



Høgskolen i **Hedmark**

Helse og Idrett

Erland Thomassen

Bacheloroppgave

Motivasjon ved livsstilsendring

Motivation by lifestyle change

Bachelor i folkehelse

2013

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Forord

Som en avsluttende del av denne 3-årige bachelorutdanningen ved Høgskolen i Hedmark, så er et av kravene å skrive en forskningsoppgave. Etter nesten 3 år med studie folkehelse, så fant jeg ut at jeg ville skrive om sykelig overvektige og motivasjon. Dette er noe jeg absolutt kan se for meg at jeg vil jobbe med i fremtiden, og fant det derfor spennende å fordype meg i dette temaet.

Det å skrive en bacheloroppgave som jeg nå har forsøkt etter beste evne å gjøre, har vært en lang prosess. Jeg har igjennom måneder med jobbing fått erfare at hvis man vil oppnå resultater, så krever det en indre motivasjon og et ønske om å levere et godt sluttprodukt.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min veileder Jon Egil Jakobsen for meget god hjelp og gode råd. Han har alltid stilt opp når jeg har hatt behov, og veiledet etter beste evne.

Jeg vil også rette en stor takk til min samboer Ida Lien Vindvik og min kjære mor Laila Bjarnaberg Fjell, for gjennomlesing av oppgaven og gode råd gjennom hele prosessen.

Videre vil jeg også få takke Øyvind Snipstad og Lars Christian Engebretsen for mange gode og trivelige kaffepauser imellom skriveøktene.

Elverum

30/04/2012

Erland Thomassen

Sammendrag

Forfatter:

Erland Thomassen

Oppgavens tittel:

Motivasjon ved livsstilsendring

Problemstilling:

Hva motiverer sykelig overvektige til å foreta en livsstilsendring?

Metode:

I denne oppgaven har jeg gjennomført en litteraturstudie. Et litteraturstudie går utpå at en benytter seg av tidligere forskning som finnes på problemområde, sammenligner og danner sin egen konklusjon.

Resultat

Man kan dele motivasjonen inn i to faser. I første omgang ser jeg på hva som motiverer til endring.

I resultatkapittelet ser en at det er når kropp og vekt skaper hindringer til fri utfoldelse i hverdagen og alvorlige helseplager inntreffer, at mange innser at en endring må til. Det viser seg også at de sykelig overvektiges første møte med helsepersonell er avgjørende for om de blir motivert til endring eller ikke.

Det andre jeg ser på, er hva som motiverer underveis i en endringsprosess, og på hvilke faktorer som spiller en avgjørende rolle for en vellykket livsstilsendring. En livsstilsendring for sykeligovervektige er en prosess hvor mange faktorer spiller inn. En bevisstgjøring og forståelse av egen helsetilstand og at en endring må til, viser seg og øke motivasjonen.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Tema og problemstilling.	6
1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling og Tema.	6
1.3 Presentasjon av problemstilling.	6
1.4 Begrepsavklaringer.....	7
1.4.1 Livsstilsendring	7
1.4.2 BMI (Body mass index)	7
1.4.3 Sykelig overvekt.....	7
1.4.4 Empowerment	7
1.4.5 Hunt 3.....	8
2.0 Teori	9
2.1 Fedme - Et økende problem.	9
2.2 Forekomst.....	9
2.2.1 Global forekomst.....	10
2.2.2 Anbefalinger.....	10
2.3 Følger av overvekt og fedme.....	10
2.4 Økonomiske konsekvenser av fedme.....	11
2.5 Livsstilsendring	11
2.6 Motivasjon.....	12
2.7 Empowerment	14
3.0 Metode.....	15
3.1 Begrunnelse for litteraturstudie.....	15
3.2 Litteraturstudie som metode.....	15
3.3 Valg av kilder og fremgangsmåte	16
3.4 Kildekritikk	17
4.0 Resultater.....	19
4.1 «Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt»	19
4.1.1 Motivasjon til endring	19
4.1.2 Møte med helsepersonell.....	19
4.1.3 Snarvei og Siste utvei.....	20
4.2 «Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdighet og evne til selvregulering».	21
4.2.1 Hva fører til tanker om endring?	21
4.2.2 Rop om hjelp	21

4.2.3 Hva motiverte til endring	22
4.2.4 Kunnskap er makt.....	23
4.2.5 Viktigheten av feedback.....	23
4.2.6 Kroppen og perspektiv forandrer seg	23
4.2.7 Selvtillit og det å tørre.....	24
4.2.8 Gode levevaner skapes	25
4.2.9 Prioriteringer	25
5.0 Drøfting	26
5.1 Hvorfor motiveres de sykkelig overvektige til endring?.....	26
5.2 Brukermedvirkning	27
5.3 Sosialt samspill.....	27
5.4 Møte med helsepersonell og helsecoaching	28
5.5 Varig endring og veien videre	30
6.0 Konklusjon	32
Kilder:.....	33

1.0 Innledning

1.1 Tema og problemstilling.

Tema for bacheloroppgaven er «Motivasjon som faktor ved livsstilsendring».

Hovedproblemstillingen er ”Hva motiverer sykelige overvektige til å gjennomgå en livsstilsendring”?

1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling og Tema.

Vi lever i en verden hvor folk er større enn noen gang. Vi er mindre fysisk aktive, vi har dårligere ernæringsstatus enn noen gang. Andelen av personer som har «diagnosen» fedme og sykelig overvekt øker og tiltak må iverksettes. Vi som folkehelsearbeidere har, sammen med resten av samfunnet en kjempemulighet til å snu trenden. Vi må fortsette å drive helsefremmende og forebyggende arbeid i kampen mot fedme og overvekt. Det er mange grunner og forklaringer til at folk er overvektige og har fedme (BMI over 30). Men en ting man kan slå fast, er at omtrent samtlige av de som er det ikke ønsker å være det. Vi mennesker er desperate etter måter for å fremstå på best mulig måte utad, og flere undersøkelser viser at en stor andel overvektige har prøvd uttalige metoder for å gå ned i vekt og forandre livsstil. Det jeg i min bacheloroppgave ønsker å se nærmere, er hva som skaper motivasjon og motiverer til en livsstilsendring for personer med sykelig overvekt. Hva motiverer en person som lider av sykelig overvekt til å gjennomgå livsstilsendring?

1.3 Presentasjon av problemstilling.

Jeg har valgt problemstillingen nevnt ovenfor, fordi jeg ønsker å gå dypere inn i en livsstilsendring for sykelig overvektige. Det jeg mener med problemstillingen er at jeg ønsker å se på endringsprosessen som en helhet og se på hvilke faktorer som er avgjørende og skaper motivasjon til å gjennomgå en endring i livsstil og levevaner. Hva som motiverer, hvordan de motiveres og hvorfor de motiveres. Kan man se en likhet i flere tilfeller og finne en fellesnevner? En annen grunn til valgt problemstilling, er at jeg ønsker å se hvordan motivasjonen til sykelig overvektige endrer seg underveis i endringsprosessen.

1.4 Begrepsavklaringer

Her vil jeg gi en forklaring av noen nøkkelbegreper som går igjen i oppgaven, for å gi leseren en mer oversiktlig lesing.

1.4.1 Livsstilsendring betyr endring i livsførsel og forteller om forandringer vi må foreta og hvordan vi lever våre liv. En livsstilsendring innebærer endring i aktivitetsnivå og ernæringsstatus. (Øverby, N., Torstveit, Høigaard, 2011).

1.4.2 BMI (Body mass index)

Eller kroppsmasseindeks som det heter på norsk. BMI regnes ut ved å ta vekt (kg) dele på høyde ganger høyde (Vekt / høyde x høyde = BMI). Summen av dette blir BMI og den sier noe om hvilke verdi og klasse en befinner seg i. (Folkehelseinstituttet,2012).

Verdens helse organisasjon har delt de forskjellige verdiene inn i 7 klasser. Undervekt som vil si at du har en BMI på under 18,5 normalvekt (18,5-24,9), overvekt (25-29,9), moderat fedme (30-34,9), alvorlig fedme (35-39,9) og svært alvorlig fedme eller sykkelig overvekt (over 40). (ibid.).

BMI er et av flere klassifiseringsverktøy, men skal brukes med varsomhet. BMI over 25, sier ikke automatisk at du er overvektig. Svakheten med målevertøyet, er at det sier ingenting om vekten har størst andel av fett eller muskler. (Øverby, N et al., 2011).

Muskler veier mere enn fett, og flere idrettsutøvere med høy andel muskler havner i klassen overvektige, som for eksempel alpinisten Aksel Lund Svindal. Hvis vi ser på sykdomsrisiko, så sier heller ikke BMI noe om hvor fettete på kroppen er plassert. Høyt fettinnhold rundt eller i vitale legemer og organer kan føre til økt sykdomsrisiko og tidlig død, sammenlignet med normalbefolkningen. (ibid.)

