



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for idrett og aktiv livsstil

Line Therese Rype

Bacheloroppgave

Vektreduksjonsprogram for å fremme helse og en sunnere livsstil

Weight loss program to promote health and a healthy lifestyle

Folkehelse med vekt på fysisk aktivitet

2013

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Forord

Dagen har kommet. Bacheloroppgaven skal leveres, og tiden har virkelig flydd. Prosessen med denne oppgaven har vært lærerik og spennende. Det har vært fantastisk å avslutte en bachelorgrad med et fagområde jeg er ekstra opptatt av. Det har vært morsomt å gå i dybden av noe jeg ønsker å lære mer om, og samtidig få bruke så mye tid på noe som personlig interesserer meg.

Jeg har en fin tid bak meg etter tre år på Høgskolen i Hedmark, bachelor i Folkehelse med vekt på fysisk aktivitet. Det er en studie med stor bredde og variasjon, og lærdommen fra disse årene vil jeg ta med meg inn i videre arbeid.

I likhet med andre som legger ned mye tid til en slik oppgave, har jeg flere involverte som jeg ønsker å gi ros for støtten. Først og fremst ønsker jeg å takke mine fire informanter som har vært snille og stilt opp for meg og min oppgave. Disse personene har gjort undersøkelsen i det hele tatt mulig å gjennomføre. Ikke minst ønsker jeg å rette en stor takk til min inspirerende veileder, Annette Kleppang, som har stilt opp for meg gjennom hele prosessen. Hun har bidratt med gode råd på veien, og hjulpet meg frem til et resultat jeg ikke hadde hatt uten henne.

Til slutt vil jeg takke for gode innspill og støtteerklæringer fra samboeren min, Magnus Frøyland, som har vært en tålmodig lytter når jeg i mine frustrerte stunder har lest oppgaven høyt for meg selv.

Line Therese Rype

Elverum, mai 2013

Sammendrag

Forfatter:

Line Therese Rype

Tittel på oppgaven:

Vektreduksjonsprogram for å fremme helse og en sunnere livsstil

Problemstilling:

Hvilke endringer kan oppnås gjennom et vektreduksjonsprogram for overvektige, med tanke på helsetilstand og livsstil?

Metode:

Kvalitativ metode, i form av intervju. Intervju av fire overvektige voksne, som for ni måneder siden deltok i et vektreduksjonsprogram. De går nå i oppfølging som varer ett år totalt.

Resultat:

Et vektreduksjonsprogram for overvektige kan bidra til endring av livsstil, og kan skape store helsefremmende effekter på kort tid. Vedlikehold i ettertid kan variere, ettersom motivasjon og mestringstro er to avgjørende faktorer for en vellykket livsstilsendring.

Diskusjon:

Det viser seg at forskning er enig, som viser at en vektreduksjon kan føre til vekttap, bedret helsetilstand og en sunnere livsstil. Hvor lenge dette vedvarer, er uvisst, men det er en stor andel av tidligere deltakere som har fått tilbakefall.

Forside

Forord

Sammendrag

Innhold

1 Innledning.....	6
1.1 Problemområde	6
1.2 Problemstilling og avgrensning	6
1.3 Oppgavens oppbygning	7
2 Teori	8
2.1 Overvekt, fedme og helsekonsekvenser	8
2.2 Overvekt, fedme og kosthold	9
2.3 Overvekt, fedme og fysisk aktivitet.....	10
2.4 Livsstilsendring: slanking vs. vektreduksjonsprogram	11
2.5 Vedlikehold	12
2.6 Tidligere forskning på dette området	13
3 Metode.....	16
3.1 Valg av metode.....	16
3.2 Utvalg av informanter	16
3.3 Fremgangsmåte og gjennomføring av intervjuer.....	17
3.4 Behandling av data	18
3.5 Reliabilitet og validitet	18
4 Resultater	20
4.1 Livsstil før deltakelse vs. livsstil etter deltakelse	20
4.1 Helsetilstand før deltakelse vs. helsetilstand etter deltakelse	23
4.3 Motivasjon og vedlikehold.....	25
4.5 Fremtidsplan	26
5 Diskusjon.....	28
5.1 Tilegnelse av helsekunnskap	28
5.2 Nye kostholds- og aktivitetsvaner	29
5.3 Oppnåelse av bedre helse	30
6 Konklusjon	33
7 Referanseliste	35
8 Vedlegg	38

8.1 Intervjuguide	38
8.2 Taushetserklæring	40

1 Innledning

1.1 Problemområde

Overvekt og fedme er i dag et alvorlig verdensproblem. Livsstilsykdommen har økt i befolkningen de siste tiårene, og kan gi mange andre helsefarlige konsekvenser. Det kan være plager både for den fysiske og psykiske helsen, som for eksempel type 2-diabetes og depresjon. Hovedårsaken til økningen av antall overvektige er overflod av mat og mindre fysisk aktivitet (Folkehelseinstituttet, 2010).

Mange tyr i dag til behandling av overvekt, for å skape en sunnere livsstil. En behandlingsform, som er sentral i denne oppgaven, er livsstilsbehandling ved hjelp av et vektreduksjonsprogram. Dette er et tema jeg lærte mye om da jeg var praksisstudent ved et vektreduksjonsprogram på et rehabiliteringssenter for ett år siden. En stor lærdom jeg tok med derfra, var at det kan være svært tøft å gjennomgå en livsstilsendring for personer som lider av overvekt og fedme. En stor del av prosessen, som er minst like viktig, er vedlikehold av vekttapet i ettertid. Det er denne fasen jeg ønsker å ta for meg, der det ikke er forsket på i alt for stor grad tidligere, samtidig som jeg kan lære meg noe nytt rundt overvektsproblematikk.

Dette temaet er relevant for studiet mitt, og noe som personlig interesserer meg. Det er et felt jeg mener er viktig at folk engasjerer seg rundt, ettersom økningen av overvektige stiger urovekkende fort.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Jeg ønsker å finne ut om deltakelse på et vektreduksjonsprogram kan føre til endring av livsstil og helsetilstand. I tillegg ønsker jeg svar på hvilke mennesker som får til vedlikehold i ettertid, og eventuelt hvilke personer som ikke får det til. Dette vil jeg se på knyttet opp mot sosioøkonomisk status. Jeg vil også ta for meg de mest sentrale faktorene som påvirker livsstilsendringen.

Problemstillingen lyder slik: Hvilke endringer kan oppnås gjennom et vektreduksjonsprogram for overvektige, med tanke på helsetilstand og livsstil? Jeg kom frem til denne problemstillingen ved å tenke over erfaringene jeg har fra praksisperioden min for ett år siden, og kom frem til at det vil være spennende å se hvordan det går på med personene i ettertid av deltakelsen. Dette er et område som vil være givende å jobbe med over et helt semester, og kanskje senere i livet. Det er også viktig å få frem hvilke faktorer som har bidratt til utvikling av overvekt, for å se mennesket i helhet og for å skape forståelse rundt hva som kan påvirke

vedlikeholdsfasen, som for eksempel tilbakefall. Sentrale begreper vil derfor også være motivasjon, mestringstro og sosioøkonomisk status.

1.3 Oppgavens oppbygning

I kapitlet om teori vil det handle om overvekt, fedme og helsekonsekvenser. Overvekt, fedme og kosthold. Overvekt, fedme og fysisk aktivitet. Livsstilsendring, slanking og vektreduksjonsprogram. Til slutt presenteres tidligere undersøkelser gjort rundt samme problemområde.

Videre, i kapitlet om metode, er det gjort rede for hva metode er og hvilken metode som er blitt valgt til oppgaven min. Utvalg av informanter og hvordan gjennomføringen av undersøkelsen foregikk. Hvordan organiseringen og analysen av dataen som er samlet inn er blitt gjort. Kapitlet avsluttes med beskrivelse av dataens reliabilitet og validitet.

I det neste kapitlet om resultater, vil hovedfunnene fra undersøkelsen presenteres. Her vil livsstil og helsetilstand til informantene før og etter deltakelse av vektreduksjonsprogrammet beskrives. Videre vil temaene motivasjon, vedlikehold og fremtidsplan legges frem.

I diskusjonskapitlet vil hovedfunnene fra undersøkelsen bli diskutert opp mot tidligere forskning fra teoridelen. Det vil bli trukket frem likheter og forskjeller mellom mine funn, og forskning. Forskningen vil diskuteres innunder temaene ”tilegnelse av helsekunnskap”, ”nye kostholds- og aktivitetsvaner” og ”oppnåelse av bedre hele”

Oppgaven avsluttes med en kort konklusjon, som skal gi svar på problemstillingen for oppgaven og de viktigste hovedtrekkene jeg har kommet frem til.

2 Teori

2.1 Overvekt, fedme og helsekonsekvenser

Overvekt og fedme har blitt mer og mer utbredt, og er en av de største årsakene til sykdomsbildet og dødeligheten i verden (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011). Det er en livsstilssykdom, som kan få svært store konsekvenser for helsen (Johansen, Nielsen & Nielsen, 2003). Dette er fordi overvekt i seg selv kan være med på å utvikle andre livsstilssykdommer, som blant annet hjertekarsykdommer og type 2-diabetes (Rössner, 2008). En livsstilssykdom er relatert til fysisk aktivitet og kosthold, altså hvordan en lever (Øverby et al., 2011). Overvekt kan derfor oppstå ved fysisk inaktivitet, i tillegg til inntak av usunn mat daglig (Johansen et al., 2003). ”Kroppsvekten er et resultat av energibalansen, det vil si inntak minus forbruk” (Rössner, 2008, s.466). Energien vi bruker, ved aktivitet og generell bevegelse, skaffer vi oss gjennom maten vi spiser. Vi måler energien vi inntar, og energien vi bruker, i kilojoule (kilokalorier). Spiser en dermed mer enn en forbruker, vil kroppsvekten øke. Dette er fordi de resterende kaloriene omdannes til fett i kroppen (Miller, 2006). Fedme kan defineres som ”en lidelse, hvor en person har så meget ekstra kropsfett, at det påvirker vedkommendes sundhed og evne til at leve normalt” (Miller, 2006, s. 4). Verdens helseorganisasjon har definert et begrep kalt kroppsmasseindeks (KMI) som skal gruppere forskjellig grad av kroppsmasse inn i kategorier, som igjen vurderer helserisikoen ved det å ha for mye kroppsfett (Øverby et al., 2011).

Gruppe	KMI (=vekt/høyde ²)
Normalvekt	18.5-24.9
Overvekt	25.0-29.9
Fedme	>30.0
Fedme, grad 1	30.0-34.9

(World health organization, 2013).

Ved å havne innunder gruppen *overvekt*, ligger personen over gjennomsnittet i fare for å utvikle andre sykdommer som følge av det ekstra kroppsfettet. Jo mer kroppsfett, jo mer i faresonen er en (Birketvedt, 2008). De vanligste livsstilssykdommene forårsaket av fedme, er ulike kreftformer, type 2-diabetes, hjertekarsykdommer og høyt blodtrykk. I tillegg kan også helseplager som søvnapné og belastningsskader i vekt bærende ledd som ankler og knær, oppstå (Rössner, 2008).

