



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling Folkehelsefag

Tahmineh Rahmani

Bacheloroppgave

Motivasjon for endring av livsstilsvaner blant overvektige
mennesker

Motivation for change of lifestyle habits among
overweight people

Bachelor i folkehelse

2013-2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Etter tre år på studie bachelor i folkehelse ved Hedmark høyskolen, avdeling Elverum, har jeg skrevet en bacheloroppgave som er en avslutning på disse tre studie årene. Å jobbe med bacheloroppgaven har vært krevende, men veldig spennende og lærerikt. Å skrive denne oppgaven har vært veldig tidskrevende, men samtidig det har vært veldig interessant. Jeg har lært veldig mye gjennom denne arbeidsprosessen. Jeg vil takke min veileder som har vært stort hjelp under arbeidet med denne bacheloroppgaven. Også vil jeg takke min søster for hjelp og motivering underveis. Jeg kommer fra Afghanistan, jeg flyttet il Norge for 8 år siden. Dermed har det vært en stor utordring for meg å skrive denne oppgaven, både i forhold til skrift språket og ordforrådet mitt, siden norsk ikke er mitt morsmål.

Elverum

02/05/2016

Tahmineh Rahmani

Sammendrag

Forfatter:

Tahmineh Rahmani

Tittel:

Motivasjon for endring av livsstilsvaner blant overvektige mennesker

Problemstilling:

Hvordan kan man stimulere overvektiges motivasjon til endring av livsstilsvaner?

Metode:

I denne oppgaven har jeg brukt en litteraturstudie.

Teori:

Teorien i denne oppgaven handler om overvekt, årsaksfaktorer og negative konsekvenser av å være overvektig. Teorien handler også om å endre på livsstilsvaner, og ser på viktige faktorer som motivasjon, som er en viktig faktor for endring av livsstilsvaner.

Resultater:

Resultatene fra artiklene viser at indre motivasjon og gode evner til selvregulering er viktige faktorer for endring av livsstilsvaner, og at dårlige opplevelser i sosiale sammenhenger og sosial utfrysning kan føre til at overvektige reagerer med å spise mer. Forskjellige variabler kan påvirke overvektige personer til og ikke fullføre et behandlingsprogram eller en livsstilsendring.

Nøkkelord:

overvekt, livsstilsykdom, livsstilsvaner, atferd, motivasjon, empowerment, fysisk aktivitet.

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG.....	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	7
2. PROBLEMOMRÅDE OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	8
2.1 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	8
3. TEORI	9
3.1 HVA ER HELSE?	9
3.1.1 <i>Biopsykososial modell på helse</i>	9
3.2 HVA ER FOLKEHELSE OG FOLKEHELSEARBEID?	9
3.3 OVERVEKT OG FEDME	10
3.3.1 <i>Klassifisering av overvektighet og fedme</i>	10
3.3.2 <i>Forekomst av overvekt</i>	11
3.3.3 <i>Årsaksfaktorer</i>	11
3.3.4 <i>Mulige negative konsekvenser av å være overvektige</i>	12
3.4 ANBEFALINGER OM FYSISK AKTIVITET OG KOSTHOLD.....	12
3.5 BEHANDLINGSMETODER AV OVERVEKT	13
3.6 LIVSSTILSENDERING.....	14
3.6.1 <i>Den indre motivasjon</i>	16
3.6.2 <i>Den ytre motivasjon</i>	16
3.6.3 <i>Motivasjon for å være i fysisk aktivitet</i>	17
3.6.4 <i>Motivirene intervju (MI)</i>	17
3.6.5 <i>Empowerment</i>	18
4. METODE	20
4.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	21

4.2	VALIDITET OG RELABILITET	21
4.3	SØKEPROSESSEN	22
	TABELL 1. OVERSIKTSTABELL FOR MINE UTVALGTE ARTIKLER.....	23
4.4	PRESENTASJON AV ARTIKLER.....	24
	<i>Artikkel 1</i>	24
	<i>Artikkel 2</i>	25
	<i>Artikkel 3</i>	25
	<i>Artikkel 4</i>	26
4.5	BEGRUNNELSE FOR VALG AV ARTIKLER.....	26
4.6	KILDEKRITIKK.....	26
5.	DATA PRESENTASJON OG RESULTATE	29
5.1	ARTIKKEL 1	29
5.2	ARTIKKEL 2	29
5.3	ARTIKKEL 3	30
5.4	ARTIKKEL 4	31
6.	DISKUSJON	33
7.	KONKLUSJON.....	38
8.	LITTERATURLISTE.....	39