1.4.3 Sykelig overvekt

Overvekt er ene å alene ingen sykdom eller diagnose. Sykelig overvekt derimot, er en klassifisering av personer med kroppsmasseindeks på over 40, eller 35, men da med en vektrelatert sykdom. Eksempler på dette kan være diabetes, høyt blodtrykk og hjerte og karsykdommer. (Mæhlum, 2011).

1.4.4 Empowerment

«Det kan best oversettes med «det å vinne større makt og kontroll over». (Mæland,2010, s.75). Empowerment kan også forklares som brukervedvirkning. Brukervedvirkning er det nærmeste vi kommer et norsk ord. Empowerment i praksis betyr i denne sammenhengen:

mestring, deltagelse, bevisstgjøring om eget liv og helse. Empowerment innenfor folkehelse handler om å dele kunnskap, opplyse og samarbeide med befolkningen for å legge til rette for at de tar rette valg.

1.4.5 Hunt 3

Er en kartlegging av helsetilstanden til befolkningen i Nord-Trøndelag og er en forkortelse for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Undersøkelsen hadde 50 807 deltagere. Undersøkelsen legger frem at helsetilstanden har sammenheng med sosioøkonomisk status, sykdommer og symptomer.

2.0 Teori

2.1 Fedme - Et økende problem.

I dette kapitlet vil jeg forsøke å legge frem teori som er relevant i forhold til resultatkapitlet i denne oppgaven.

Fedme og overvekt er globalt et økende problem og betegnes som vår tids største utfordring innen helse. Årsaksfaktorene til den økende forekomsten kan forklares med at energiinntaket er større enn energiforbruket, samt at vi er mindre fysisk aktive. (Mæhlum, 2011).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer overvekt og fedme, ved at en har overdreven eller unormal fettakkumulering og som er en risiko for helsen. (WHO, 2011)

2.2 Forekomst

En person som lider av overvekt eller fedme defineres av utregningsmetoden vi kaller kroppsmasseindeks (KMI). Utregningsmetoden regnes ut ved å dele vekt i kilo med en persons kvadrat av høyden i meter. (kg/m^2). (Folkehelseinstituttet, 2012).

Mæhlum skriver i boken «Folkehelsearbeid», at forekomsten av personer med KMI på over 30, som tilsvarer fedme, er nær 5% av verdens befolkning. Han forteller også at forekomsten ligger på hele 20% av Norges befolkning på bakgrunn av «Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag» (Hunt) som kom med siste rapport i 2006. Dette er en dobling av forholdene som fantes for bare 20 år siden. (Mæhlum, 2011).

En annen stor undersøkelse gjort i 2009/2010 ved navn «Fysisk form blant voksne og eldre i Norge» også kalt «KAN», kunne legge frem at av de 904 som gjennomførte en rekke fysiske tester i deres undersøkelse, så hadde tilsammen 12,7% av menn og kvinnene som deltok, en KMI på over 30. (Andersen, S, A., Edvardsen, E., Hansen, B, H., Holme, I., Kan 1-gruppen, Kolle, E., Lohne-Seiler, H., 2010).

Med en KMI på over 25 regnes man som overvektig, dette er ingen diagnose. Har man en KMI som overstiger 35 med vektrelatert sykdom eller en KMI på 40 regnes det som en diagnose. Det skal legges til at metoden kan være missvisende for personer med høy muskelmasse og midjemål på over 96 cm. (Ibid)

Forkomsten av fedme og overvekt her til lands, begynte gradvis å stige i etterkrigstiden da velstanden blant befolkningen økte. (Mæland, 2010). Det som også kommer frem i flere nasjonale kartlegginger, er at det er store helseforskjeller knyttet til utdanning, yrke og inntekt.

KAN rapporten legger frem at de med høyere utdanning, er mer fysisk aktive og spiser sunnere enn de med lavere utdanning. (Andersen, S, A., et.al, 2010).

2.2.1 Global forekomst

I et globalt perspektiv, så er hele sju av de ti store folkehelsesykdommene knyttet til fysisk aktivitet og ernæring. WHO har tidligere anslått at forekomster på hele 80% av alle hjerteinfarkt , 90% av diabetes type 2 og 30% av kreft kan reduseres og forebygges med endringer når det gjelder våre vaner innenfor tobakk og alkoholforbruk, kosthold og fysisk aktivitet. (Mæhlum , 2011).

2.2.2 Anbefalinger

Ved å være fysisk aktiv og ha et sunt kosthold øker også livskvaliteten, forskere mener at en kan øke livslengden med opptil 10-15 leveår. (ibid.)

Helsedirektorates anbefalinger når det kommer til fysisk aktivitet lyder som følgende, 30 minutter daglig for voksne og eldre og 60 minutter for barn. Målet med anbefalingene er å skape og opprettholde en god helsetilstand hos befolkningen og forebygge sykdommer som kan relateres til våre levevaner. (Helsedirektoratet, 2011)

2.3 Følger av overvekt og fedme

Personer som lider av sykkelig overvekt og fedme, har en diagnose. Når man har en KMI på over 35 med vektrelatert eller KMI på 40, innebærer dette flere risikofaktorer for personens helse.

Sykkelig overvekt og fedme kobles ofte med sykkelighet og død. WHO rapporte i 2011 at av alle dødsfall i hele verden, så kunne 2,8 millioner relateres til livsstilssykdommer på bakgrunn av sykkelig overvekt og fedme. (Mæhlum , 2011).

De vanligste livsstilssykdommene som kan relateres til våre levevaner og skaper dødelighet er hjerte og karsykdommer. Fedme og overvekt kan medføre høyt blodtrykk, blodpropp, diabetes type 2, plager i vektbærende ledd iform av artrose og psykisk uhelse. Psykisk uhelse kommer ofte sammen med begynnende overvekt, da dette ofte medfører sosial isolasjon og mere inaktivitet, som et resultat av mobbing og vanskelige forhold i og etter oppveksten. (ibid.)

Tidligere undersøkelser viser også at personer med overvekt og fedme har vanskeligere for å sosialisere seg, da mange ofte føler skam over å vise seg i store forsamlinger. Depresjon og negative tanker følger også ofte med, da mange føler at de ikke strekker til i hverdagen og ikke klarer å imøtekomme samfunnets «krav og normer», om hvordan man skal se ut. (ibid.)

Forskning viser også at for personer med KMI over 35, er det den fysiske inaktiviteten som skaper den høye sykkeligheten og dødligheten, og ikke det å være overvektig. Det betyr at økning i sykkelighet og dødlighet vil være minimal om man er fysisk aktiv, men samtidig øker i vekt. (ibid.)

2.4 Økonomiske konsekvenser av fedme.

Dagens Næringsliv presenterte i 2005 en rapport fra Nordisk råd, hvor det kommer frem at den norske verlfderstaten hadde helseutgifter på omlag 6,4 milliarder som var relatert til fedme. (NA24, 2005).

Dette inkluderte legebesøk, medisiner, sykefravær, arbeidsuførhet og tidlig død. Ettersom vi ser en økning i forekomsten av fedme og overvekt blant befolkningen, vil også de økonomiske utgiftene relatert til dette også øke. (ibid.) Det antas i rapporten at helseutgiftene knyttet til fedme og overvekt vil være fordoblet inne 2030, forutsatt at utviklingen fortsetter og at regjeringens forebyggende og helsefremmende tiltak ikke gir de forventede resultater. (ibid.)

2.5 Livsstilsendring

Livsstilsendring betyr endringer i ernæringsstilførsel og i det fysiske aktivitetsnivået.

Livsstilsendring kan også defineres som tiltak for å forbedre egen helse, iform av endringer av helsevaner, holdninger og levesett. (Øverby, N., Torstveit, Høigaard, 2011).

Når en skal foreta en livsstilsendring, så krever dette en vesentlig omstilling av atferd og levevaner i en persons hverdag. (Mæhlum, 2011).