Overvekt og fedme kan også gi store konsekvenser for den psykiske helsen. Psykiske lidelser som angst og depresjon kan forekomme, fordi en ofte kan utvikle dårlig selvbilde og føle mistriivsel med egen kropp (ibid.; Folkehelseinstituttet, 2010). For overvektige kan problemer ofte takles med mat, fordi det kan virke forebyggende mot påtrengende negative tanker og følelser. Men det er også vanlig å utvikle overvekt grunnet psykisk lidelse. Er en for eksempel blitt utsatt for vonde opplevelser eller tøffe utfordringer i livet, kan dette trigge til utvikling av overvekt. Dette er fordi en kan søke trøst i mat eller isolere seg bort fra andre og få et svært stillesittende liv (Martinsen, 2011).

2.2 Overvekt, fedme og kosthold

En av hovedårsakene til økningen av overvekt og fedme kommer av at befolkningen har et høyere energiinntak enn tidligere. Dette kan relateres til 1970-tallet, da det ble en mindre økning av befolkningen, men som allikevel ikke hindret matprodusentene til å produsere mindre mat. Det ble derfor mye mer mat enn mennesker, og det ble dermed solgt mat på tilbud, som blant annet ”3 for 2”. Dette fortsatte, og i en enda større grad, der vi i dag lever i en overflod av mat (Miller, 2006).

I følge Helsedirektoratet (2011a) skal en ha et regelmessig, variert og sunt kosthold for å fremme helsen, og for å gå ned i vekt må en være i positiv energibalanse. Men for mange mennesker er det vanskelig å vite hvilke matvarer som bør velges i butikkene, og det er påvist at en blir påvirket av medier, som fremstiller slankeprodukter som en snarvei til vekttap. Ofte kan dette være roten i vektsvingninger. Mennesker er lett påvirkelige, og kan bli overbevist av overskrifter som "ned 10 kilo med denne superdietten", fordi haget etter "idealkroppen" er stor. Dette har blant annet ført til dårligere selvbilde og spiseforstyrrelser, som både under- og overvekt (Miller, 2006).

Det viser seg at overvektige personer har lettere for å velge lettvinde løsninger, som blant annet slankeprodukter og ferdigmat, enn normalvektige. Det viser seg også at det er en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og usunn livsstil (Folkehelseinstituttet, 2010). SØS beskriver individet etter utdanningsnivå, inntekt og yrkestatus, og en rangeres lavt om en har lav utdanning, inntekt og lavstatusyrke (Øverby et al., 2011). Jo lavere SØS, jo dårligere helse, som også vil si at en har lettere for å bli sykemeldt. De med høyere SØS har en sunnere livsstil, som tilsvarer høyere aktivitetsnivå og bedre kosthold (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Donovan & Sletteland, 2012). Dette har sin forklaring ved at personens utdanning måler graden av hvor mye kunnskap en har. Jo høyere utdanning, jo mer

mottakelig er en for helseinformasjon og har dermed større kapasitet til å dra nytte av informasjon og kunnskap om sunne levevaner (Øverby et al., 2011). Inntekten har også en betydning i forhold til levevaner. Har en høy utdanning, vil en ofte også ha en høy inntekt. Inntekten forklarer personers materielle ressurser, og et eksempel på det kan være at mennesker med lav SØS kanskje ikke kan ta seg råd til å være medlem på et treningssenter, i tillegg til at en ikke har kunnskap om hvordan en ellers kan få en sunnere livsstil (ibid.; Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

2.3 Overvekt, fedme og fysisk aktivitet

Den andre hovedårsaken til overvekt og fedme, ved siden av høyt kaloriinntak, er lavt aktivitetsnivå. Eksempler som har ført til en mer stillesittende befolkning, er motoriske kjøretøy som har gjort at vi bruker bena mindre og tekniske midler som sosiale nettsteder har gjort at en kan kommunisere med andre uten å gå ut døra (ibid.).

Fysisk aktivitet kan defineres som ”all kroppslig rörelse som produceras av skelettmuskler och resulterar i energiförbrukning” (Cider, Jonsdottir, Stener-Victorin, Svantesson & Willén, 2007, s. 9). Et eksempel på en fysisk aktivitet kan være en gåtur med moderat intensitet. Det er viktig med regelmessig fysisk aktivitet, fordi kroppen er skapt for å bevege på seg. Kroppen vil pådra seg livsstilssykdommer som blant annet overvekt ved å ha et for stillesittende liv (Henriksson & Sundberg, 2008). Helsedirektoratet anbefaler voksne mennesker å være fysisk aktive minst 30 minutter hver dag. Er en mer fysisk aktiv enn det som anbefales, vil det være enda mer helsefremmende. Dette innebærer blant annet forebygging av livsstilssykdommer, bedre lungekapasitet, overskudd og økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2011b).

Det er også påvist at fysisk aktivitet gir en helsefremmende effekt også for den psykiske og sosiale helsen. Siden overvektig kan være utsatt for en form for psykisk lidelse, kan fysisk aktivitet forebygge mistriivsel og dårlig selvbilde. Dette kan også øke motivasjonen til å fortsette trening, og en kan unngå tilbakefall ved regelmessig aktivitet (Martinsen, 2011; Birketvedt, 2008). Fysisk aktivitet er derfor svært gunstig for personer som lider av overvekt, der det i tillegg kan føre til vekttap. For å få til et vekttap, vil det være nødvendig for en overvektig person å trene regelmessig. Det vil skape hurtigere energiforbruk, bedre blodsirkulasjon og gi en økning av muskelmasse, som igjen fører til høyere fettforbrenning. Helsegevinsten er størst hos personer som går fra å være utrent og inaktiv, til å begynne å trene. Det betyr at en også går fortere ned i vekt, jo mer kroppsfett en har. Siden

treningseffekten etter hvert flater ut, må en justere intensitet og mengde for å gjøre fremgang (Birketvedt, 2008; Henriksson & Sundberg, 2008; Rössner, 2008). Fysisk trening er en strukturert måte å bedrive fysisk aktivitet, der en kan opprettholde den fysiske funksjonen en har, eller forbedrer den. Et eksempel på en treningsform er jogging. Trening vil påvirke hele kroppen, slik som fysisk aktivitet, men i et hyppigere tempo (Cider et al., 2007).

2.4 Livsstilsendring: slanking vs. vektreduksjonsprogram

Livsstilsendring er å gjøre en forandring i sine levevaner, både når det gjelder kosthold og aktivitetsnivå. Målet med en livsstilsendring er å få til en varig endret livsstil, altså at kostholdet og aktivitetsnivået fungerer livet ut for personen det gjelder. For å gå ned i vekt, handler det om riktig og sunt kosthold av innhold og mengde, og større aktivitet og trening i hverdagen (Øverby et al., 2011; Martinsen, 2011).

Mange som går inn for å endre livsstil, velger ofte metoder som skaper vektsvingninger, også kalt "jojo-slanking". De vanligste slankemetodene er fasting og slankeprodukter, der sistnevnte skal være en måltidserstatning med lavt kaloriinnhold. Det er svært sjeldent at slike drastiske metoder fungerer, spesielt over lenger tid. Dette er fordi kroppen alltid vil kjempe for å stabilisere energibalansen som en er vant med. Ved å tilføre kroppen mye mindre energi enn forventet, vil kroppens regulatoriske motreaksjon slå inn. Den kan slå inn på energiomsetningen for å prøve å stabilisere energibalansen, og også på metthetscenteret. Derfor vil en til slutt ikke holde ut med slanking, og kroppsvekten vil øke drastisk igjen, og ofte enda mer enn før en startet med slanking. Det skapes vektsvingninger fordi en hurtig vektnedgang ikke reduserer kroppsfett, men fettfri kroppsvekt. Dette er på grunn av at kroppen ikke klarer å tilpasse den negative energibalansen på såpass kort tid. Det kalles en ufysiologisk vektreduksjon. Slanking, der kroppen går opp og ned i vekt over en lenger periode, er dermed ikke bra for helsen, fordi det gjør skader på kroppen (Birketvedt, 2008; Tombak, 2008).

For å få til en fysiologisk vektreduksjon, må reduseringen av fettmassen pågå over lang tid. Den negative energibalansen skal ikke gi ubehagelige motreaksjoner i kroppen. Ingen kropper er like, og enkeltindivider har ulike forutsetninger for å gå ned i vekt. Det kan være vanskelig å gå gjennomføre et vekttap på egenhånd, og flere tyr derfor til hjelp (Birketvedt, 2008). Det finnes i utgangspunktet tre behandlingsformer for overvekt, der to av de er kirurgisk behandling og medikamentell behandling. Den tredje er livsstilsbehandlingsprogram, som i denne oppgaven kalles vektreduksjonsprogram (Øverby et al., 2011). Jeg ønsker å ta

utgangspunkt i vektreduksjonsprogrammet jeg selv var praksisstudent for å demonstrere hvordan et slikt opplegg kan se ut. Der varer opplegget i tre måneder, som i korte trekk inneholder tre treningsøkter i uken, ukentlige gruppeundervisninger i ernæring og med psykolog, ukentlig veiing, fysiske tester og individuelle samtaler med ernæringsfysiolog. Normann og Thommesen (2008) mener det er viktig at det er fokus på mennesket som helhet, ved å se hele individet i hans/hennes situasjon. Siden overvektige kan ha et svært sammensatt sykdomsbilde, vil det derfor legges vekt på håndtering av både den fysiske og psykiske helsen ved en livsstilsendring. Et vektreduksjonsprogram, skal av den grunn, skape en sunn livsstil gjennom veiledning innenfor fysisk aktivitet, kosthold og kognitiv terapi (Øverby et al., 2011). Sistnevnte vil si at en lærer om tanker og følelser, for å ta tak i de underliggende problemene som kan ha bidratt til overvekten som en selv ikke er klar over. En bevisstgjøres på egen situasjon og skaper forståelse rundt egen overvektsproblematikk. På den måten kan en lettere regulere ubehagelige følelser som oppstår, slik at en kan være bevisst på blant annet ikke å trøstespise. En livsstilsendring handler derfor i stor grad om å fjerne hindringer som kan ligge mentalt for å kunne gjennomføre endringer i levevanene, og håndtering av fysisk og psykisk helse vil gjøre livsstilsendring og vekttap lettere (Martinsen, 2011; Birketvedt, 2008).