1. Innledning

Livsstilssykdommen overvekt og fedme er i dag et alvorlig samfunnsproblem. I følge WHO overvekt og fedme medfører en stor belastning både for den overvektige personen og for samfunnet. Det er vanskelig å si noe akkurat om de økonomiske konsekvensene av å ikke stanse denne livsstilssykdommen. Men noen av de konsekvensene jeg kan nevne er at det vil kreve kostbar medisinsk behandling og trygdeytelser for et økende antall mennesker. Dette utgjør store belastninger på helsevesenet i framtiden (WHO, 2000).

Overvekt har økt i befolkningen i de siste tiårene og livsstilssykdommen kan gi mange andre helsefarlige konsekvenser. En del helseproblemer blir større med økende overvekt. Som et eksempel kan jeg nevne, type-2 diabetes, hjerte- og karsykdommer og kreft. Overvekt kan også medføre psykiske problemer. Som dårlig selvbilde og selvfølelse (Mæhlum, 2011).

Hovedårsaken til økning av antall overvektige er inntak av usunn mat og liten fysisk aktivitet i forhold til den ekstra energien som kroppen får. Andre årsaker kan være at vi nå er i mindre aktivitet og mer stillesittende enn tidligere. Vi bruker mye tid foran datamaskinen og Tv- en i tillegg til at vi spiser for mye og feil mat. Den stillesittende livsstilen øker altså blant både voksne og yngre (Folkehelseinstituttet, 2010). Alle som spiser mer energi enn det som de bruker opp er utsatt for overvekt. Men risikoen hos personer med overvekt i familien er enda større. Det er også vanlig å arve matvaner og vaner av foreldrene våre. Den som vokser opp i en familie som er mindre fysisk aktive og ikke går ut på tur med barna sine, har høyere risiko enn den som vokser opp i en familie som er fysisk aktive (Folkehelseinstituttet, 2010).

For å sikre seg god helse kan man komme i situasjoner der man må gjøre en livsstilsendring. En slik endring er en stor prosess, og denne prosessen krever motivasjon for å gjennomføres. Tidligere forskning har vist at motivasjon er et viktig tiltak for livsstilsendring (Brattenborg

& Engebretsen, 2007). Da det krever endringer i både i aktivitetsvaner og matvaner. Det er sies at framtidige helsearbeidere har muligheten til å påvirke og motivere pasienter med overvekt og fedme til å foreta en livsstilsendring (Mæhlum, 2011). I denne sammenheng ønsker jeg å se nærmere på endringsprosessen, og hvilke faktorer som er viktig og skaper motivasjon til å starte en endring av livsstil og vaner hos personer med overvekt og fedme.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Som en folkehelse student har jeg lært og er opptatt av at hvert individ skal ta sunne valg, slik at de skal ha de beste mulighetene til å kunne unngå livsstilsykdommer. I dag får vi mennesker ikke i oss nok av maten som er bra for oss. Og vi er mindre fysisk aktive enn tidligere. Samfunnet i dag har en befolkning som blir mer og mer fysisk inaktive, og det er blitt bekreftet at antall mennesker som er stillesittende har økt. Dette vil føre til negative konsekvenser både for den fysiske helsen og psykisk helsen. Som framtidig folkehelsearbeider mener jeg at forbyggende og helsefremmende arbeid er veldig viktig for forebygging og behandling av overvekt. I denne oppgaven ønsker jeg å se på betydning av motivasjon og hvordan vil motivasjonen påvirke livsstilsvaner hos personer med overvekt.

2. Problemområde og avgrensning av problemstilling

Grunnen til at jeg har valgt dette tema og problemstillingen er at, jeg ønsker å fokusere på en livsstilsendring for overvektige mennesker ut ifra min interesse rundt dette tema. Jeg ønsker å jobbe med dette senere i livet. Jeg vil se nærmere på hva som har ført til utviklingen av overvekt i befolkningen. Som helsearbeider skal jeg jobbe med forskjellige grupper av mennesker. Målgruppen jeg har valgt, er de overvektige. Med utgangspunkt i dette har jeg valgt denne problemstilling:

«Hvordan kan man stimulere overvektiges motivasjon til endring av livsstilsvaner?»