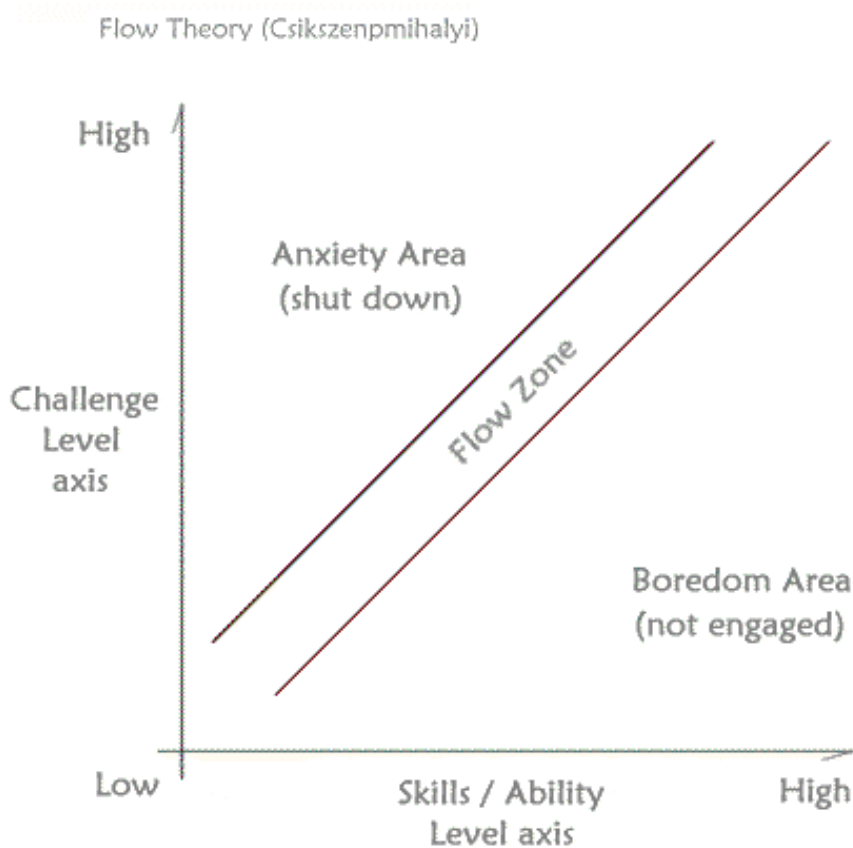
Dette innebærer endringer innen for både kosthold og ernæring. I mitt tilfelle, hvor jeg ser på en gruppe med diagnosen sykkelig overvekt, så kommer det frem at den største hindringen for denne gruppen, er nettopp dette med å endre atferdsmønster og levevaner. (ibid.)

Dette på grunn av at de må bevege seg ut av sin komfortsone, for å gjennomgå en endringsprosses som er så langt fra den hverdagen de er vant med. En hverdag fylt med utfordringer hvor en skal «pushe» grenser å bryte barrierer som blir erstatning for den vanlige hverdagen, hvor en lever etter de vanlige rutinene man har opparbeidet seg. (ibid.)

Mihaly Csikszentmihalyi som er professor i psykologi fra Ungarn, presenterte i 1975 en kjent teori ved navn «Flyt teorien». (Sveen, 2013).

Denne kan tolke hvordan vi mennesker flyter gjennom livet ved holde oss innenfor vår egen komfortsone. Komfortsonen er på grafen under plassert mellom «kjedsomhet» og «angst/bekymringer». (Murphy, 2008) .

Dette kan også relateres til endringsprosessen for sykkelig overvektige, da de er nødt til å gå utenfor sine vante rammer og levevaner for å få til en vellykket forandring. (Sveen, 2013).



(Murphy, 2008)

Viktige faktorer som også står svært sentralt i en livsstilsendring er refleksjon og bevisstgjøring.

Refleksjon over hva som har gjort at de har havnet i den livssituasjonen de befinner seg i og om valgene de gjør i hverdagen. Bevisstgjøring i forhold til sin situasjon og de endringene man må gjennomgå for å kunne bedre levevanene sine. (Mæhlum, 2011).

2.6 Motivasjon

«Motivasjon kan defineres som faktorer som igangsetter, gir retning til og opprettholder atferd». (Helsedirektoratet, 2012).

For at en person med sykkelig overvekt skal foreta en livsstilsendring, er man avhengig av motivasjon. Motivasjon kan deles inn i to hovedgrupper, indre og ytre faktorer. (ibid.)

Indre motivasjon kan relateres til egenverdi og beskrives som følelser, tanker, planlegging og beslutninger. Når vi snakker om indre motivasjon, er det noe vi gjør fordi det er selvbestemt. (ibid.)

Et slikt eksempel på en sykkelig overvektig person, kan være at han begynner å bedrive fysisk aktivitet, fordi dette er noe en har valgt selv, og er helt uten press fra omverdenen. (ibid.)

Tegn på indre motivasjon er også når en glemmer tid og sted, og gjør en aktivitet fordi det er gøy og man har lyst, og ikke fordi man må. Indre motivasjon handler også om at det ikke må være en form for belønning eller annerkjennelse i etterkant når man har foretatt noe. (ibid.)

Ytre motivasjon relateres oftes til straff og belønning. Her er det ytre faktorer som spiller inn, og du blir motivert av det som følger i etterkant. Ytre motivasjon for en person med sykkelig overvekt, kan være at en bedriver fysisk aktivitet for å passe bedre inn i samfunnets normer om hvordan en skal se ut. Annerkjennelse og belønning er også former for ytre motivasjon, da man bedriver en aktivitet fordi man vet andre forventer det av deg, og fordi en gjerne vil høre hvor flink en har vært. Fjerner man derimot mot stimulansen som ytre motivasjon innebærer, opplever en ofte at motivasjonen daler. (ibid.)

Mestring og mestringsfølelse kan også ofte relateres til motivasjon. Ved å føle at man klarer å oppnå noe eller utgjøre en forskjell, slik at en føler en mestring. Mestring stimulerer motivasjonen, ved at følelsen av å få til noe fører til økt lyst til og få det til og gjerne forbedre seg ved gjentagelse av aktiviteten. Hvis det en gjør gir mestringsfølelse av en aktivitet en bedriver, så er det den indre motivasjonen som øker. (Mæhlum , 2011)

Når det kommer til livsstilsendring for personer med sykkelig overvekt, så står motivasjon veldig sentralt. Veldig mange sykelige overvektige har mangel på motivasjon, på grunn av utallige misslykkede forsøk tidligere. (ibid.)

Her har vi som fremtidlige folkehelsearbeidere en kjempemulighet til å påvirke og motivere pasienter og brukere til å foreta en livsstilsendring. Som tidligere nevnt, så er det utrolig viktig for de sykkelige overvektige at de er motiverte for å gjennomføre en endringprosess. (ibid.)

Vår jobb vil gå ut på å skape gode og trygge rammer for de som lider. Vi er nødt til å fokusere på det positive i alle sammenhenger, og gi gode klare tilbakemeldinger. Dette vil stimulere til økt motivasjon, når pasienter/brukere føler de blir sett. Motiverende samtale, hvor en kun fokuserer på det sterke egenskapene, er et godt verktøy. (ibid.)

2.7 Empowerment

Individuell oppfølging og empowerment står veldig sentralt i en vellykket endringspross. Det å informere og lære bort kunnskap om ernæring, hvordan og hvorfor en bedriver fysisk aktivitet er kjempe viktig. (ibid.)

Det handler om å legge til grunn for sunne og gode vaner, som er med på å skape varig endring for de sykelige overvektige.(Øverby et al., 2011) Skryt og positiv feedback er som tidligere nevnt gode metoder for å motivere. Dette fungerer først og fremst som en ytre motivasjon, der folk bare fortsetter fordi de føler de må, for å opprettholde en kontinuerlig strøm med gode tilbakemeldinger. (Helsedirektoratet, 2012)

Men det er underveis i en endringsprosess at det for veldig mange begynner å gå opp for dem, at en endring er noe de gjør for seg selv, og ikke for alle andre. Det er når en går fra å bli motivert av ytre faktorer, til indre at man vet at man er på rett vei. (Mæhlum , 2011)

For å komme på rett vei, er det flere prosesser som spiller inn. Dette med empowerment er utrolig viktig for en god endringprosess. Brukermedvirkning er et ord som står veldig sentralt innenfor empowerment. (Askheim & Starrin, 2007)

Brukermedvirkning går ut på å involvere brukerne man arbeider med og la de ta del i planlegging av egen livsstilsendring. Når en er med å legge opp løpet selv, og ikke bare har folk som forteller deg akkurat hva og når du skal gjøre ting, vil en også føle større grad av mestring. Empowerment handler om inkludering, i denne sammenhengen handler det om å dele kunnskap, og informere de en hjelper. (ibid.)

En empowermentprosess mellom en helsearbeider og en bruker, handler om at begge stiller likt. Med dette menes det at det skal ikke være en ovenifra og ned holdning fra fagpersonell. Men heller en to-veis kommunikasjon, hvor begge er aktive talere og lyttere og kommer frem til felles mål og løsninger i endringsprossen. (Mæhlum, 2011)

3.0 Metode

«Metode er å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskaplig metode er hvordan vi går frem for å hente inn informasjon om virkeligheten, og hvordan vi analyserer for å finne ut hva denne informasjonen forteller oss.» (Christoffersen., Johannessen., Tufte. s. 401, 2010)

Metode kan beskrives som et verktøy og en veiviser for å finne informasjonen vi ønsker å se nærmere på. Det finnes flere metoder en kan benytte seg av i søket etter resultater, men det gjelder å finne den mest hensiktsmessige metoden, for å få best mulig resultater.

3.1 Begrunnelse for litteraturstudie.

Jeg har valgt å skrive denne bacheloroppgaven som et litteraturstudie. Begrunnelse for valg av metode er at det allerede foreligger god forskning, studier samt faglitteratur rundt temaet. Ved å benytte meg av litteraturstudie ønsker jeg å trekke frem tidligere forskning jeg mener er relevant for oppgaven og konklusjoner deretter. Ved å benytte meg av denne metoden vil jeg som student få en mulighet til å se nærmere på problemstilling ut fra flere synspunkter andre forfattere har trukket frem i sine oppgaver. På denne måten ønsker jeg å få en bedre oversikt, og jeg mener selv dette vil gi meg en fordel innenfor valgt tema (Dalland,2012).