2.5 Vedlikehold

Det er viktig å vedlikeholde livsstilen en har startet på. Og ofte hører det med en vedlikeholdsfase etter endt deltakelse i vektreduksjonsprogram (Birketvedt, 2008). Jeg vil også her bruke stedet jeg var i praksis på, som eksempel på hvordan et slikt opplegg kan være. Der varer oppfølgingsprogrammet i ett år, hvor de tre første månedene består av én gruppeundervisning etterfulgt av én treningsøkt i uken, veiing annen hver uke og to valgfrie økter med egentrening på senteret. Etter disse tre månedene får de tre valgfrie økter i uken med egentrening, veiing annen hver uke og to undervisningstimer i måneden.

I vedlikeholdsfasen skal deltakerne klare seg i større grad på egenhånd, og få til å stabilisere energibalansen, eller eventuelt fortsette med mindre inntak enn forbruk for å gå ned mer i vekt (ibid.). Ettersom helsegevinstene er størst tidligere i fasen, kan det være en utfordring å klare og fortsette livsstilen når det må tyngre jobb til for å gå ned i vekt (Rössner, 2008). Det er derfor ofte en kritisk fase, som kan føre til tilbakefall hvis en ikke har motivasjon nok til å drive seg selv videre (Birketvedt, 2008). Motivasjon er derfor en avgjørende faktor under en livsstilsendring, både i vektreduksjonsfasen og i vedlikeholdsfasen. Motivasjon er det som

driver en til å gjøre handlinger ut fra ønsket om oppnåelse av et mål (Normann et al., 2008). En skiller mellom indre- og ytre motivasjon. Indre motivasjon handler om å gjøre en handling fordi en personlig synes det er gøy. Når det gjelder å gjennomføre en livsstilsendring, er det mest naturlig å ha ytre motivasjon, som vil si at en utfører en handling på grunn av gevinsten en får ut av å ha gjennomført. Eksempler på dette kan være at en ønsker å oppnå bedre hjerte- og karfunksjon, mindre fettprosent, bedre selvbilde eller flere leveår. Etter hvert i prosessen kan det hende at den indre motivasjonen øker, fordi en kanskje er blitt glad i den sunne maten eller har funnet en morsom treningsform (Woolfolk, 2004; Martinsen, 2011).

I tillegg til motivasjon, er en nødt til å ha tro på at det en gjør vil bedre situasjonen, som også kalles mestringstro. Dette vil si i denne sammenheng at en har tro på at det er en mulig vei ut av situasjonen, og på at det en gjør vil føre til mestring og måloppnåelse. På denne måten kan en fokusere på fremtidsmuligheter, slik at en har noe positivt å se frem mot. Motivasjon og mestringstro forsterkes kraftig hvis en når et mål eller mestrer en utfordring. Dette kan være en sterk innvirkende faktor for videre vekttap. Derfor er det også nødvendig å sette seg realistiske mål, slik at en jevnlig føler mestring, og kan sette seg nye mål, for så å oppnå ny mestring og motivasjon (Normann et. al., 2009; Birketvedt, 2008).

Det kan være nødvendig med enkelte utskielser en gang i blant, for ikke å få et stort tilbakefall (Johansen et al., 2003). Men et tilbakefall kan skje, enten om en faller tilbake til start, eller om det bare er noen utskielser som kan føles vanskelig å komme seg ut av igjen. Negative påvirkningsfaktorer som kan føre til tilbakefall kalles *høyrisikofaktorer*. Dette er situasjoner som kan fremme opplevelse av emosjonelle og utfordrende følelser, som igjen kan føre til likegyldighet med valgene en vil foreta seg i den oppståtte situasjonen. Dette kan for eksempel være om en opplever sorg, der en søker trøst i mat, også kalt trøstespising. Det kan også være en høyrisikosituasjon å være i et sosialt lag med fristende mat, som kan føre til overspising. Slike situasjoner kan en ofte havne i, og om en dermed har manglende motivasjon og mestringstro, er det enklere å "sprekke" (Birketvedt, 2008; Barth & Näsholm, 2007).

2.6 Tidligere forskning på dette området

På Ebeltoft kursenter er det blitt gjort en lignende undersøkelse. Det er et senter som tilbyr et intensivt vektreduksjonsprogram for personer med forskjellig grad av overvekt og fedme. Det er spesielt fokus på fysisk aktivitet, som innebærer aktiviteter hver dag, og et bestemt

kostholdsregime bestående av lavt kaloriinntak. I tillegg er det kognitiv terapi ukentlig (Christiansen, Bruun, Madsen & Richelsen, 2007).

I denne undersøkelsen ble det brukt kvantitativ metode, der 249 personer deltok på spørreskjemaet om hvordan vekttapet og vedlikeholdsfasen gikk. Personene som oppholdt seg på kursenteret i gjennomsnitt 21 uker, mellom år 2000 og 2003, ble fulgt opp og undersøkt to til fire år etter oppholdet. Da de startet behandlingen, var gjennomsnittsvekten på 142 kg. I undersøkelsen kom det frem at de i gjennomsnitt hadde redusert sin kroppsvekt med 15 % etter 21 uker, og det var de med høyest fettprosent som hadde det høyeste vekttapet. Fire år etter oppholdet hadde 20-29% av deltakerne vedlikeholdt et vekttap på >10%, som beskrives som et vellykket resultat. 44 % hadde et vekttap på >5%, og av de med lavest overvekt, hadde et vekttap på 1%. Det kom også frem at deltakerne hadde lav sosioøkonomisk status, der 46 % var arbeidsledige og 31% hadde ingen høyere utdanning. Ett år i ettertid av oppholdet på kursenteret, ble det påvist at de hadde fått bedre fysisk- og psykisk helse. Men to år etter endt opphold, ble både den fysiske og psykiske helsen dårligere, parallelt med vektøkning (Christiansen et al., 2007).

I en annen undersøkelse er det blitt gjort et kvalitativt intervju av 14 overvektige personer som har gjennomført et vektreduksjonsprogram som varte mellom fire og ti uker. Formålet med denne studien var å se hvilke faktorer som påvirket en vellykket livsstilsendring. Det var også her dominans av personer med lav sosioøkonomisk status. To år etter behandlingen, hadde syv personer et vekttap på 10-20 % og fire personer hadde et vekttap på mer enn 20%, mens resten ikke klarte å vedlikeholde livsstilen (Smedsrød, 2012).

Det kom frem at de som lyktes med å endre aktivitets- og kostholdsvaner, har mestret flere ulike faktorer innenfor tre forskjellige kategorier. Den ene kategorien er "dannelse av nye vaner". Den handler om at de har klart å ha målrettede og konkrete endringer av vaner. De hadde forstått at gjentatte korte dietter ikke fungerer, og at en bør satse på langsiktige, sunne kostholds- og treningsvaner, samt regelmessig spisemønster. Nye levevaner har ført til oppdagelse om at sunn mat kan være godt, og at trening kan være morsomt, og ikke minst bra for helsen. Dermed har det vært viktig å få kunnskap gjennom programmet for å vite hvilke matvarer som bør velges i butikkene, og hvor mye en bør trene. I tillegg var det viktig med støtte fra personer rundt for å lykkes med endringene. Den andre kategorien er "håndtering av seg selv", som handler om å forstå hvorfor en har blitt overvektig. Flere hadde opplevd noe tungt i livet, som hadde ført til vektøkning, og det var derfor viktig å bli kjent med seg selv og

bli bevisst på å ikke trøstespise. Det var også viktig å finne ut hva en er god til og fokusere på positive ting ved seg selv, samt forstå hvordan tanker og følelser knyttes opp til handlingene en gjør. Den siste kategorien er "motivasjon til endring", som også har vært en sentral faktor for å lykkes med livsstilsendringen. Motivasjonen til personene som har lyktes, har kommet av at en er lei av å oppleve å ikke strekke til og å ikke fungere optimalt. Ønsket om å leve lenger og få bedrefysiske og psykisk helse, var viktige faktorer som spilte inn på motivasjonen for å endre livsstil. I tillegg var også frykt for andre sykdomme og frykt for å ikke klare seg selv en motivasjonsfaktor. Bedring av selvbildet og mer energi var også faktorer som ga større motivasjon til å fortsette videre etter vektreduksjonsprogrammet (Smedsrød, 2012).

3 Metode

Når en gjør en undersøkelse, skal en form for metode benyttes, som skal vise hvordan en skal gå frem med arbeidet av undersøkelsen. Den forklarer hva en må gjøre for å innhente den informasjonen (dataen) en trenger, hvordan en organiserer, analyserer og tolker informasjonen (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2010). Det er en fremgangsmåte for å tilegne seg ny kunnskap, og for å finne svar på et problem (Dalland, 2007).

Det finnes to hovedtyper av metode som en bruker i samfunnsvitenskapelige undersøkelser, og de kalles kvantitativ metode og kvalitativ metode (Mehmetoglu, 2004). Det er gode metoder å bruke begge to, men de er brukbare i forskjellige typer problemstillinger. I kvantitativ metode brukes en større mengde enheter av informanter, i form av spørreundersøkelse, som gir målbare svar og overfladisk informasjon (Jacobsen, 2003). I kvalitativ metode brukes en mindre mengde enheter av informanter, blant annet i form av intervju og/eller observasjon, som ofte egner seg for å få frem meninger, opplevelser og dybde, som gjør at en skaper større forståelse av mennesket og samfunnet (Dalland, 2007; Jacobsen, 2003).

3.1 Valg av metode

For at jeg skulle finne den metoden som ville belyse min problemstilling best, måtte jeg finne ut om jeg ønsket et overfladisk svar fra mange enheter, eller mer nyansert informasjon fra færre enheter. Jeg kom frem til at det relevante for meg var færre enheter som kan gi mye og dyp informasjon. Valget landet derfor på kvalitativ metode, i form av intervju for å samle inn data slik at jeg kan tilegne meg større forståelse rundt temaet. Et intervju med åpne spørsmål vil kunne trekke frem grundige og detaljerte svar ved mitt problemområde. Det vil gi meg den informasjonen jeg trenger, der jeg kan få innblikk i informantenes tanker, følelser og erfaringer rundt overvekt og helse, livsstilsendring, motivasjon og vedlikehold (ibid.; Dalen, 2004).

3.2 Utvalg av informanter

Når en skal hente inn data, må en foreta et valg om hvilke informanter en skal undersøke (Ringdal, 2007). Jeg dro til et rehabiliteringssenter, hvor jeg har vært praksisstudent tidligere. Jeg kjenner dermed til enkelte av de ansatte, og noen tidligere deltakere. En ernæringsfysiolog hjalp meg med å finne informanter, og jeg hadde tre kriterier i forhold til utvalget i tillegg til at det ellers kunne være et tilfeldig utvalg (Jacobsen, 2003). Første kriteriet var å få informanter som hadde deltatt på samme vektreduksjonsprogram samtidig, og helst fra

perioden jeg selv var praksisstudent. Andre kriteriet var å samle inn fire informanter, og det siste kriteriet var at det skulle ha gått minst seks måneder siden de deltok i programmet. Jeg nevnte på forhånd til ernæringsfysiologen at utvalget kunne være variert, men siden det også er et sensitivt tema, kunne det hende jeg måtte ta det jeg fikk av informanter også.