2.1 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å se på generelt overvektige mennesker og motivasjon til å endre livsstil. Uten å fokusere på en spesiell aldersgruppe. Grunnen til det er at uansett i hvilken aldersgruppe så er det viktig å forebygge og behandle livsstilssykdommen overvekt.

3. Teori

3.1 Hva er helse?

Helseorganisasjon definerer helse som “*en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte*” (sitert i Øverby, Torstveit, & Høigaard, 2011, s.12). I det siste 60 årene har skjedd store endringer i helsen til den norske befolkning. Dagens store helseproblem er livsstilssykdommer (Øverby, et al., 2011).

3.1.1 Biopsykososial modell på helse

I 1977 kom den biopsykososiale modellen, som går ut på et samspill av sosiale, biologiske og psykiske faktorer. Denne modellen handler om hvordan forskjellige faktorer kan påvirke vår helse. På midten av modellen står det enkelte menneske, og er beskrevet med kjønn, alder og biologi. Også kommer kostholdsvaner, aktivitetsvaner og helsevaner, som er individuelle livsstilsfaktorene. Deretter sosiale faktorer spiller inn, også levekår. Til slutt kommer miljømessige, kulturelle og sosioøkonomiske forhold. Alle disse faktorene kan være med på å påvirke helsen til hvert individ (Øverby et al., 2011).

3.2 Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?

Helse er en viktig del av folkehelsen. Folkehelse defineres som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. Folkehelse handler også om befolkningens helsetilstand. Den fysiske, psykiske, økonomiske og sosiale forhold er med på å påvirke helsetilstanden til befolkning. Januar 2012 kom en egen lov om folkehelse. Folkehelse loven

skal bidra til å utvikle et samfunn som fremmer folks helse. Den andre hensikten er at den skal være med på å utjevne helseforskjeller i befolkningen (Store norske leksikon, 2012).

Folkehelsearbeid betyr samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse. Innsats for å beskytte befolkning mot psykiske og fysiske sykdommer, lidelser og skader samt arbeide for at alle skal få lik behandling (Store norske leksikon, 2012).

3.3 Overvekt og fedme

Overvekt er en livsstilssykdom, det vil si en sykdom som henger sammen med feil kosthold og mindre fysisk aktivitet. Livsstilssykdommen rammer flere og flere. Sykdommen øker en rekke andre kroniske sykdommer, som for eksempel diabetes, hjerte- og karsykdommer og kreft (Mæhlum, 2011).

3.3.1 Klassifisering av overvektighet og fedme

For å kunne vurdere helserisiko sammenheng med vekt brukes ofte begrepet kroppsmasseindeks (KMI), som er vekten i kg delt med kvadrat av høyden i meter. Voksne med KMI på 25,0- 29,9 defineres som overvektige. Mens voksne med KMI 18,0- 24,9 regnes som normalvektige. BMI (Body Mass Index) er et verktøy som klassifiserer overvekt. BMI skal brukes bare som et hjelpemiddel, og ikke en fasit. Undersøkelser viser at det er sammenheng mellom sykdom og høy BMI. Og at kroppsvekten er resultat av energibalansen. BMI fra 25-30 klassifiseres som overvekt og BMI på over 30 klassifiseres som fedme. (Mæhlum, 2011).

De fleste overvektige mennesker trives ikke med sin overvekt, og dette vil da kunne føre til at de får psykososiale plager. Slike plager kan for eksempel være dårlig selvtillit eller dårlig

selvfølelse, som kan føre til isolasjon og ensomhet. For hele den vestlige verden har overvekt og fedme blitt en samfunnsøkonomisk utfordring (Sletteland & Donovan, 2012). Som et eksempel kan jeg nevne at Sverige har beregnet samfunnskostnadene på grunn av overvekt og fedme til sirka 13,6 milliarder NOK per år, og man regner med at kostnadene vil bli fordoblet innen 2030 om utviklingen forsetter (referert i Sletteland & Donovan, 2012).

3.3.2 Forekomst av overvekt

Ifølge tall fra Folkehelseinstituttet er ca. 20% av alle norske åtteåringer overvektige, dvs. 17% av guttene og 22% av jentene (Folkehelseinstituttet, 2010). For å kunne vurdere helserisiko i relasjon til vekt brukes ofte av begrepet kroppsmasseindeks (KMI), som er vekten i kg delt med kvadrat av høyden i meter (Mæhlum, 2011). voksne med KMI på 25,0-29,9 defineres som overvektige. Mens voksne med KMI 18,0- 24,9 regnes som normalvektige. BMI (Body Mass Index) er et verktøy som klassifiserer overvekt. BMI skal brukes bare som et hjelpemiddel, og ikke en fasit. Undersøkelser viser at det er sammenheng mellom sykdom og høy BMI. Og at kroppsvekten er resultat av energibalansen. BMI fra 25-30 klassifiseres som overvekt og BMI på over 30 klassifiseres som fedme (referert i Folkehelseinstituttet, 2010).