Jeg er klar over at det er gjennomført mye forskning på temaet jeg har valgt for denne oppgaven, likevel mener jeg at det ikke finnes et fasitsvar på min problemstilling.

Ved å bruke litteraturstudie som metode vil jeg kunne tilegne meg nye kunnskaper rundt tema effektivt, i motsetning til og innhente informasjonen på egenhånd gjennom kvalitativ og kvantitativ metode.

3.2 Litteraturstudie som metode

Et litteraturstudie vektlegger andres studier og forskning. Hensikten med dette, er å danne seg et bilde av det som allerede finnes. I denne oppgaven ønsker jeg å samle tidligere gjennomført forskning, samtidig som jeg er selektiv og kritisk i forhold til de valgte kildene. På denne måten mener jeg å finne best mulig svar på spørsmål jeg selv sitter inne med. Når en benytter seg av litteraturstudie som metode, kan man foreta en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt valgt tema samt problemstilling. (Dalland, 2012).

3.3 Valg av kilder og fremgangsmåte

Det finnes uttalige kilder en kan ta i bruk når en skal skrive en oppgave. Jeg er klar over at mange kilder er svært gode, samtidig er det essensielt å benytte seg av publikasjoner som er relevant for min problemstilling. Som nevnt tidligere ønsker jeg å fremheve betydningen av motivasjon, i forhold til en vellykket livsstilsendring for personer med sykelig overvekt.

For å søke på gode kilder som kunne bidra til å besvare min problemstilling benyttet jeg meg av biblioteket på høgskolens egne hjemmeside. Jeg benyttet meg av følgende søkemotorer: EBSCOhost, Svemed +, Google Scholar, Google samt Helsebiblioteket. Jeg brukte følgende søkeord hentet ut fra problemstillingen: Livsstilsendring, sykelig overvekt, motivasjon, livsstilsendring. Samtidig søkte jeg på: Sykelig overvekt, empowerment, livsstilsendring, empowerment, motivasjon + livsstilsendring. For å få et internasjonalt perspektiv søkte jeg på følgende ord på engelsk: Lifestyle change, obesity, motivation, lifestyle change + empowerment, empowerment + obesity, lifestyle change motivation.

Ved å kun søke på et ord om gangen fikk jeg svært mange treff. Jeg bestemte meg derfor for å kombinere søkeordene for og få flere reliable forskningsartikler.

«Reliabilitet, pålitelighet, i hvilken grad man får samme resultater når en måling eller undersøkelse gjentas under identiske forhold.» (Braut & Stoltenberg, 2013).

Jeg valgte ut to artikler jeg mente appellerte til min problemstilling. «Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykelig overvekt». (Borge, L., Christiansen, B., Fagermoen, M, S., 2012)

Jeg vil benytte meg av denne i resultatkapittelet og den vil danne grunnlag for drøftingen av oppgaven. Artikkelen ble lokalisert på Svemed + etter å ha brukt søkeordene livsstilsendring, sykelig overvekt og motivasjon. Jeg vurderte artikkelen som Reliable/valid da den også er utgitt i fagbladet "Sykepleien" i 2012. Braut i Store Norske Leksikon forklarer validitet slik: «i hvilken grad man ut fra resultatene av et forsøk eller en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke.» (2013). Denne forskningartikkelen har brukt kvalitativ metode, og gjennomført et forsøk hvor de har hatt som hensikt å finne ut av hva som bidrar til å motivere sykelige overvektige til å foreta en livsstilsendring. Denne er også Peer-reviewed, som betyr at den er en gjennomlest og godkjent forskningsartikkel av eksperter og andre fagfolk innenfor området. (Peer review, s.a.).

Den andre kilden som er grunnlag for drøftingen er en Masteroppgave skrevet av Mirjam Lien Smedsrød, ved Nordic School of Public Health i Göteborg i Sverige. Oppgavetittel lyder som følgende, «Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering». (Smedsrød, 2012).

Denne oppgaven har som hensikt å studere hvordan personer med BMI på over 40 eller 35 med vektrelatert sykdom som har gjennomført en vellykket livsstilsendring, opplevde prosessen. Denne oppgaven fant jeg ved å gå inn på Nordic School of Public Health sine hjemmesider, under seksjonen «Publikasjoner».

Jeg benytter meg av både primær og sekundærkilder. En primærkilde er originale artikler, sekundærkilder er tolket og sammenlignet av andre forfattere. (Dalland, 2012).

Som sekundærkilder vil jeg bruke pensumlitteratur, samt en rapport utarbeidet av Helsedirektoratet med kartlegging av fysisk form blant voksne og eldre i Norge og Masteroppgaven presentert ovenfor. Bøkene jeg tar i bruk er følgende : «Forebyggende helsearbeid», «Folkehelsearbeid», «Empowerment - I teori og praksis», «Metode og Oppgaveskriving» og den tidligere nevnte nasjonale rapporten. Fordelen med sekundærkilder at disse allerede har samlet og satt dataen du skal bruke i system, slik at det blir oversiktlig. Bakdelen med bruk av sekundærkilder kan være at forfatterne har mistolket primærkildene. Det er derfor viktig at man går igjennom de kildene man ønsker å bruke med et «kritisk øye». (ibid.).

Samtlige av kildene jeg endte opp med, føler jeg innehar mye god fag kunnskap som forhåpentligvis vil danne grunnlaget for en godt besvart bacheloroppgave.

3.4 Kildekritikk

Det er viktig at jeg i min oppgave er selektiv og kritisk i valg av kilder. Det finnes utallige kilder som omhandler tema jeg har valgt å skrive om, men det var viktig for meg å finne kilder som var relevante for akkurat min problemstilling.(ibid.) For å gjøre det, er det flere ting jeg måtte ta i betraktning for å komme frem til disse. For å spisse søkene, må visse kriterier ligge til grunn, dette burde som tidligere nevnt, være reliabilitet og validitet. Dette er to begreper som går om hverandre og henger sammen. (ibid.)

Reliabilitet kan da brukes om for eksempel forskning, der man gjentatte ganger har kommet frem til samme resultat. Validitet kan forklares ved at forskningen er til å stole på, og om det kan «tas for god fisk» og er gyldig og oppfyller kravene til å være valide. (ibid.)

Når jeg har valgt mine kilder for å skrive denne oppgaven, så jeg også på holdbarhet. Med dette mener jeg at forskning og litteratur om valgt tema stadig fornyer seg og det kommer ofte reviderte utgaver, spesielt av lærebøkene. (ibid.)

Jeg har tatt i bruk forholdsvis nye kilder, for å kunne fremstille tema mitt på mest mulig oppdatert måte. Når det kom til kilder hvor resultatene fantes og som skulle danne grunnlag for drøftningskapittelet, så stod det mellom flere kandidater. Flere av disse hadde innhold med en viss relevans i forhold til valgte problemstilling, men resultatdelen kunne ikke helt sammenlignes, samt at noen var datert til 90-tallet og tidlig på 2000-tallet. Selv om enkelte funn og resultater når det kommer til livsstilsendring for sykkelig overvektige ikke er så mye forandret, er det viktig for meg at kildene ikke er foreldet. (ibid.)

4.0 Resultater

4.1 «Motivasjonskurs for personer med sykelig overvekt»

4.1.1 Motivasjon til endring

I forskningsartikkelen «Motivasjonskurs for personer med sykelig overvekt», kommer det frem at det er flere grunner til at personer med sykelig overvekt innser alvorlet og vil foreta en livsstilsendring. Resultatene i forsøkene deres, viser at motivasjonen til endring i livssituasjonen er aller størst når kropp og vekt skaper hindringer i hverdagen og i jobbsammenheng, samt at alvorlige helseplager inntreffer. Flere av deltagerene i undersøkelsen, fortalte om hvordan spesifikke helseplager samt situasjoner i hverdagen hadde fått de til å innse at en endring måtte til. (Borge et al., 2012)

4.1.2 Møte med helsepersonell

Enkelte dro også frem at informasjon og bevisstgjøring rundt sin egen helsetilstand i møte med helsevesenet og da fastlege hadde vært avgjørende. Undersøkelsen viser også at fastlegenes holdninger og tilnæringsmåte ovenfor deltagerne var avgjørende for at de skulle bli motivert. Viste fastlegen en forståelse, var imøtekommende og støttende ovenfor situasjonen deltagerne befant seg i, hadde dette en positiv effekt, kontra fastlegene som møtte deltagerne med at svaret på alle deres problemer skyldtes overvekten. Dette var demotiverende og de følte seg lite verdsatt da de ble møtt med en paternalistisk holdning. Legens egentlige svar på alt var at de måtte begynne å være fysisk aktive og gå ned i vekt, men ikke ga noen veiledning om hvordan de skulle gå frem for å klare det. (ibid.) Motivasjon underveis i endringsprosessen.