Det viste seg at det var seks personer som meldte seg til å delta, og da trakk jeg fire tilfeldige ut av de seks frivillige. Jeg endte dermed opp med tre kvinner, som videre i denne oppgaven vil bli omtalt som K1, K2 og K3, og én mann, som videre vil kalles M1. Disse fire utfylte alle mine kriterier, der de holder på med den niende måneden i oppfølgingsprogrammet, som totalt varer i ett år. De er mellom 40 og 70 år, og var alle med i vektreduksjonsprogrammet under praksisperioden min. Jeg har valgt å fremstille informantene anonyme på grunn av at det er et personlig og sensitivt tema.

3.3 Fremgangsmåte og gjennomføring av intervjuer

Informantene hadde pekt ut én spesiell dag som passet for dem alle, midt i marsmåned. De valgte selv hvor de skulle bli intervjuet, for å gjøre de mest mulig komfortable med situasjonen. De ønsket å bli intervjuet på rehabiliteringssenteret alle sammen, fordi de skulle ha oppfølging denne dagen. Det resulterte i at jeg fikk tidspunkter som passet mellom oppfølgingstimene, som ble én time til rådighet av tre av personene, og kun en halvtime av den fjerde personen. Denne dagen var et par uker frem i tid, og i løpet av ventetiden gjorde jeg ferdig utformingen av intervjuguiden (vedlegg1). En intervjuguide er, i følge Steinar Kvale, en skisse som skal inneholde alle emnene som bør dekkes i intervjuet. Jeg valgte å lage et strukturert intervju, som innebærer detaljerte og formulerte spørsmål (Kvale, 1997). På den måten får jeg stilt akkurat de spørsmålene jeg ønsker svar på, og eventuelt legge til oppfølgingsspørsmål. Jo mer strukturert intervjuet er, jo enklere vil det være å organisere og systematisere dataene i ettertid av intervjuene (Dalland, 2007). Spørsmålene til intervjuguiden ble utformet slik at de pekte tilbake på problemstillingen min, der den dekker relevante temaer, og kan gi en god forståelse og helhet av informantene og deres situasjon.

Det å være godt forberedt til intervjuene er en faktor for å kunne lykkes, og det gir fordel til både meg som forsker og for informantene. Derfor gjorde jeg et par prøveintervjuer på en medstudent for å få trening på intervjusituasjonen, og på håndteringen av båndopptaker. Jeg har valgt å bruke båndopptaker for å få med alt som blir sagt og for å kunne kjenne igjen stemningsbildet i ettertid når jeg hører gjennom båndet. Etersom jeg også visste jeg ikke hadde alt for lang tid til hver informant, var jeg nødt til å korte ned intervjuguiden. Etter

prøveintervjuene fikk jeg tilbakemeldinger om hvordan det hadde gått og om jeg burde gjøre noen siste endringer (Dalland, 2007; Dalen, 2004).

Selve gjennomføringen av intervjuene foregikk som forventet, bortsett fra at det ble mindre strukturert, fordi praten var løs og ledig ettersom jeg kjente de litt fra før av. Tanken min rundt at jeg gjerne ville intervju noen fra tiden jeg selv jobbet med da jeg var der, var for å gjøre intervjuet mer komfortabelt for begge parter. I tillegg ga det meg en mulighet til å kunne se utviklingen deres med mine egne øyne, og gi meg en større forståelse og syn på hvordan en livsstilsendingsprosess faktisk fungerer.

Jeg brukte i gjennomsnitt 45 minutter på hvert intervju, bortsett fra det ene som jeg hadde 30 minutter til rådighet på. Allikevel hadde jeg tid til å stille alle informantene samme spørsmål. Jeg innledet hvert intervju med følgende punkter; kort om meg selv og min oppgave, presisering om anonymitet, forklaring om at ingen svar er feil, for eksempel hvis enkelte spørsmål blir sett på som ubehagelige, og til slutt spurte jeg om tillatelse for å bruke båndopptaker, og det fikk jeg (Dalland, 2007). Da jeg takket for intervjuet til hver enkelt, spurte jeg om de ønsket å lese oppgaven min når den er ferdig, som en slags takknemlighet for at de stilte opp. Siden dette er anonymt, trengte jeg godkjenning av alle informantene for at de skal kunne lese den. De godtok alle sammen, der de kjenner svært godt til hverandre og deres historier fra før av.

3.4 Behandling av data

Etter intervjuene er gjort, må en transkribere. For å ikke miste noe betydningsfullt av datainnsamlingen, valgte jeg å gjøre en *ord-for-ord-transkribering*. For å huske igjen uttrykk og stemning, la jeg også til ord som "latter", "smil" og "alvorlig". Deretter ble resultatene organisert og bearbeidet slik at en får oversikt. Siden intervjuet ble litt mindre strukturert enn forventet, ble sorteringen og kategoriseres av temaer en lenger prosess enn forventet. Resultatene ble deretter vurdert, som vil si at dataen tolkes og analyseres, for å finne ut hva det betyr det som er blitt sagt, og for å sile ut urelevant informasjon. Etter nøye etterarbeid med opprydning og utsiling, dukket hovedfunnene opp, slik at problemstillingen kan besvares lettere (Dalland, 2007).

3.5 Reliabilitet og validitet

Ved en undersøkelse, stilles det to krav til gjennomføringen. Det ene handler om dataens validitet, som vil si at den innhentede informasjonen skal være gyldig og relevant i forhold til

problemstillingen (Jacobsen, 2003). Den andre er dataens reliabilitet, som vil si at den innhentede informasjonen skal være pålitelig og troverdig (Jacobsen, 2003).

Jeg vurderte kvaliteten på dataen jeg samlet inn ved å gjøre nøye bearbeiding for å se om det er relevante og pålitelige resultater. Jeg fant ut at det er en relevant intervjuguide, som inneholder spørsmål som omgår problemstillingen. Ved valg av intervju som metode føler jeg at jeg fikk den dybden og forståelsen jeg ønsket ut av dataen. Anonymitet av informanter kan også gjøre at det var enklere for informantene å svare troverdig på det de ble spurt om. I tillegg gjør denne metoden slik at en kommer tett på informantene, og skape trygghet og tillit, noe som også forsterker troverdigheten. Ved å bearbeide dataen godt, ble det mest relevante lagt frem, og brukte god tid så det ikke skulle skje feiltolkning av dataen. Resultatene samsvarer derfor med problemstillingen, som var målet med oppgaven.

Når det gjelder utvalg av informanter, mener jeg at disse personene er relevante til oppgaven, ettersom de har gjennomført et vektreduksjonsprogram og er mot slutten av oppfølgingsprogrammet. Allikevel er jeg kritisk i forhold til meg selv som uerfaren forsker, og en kan la seg spørre om det burde blitt valgt deltakere som har drevet med vedlikeholdsfasen i en enda lenger periode, for at livsstilen skal ha satt seg ordentlig. Det kan påvirke resultatet at de ikke er ferdige med oppfølgingsprosessen. På en annen side er dette informanter jeg selv jobbet med i min praksisperiode for ett år siden, og ser en sammenheng mellom utviklingen deres og deres troverdige svar. Det gir uttrykk for relevans og pålitelighet.

4 Resultater

4.1 Livsstil før deltakelse vs. livsstil etter deltakelse

Informant K1 jobber fulltid og er uten høyere utdanning. Hun forteller at hun har vært overvektig i mange år. Hun forklarer at levevanene hennes før deltakelsen på vektreduksjonsprogrammet var dårlige:

Jeg trente ikke. Jeg jobbet, kom hjem og rett på sofaen med masse håndarbeide ut til langt på natt. Jeg snudde døgnet.... Men jeg synes det var kjempedeilig. Lørdagsgodt hele uka, masse deilig mat uten å tenke på følgende av hva det gjorde med kroppen min.

På grunn av overvekten utviklet hun type 2-diabetes. Hun hørte om at det gikk an å slanke bort sykdommen, og hun hadde mange slankeforsøk som kun resulterte i vektsvingninger. For K1 begynte også tanker om slankeoperasjon å ta overhånd, før hun i siste liten ombestemte seg:

Jeg hadde en såpass enkel tankegang at jeg søkte om slankeoperasjon for å slanke bort diabetesen, og kom inn.... Men jeg skjønnte til slutt at det ikke var en slankeoperasjon det stod på, for mitt problem sitter mellom ørene, ikke magesekken. Så hørte jeg om vektreduksjonsprogrammet med psykologer, ernæringsfysiologer og treningspedagoger, og forstod at det var det jeg trengte.

Hun bekrefter at deltakelsen svarte til forventningene, der hun forteller at livsstilen har forandret seg betraktelig. Hun trener i dag fem til syv ganger i uken, og er fornøyd med det. Hun mener hun har fått god hjelp til å forstå hvorfor en bør ha en sunn livsstil. Dette har gjort til at det også har vært lettere å endre på de usunne vanene hun i utgangspunktet trivdes godt med, ettersom hun har nå vet hvor viktig det er for helsen. Hun føler vektreduksjonsprogrammet har motivert og inspirert henne til å ta med seg flere aktiviteter og kostholdsvaner videre i ettertid. Hun nevner løping som en aktivitet hun fortsatt holder på med, ettersom hun lærte seg riktig løpeteknikk og forstod at det er en treningsform som gir gode resultater. Hun forteller at det har vært viktig å lære seg justering av treningsprogram parallelt med at kroppen utvikler seg, og hun gir eksempler som det å legge til tyngre vekter, høyere intensitet og større bevegelser for å se fremgang. Hun ser på det som svært betydningsfullt å ha blitt mer bevisst over sunt kosthold også, og planlegger hvert måltid hun skal ha for ikke å risikere overspising.

K2, har fulltidsjobb og høyere utdanning, og forteller at hun begynte på sin første slankediett som 14 åring. Hun forteller at en av hovedårsakene til overvekten var grunnet mangel på

kunnskap om hvilke matvarer som er bra for helsen. Dette førte til at hun valgte de mest lettvinde løsningene når det gjaldt kosthold, der hun ofte tok det nærmeste hun fant i matskapet. Hun legger til: "Jeg har hatt en del uvaner som jeg har tenkt at ikke er så usunne, men som virkelige er det". I tillegg var hun lite fysisk aktiv. Hun bestemte seg for å melde seg på vektreduksjonsprogrammet fordi hun mente det var viktig for helsen hennes. Hun var redd for å utvikle andre sykdommer, og var svært lei av slanking som ikke ga resultater. Hun beskriver at hun var nødt til å få hjelp:

Hvis man bestemmer seg for at man skal begynne å trene hardt tre ganger i uka og endre kosten sin, må man ha stor motivasjon. Jeg har tro på at andre kan klare det uten å delta på vektreduksjonsprogram, men ofte når man har sykkelig overvekt, så koster det ganske mye å ta tak i det selv.