3.3.3 Årsaksfaktorer

Som nevnt tidligere er overvekt en livsstilssykdom som knytter seg til feil kosthold og mindre fysisk aktivitet (Folkehelseinstitutt, 2010). I dag ser vi et lavere fysisk aktivitetsnivå blant nordmenn enn tidligere. Mye bruk av transport, Tv titting og for mye bruk av PC har medført til mindre aktivitetsnivå i hverdagen (Mæhlum, 2011). kosthold har også endret seg hos befolkningen på flere områder i det senere tid. I dag viser enkelte studier at mange, spesielt unge, hopper over måltid. Å hoppe over måltid er være en av årsakene til overvekt

(referert i Mæhlum, 2011). Det kan være forskjellige årsaker som har ført til overvekt. Som for eksempel: Opp til 30% av Kvinner med overvekt og fedme kan vi se tidligere slankeforsøk og spiseforstyrrelse (Spitzer et al., 1993).

3.3.4 Mulige negative konsekvenser av å være overvektige

Personer som har en kroppsmasseindeks (KMI) på over 35 eller KMI på 40, vil ofte oppleve risikofaktorer for sin helse, og disse personene har en diagnose. I følge WHO rapport i 2011, 2, 8 millioner av alle dødsfall i hele verden er relatert til livsstilssykdommer på bakgrunn og overvekt og fedme (referert i Mæhlum, 2011). Som sagt livsstilssykdommen medfører til en rekke andre sykdommer. For eksempel høyt blodtrykk, blodpropp, hjerte og karsykdommer og diabetes type-2. Personer med overvekt og fedme lider ikke bare av fysisk helse men også mental helse. Psykiske plager påvirker våre tanker, følelser, atferd, måten vi er på og medfører sosial isolasjon. Overvektige mennesker opplever ofte mobbing som kan føre til at de føler skam av over å vise seg ut i samfunnet og dette igjen vil føre til mere inaktivitet. Undersøkelser viser at mange av de sliter med å sosialisere seg, de har negative tanker om seg selv og har depresjon (Mæhlum, 2011).

3.4 Anbefalinger om fysisk aktivitet og kosthold

Livskvaliteten øker ved å ha et sunt kosthold og ved å være i fysisk aktiv. Forskning viser at en kan øke livslengden med opptil 10-15 år. Regelmessig trening vil hjelpe kroppen til å opprettholde energibalansen (Mæhlum,2011). Forskning anbefaler 30 minutter daglig fysisk aktivitet er anbefalt for voksne og eldre og 60 minutter for barn (Helsedirektoratet, 2016). Helsedirektoratets mål med de anbefalingene er å forebygge sykdommer som er knyttet til våre livsstilsvaner, å opprettholde en god helsetilstand blant befolkningen. Det er også veldig

viktig å ha fokus på hva og hvor mye man spiser i forhold til hvor ofte vi er fysisk aktive. Å holde balanse mellom energiinntaket gjennom mat og drikke, og hvor mye vi forbruker gjennom fysisk aktivitet. Bruk minst mulig av snacks, godteri og brus (Helsedirektoratet, 2016).

Helsedirektoratet anbefalingene om kosthold er matvarebaserte kostråd som er rettet mot friske voksne som er normal fysisk aktive. Men disse rådene kan i stor grad også anbefales til barn, ungdom, eldre og individer med økt risiko for sykdom som overvekt (Helsedirektoratet, 2016). Helse direktoratet anbefaler et variert kosthold med mye frukt, grønnsaker, grov kornprodukter og fisk. Det anbefales også å begrense mengder av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, sukker og salt. Et variert kosthold og en sunn hverdagsmat gir oss et godt grunnlag for god helse. Ved å ha et riktig kosthold får vi i oss næringsstoffene vi trenger. Det er også veldig viktig å ha fokus på hva og hvor mye man spiser i forhold til hvor ofte vi er fysisk aktive. Å holde balanse mellom energiinntaket gjennom mat og drikke, og hvor mye vi forbruker gjennom fysisk aktivitet. Bruk minst mulig av snacks, godteri og brus (Helsedirektoratet, 2016).