Videre kommer det frem, at mange av deltagerne på kurset ble motivert av og både se å høre hvordan personer som dem selv hadde vært der de var og klart og snu om på livet og foreta en nødvendig livsstilsendring. Denne metoden som innebar at tidligere deltagere kom med veiledning og råd, beskrives av flere som en mye bedre og mere motiverende måte enn om fagpersonell stod over dem for å fortelle dem hva de skulle gjøre. Nettopp fordi de har vært der selv og oppgaven med å foreta denne livsstilsendringen fikk en mye mere personlig relevans for deltagerene.

Mange opplevde også sosial støtte, ved at tidligere deltagere tok del i opplegget. Det å kunne prate åpent om tanker og problemer med noen som hadde gjennomgått akkurat det samme som dem. Dette skapte også gode relasjoner deltagerne imellom, som igjen førte til bedre samhold i gruppen. Ordet å «backe» opp, blir nevnt i flere sammenhenger, og visste seg å være en veldig positiv faktor.

De gode sosiale rammene som ble skapt, førte også til at flere hadde kontakt utenom selve kurset. Det blir nevnt at de sosiale rammene også ga dem en sosial plattform, noe som for enkelte hadde vært fraværende en stund. Det å kunne trene sammen trekkes også frem som en god kilde til motivasjon for mange, da de tidligere har erkjent at de ikke har klart og gjennomgå en vellykket livsstilsendring på egenhånd. Flere opplevde også at det å kunne være med å styre selv som motiverende. At de selv fikk ta styringen over eget liv, gjennom egne valg og det å gjøre ting i sitt eget tempo. Dette satt sammen med bevisstgjøring gjennom gode informasjonsportaler, kommer det frem at for mange var dette riktig vei å gå. Det trekkes også frem at jo mere bevisste og klar oven egen situasjon deltagerne ble, jo mere motiverte ble de. (ibid.)

4.1.3 Snarvei og Siste utvei.

Operasjon ble omtalt som den eneste veien av nesten samtlige som deltok på kurset. Det å få tildelt og gjennomføre en operasjon, blir beskrevet som en snarvei mot bedre helse og kroppslig utseende. Flere beskriver det å bli operert som en gylden mulighet til og måtte snu opp ned på livet og begynne å leve anderledes. Deltagerne mente også at ved en operasjon, så var man bare nødt til å endre vaner. Det ble beskrevet av flere som en tvang, men noe de var villige til å gjennomføre. Det ble også sagt at det var først når en operasjon hadde funnet sted, at synet på livet ville forandre seg drastisk. Operasjon ble også sett på som en siste utvei, ettersom flere av deltagerene erkjente at de ikke var i stand til å gå ned i vekt uten. Det og skulle foreta en operasjon opplevdes også som vanskelig i ettertid for flere av deltagerene. De gikk raskt ned i vekt, men det og plutselig skulle stå på egne bein, var en kjempe utfordring, de færreste klarte å overvinne. Det å legge om vaner, beskrives som det vanskeligste hos de fleste som deltok. (ibid.)

4.2 «Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdighet og evne til selvregulering».

4.2.1 Hva fører til tanker om endring?

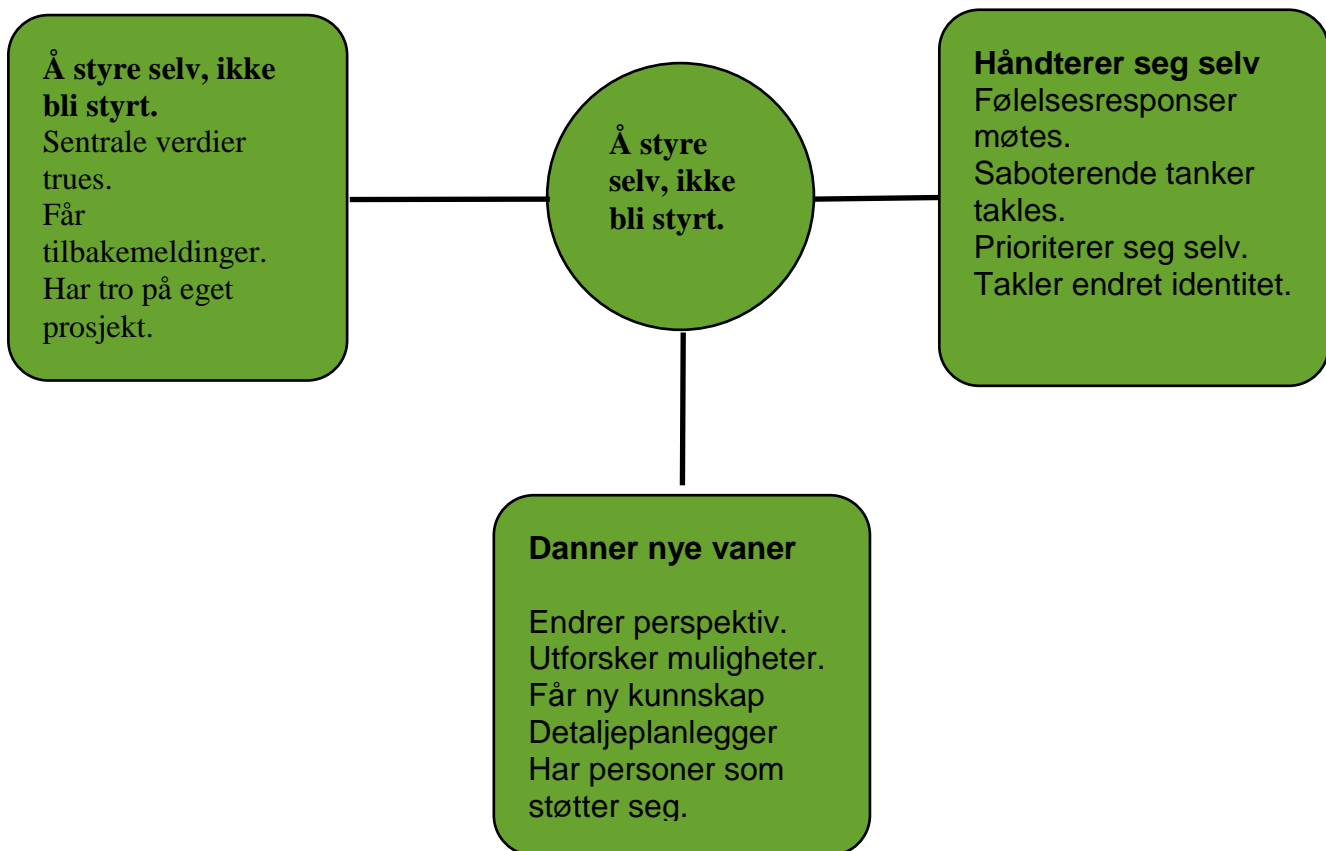
Imotsetning til forskningsartikkelen ovenfor, så har denne oppgaven en annerledes vinkling. Den velger å se på hva som motiverte til endring av livsstil, istedenfor å se på hva som motiverer. Utvalget i denne oppgaven hvor det er brukt kvalitativ metode, trekker også frem dette med at det var opplevelser i hverdagen som fikk de til å innse alvoret ved sin situasjon. Det presenteres fire kjerne kategorier, den første jeg vil se på er hva som motiverer til endring. (Smedsrød, 2012)

4.2.2 Rop om hjelp

Dette gikk ut på at kropp og vekt stod i veien for utfoldelse i hverdagen og selve livet. Det kommer også frem at når deres helse, velvære ble truet på grunn av livsstil, følte de seg tvunget til å spørre om hjelp og iverksette tiltak. Eksempler på dette kunne være dårlig selvtillit og at enkelte følte seg «ekle», som igjen førte til et dårlig seksualliv. Flere beskriver «det å miste opplevelsen av å føle seg vel, være attraktiv og ha et rimelig godt selvbilde, ikke var til å leve med» (Smedsrød, 2012, Side 22).

Frykt for vektrelaterte sykdommer, det og måtte ha assistanse i hverdagen og en tidlig død trekkes frem som de viktigste faktorene for å foreta en endring. Flere opplevde også sosiale vanskeligheter på grunn av størrelse, som igjen førte til forskjellige grader av depresjoner. Flere av deltagerene legger også frem at de måtte ha hjelp for å gjøre en endring, da flere gjennom et langt liv, hadde bevist at de ikke klarte det alene. Det kommer også frem at det ikke var mangel på kunnskap om ernæring og fysisk aktivitet som var den største hindringen, men det å gjøre ord om til handling. Dette var alle grunner til at utvalget i denne gruppen innså at en endring måtte til, fordi livet og sentrale verdier i hverdagen ikke lenger var til holde ut med. (Smedsrød, 2012)

4.2.3 Hva motiverte til endring



Modell av resultatene (Smedsrød, 2012):

Faktorene nevnt ovenfor var det som fikk deltagerene til å innse at en livsstilsendring måtte til, men undersøkelsen tar også for seg hva som motiverte underveis i endringsprosessen. Den andre kjernekategoriene jeg vil se på, og som ligger til grunn for hele endringsprosessen, heter «Å styre selv, ikke bli styrt». Her det kommer det frem at det som deltagerene ble mest motivert av å gjennomføre endringen på egne vilkår. Utvalget legger frem at det å kunne ta styringen over eget liv, utøve lederskap i egen hverdag og omsette ord og ønsker til handling som en svært viktig motivasjonsfaktor. Det å ha makt og kunnskap til å styre over sitt eget liv, ved å gjøre selvstendige og riktige valg vedrørende sin egen helse ble et meget sentralt tema i endringen.