Hun forteller at deltakelsen i vektreduksjonsprogrammet har vært svært viktig for henne, for å kunne tilegne seg kunnskap om hvilke matvarer som er sunne for helsen, slik at hun tar fornuftige valg når hun handler mat. Hun har fått bedre kontroll på kostholdet sitt, og planlegger alt hun skal spise før hun kommer til måltidet. Hun mener det har vært viktig for henne å ta med seg det kunnskapen hun har lært om kosthold, men også om trening. Hun nevner at hun fikk øynene opp for tredemølle og styrketrening i vektreduksjonsprogrammet, og hun trener i dag fem ganger i uken.

K3, har ingen høyere utdanning og har vært sykemeldt i flere år. I likhet med de andre kvinnene, har hun drevet med hyppige slankeforsøk, uten tegn til forventede resultater. Noen dietter forverret situasjonen, ved at hun la på seg enda mer. Hun forteller at hun manglet kunnskap om hvordan en kan leve sunt. Hun kaller seg selv en trøstespiser, fordi hun kan la negative følelser gå ut over matinntaket. Hun meddeler en spesiell situasjon fra tidligere i livet som stadig gjentok seg:

Jeg kunne ofte grine over at jeg var feit. Da henta jeg meg noe å spise, om det var sjokolade eller hva det var, fordi jeg tenkte at jeg var feit allikevel. Så gjemte jeg godteripapiret sammenbretta under rumpa der jeg satt så ingen skulle se at jeg hadde spist den. Også begynte jeg å grine igjen, over at jeg hadde spist den. Det var en never ending story.

Hun ville derfor melde seg på vektreduksjonsprogrammet for å lære seg hva hun har gjort galt med livsstilen sin, og for å forebygge negative tanker. Hun forteller at vektreduksjonsprogrammet var viktig for henne å delta i, fordi det ble lagt vekt på helsen i sin helhet med tanke på både fysisk- og psykisk helse. Hun følte hun trengte å bli bevisst på kosthold, men også på hvordan hun kan kontrollere følelser som dukker opp som kan føre til

trøstespising. Hun forklarer at hun oppnådde dette ved press fra treningspedagoger og drahjelp fra ernæringsfysiolog og psykolog. Hun ønsker å illustrere et viktig poeng som psykologen lærte bort:

Før krasja vi bilen. Vi totalvraka den. Og det som er fint er at vi har lært at vi kan gi den riper i lakken innimellom, men aldri totalvrake den. Sånn var det før, når jeg først har tatt den sjokoladen, da tok jeg peanøttene og alt annet, for da har jeg gitt blaffen allikevel. Men nå tar jeg for eksempel en sjokolade når jeg er lei meg, også ferdig med det. Det er en stor forskjell. Jeg har begrensa meg. Jeg får noen riper i lakken, så henter jeg meg inn igjen.

Siden K3 har trøstespist store deler av livet, kjenner hun seg selv godt nok til å vite at hun vil få et ordentlig tilbakefall hvis hun ikke har enkelte små utskeielser. Hun synes det er viktig å kose seg innimellom, og ble letta da hun hørte det ikke var en streng slankediett de skulle bære ut på. Av aktiviteter er hun svært glad for at hun lærte om intervalltrening i vektreduksjonsprogrammet, fordi hun kaller seg selv utålmodig, og det er derfor fint med en effektiv og kort treningsform. Hun forteller at hun prøver å trene tre ganger i uka. Den største endringen er at hun er mer bevisst på hva hun spiser, og at hun har et regelmessig spisemønster, slik at hige etter søtsaker blir mindre. Hun nevner at hun er stolt over seg selv for enkelte valg hun har tatt etter deltakelsen:

Jeg har meldt meg inn på et treningsstudio, noe som er veldig stort. Helt alene. Jeg har gjort det én gang i hele mitt liv, og det var med ei venninne. Vi stod bare å gjemte oss bak apparater og fnisa fordi vi var flau.... En annen stor forandring, er at jeg skal ta med meg treningstøy på båten når jeg skal på cruise. Det er fremgang, for det hadde aldri vært snakk om noe sånt tidligere.

For å få maksimal hjelp, skulle K3 ønske at de lærte enkelte ting mye før i prosessen enn det hun føler de gjorde. Hun synes at kunnskap om riktig kosthold har vært vanskelig å lære seg, og at hun lærte en del i oppfølgingsfasen som hun hadde dratt langt mer nytte av om hun hadde lært det tidligere:

Jeg har fulgt slavisk det vi har lært. Det med å ha en håndfull med nøtter, mørk sjokolade som er sunn... Så prata jeg og ernæringsfysiologen om kalorier sist oppfølgingstime. Vi telte kalorier, og da ble jeg ordentlig lei meg. For jeg følte jeg spiste sunt, for jeg hadde ikke trodd at sånt skulle telles med.

Den eneste mannlige informant, M1, har høyere utdanning og er sykemeldt fra sin fulltidjobb. For M1 er historien en annen. Han forteller at han hadde en god og aktiv livsstil, men det var før han ble rammet av søvnproblemer for over 10 år tilbake. Han fikk til slutt ikke leve som normalt:

Jeg ante ikke hva som gikk av meg. Legen trodde jo at jeg var stressa og hadde møtt veggen. Men så viste det seg jo at det var noe annet som lå bak. Jeg fikk påvist søvnapné. Det å ikke få tilstrekkelig med oksygen om natta gjør at man blir helt utslått. Så jeg gikk jo rundt som en zombie i flere år uten å skjønne hva det var. Var til og fra jobb sykemeldt og kroppen blåste opp. Jeg orka ingenting, og ble likeglad med hele livet.

Han forteller videre at han hadde et svært inaktivt liv, og terskelen for å gå ut døra ble høyere og høyere. Han visste ikke en gang om han ville høre på kollegaen sin som tipset han om vektreduksjonsprogrammet. Til slutt innså han at han måtte få hjelp til å endre livsstilen for å fremme livsstilen. Etter deltakelsen forteller han at livet hans er veldig annerledes, på en positiv måte. Han forteller at det var nødvendig for han å få den hjelpen han gjorde, og skryter av veiledningen han fikk innen kosthold og trening som har hatt stor betydning for valgene av levevanene han har i dag. Han forteller at han fortsatt spiser det meste han vil, fordi han ikke ønsker et anstrengt forhold til mat. Dette veier han opp med å heller trene mange ganger i uken. Han føler det er treningen og behandlingen for søvnapné som har gjort han til den han er i dag. Han har stabilisert vekten sin, og forteller at han kan gjøre ting han ikke har kunnet gjøre på over 10 år, som blant annet å gå på ski. Han nevner spesielt én viktig forandring:

Det viktigste er at deltakelsen har bidratt til at jeg har kommet opp et visst nivå så jeg orker å gjøre ting på egenhånd. For ett år siden kunne jeg ikke leike med barnebarna mine, fordi jeg hadde hatt problemer bare med å komme opp igjen fra gulvet.

4.1 Helsetilstand før deltakelse vs. helsetilstand etter deltakelse

K1 forteller at overvekten kom av at hun overspiste, på grunn av følelser. Bakgrunnen til overspisingen kom av familieproblemer som har vært vanskelig å takle, men hun forstår ikke hvorfor hun oppsøte mat som trøst. I tillegg til overvekten, hadde hun ryggsmertor, og for femten år siden fikk hun type 2-diabetes. Hun forteller at hun har oppnådd en betraktelig bedre helse etter å ha deltatt på vektreduksjonsprogrammet. Hun sier hun føler seg fantastisk, der hun har fått økt selvbilde, bedre humør og har gått ned 20 kilo siden hun startet i programmet. Videre skryter hun av målinger som viser at hun har bedre kondisjon enn andre på hennes alder, og at blodprøvene er perfekte. Den psykiske helsen har også forbedret seg, der hun utdyper:

Selvbildet mitt er absolutt forandra.... Jeg føler at det som virkelig har fått seg en oppsving, er det som har forandra seg mentalt. I fjor fikk jeg studiekompetanse også, og det har gitt meg en trygghet på at jeg ikke er feit og dum.

Selv om hun føler hun har fått hjelp til å endre livsstil, mener hun at det burde vært enda mer håndtering av psykisk helse i vektreduksjonsprogrammet. Hun skulle ønske det var individuelle samtaler med psykolog, for å fremme den psykiske helsen enda mer.

K2 forteller om at negative følelser kunne påvirke valg av matvarer eller valg om å ikke være fysisk aktiv. Hun var redd for å utvikle andre sykdommer på grunn av overvekten. I dag, etter deltakelsen i vektreduksjonsprogrammet, forteller hun at blant annet blodprøver og kolesterol er bedre. Hun holder også andre sykdommer unna, ved å ha gått ned 20 kilo i vekt. I tillegg til den fysiske helsen, er også den psykiske helsen mye bedre. Hun mener dette er fordi den kognitive terapien har hjulpet henne med å forklare hvorfor en tenker som en gjør, og hvordan tanker og følelser kan påvirke handlingene våre i negativ retning. Hun føler allikevel at det er et stykke før hun vil føle seg helt bra. Hun mener hun ligger på det hun kaller "litt over middels" på helsetilstanden fysisk og psykisk. I likhet med K1, skulle også K2 ønske at det var individuelle samtaler med psykolog for å kunne forebygge negative tanker og følelser enda mer.

K3 forteller at hun alltid har hatt dårlig selvbilde, og har mistroddes med kroppen sin store deler av livet. Hun har i tillegg en nervesykdom i ansiktet. Hun har i dag gått ned 12 kilo til sammen. Hun merker store forandringer både på den fysiske og psykiske helsen, ved at nervesykdommen i ansiktet er forbedret, og selvbildet er bedre. Hun mener den kognitive terapien har hjulpet henne godt, selv om negative tanker fortsatt kan oppstå. I motsetning til tidligere, klarer hun nå å fjerne de negative tankene som kan komme. Hun forteller at hun "svever" mer og er gladere. Hun forklarer at hun alltid har vært blid, men at hun har det bedre med seg selv på en annen måte. K3 mener at det er viktig å være positiv, og hun blir motivert av å føle seg sporty: "Jeg synes det er deilig bare å ha på meg joggeskoa, da føler jeg meg sporty. Og mye av dette ligger jo i psyken. At jeg da går i joggesko gjør at jeg føler at jeg gjør noe med det". Hun utdyper at hun har forbedret den psykiske helsen, ved å klare å unngå trøstespising bedre.