3.5 Behandlingsmetoder av overvekt

Ved behandling av overvekt og fedme, må vi først sette oss inn i hva som har ført til vektøkningen. En del av personer med overvekt og fedme har slitt eller sliter fortsatt med store psykiske problemer. Da er det viktig at vi prøver å behandle disse psykologiske utfordringene (Mæhlum, 2011).

I følge Mæhlum et al. (2009) skiller man hovedsakelig mellom tre forskjellige behandlingsopplegg. Disse tre behandlingsoppleggene kan tilbys for seg, men også i kombinasjon. Og det er:

- a) Livsstilsbehandling som ofte kalles ikke-kirurgisk behandling
- b) Medikamentell behandling
- c) Kirurgisk behandling

I denne oppgaven fokusere jeg på livsstilsbehandling. Livsstilsbehandling vil si å få pasienten til å legge om livsstilen. Målet er at hvis man kan legge om til en livsstil hvor man har et sunnere kosthold og er mer i fysisk aktivitet, vil vektreduksjon komme som et resultat av det. Livsstilsbehandlingen har to hovedmål og det er: Endre kostholdsvaner og fysisk aktivitet (Øverby et al., 2011).

3.6 Livsstilsendring

Livsstilsendring betyr endring av atferd, det vil si forandringer vi må ta i livet. En livsstilsendring handler om endringer i kosthold og aktivitetsnivå. Livsstilsendring vil også si å endre kostholdsvaner og fysisk aktivitetsnivå (Øverby et al., 2011). Å foreta en livsstilsendring krever stor omstilling av atferd og levevaner i hverdagen til den personen som ønsker å forbedre sin egen helse (Mæhlum, 2011).

Det er en sammenheng mellom folks livsstil og halvparten av den generelle dødeligheten i Norge. Opptil 80% av dødeligheten i Norge skyldes levevaner, som for eksempel usunne kostholdsvaner, røyking og fysisk inaktivitet. Og disse livsstilsvanene kan medføre livsstilssykdommer som, hjerte- og karsykdommer, overvekt og fedme, kreft og luftveissykdommer (Mæland, 2010). Det er mange folkehelsearbeidere som tenker at den viktigste forbyggende oppgaven deres er å få befolkning til å endre sin atferd. Men dette er

allikevel ikke så enkelt, fordi det er en nær sammenheng mellom livstil, sosiale, økonomiske og kulturelle forhold.. Folks helse relaterte atferd både direkte og indirekte kan formes av økonomi og omgivelser. Varetilbud og pris har stor betydning når det kommer til valg av kosthold (Mæland, 2010).

I denne oppgaven ser jeg på utfordringene knyttet til overvekt og fedme og problemer med å endre livsstilsvaner hos personer som bærer denne livsstilssykdommen.

Endringsprosessen innebærer endringer innenfor både kosthold og ernæring. Dette er vanskelig og krevende for mange, og kan være en stor utfordring. Hverdagen kan være fylt med utfordringer hvor man skal presse seg selv til å bryte barrierer som skal byttes i den vanlige hverdagen, hvor man har sine vanlige rutiner og vaner som man har opparbeidet seg (Mæland, 2010). For å kunne endre livsstil er motivasjon nødvendig. Målgruppen som trenger endring i livsstil og levesett kan være avhengig av få profesjonell hjelp for å kunne lykkes. Som en folkehelsearbeider er det viktig å kunne bruke ulike tilnærminger og metoder for å skape motivasjon til endring Motivasjon.

Motivasjon handler om hvordan tanker, følelser og fornuft vil påvirke handlinger vi gjør. For å forstå menneskers atferd er motivasjon veldig sentralt (Imsen, 2014). Motivasjon kan også defineres som faktorer som setter igang, styrer atferd og gir retning (helsedirektoratet, 2016). Motivasjon er en nødvendig faktor hos personer med diagnose overvekt, for at de skal kunne foreta en livsstilsendring. Vanligvis skilles motivasjon inn i to hovedgrupper, indre motivasjon som styres innenfra og ytre motivasjon som styres utenfra individet.

Indre motivasjon vil si, når vi gjør noe som er selvbestemt. For eksempel når en overvektig person velger å trene uten at noen har presset han til å ta dette valget (helsedirektoratet, 2016).