Dette beskrives som en gradvis utvikling, hvor utvalget følte mer og mer kontroll over eget liv. (ibid.)

4.2.4 Kunnskap er makt

Kunnskap beskrives som makt i dette tilfellet, for desto mere deltagerene lærte og jo riktigere valg kunne de ta i sin egen hverdag. Begrepet empowerment står sentralt i endringsprosessen ved at det som nevnt ovenfor var brukermedvirkning. Selv om helsepersonellet satt med kunnskapen, opplevde ikke deltagerne noe «Ovenifra og ned» holdning. Teamet rund deltagerene prøvde etter beste evne å legge til rette og støtte opp med kunnskap og kompetanse, men det harde arbeidet og endringene måtte først og fremst gjøres av deltagerene selv. Utvalget fikk klart presentert hva som ble forventet av dem for å oppnå best mulig resultat og for å nå sine individuelle mål. (ibid.)

4.2.5 Viktigheten av feedback.

Når endringen er i gang, opplever utvalget at dette gir resultater i form av bedre fysisk form og økt livskvalitet, som igjen øker motivasjonen deres ved å se at det går an og gjøre en forandring.

Dette har også ført til økt selvtillit, og vært en drivkraft til å arbeide enda hardere for og nå deres individuelle målsettinger. Feedback og gode tilbakemeldinger trekkes frem som gode virkemidler for økt motivasjon hos deltagerene. Det å få positiv respons på arbeidet som legges ned, fører til økt stimulans og fungerer som en bekreftelse på at de er på vei i riktig retning. Flere trekker også frem dette med tilbakemeldinger på flere arenaer som viktig. Dette går ut på oppfølging iform av kontroller og samtaler med helsepersonell og teamet rundt. Utvalget opplevde det som motiverende at de ble fulgt opp og kontrollert når det kom til fysisk aktivitet, ernæring og blodtrykk.

Flere av deltagerene forteller også at positive tilbakemeldinger og komplimenter, ga dem god energi og glede til å fortsette i riktig retning i endringsprosessen. Gruppen forteller også om hvor avgjørende det er for en vellykket endringsprosess, at de har folk rundt seg som «backer» dem opp og gir støtte (ibid.)

4.2.6 Kroppen og perspektiv forandrer seg

Andre faktorer som motiverte deltagerene i endringsprosessen, var at de faktisk så kroppslig forandringer. Det beskrives som svært motiverende å kunne ta i bruk klær i størrelser de bare hadde drømt om eller ikke brukt på mange år. Ikke minst det å kunne ta del i livet til personer de har rundt seg på en ny måte. Ting som tidligere hadde vært en byrde og en fysisk utfordring, var nå snudd til noe positivt. Leking med barn og sosial omgang med andre personer trekkes fram som eksempler på dette. (ibid.)

Mange av deltagerene forteller om hvordan endringsprosessen har fått dem til å endre perspektiv på livet og om hvorfor de foretar en livsstilsendring. Flere forteller om at da de begynte på prosessen, var målet å gå mest mulig ned i vekt for å bli tynn. Dette skulle være en rask og kortvarig metode for og nå sine individuelle målsettinger. Dette forandret seg gradvis gjennom hele prosessen, da flere begynte å skjønne at det ikke var fort gjort og at dette ikke var et vektreduksjonskurs, men heller et sted hvor de kunne få hjelp til å foreta en livsstilsendring som skulle vare livet ut. Målet med hele opplegget var at deltagerne skulle foreta en livsstilsendring, som innebar gjennomgående forandringer i livet deres. Teamet rundt hadde som mål å implimentere kunnskap og gode holdninger når det kom til ernæring og fysisk aktivitet. Det var et stort fokus på å ta valg som ga helsegevinster på lang sikt og ikke bare skape kortvarig glede. Deltagerne fikk også erfare at endring av vaner og levesett ikke skjer over natten, men at det oppnås gjennom øvelse over lang tid. Som en av deltagerne sier: «Jeg går ikke på et Grethe Roede kurs, jeg går på et kurs som skal vare livet ut». (Smedsrød, 2012, side 25).

4.2.7 Selvtillit og det å tørre.

Endringsprosessen har, som tidligere nevnt, ført til økt selvtillit i gruppen. Deltagerene har opplevd at tidligere sperrer på ulike arenaer har blir fjernet. Som et resultat av bedre selvbilde og økt selvtillit, har flere i gruppen blitt motivert til å prøve seg på ukjente arenaer når det kommer til fysisk aktivitet. Det trekkes frem at flere så på det å bedrive fysisk aktivitet som noe skummelt, ettersom de ble slitne og fikk kjenne på det de betegner som en ukjent følelse. Men når deltagerene fikk prøve ut nye aktiviteter som de opplevde som lystbetonte og var innenfor trygge rammer, fikk mange et annet forhold til det. Det gikk fra å være trening, til noe de faktisk syntes var gøy å holde på med. Det å få proffesjonell veiledning innenfor aktivitetene bidro også til å styrke motivasjonen. Når aktivitetene i tillegg ble lagt opp etter deltagerene sitt nivå, skapte dette også en større mestingsfølelse. Det samme gjelder ernæring, og mange fikk en vekker når de fikk se og lære hvor raskt sunn mat kan lages og hvor godt det kan smake. Flere av deltagerene la frem at det ikke stod på kunnskap om hva som var sunt og ikke sunt når det kom til mat og drikke, men det var hvordan det lages på en innbydende måte de manglet kunnskap om. Når utvalget fikk prøve dette i praksis, førte det til stor interesse og var med å legge grunnlag for nye og gode vaner. Deltagerens forhold til mat, blir tidligere beskrevet som problematisk, ved at mange brukte dette til å lindre «indre ubehag». Iløpet av denne prosessen, har utvalget fått en annen tilnærming til sitt eget kosthold og lært å håndtere seg selv på en bedre måte. (Smedsrød, 2012)

4.2.8 Gode levevaner skapes

Kognitiv læring trekkes også frem som et svært godt hjelpemiddel i endringsprosessen. Det å lære, sortere og oppleve at deltagerene er blitt i stand til å blokkere ut saboterende tanker, har ført til stor mestringsfølelse. Den kognitive læringen har gått ut på å skape bevisstgjøring rundt sin egen situasjon og utfordringene de møter i hverdagen. Flere av deltagerne fortalte at de ugunstige valgene da det kom til matinntak gjerne skjedde på automatikk og at det var de dårlige tilvendte vanene som gjorde at de ikke tenkte noe videre på hva og når de inntok ting. Flere har også opplevde en bevisstgjøring av at det er i hodet hovedproblemet har ligget. Så ved å sperre ute de dårlige vanene og faktisk stoppe opp å tenke på hva de putter i munnen, har deltagerene opplevd stor forandring. (ibid.)

4.2.9 Prioriteringer

Gruppen har også opplevd store forandringer, når det kommer til å prioritere seg selv. For å lykkes med en livsstilsendring, så er man nødt til å være fokusert på jobben man skal gjøre. For flere av deltagerene, har det vært en utfordring ettersom flere har familie og barn som krever sitt av tiden i hverdagen. Som nevnt tidligere, fortalte flere at støtten fra personer rundt seg har vært med å legge til rette for nettopp det, at de kan være litt egoistiske. Ettersom det for hele gruppen var høyst nødvendig å foreta en livsstilsendring, forteller flere at de nå syns det var helt greit å være litt egoistiske, fordi premien de satt igjen med var en god helse. (ibid.)

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg legge frem likhetene mellom funnene i resultatkapitlet og teorien, sett i lys av problemstillingen min, som er «Hva motiverer sykkelig overvektige til å foreta en livsstilsendring.

Fellesnevneren for resultatene jeg har funnet, er at en livsstilsendring for sykkelig overvektige handler om bevisstgjøring av egen helsetilstand, og med det skape grunnlag for kompetanse om hvordan de selv skal opprettholde og skape varig endring i eget liv. (Borge et al., 2012)

5.1 Hvorfor motiveres de sykkelig overvektige til endring?

Det en kan tolke ut ifra de funnene jeg har lagt frem i resultatkapitlet, så kan en si at det å foreta en livsstilsendring, er en prosess sammensatt av flere faktorer. Det som er felles for funnene i begge kildene, er at personer med sykkelig overvekt innser at de må gjøre en vesentlig livsstilsendring, først og fremst når kropp og vekt skaper problemer og hindringer i hverdagen. Dette innebærer hjelp til daglige gjøremål, samt at helseplagene ikke er til å holde ut med. Når fri utfoldelse blir begrenset på grunn av kroppslig omfang, tror jeg også dette går utover det mentale. (ibid.)