M1 forteller at overvekten steg i takt med søvnproblemene. Han sier han ikke brydde seg om helsen, og om kiloene som økte, fordi søvnnapné gjorde han likegyldig. Han forteller at han hadde lite energi, og orket ingenting. Han mener deltakelsen i vektreduksjonsprogrammet har endret helsetilstanden hans i stor grad, og at han aldri ville klart det uten hjelp. Han har fått overskudd og orker mye mer enn før. Han forteller at han har en helsetilstand han kan leve med livet ut den dag i dag, der han har gått ned 30 kilo. Han utdyper sin trivsel:

Nå lever jeg bortimot som normalt. Jeg kan danse på fest, leke med barnebarna, gå på ski. Før var det sånn at å gå opp mer enn én etasje i et hus, var veldig anstrengende og jeg ble andpusten. Nå er det ikke noe problem. Jeg kan være med på alt.... Det var rett og slett et spark i rumpa jeg trengte.

For å holde livsstilen gående, har han satt seg mål om å ha minst ett fornuftig gjøremål om dagen: "Nå som jeg ikke er i jobb, så får jeg trent mer. Det er ikke alltid jeg greier å gjøre noe fornuftig hver dag, men det er hvert fall lettere å få på seg skia enn å rydde". Han forteller at søvnproblemene er forbedret, men at han fortsatt har et stykke igjen før den vil være ordentlig bra. Siden lidelsene ikke er så ille lenger, forteller han at det har gitt han mer energi ved å sove bedre om nettene. Dette har igjen ført til at han orker ting, og klarer å trene og holde motivasjonen oppe.

4.3 Motivasjon og vedlikehold

K1 synes livsstilen er vanskelig å vedlikeholde, fordi hun alltid har lyst på mer mat enn det som står på planen. Hun mener det krever hard jobbing, men at det hjelper å se på det som en jobb, fordi det blir lettere å gjennomføre det en har planlagt. Det er positiviteten som driver henne til å trene så mye som hun gjør, men hun kan også føle at hun ikke trener nok, selv om hun ofte kan trene opptil syv ganger i uka. Hun har i dag en stabil vekt, og forventer ikke å gå ned i like stor grad lenger som hun har gjort. Hun forstår at det krever mer å gå ned i vekt nå enn før, og retter derfor stort fokus på å opprettholde den livsstilen hun har nå. Hun er tydelig på at hun ikke vil bli skuffet om hun ikke går ned mer i vekt, fordi hun er svært fornøyd med det hun har oppnådd til nå. Hun trekker frem oppfølgingsprosessen som svært betydningsfull og viktig prosess, som har gjort det lettere å klare seg selv senere.

Hun forteller at det er en stor motivasjonsfaktor å se fremgang og vekttap. Videre sier hun: "...og nye klær! Man får jo en ny garderobe etter hvert også, og en ny stil. Det er så gøy og motiverende". Hun har en søster som er en motivator og en med-livsstilsendrer. Hun mener det er til stor støtte å være to om situasjonen, og at det er en drivkraft å ha henne som støtte. Hun forteller at det er følelsen etter en hard treningsøkt som er verdt den harde jobbingen, og hun mener det gir stor glede å mestre treningen. Hun merker fremskritt hver uke, og synes det er viktig å fokusere på resultatene hun oppnår for å klare og fortsette.

K2 forteller at hun opprettholder livsstilen, men at den livsstilen gjør at hun ikke lenger går ned i vekt. Hun mener hun har en stabil vekt nå, men synes det er såpass vanskelig å vedlikeholde, at hun har begynt å tvile på om hun vil klare seg. Hun forteller:

Motivasjonen min var sterkest de første halvåret, det var også da vi hadde treningspedagoger med oss og man gikk fortere ned i vekt. Så må man være selvdreven da, og jeg får ikke til å ha så høy intensitet på treningene alene.... Men jeg må se på det som en jobb. Det har jeg kanskje ikke gjort for, da har jeg tenkt at trening er noe man gjør hvis man har lyst, liksom.

Hun mener det kunne vært positivt for motivasjonen om arbeidsplassen hennes var mer hjelpsom med tilrettelegging for henne. Hun har én fridag i uka for å gå til oppfølging, men hun føler det hadde hjulpet å få mer støtte i prosessen enn det hun har fått. Dette, sammen med at hun føler at hun har stagner både i vekt og trening, har ført til at motivasjonen ikke er så stor lenger og at livsstilen derfor blir enda vanskeligere å gjennomføre. Hun mener at når en aldri har trent, og skal begynne å trene, så kan det være vanskelig å prioritere trening hvis en har fulltidsjobb og annet ansvar.

K3 er enig med de andre om at livsstilen kan være svært vanskelig, spesielt i helgene når hun har lyst på søtsaker. Hun blir også frustrert når hun ser at andre går ned fler kilo enn det hun selv gjør, og forteller at hun er utålmodig når det gjelder vekten. Hun innrømmer at det er lett å dette ut av rutinene, spesielt også fordi de ikke får like mye oppfølging med veiing i vedlikeholdsprosessen som i vektreduksjonsfasen. Hun forteller at det var enkelt å ha kontroll over livsstilen i vektreduksjonsprogrammet, fordi de veide seg ofte hos ernæringsfysiolog, og hun følte derfor at hun måtte være flink med livsstilen fordi hun visste det kom en ny veiing om syv dager igjen. Hun har hele tiden hatt store forventninger til seg selv om å gå ned i vekt, men har nå en stabil vekt. Hun ønsker å bruke tiden fremover på å fokusere på viktigheten av det å opprettholde vekten som hun har kommet ned til. Hun legger til at hun etter hvert skal fortsette å prøve på større vekttap.

Som alle kvinnene, synes også M1 at vedlikeholdsfasen er vanskelig. Han forteller at han allikevel klarer seg bra. Han har nå større fokus på vedlikehold mer enn på vekttap, og han har i dag en stabil vekt. Han mener at det å se fremgang gir større livskvalitet og hans største motivasjon er at han orker mer og mer og at han oppnår resultater som vekttap og bedre søvn av livsstilen.

4.5 Fremtidsplan

K1 sitt største mål er å klare holde seg unna diabetesmedikamenter. Hun ønsker å fortsette med den harde treningen hun driver med, og vil gå ned 10-13 kilo til. For å få til det sier hun at hun skal trene tøffere, løpe lenger og hoppe høyere. Hun skal også passe på å spise smart, hvert fall til hun har nådd en viss alder: "Jeg håper å vente til jeg 85 år kanskje.... Men

kroppen går jo sin egen gang, men det er bra så lenge jeg klarer å holde den ung, myk og sprek". Hun forteller at hun har skjønt etter hvert med livsstilen, at det tar tid å gå ned i vekt etter hvert som kroppsvekten blir mindre. Hun har det hun kaller et "femårsperspektiv", og hun er innstilt på å ha en gradvis forbedring av helsen sin over mange, mange år. Hun forteller at det er mye som skal klaffe for at hun når målet sitt, men at hun ikke skal gi seg før hun har nådd den vekten hun ønsker. Deretter skal hun ha en varig opprettholdelse.

K2 føler hun må ha tro på at hun skal klare å fortsette, men at hun merker selv at det kan bli tungt. Siden hun føler hun har stagnert og ikke er har den store motivasjonen lenger, forteller hun at hun fortsatt kunne tenkt seg hjelp videre for å klare og opprettholde livsstilen. Hun vurderer derfor å melde seg opp til nytt oppfølgingsprogram, slik at hun totalt har fått hjelp i halvannet år. Hun legger til: "Det er klart det høres mye ut, men det er jo ikke det for en livsstilsendring.... Det går jo litt tid før ting sitter som en vane. For ellers så tror jeg det er lett for meg å hoppe over noen treninger". Hun har et mål om å gå ned 10-13 kilo til.

For K3 handler fremtiden om større vekttap. Hun har som mål å komme seg på rundt 80 kilo på vekten, men poengterer at hun underveis skal ha det behagelig: "Jeg vil kose meg, så får jeg heller gå saktere ned.... Det er mellom øra det sitter, og jeg må tenke på å ha viljestyrke, bevissthet og fornuft". Hun forklarer at det har tatt lang tid å komme dit hun er i dag, men at hun skal fortsette slik hun gjør. Hun fastslår at hun aldri skal tilbake til den helsen hun en gang hadde.

Når det gjelder M1 ønsker han å fortsette slik han gjør, og har valgt å fokusere mer på vedlikehold enn vektnedgang. Han tenker på motivasjon og fornuft som to nøkkelord til suksess. Han føler seg innstilt på og ikke havne tilbake til et liv med inaktivitet og underskudd. Han er innstilt på å tenke positivt, og han skal fortsette med morsomme aktiviteter slik at det er gøy å bevege på seg. I tillegg skal han fortsette å være bevisst på matinntaket, men prøve å finne en balanse. Han har en målsetting om å få et liv der han kan gjøre det han vil, og få til det han vil.

5 Diskusjon

5.1 Tilegnelse av helsekunnskap

Forskning viser at det er en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status (SØS), og usunne levevaner og overvekt. Dette forklares ved at personens kapasitet til å ta til seg kunnskap er mindre enn hos en person med høyere SØS, og en kan derfor ha vanskeligheter med å forstå hvordan en skal leve sunt. Ofte har en derfor lettere for å velge lettvinde løsninger, som blant annet slankeprodukter som ofte resulterer i vektsvingninger. En usunn livsstil knyttes også opp mot dårligere helse og sykemeldinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Donovan & Sletteland, 2012). Dette kan sammenlignes med undersøkelsens resultater, der K1 er uten høyere utdanning, K3 er uten høyere utdanning og er sykemeldt og M1 er sykemeldt. Flere av informantene forklarer at de ikke har hatt nok kunnskap om sunne levevaner. Alle de kvinnelige informantene har også flere slankeforsøk bak seg som et resultat av å ikke vite hvordan en ellers kan skape vektreduksjon. Informantene føler undervisning av kosthold og fysisk aktivitet i vektreduksjonsprogrammet har bidratt til at de har skapt en større forståelse rundt sunne matvarer og aktivitetsvaner. K3 uttrykker at hun hadde vanskeligheter med å tilegne seg kunnskap om kosthold i programmet, og viser dette ved at hun misforstod ernæringsfysiologen som mente at mørk sjokolade var bra som en erstatter for annen snaks, ikke som et ellers sunn vare.

Normann et al. (2008) viser at årsaken til overvekt ofte er svært sammensatt, og kan utvikles av mange ulike faktorer som kan svekke helsen fysisk og psykisk. Det skal derfor være fokus på mennesket som helhet i et vektreduksjonsprogram, hvor det legges vekt på læring av kosthold, fysisk aktivitet og kognitiv teori. Når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet er alle informantene i undersøkelsen enige om at det har vært nødvendig å tilegne seg kunnskap og forstå hva de tidligere har gjort galt i levevanene sine, og for å gjøre riktige valg fremover. De forteller at veiledning fra ernæringsfysiolog og treningspedagog har gjort det lettere i hverdagen å vite hvorfor en bør leve sunt og hvordan en kan leve sunt. De viser at de har skapt forståelse for viktigheten av en langvarig livsstilsendring, og hvorfor en ikke bør velge drastiske slankemetoder, slik som de kvinnelige informantene tidligere gjorde. Smedsrød (2012) viser like resultater i sin undersøkelse, der deltakerne hadde fått god innsikt etter deltakelsen i programmet, i hva lette løsninger som dietter gjør med kroppen, hvor viktig det er å ta vare på helsen, og hva en varig livsstil innebærer.

