørsmål. Tidsrammen for intervjuet vil ta ca. 30-60 minutter, og intervjuet vil bli tatt opp som et lydopptak. I etterkant av intervjuet vil opptakene bearbeides fra lyd til tekst, og sorteres i et elektronisk nettskjema som leveres av Universitetet i Oslo.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være student (forsker) som har tilgang på personopplysningene. Opplysningene vil oppbevares i en sikret elektronisk mappe hvor kun forskeren har innsyn, og personopplysningene vil ikke oppbevares sammen med data fra intervjuene.

I forbindelse med behandling av opplysninger er det innhentet godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har også vært vurdert, men det kreves ingen godkjenning fra dem for gjennomføring av prosjektet. NSD er kontaktet for å sørge for at personvern ivaretas og for at opplysninger som innhentes behandles på riktig måte. Opplysningene vil bli anonymisert og du vil ikke kunne gjenkjennes ved publikasjon.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 19. juni 2023, og deretter vil de anonymiserte opplysningene, personopplysninger og opptak slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Norsk Senter for Forskningsdata AS (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet ved Maren Mariussen
- Epost: maren_m98@live.no
- Telefon: 99 15 77 84

- Veileder Hege Eikeland Tjomsland
- Epost: Hege.Eikeland.Tjomsland@hvl.no

- Vårt personvernombud ved Høgskolen i Innlandet
Epost: personvernombud@inn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Maren Mariussen
(Forsker)

Hege Eikeland Tjomsland
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan pasienter opplever sin egen helse under en organisert livsstilsendring», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju.
- at mine personopplysninger oppbevares i forbindelse med samtykke til deltakelse.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg III: Intervjuguide

Intervjuguide

(Kort presentasjon av meg og hva som vil skje)

Generell informasjon om informanten

Kan du fortelle litt om deg selv?

Kan du beskrive hvordan en vanlig dag ser ut for deg (*aktiviteter som blir gjennomført*)?

Hvilke tidligere erfaringer har du med en livsstilsendring eller rehabilitering før dette nåværende programmet?

- På hvilken måte har det påvirket deg?

Livsstilsendringen

Hva legger du i begrepet livsstilsendring?

Hvor mange år har du deltatt i denne organiserte livsstilsendringen?

Hvordan opplever du å være i en gruppe i dette programmet?

Hvilke påvirkning har gruppen for din endring, motivasjon og mestring?

Hvilke mål hadde du i oppstarten av dette programmet?

Hva har vært viktig for deg å oppnå gjennom denne livsstilsendringen?

Kan du beskrive aktivitetsnivået ditt ved oppstart av programmet sammenliknet med aktivitetsnivået ditt i dag?

- Har dette ført til at du har endret dine målsettinger?
 - o I så fall hvilken måte?

Hvilke andre metoder eller verktøy i hverdagen kunne hjulpet deg med å håndtere endringen din annerledes?

Hvordan opplever du å ha det med deg selv etter at du begynte med livsstilsendringen?

Har du savnet noe i den organiserte livsstilsendringen? I så fall hva?

Kan du beskrive noen opplevelser eller situasjoner i programmet som har gjort at du har opplevd økt motivasjon og mestring?

Avrunding

Har du noe på hjertet som du har lyst til å tilføye? Er det noe du synes er viktig som vi ikke har vært innom? Hvordan synes du det har vært å snakke om dette?

Tusen hjertelig takk for at du ønsket å delta! Lykke til videre!

Vedlegg V: Godkjenning fra NSD

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut

11.01.2023

Referansenummer
725707

Vurderingstype
Standard

Dato
11.01.2023

Prosjekttittel

Hvordan pasienter med fedme opplever sin egen helse under en organisert livsstilsendring

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

Prosjektansvarlig

Hege Eikeland Tjomsland

Student

Maren Mariussen

Prosjektperiode

12.12.2022 - 09.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige
Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 21.12.2023.

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse.

UTDYPENDE OM LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet har 1 utvalg og vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

DATABEHANDLER

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!