Dette gjenspeiler seg i dårlig selvtillit og selvbilde. Depresjon og skam er også følger av og ikke strekke til i hverdagen. Jeg tror også dette med skam over egen kropp er med på og gjøre det vanskeligere for sykkelig overvektige å søke hjelp om hjelp i første omgang. (ibid.)

Dette var noe jeg savnet informasjon om i forskningsartikkelene, men som jeg nevner som en faktor i teorikapitlet. Er det også slik at alle sykkelig overvektige selv vil foreta en livsstilsendring, eller er det kanskje samfunnets normer som legger press på dem, om nettopp dette med og ikke skille seg ut?

Mange som innser at en endring må til, først blir motivert når de får informasjon og blir bevisstgjort om følgene rundt sin egen helsetilstand og levevaner. (Smedsrød, 2012)

Mange sykkelig overvektige lever ofte i en slags «boble», der de føler de har prøvd alt de kan for å gjøre en endring i levevaner. Men at de må gå til anskaffelse av hjelp for å komme i gang og gjennomføre en endringprosess. (Mæhlum, 2011)

5.2 Brukermedvirkning

Empowerment kan relateres til det å foreta en vellykket endring. Det og la brukere og pasienter selv ta del i planlegging, og bli sjef over egen hverdag blir presentert som viktige suksessfaktorer i resultatkapittelet. (Smedsrød, 2012)

Men burde ikke omfanget av brukermedvirkning vurderes nøye, ettersom grunnen til at de er med på et livsstilsendringkurs i første omgang, er at de etter utallige forsøk ikke klarte å gjøre endring selv?

Sykelig overvektige presiserer at for å gjennomføre en vellykket livsstilsendring, så er de avhengig av å ha gode sosiale rammer. (Borge et al., 2012)

De motiveres av å se og høre om og fra andre som har gjennomgått den samme endringen. Det handler om å skape en personlig tilnærming til endringsprosessen, og dette kan gjøres gjennom brukermedvirkning. (ibid.)

Det å bruke tidligere personer som har vært igjennom det samme som en holder på med, virker å være en særdeles god måte å motivere sykelig overvektige på. (ibid.)

For det å gjennomføre en livsstilsendring for en person med KMI på over 35 er tungt, men ved å bruke praktiske eksempler i form av tidligere tilfeller, tror jeg mange får en følelse og en mere personlig tilnærming og tenker at hvis han eller hun kan, kan jeg også. Jeg tror absolutt dette er veien å gå i fremtiden. Dette er mye mere interessant å høre fra personer som har vært igjennom det samme som en selv holder på med, og kan relatere teorien til praktisk gjennomføring, enn en teoretiker som kan en bok inn og ut, men aldri har kjent på følelsene selv og ikke har hatt den samme personlige tilnærmingen.

5.3 Sosialt samspill

Mange motiveres av å trene sammen med andre, og gruppetrening blir i resultatkapittelet beskrevet som svært motiverende. (ibid.)

Jeg tror også enkelte har behov for å gjøre ting på egenhånd. En har tross alt med enkeltindivider å gjøre og ingen er eller handler likt. En svakhet ved gruppetrening i en slik sammenheng, tror jeg også kan være med å skape en form for konkurranse innad i en gruppe, hvor alle forsøker å gjennomføre en endring. Så klart, noen motiveres veldig av å ha noen å gjøre det bedre enn. Men hva med de som alltid kommer sist eller er dårligst i alt? Vil den personen ha særlig stort utbytte og føle mestring og motivasjon til å gjennomgå akkurat det samme neste treningsøkt? Med sosial støtte, så mener jeg også dette med støtte hjemmifra. Mange av de som går igjennom en endring har som oftest ikke bare seg selv å tenke på, men

også familie og jobb. (Mæhlum, 2011) Det å oppleve støtte og at man faktisk får lov til å prioritere seg selv og sin egen helse, beskrives i resultatdelen som en god motivasjonskilde. (Smedsrød, 2012)

Dette er noe jeg også tror er veldig vesentlig for en vellykket endring. Selv om det er en person i huset som trenger å gjennomføre en endring i levevaner, er det også utrolig viktig at også folk rundt en lever etter samme retningslinjer, selv om de kanskje ikke trenger det like mye. Med dette mener jeg at det nytter ikke å ha huset fullt av fristelser, og være negativ til fysisk aktivitet, hvis du har en i hus som trenger endring av vaner når det kommer til det å bedrive fysisk aktivitet og spise riktig mat.

5.4 Møte med helsepersonell og helsecoaching

Møte med helsepersonell, viser også å være av stor betydning for motivasjonen, ettersom det er her mye av grunnlaget for de sykelig overvektige blir lagt. (Borge et al., 2012).

Det er for mange allmennkunnskap, at hvis du skal ned i vekt, så handler det om at energiforbruket må være større en energiinntaket, samt at en er fysisk aktiv. (Mæland, 2010).

Måten en fastlege presenter dette for en pasient, kan forekomme på flere måter. (Borge et al., 2012) Selv om svaret kanskje er lett, mener jeg at man må møte pasientene på deres nivå. Det å veilede og gi råd, tror jeg har en mye bedre innvirkning og skaper større motivasjon, enn om du «bombarder» pasienter med at det kun finnes et svar på hvorfor de lider av fedme.

Bevisstgjøring rundt egen helsetilstand, tror jeg er utrolig viktig for å få de til å innse viktigheten av en livsstilsendring. Det å få folk til å forstå at en endring må til for deres eget beste, må skje gjennom å dele på den kunnskapen helsepersonell innehar. I teorikapitlet legger jeg frem at helsepersonell og bruker/pasient skal stille nogenlunde likt, for å unngå en «ovenifra og ned» holdning. (Askheim & Starrin, 2007). Men på en annen side, så tror jeg absolutt at enkelte trenger og bli møtt med harde fakta, for å innse viktigheten av en livsstilsendring og for å forstå følgene av deres levevaner, og da gjerne fra en autoritetsperson som en lege, som i utgangspunktet sitter inne med mye mere kunnskap og blir automatisk en person som vet bedre enn deg.

Det å gi tilbakemeldinger på bakgrunn av innsatsen som legges ned, er en motivasjonsfaktor. (ibid.) Men her handler det om å finne en jevn balansegang. De sykelig overvektige kan ikke forvente ros for absolutt alt de foretar seg. For hva skjer hvis helsepersonell kaster rundt seg med lovord og «øser» ut med altfor mye positiv feedback, kan det ikke da fort oppstå

situasjoner, hvor en kan føle seg mett på suksess? Dette tror jeg også kan føre til at det å bedrive fysisk aktivitet er noe en gjør fordi det er en ytre motivasjon, iform av at en trener skal se deg og etterpå fortelle hvor flink du har vært. (Helsedirektoratet, 2012).

Det aller beste, som både teorien og resultatkapittelet kommer frem til, er når de kommer til et punkt, hvor de innser at deres tilnærming og perspektiv omkring endringsprosessen. (Smedsrød, 2012). Dette har ført til at de ikke nødvendigvis må motiveres til å ta seg en treningsøkt, eller det å spise en sunn middag. Men på grunn av tilegnet kunnskap, så handler de annerledes. Askheim & Starrin, 2007). Kommer en dit, så er det den indre motivasjonen som tar over, og jeg tror det er en vesentlig faktor, for å skape varig endring. Dette samsvarer også meget godt med det faglitteraturen forteller meg i teorikapittelet. Nemlig at en gjør en endringsprosess for seg selv, og ikke alle andre. (Mæhlum, 2011).

Det kommer frem at det er mange forskjellige faktorer som spiller inn og motiverer personer med overvekt og fedme. Økt selvtillit er en vesentlig faktor som er med og motiverer. Selvtillit skapes gjennom gode prestasjoner, og i en endringsprosess så vil selvtilliten bare øke jo lengre på vei en kommer. (Smedsrød, 2012).

Det å foreta en endring i levevaner, handler om å mestre livet og hverdagen på en helt annen måte enn det en er vant til. Flyt-modellen som er nevnt under teorikapittelet er et godt eksempel på dette. (Sveen, 2013). For det er når en går utenfor sin egen komfortsone, at man møter utfordringer.

Møter en disse utfordringene med pågangsmot og god selvtillit, er sjansen for å føle mestring vesentlig mye større. (Øverby et al., 2011) Her tror jeg vi som helsepersonell har en viktig oppgave med å skape gode rammer og betingelser, slik at pasientene kan gjennomføre på best mulig måte. Innenfor en livstilsendring, er det vesentlig å klare og få de som lider av fedme og overvekt, til å se at endringsprosessen får en egenverdi og en nytteverdi for dem. Hvis de skal få til å skape en varig endring, må de få en grunnleggende forståelse av hvorfor det er viktig å bedrive fysisk aktivitet og spise sunt. (ibid.)