Informantene K1 og M1 forteller om tøffe utfordringer som har møtt dem i livet, som søvnapné og vanskelige familieforhold. Dette har gitt alvorlige konsekvenser som likegyldighet med livet og overspising. Tidligere forskning viser at emosjonelle hendelser eller vanskelige opplevelser i livet kan føre til overvekt fordi en søker trøst i mat eller blir likegyldig med hvordan en lever livet (Birketvedt, 2008). Martinsen (2011) skriver at kognitiv terapi også er en viktig del av en livsstilsendringsprosess, for å lære hvorfor en tenker og føler som en gjør. Det er nødvendig med forståelse og bearbeiding av egne følelser og tanker for å forebygge problemer som kan trigge vektøkning. En må derfor klare å fjerne hindringer som oppstår mentalt, for å kunne gjennomføre endringer. Informantene i denne undersøkelsen erfarte at kognitiv terapi hjalp til å forebygge negative tanker og følelser. Flere av informantene mener de har tatt fornuftige valg i ettertid, som blant annet å unngå trøstespising når slike tanker oppstår. De mener det har påvirket livsstilsendringen positivt ved å ha fremmet den psykiske helsen. Blant annet forteller K3 at negative tanker kan oppstå, men hun klarer å kvitte seg med de igjen kjapt. Alle informantene mener at det har vært en viktig del av vektreduksjonsprogrammet, der alle føler den psykiske helsen er forsterket. Allikevel mener enkelte at det ville vært til større hjelp om de også hadde individuelle samtaler med psykolog. Blant annet nevner K2 at det kunne vært svært hjelpsomt med mer håndtering av psykisk helse. Forskning viser at svekket psykisk helse kan føre til høyere risiko for å få tilbakefall. Dette gjelder spesielt i møte med høyrisikofaktorer, som kan fremme tilbakefall om en ikke har fått den kontroll over den egen psykisk helse. Høyrisikosituasjoner kan oppstå mange steder, og mangler en motivasjon og mestringstro, er det enklere å få et tilbakefall (Birketvedt, 2008; Martinsen, 2011). Dette kan være et tilfelle i forhold til K2 som ikke har fått den hjelpen hun kunne trengt med den psykiske helsen for å bli kvitt negative tanker. For henne kan det derfor være lettere og "sprekke", mens blant annet K3 føler hun kan kontrollere de påtrengende negative tankene, som et resultat av den kognitive terapien (Normann et. al., 2009; Birketvedt, 2008).

5.2 Nye kostholds- og aktivitetsvaner

Informantene viser at de i stor grad har oppnådd en ny livsstil ved hjelp av vektreduksjonsprogrammet. Alle mener de har blitt bevisste på å ta mer fornuftige valg, og har dannet seg sunne levevaner basert på det de har lært fra programmet. De forteller at de har gjort store forandringer innenfor kostholdet sitt, som blant annet å planlegge måltider slik at overspising unngås, regelmessig spisemønster og større bevissthet ved valg av sunnere varer. I Smedsrød (2012) sin undersøkelse vises like resultater. Hun kom frem til at det var mange

som lyktes med å danne seg nye vaner etter deltakelsen i programmet. Deltakerne hadde forstått hvilken mat og hvor mye mat som skal til for å gå ned i vekt og at korte slankedietter var negativt for helsen. Hun trekker frem forståelsen de har gjort seg fra vektreduksjonsprogrammet om viktigheten av en målrettet, konkret kostholdsplan med tanke på å fremme en langsiktig og stabil livsstil.

Når det gjelder aktivitetsvaner, viser undersøkelsen til Smedsrød (2012) at vektreduksjonsprogrammet hadde påvirket deltakerne til å danne seg nye trenings- og aktivitetsvaner. De opprettholds aktivitetsnivå fordi de lærte at langsiktige, regelmessige og konkrete treningsvaner var avgjørende for å oppnå en god og helsefremmende effekt. Flere hadde en oversiktlig plan over treningen for at det skulle være lettere å gjennomføre. Dette viser også undersøkelsens resultater, der vektreduksjonsprogrammet har oppnådd en høyere aktivitetsnivå hos informantene. Trening har blitt en stor del av hverdagen, og de forteller at flere av aktivitetene de driver med i dag er aktiviteter som de oppdaget i programmet som de mestret og trivdes med. De nevner løping, intervalltrening og styrketrening som eksempler. Flere av informantene forteller at de har gått fra å aldri trene, til å trene mange ganger i uken, som spesielt K1 er et eksempel på. Hun trener i dag opptil syv ganger i uken, og påstår at hun føler hun ikke alltid trener nok.

Birketvedt (2008) skriver at vedlikeholdsfasen kan være den tyngste og mest kritiske fasen i en livsstilsendingsprosess. Det kan være fordi en ikke går like fort ned i vekt som en gjør tidligere i prosessen, som kan føre til redusert motivasjon. I tillegg viser det seg at en livsstilsendring ofte er vanskelig å gjennomføre alene. Spesielt K2 forteller at hun har merket at motivasjonen har sunket ettersom hun ikke går ned like fort i vekt lenger, og hun føler hun har stagnert ved at hun ikke merker fremgang i like stor grad. Hun merker også at prosessen er tyngre fordi en ikke har tilgang til veiledning slik de hadde i vektreduksjonsprogrammet. De andre informantene er enige i at veiledningen fra fagpersonene var en viktig motivasjon, og enkelte mener det kan være lettere å falle ut av rutinene når en ikke har noen til å presse seg.

5.3 Oppnåelse av bedre helse

Det er viktig for helsen å legge om livsstilen hvis en lider av overvekt og fedme. Behandling av livsstil, gjennom vektreduksjonsprogram, skal kunne føre til en bedre helse, fysisk og psykisk. En sunn og aktiv livsstil vil gi store fysiske helseeffekter på kroppen, som blant annet vekttap, forebygging av andre sykdommer, kolesterol og overskudd. Det har også størst

helsegevinst når en er utrent og hatt usunne levevaner, til å bli aktiv og sunn (Helsedirektoratet, 2011b). Øverby et al. (2011) forklarer at et vektreduksjonsprogram skal kunne føre til oppnåelse av en bedre helse. Informantene i undersøkelsen har merket at helsen er blitt betraktelig mye bedre. Alle er mest fornøyd med vekttapet som et resultat av livsstilsendringen. Blant annet klarer K1 å holde seg unna type 2-diabetesmedikamenter, og M1 har fått bedret søvnproblemene sine og fått mer overskudd ved å ha skapt et sunt og aktivt liv.

Martinsen (2011) skriver at en sunnere livsstil, og spesielt ved fysisk aktivitet, vil fremme den psykiske helsen. Psykiske lidelser, som blant annet depresjon, kan forebygges ved å tilegne seg et mer aktivt liv. Dårligere psykisk helse forekommer hyppigere hos overvektige personer, fordi en kan føle nedstemthet i forhold til overvekten sin, og en kan derfor ofte søke trøst i mat. Fysisk aktivitet kan øke livskvaliteten og skape bedre selvbilde. Det vil i tillegg motivere til å fortsette fysisk aktivitet, og forebygge tilbakefall (Birketvedt, 2008).

Informantene føler den nye livsstilen har hjulpet i stor grad på den psykiske helsen. K3 forteller at hun får bedre selvbilde, jo mer hun trener og går ned i vekt. Enkelte av de mener de har fått en betraktelig bedre psykisk helse, og viser at de i stor grad har fått kontroll over tanker og følelser slik at de unngår overspising.

Forskning viser at fremgang og resultater har stor innvirkning på det videre arbeidet med livsstilen (Normann et al., 2008). Undersøkelsen gjort på Ebeltoft kursenter, viser at informantene hadde et høyt vekttap i starten av livsstilsendringen, og klarte i stor grad å opprettholde livsstilen etter ett år og fikk bedret både sin fysiske- og psykiske helse. To år etterpå viste det seg at det oppstod både vektøkning og dårligere helse blant personene (Christiansen et al., 2007). Resultatene fra denne undersøkelsen, viser at informantene mener vektreduksjonsprogrammet ga dem stor pågangsmot til å fortsette, i hovedsak fordi de hadde en større vektreduksjon og oppnådd andre merkbare helseeffekter. Alle har i dag en stabil vekt, men det enkelte kan være på vei til å miste opprettholdelsen, slik som nevnt tidligere om K2. Alle informantene har et fremtidig mål, men det kan være tidlig å si om målene vil bli nådd, ettersom de kun er i sin niende måned med oppfølging.

Informantene fremstiller vektreduksjonsprogrammet som en nødvendig prosess for å kunne klare å tilegne seg en sunn livsstil. De mener det måtte til for å lykkes dit de har kommet i dag for oppnåelse av en bedre helsetilstand. Et vektreduksjonsprogram kan bidra til å gjøre en endring hos overvektige personer, men når det gjelder fortsettelsen, er det opp til den enkelte

hvordan prosessen går videre. Motivasjon og mestringstro er en avgjørende faktor for at livsstilsendringen skal opprettholdes, og da er det viktig å skape levevaner som en trives med. Ved å ha ytre motivasjon, har en fortsatt sterk vilje til å oppnå resultater og helsegevinster av sunne levevaner. Å ha oppnådd en indre motivasjon, ved at en har funnet en lystbetont treningsform eller en sunn og god matrett, vil fortsettelsen gå lettere (Birketvedt, 2008; Woolfolk, 2004). Smedsrød (2012) forklarer at deltakerne startet med en ytre motivasjon, men utviklet etter hvert en indre motivasjon. De oppdaget at nye, sunne matvarer smakte godt, og at trening kunne være gøy. Dette var en viktig faktor for å fortsette. I denne undersøkelsen viser også enkelte av informantene at de har fått glede rundt fysisk aktivitet og sunt kosthold. M1 viser viktigheten av å finne seg morsomme aktiviteter for å øke trivsel rundt fysisk aktivitet. Han mener det vil være slitsomt og umotiverende å holde på med aktiviteter hvis en ikke finner det lystbetont.

Som nevnt kan høyrisikosituasjoner føre til tilbakefall, spesielt hvis en har manglende motivasjon og mestringstro. Det viser seg at det er nødvendig med mestringstro, i tillegg til motivasjon for å opprettholde livsstilen. Mestringstro gjør at en kan fokusere på et mål en vil oppnå, og det kan forsterkes hvis en mestrer målet sitt (Barth & Näsholm, 2007). Igjen kan dette knyttes til K2 som har begynt å miste troen på at hun kan klare fortsettelsen alene, fordi hun har opplevd det motsatte av å mestre, der hun har møtt på motgang ved å ha stagnert. De andre informantene forteller at de kan ha tøffe tider innimellom. Blant annet har K1 ofte lyst på annen mat enn det hun har på planen, og K3 har lenge hatt en stabil vekt, til tross for at hun ønsker større vekttap. Allikevel har de tro på at de får til å fortsette, fordi de føler de kan oppnå målene de har satt seg, ved blant annet å være realistiske og motiverte.