Det å formidle god kunnskap om hvorfor det må en endring til og hva konsekvensene av en fortsettelse med samme levevaner vil innebære, viser faglitteratur brukt i teorikapittelet og forskningsartikkellene brukt i resultatkapittelet, at er gode virkemidler. (ibid.)

Det samme gjelder også ved å presentere helsegevinstene ved å opparbeide seg en god helse. Hvis de ikke får en grunnleggende forståelse om hvorfor deres levevaner førte til at de ble

sykelig overvektige , så tror jeg sjansen for at de faller tilbake til gamle vaner er veldig stor. (Smedsrød, 2012)

I resultatkapittelet, kommer det frem at når brukerne/pasientene endret perspektiv fra at livsstilsendningskurset ikke handlet om å gå fort ned i vekt, men å skape grunnlag for en endring som skal vare livet ut, opplevde flere at dette gjorde de enda mere motivert til å fortsette livsstilsendringen. (ibid.)

5.5 Varig endring og veien videre

Kognitiv trening og mestring over saboterende tanker presenteres som noe som motiverer pasienter og brukere. Det å få kontroll og blokkere ut saboterende tanker, betyr og kunne tenke seg om to ganger før man kaster i seg usunn mat. (ibid.)

Utvalget i begge forskningsartikkelene jeg har sett på, beskriver at misbruket av mat nærmest gikk på automatikk. Så det å ha et stort fokus på tankemønstre og kognitiv trening, mener jeg burde stå sentralt i enhver endringsprosess. Etersom det er i hodet den største forandringen må skje, fordi det er hodet og ikke kroppen som styrer de valgene vi tar. (Mæhlum, 2011). Det som motiverer mest ved å få kontroll over hodet og tankene, tror jeg har mye med at de ser at de faktisk klarer å handle anderledes, og gjøre riktige valg. Når de innser at de er istand til å ta kontroll over egne tanker og valg, skaper dette en stor mestringsfølelse, noe funnene i resultatkapittelet og teorien underbygger. (Smedsrød, 2012).

Men hva skjer egentlig med pasientene og brukerne etter endt opphold? Jeg tror det er her den virkelig jobben begynner, når man kommer hjem til vante omgivelser og nok en gang har fri tilgang på alle mulig fristelser, samt at ingen kontrollerer og «passer» på en lenger. Den ene av de to forskningsartikkelene jeg har brukt i resultatkapittelet, sier at de underveis i prosessen til brukerne hadde kontinuerlig kontroller, hvor vi sjekket vekt og treningsdagbok. (ibid.)

Dette har helt sikkert med midler og ressurser og gjøre, men er ikke dette noe som også burde vært fulgt opp i etterkant av endt kurs/opphold? I teorikapittelet trekker jeg frem, at en endringsprosess krever selvdisiplin, men også tillit mellom pasienter/brukere og helsepersonell (Mæhlum, 2011). Jeg tror en her har to alternativer etter endt opphold; enten stole på at pasienter/brukere er strukturerte og holder endringen gående resten av livet, ettersom det tross alt handler om å skape varig endring livet ut. Eller så kan kanskje helsepersonell kreve at

pasienter og brukere har en form for meldeplikt i ettertid, som en betingelse for å være med på «opplegget» i første omgang?

Det en også kan skille de to forskningsartikkelene i resultatkapittelet på er den avsluttende delen på prosessen utvalget i de artikkelene handler om. Mens utvalget i den første artikkelen (Borge, L., Christiansen, B., Fagermoen, M, S. (2012), forteller om at etter endt intervensjon, så ser de på en operasjon som siste og eneste mulighet til å skape endring. Utvalget beskriver det som svært motiverende å utføre en operasjon, da dette vil føre til en slags tvang om å snu fullstendig opp-ned på livet, og begynne livet på nytt med nye og sunne levevaner. Mens (Smedsrød, 2012), fokuserer mere på en ikke-kirurgisk behandlingsform, også etter livsstilsendringsskurset.

Selv om jeg syns begge to presenterer gode kurs hvor de motiverer de sykelig overvektige til å skape varige endringer, så mener jeg at en operasjon skal være en aller siste utvei. En livsstilsendring for sykelig overvektige, tror jeg er og fremstilles i resultatkapittelet som en kjempetung og stor prosess. Men jeg føler allikevel at det en operasjon vil være en snarvei til akutt bedre helse, men hva skjer så etter endt operasjon og du skal begynne og praktisere en sunn livsstil, men ikke har erfaring og vet hva det handler om? Samtidig kan jeg også skjønne at man blir veldig motivert etter en operasjon, fordi det fungerer som en «kickstart» for mange og man starter på mange måter helt på blanke ark. Men jeg tror også at det utbytte en har og all den kunnskapen en sitter inne med etter en ikke-kirurgisk behandlingsform er ubetalelig. Bakgrunnen for dette tror jeg at all den erfaringen en da sitter igjen med, er med å videreføre gode og sunne holdninger og vaner som har blitt implementert over lengre tid. Det å gjøre seg fortjent til en god helse gjennom ekstremt hardt arbeid tror jeg er utrolig motiverende i forhold til en livsstilsendring.

6.0 Konklusjon

Sykelig overvektige motiveres til endring når alvorlige helseplager inntreffer og kropp og vekt skaper hindringer i hverdagen. Møte med helsepersonell er avgjørende for deres motivasjon til å gjennomføre en endring, og mange motiveres mest av bevisstgjøring rundt egen helsetilstand og hvordan de skal endre livsstil og levevaner. Empowerment er en viktig faktor i prosessen og brukermedvirkning fører til økt mestring og motivasjon. Sykelige overvektige motiveres også ved å styre selv og ikke bli styrt. Med dette mener jeg at det er vesentlig i en endringsprosess, at de selv tar del i planlegging av gjennomføringen. Sykelig overvektige opplever størst motivasjon underveis i en endringsprosess, når det oppstår en jevn balanse mellom støtte, anerkjennelse og utfordring. Motivasjonen til sykelig overvektige øker når deres perspektiv omkring endring forandres. Når livsstilsendringen får en egen verdi og en nytteverdi skaper dette motivasjon til å skape varig endring.

Vonde vaner er vanskelig og vende, men kan man forvente at et kurs, opphold på en klinikk eller en institusjon vil være nok til å skape varig endring, eller burde man innføre obligatorisk oppfølging etter endt opphold?

Kilder:

Andersen, S, A., Edvardsen, E., Hansen, B, H., Holme, I., Kan 1-gruppen, Kalle, E., Lohne-Seiler, H., (2010). Fysisk form blant voksne og eldre i Norge. *Resultater fra en kartlegging i 2009-2010*. Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet.

Askheim, O, P & Starrin, B. (2007) *Empowerment. I Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Borge, L., Christiansen, B., Fagermoen, M, S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt*. 1, 2012; 7: 14-22. doi: 104220/sykepleienf.2012.0024. Lokalisert på:
http://www.sykepleien.no/Content/846509/art_borge_8623.pdf .

Braut, G, S. (2013). Validitet. *Store Norske Leksikon*. Lokalisert 06.mars 2013, på
http://snl.no/.sml_artikkel/validitet .

Braut, G, S., & Stoltenberg, C. (2013). Reliabilitet. *Store Norske Leksikon*. Lokalisert 06. mars 2013, på http://snl.no/.sml_artikkel/reliabilitet .

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte ,P.A. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskaplige metode (4.utg). Oslo: Abstrakt Forlag

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Folkehelseinstituttet. (2012). *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*. Lokalisert på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2690:1:0:0:::0:0 Nedlastet: 20/02-2013

Helsedirektoratet. (2011). *Anbefalinger*. Lokalisert på: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2012). *Motivasjon og mestring*. Lokaliser på:
<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/motivasjon-og-mestring.aspx>

Mæland, J, G. (2010). Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget.

Mæhlum, S. (2011). Overvekt og fedme. I Øverby, N, C., Torstveit, M, K., Høigaard, R. (Red.). Folkehelsearbeid. (1.utg. s 99-109). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Murphy, Erin. (2008) The Psychology of Immersive Learning Simulations. Flow Theory. Lokaliser på: <http://beacon.wharton.upenn.edu/remurphy/2008/02/the-psychology-of-immersive-le-3/>

NA24 (2005) Fedme koster oss 6,4 milliarder. Lokaliser på: <http://www.na24.no/article2165766.ece>

Peer review. (s.a.). I Oxford Dictionary of English. Lokalisert på <http://www.ordnett.no/search?drillPub=24&search=peer+review&lang=en>

Smedsrød, M, J. (2012) Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering (Masteroppgave, Nordic school og Public Health [NHV]. Gøteborg: NHV. Lokalisert på: <http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/2012/Mirjam%20Smedsrod%20MPH%20slutversion.pdf>

Sveen, U. (2013). Flow-teori. Store medisinske leksikon. Lokalisert 16. April 2013, på : http://snl.no/.sml_artikkel/flow-teori

World Health Organization (2011). Obesity and overweight. Geneva: WHO. Lokalisert på: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Øverby, N, C., Torstveit, M, K., Høigaard, R. (2011) Folkehelsearbeid. Kristiansand: Høyskoleforlaget.