6 Konklusjon

Jeg ønsker å starte med og nevne at jeg, som uerfaren forsker, stiller meg i en ydmyk posisjon i forhold til min subjektive oppfatning og tolkning av hovedfunnene som er blitt gjort.

Fellesnevneren for funnene i undersøkelsen, handler om at overvekt er svært sammensatt. Utvikling av overvekt og fedme kan påvirkes av mange faktorer, som kan handle om tanker, følelser og opplevelser som kan kontrollere livsstilen til enkelte. Det kan ha sammenheng med blant annet svekket psykisk helse, lav sosioøkonomisk status eller tøffe opplevelser som har vært vanskelig å takle. Uansett forekomst, er konsekvensen en usunn livsstil. Hvorfor jeg nevner forekomst av overvekt i en undersøkelse om vektreduksjon, er fordi det viser seg at problemene som har ført til overvekt kan dukke opp senere i livet, og ved og ikke bli bevisst på egen psykiske helse, kan tilbakefall lettere oppstå. Det er derfor like viktig å fokusere på mental helse, som fysisk helse ved en livsstilsendring. Overvektige velger ofte løsninger som de tror er en snarvei mot bedre helse og vektreduksjon, men som ofte kan føre til vektsvingninger. Det viser seg at et vektreduksjonsprogram være en start på veien videre mot en varig, stabil og sunn livsstil. Tidligere studier, og denne undersøkelsens resultater, viser at et vektreduksjonsprogram for overvektig kan føre til stor vekt nedgang, og føre til bedre helse fysisk og psykisk. Men det er også påvist at opprettholdelsen i ettertid av vektreduksjonsprogrammet er den mest kritiske fasen av livsstilsendringen, på grunn av økt risiko for tilbakefall. For en vellykket varig livsstil er det derfor påvist at motivasjon er avgjørende.

Dette er et problemområde som er lite forsket på tidligere. Det har blitt gjort varierende funn om hvorvidt en klarer å vedlikeholde livsstilen, men det kan se ut som at en stor andel klarer seg best den første tiden. Det kan trekkes en konklusjon fra den totale forskningen ved dette området, som viser samsvar ved at et vektreduksjonsprogram dermed ikke har en langvarig effekt. Hovedfunnene fra min undersøkelse, viser at vektreduksjonsprogrammet har vært en stor inspirasjon og motivasjon for deltakerne. De har oppnådd en stor forandring i forhold til levevaner, i positiv retning. Deltakelsen har også fremmet helsetilstanden betraktelig, både fysisk og psykisk. Jeg må understreke at disse er i sin niende måned i oppfølgingsfasen, som vil si at de ikke har drevet med livsstilsendring så lenge enda. Det viser seg at en livsstilsendring tar tid, men at motivasjonen raskt dukker opp på grunn av helseeffektene deltakerne merker. Etter hvert som vedlikeholdsfasen har vart en stund, kan også

motivasjonen reduseres, fordi helseeffektene ikke er like effektive lenger. Dette viser seg å stemme hos én av informantene, K2.

Sosioøkonomisk status er et ofte nevnt begrep i denne oppgaven. Jeg ville finne ut om teorien for sammenhengen mellom lav SØS og overvekt, der SØS spiller stor rolle for menneskers levevaner, spilte rolle under prosessen av et vektreduksjonsprogram. Resultatene viser at K2 som har høyest utdanning av alle, er hun som føler hun ligger dårligst an av alle fire informantene i forhold til motivasjon. K3, som både er uten utdanning og sykemeldt, viser at hun hadde vanskeligheter med å fange opp all lærdom om kosthold i programmet, men hun har allikevel holdt motivasjonen oppe, og er positiv til vedlikeholdsfasen fortsatt.

Det vil altså si at et vektreduksjonsprogram kan endre levevaner og helsetilstanden til deltakerne betraktelig på kort tid. Og for en vellykket fortsettelse, er det avgjørende med motivasjon og mestringstro.

En aktuell videreføring av prosjektet, kunne vært å oppsøke disse fire informantene om noen år igjen for å finne ut om de har klart å vedlikeholde livsstilen, og for å finne ut hvordan helsetilstanden deres er. I tillegg hadde det vært interessant å se hvem som eventuelt har klart det, og hvem som ikke har klart det. Blant annet for å se om K2 har klart å få tilbake motivasjonen.

7 Referanseliste

Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale - MI: Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Birketvedt, G. S. (2008). *Vektreduksjon*. Oslo: Tano Aschehoug

Christiansen, T., Bruun, J. M., Madsen, E. L. & Richelsen, B. (2007). Vækttab og væggtabsvedlikeholdelse etter en intensiv livsstilsintervensjon på Ebeltoft Kurcenter blant personer, der lider af fedme – sekundærpublikation. *Ugeskr læger*, 169(33), 2642-2645

Cider, Å., Jonsdottir, I. H., Stener-Victorin, E., Willén, C. & Svantesson, L. (Red.). (2007). *Effekter av fysisk trening: vid olika sjukdomstillstånd*. Malmö: SISU Idrettsböcker

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Donovan, R. M. & Sletteland, N. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge*. (Rapport 2010:2). Lokalisert 03.april 2013 på: <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf>

Helsedirektoratet. (2011a). *Kostholdsrad*. Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/kostholdsrad/Sider/default.aspx>

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

Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I Bahr, R. (Red.). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 8). Oslo: Helsedirektoratet

Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høgskoleforlaget AS

- Johannessen, A., Tufte P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Johansen, A., Nielsen, B. & Nielsen, E. (2003). *Livsstilsendringer for overvektige*. København: Psykiatri Fondens Forlag
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Mehmetoglu, M. (2004). *Kvalitativ metode for merkantile fag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Miller, M. (2006). *Fedme*. Holte: Forlaget Flachs
- Norling, A. L. (2010). *Fysiske, psykiske og sosiologiske barrierer knyttet til fysisk aktivitet blant overvektige* (Masteroppgave). Lokalisert på http://teora.hit.no/dspace/bitstream/2282/1026/1/Master_thesis.pdf
- Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering: Mot en helhetlig og felles forståelse?* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Rössner, S. (2008). Overvekt og fedme. I Bahr, R. (Red.). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 466, 471). Oslo: Helsedirektoratet
- Smedsrød, M. L. (2012). *Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering* (Masteroppgave). Lokalisert på <http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/2012/Mirjam%20Smedsroed%20MPH%20slutversion.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005, juli). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*. (Rundskriv IS-1282/2005). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Tombak, M. (2008). *Lev lenger: Det er opp til deg selv*. Oslo: Vega forlag

Woolfolk, A. (2004). *Pedagogisk psykologi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

World health organization. (2013). *BMI classification*. Lokalisert på
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

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

8 Vedlegg

8.1 Intervjuguide

Personlig bakgrunn

Kan du si litt om:

- hvem du er, interesser
- familieliv, sivilstatus
- utdanning, jobb

Overvektshistorie og bakgrunn for deltakelse av vektreduksjonsprogram

Kan du si litt om hvorfor du meldte deg på vektreduksjonsprogrammet?

Kan du beskrive så godt du klarer hva som kan ha vært årsaken til at du ble overvektig, og hvor gammel du var?

Kan du si litt om du har prøvd å gå ned i vekt tidligere? I tilfelle hvordan?

Vedlikehold i ettertid av vektreduksjonsprogram

Hvordan var det å delta i programmet?

I hvilken grad har det vært enkelt / vanskelig med ny livsstil?

Hvordan ser uken din ut i forhold til trening og annen aktivitet som bidrar til en sunn livsstil?

Påvirkende faktorer (positive og negative) til vedlikehold eller tilbakefall

Hva er dine største motivasjonsfaktorer til å endre livsstil?

Hvordan opplever de rundt deg din situasjon? (får du for eksempel hjelp, og hvor viktig tror du støtte fra andre rundt er?)

Aktivitetsvaner og forskjellen mellom hverdagsvanene før og nå

Kan du beskrive hvordan du opplevde dine levevaner før, fremfor dem du har i dag? Hva er de største hverdagslige forskjellene?

Opplever du å ha fått den hjelpen du trenger, gjennom vektreduksjonsprogrammet, for å ta tak i de underliggende problemene som førte til overvekt? Forklar.

Kan du fortelle litt om hvordan du føler deg og hvordan du opplever din helsetilstand i dag?

- fysisk (sykdommer)
- mentalt (selvbilde og livskvalitet)

Var det noe i vektreduksjonsprogrammet som du har tatt med deg videre? (Kanskje du har funnet en konkret aktivitet du trives godt med, for eksempel?)

Kan du fortelle litt rundt vekten din fra du var ferdig i vektreduksjonsprogrammet til i dag?

Hadde denne livsstilen fungert for deg uten vektreduksjonsprogrammet? Hvorfor / hvorfor ikke?

Hvordan ser du for deg fremtiden, i forhold til livsstil og helse?

8.2 Taushetserklæring



Høgskolen i Hedmark

Avdeling for helse og
idrettsfag

UNDERSØKELSE I BARNEHAGE, GRUNNSKOLE OG VIDEREGÅENDE SKOLE TAUSHETSPLIKT

Med bakgrunn i kapittel 15, §15-1.i ”Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa”, kapittel VI, §20 i ”Lov om barnehager” og bestemmelsene i §13 til og med bokstav e, i «Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker», gjøres dere med dette kjent med kravet om taushetsplikt i forbindelse med opplysninger dere får kjennskap til gjennom prosjektarbeidet i grunnutdanninga.

FORVALTNINGSLOVENS TEKST:	
<p>§13¹ (taushetsplikt)</p> <p>Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:</p> <ol style="list-style-type: none">1. noens personlige forhold, eller2. tekniske innretninger og framgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår. <p>Som personlige forhold regnes ikke fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige.</p>	<p>Kongen² kan ellers gi nærmere forskrifter om hvilke opplysninger som skal regnes som personlige, om hvilke organer som kan gi privatpersoner opplysninger som nevnt i punktet foran og opplysninger om den enkeltes personlige status for øvrig, samt vilkårene for å gi slike opplysninger.</p> <p>Taushetsplikten gjelder også etter at vedkommende har avsluttet tjenesten eller arbeidet.</p> <p>Han kan heller ikke utnytte opplysninger som nevnt i denne paragraf i egen virksomhet eller i tjeneste eller arbeid for andre.</p>
Jeg er kjent med overnevnte bestemmelser.	
_____ NAVN - klasse	

¹ Tilføyet ved lov av 27 mai 1977 nr 40. Endret ved lov av 11 juni 1982 nr 47.

² Justisdepartementet iflg. res. 16 des 1977.