3.6.1 Den indre motivasjon

Den indre motivasjonen er det medfødte drivet vi mennesker har til å finne ut og engasjere egen kapasitet og prøve å overvinne optimale utfordringer (Deci & Ryan, 2000).

Indre motivasjon handler også om at en person velger å gjøre noe uten å forvente belønning for det hun/ han har gjort. For eksempel en velger å trene fordi hun eller han har lyst og synes det er sunt og gøy å være fysisk aktiv. Når man har indre motivasjon vil man utføre et arbeid, uten at man har blitt presset til det. Det ser ut som at indre motivasjon har bedre drivkraft enn ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2000).

En del forskninger viser at ytre belønning undergraver indre motivasjon. Disse kritiserer også forskerne som mener at belønning og straff vil ha positiv betydning for motivasjon. Det er også mange forskere som advarer om å bruke straff og belønning i læringsammenhenger. Eksempler på det kan være belønning i form av karakter og poengskalaer, og straff kan være anmerkinger (Sansone & Harackiewicz, 2000).

3.6.2 Den ytre motivasjon

Ytre motivasjon handler om å ha en pliktfølelse ovenfor noen andre. Her er det ytre faktorer som er viktig, ofte er det sammenheng mellom ytre motivasjon og trussel, straff eller belønning. Ytre motivasjon handler også om krefter utenifra som setter i gang en handling. Et eksempel på ytre motivasjon, kan være at når en overvektig person velger å drive fysisk aktivitet for å passe bedre inn i samfunnets normer om hvordan en skal se ut. I mange situasjoner er det vanlig å kombinere indre motivasjon og ytre motivasjon. Drivkraften kan være en forventning om å både oppleve gleden ved å trene og i tillegg har en tilpasse seg samfunnets normer (Renolen, 2008).

Det kverver endring i livsstilsvaner hos mennesker med overvekt og fedme. Og da er motivasjon veldig viktig faktor. Mennesker med overvekt og fedme har ofte mangel på motivasjon, grunnen er tidligere mislykkede forsøk. Men Motivasjon er veldig viktig for de overvektige til å gjennomføre en endringsprosess (Mæhlum, 2011).

3.6.3 Motivasjon for å være i fysisk aktivitet

Selv om at mange av oss mennesker vet at det er viktig å være i fysisk aktivitet, så er det ikke like lett allikevel for alle oss å være i fysisk aktivitet. Hva som påvirker motivasjonen til barn, unge og eldre til å være i fysisk aktivitet er ulike. Barn og unge er mere motivert til å være i fysisk aktivitet enn eldre og voksne. Grunnen er at de har glede til å være i fysisk aktivitet, og ser på det som lek og moro. Mens motivasjon for fysisk aktivitet hos voksne og eldre endrer seg stadig gjennom forskjellige faser av livet (Biddle & Mutrie, 2008).

Motivasjon hos voksne blir større når de tenker på å utfordrere seg, god helse eller en veltrent kropp. Motivasjon hos eldre er å være fysisk aktiv er helsegevinster som de får av å trene, mental helse og glede (Biddle & Mutrie, 2008).

3.6.4 Motivirene intervju (MI)

Motiverende intervju er en samtale som forgår mellom to personer. En kommunikasjonsmetode som tilpasser alle i forhold til å hjelpe et annet menneske til å endre sine vaner. MI samtale er kjent for å bruke til å behandle personer med alkohol avhengighet. Men nå blir metoden brukt i andre sammenhenger også (Ivarsson, 2010).

Grunnen til at jeg har valgt å ta med MI- metoden inn i oppgaven min er at jeg synes denne metoden kan hjelpe overvektige personer til å endre livsstil. Denne metoden passer inn i helse og omsorgstjenesten, der det trenges en livsstilsendring. Resultater viser at det kan være effektivt å bruke metoden for å motivere pasientene til å endre sine vaner (Ivarsson, 2010).

Som en kommende fagperson må jeg finne ut først hvor den overvektige personen er i prosessen, og skal starte derfra. MI- metoden defineres som en samarbeidende, målrettet kommunikasjonsmåte som fokuserer på endringsnakk. Hoved målet er å styrke motivasjonen hos den overvektige personen og utvikle den mot et definert mål. Samtidig hente frem og finne ut personens egen grunner til endring, i et miljø der det er preget av aksept og innlevelse. Samtalen foregår mellom to personer og består av åpne spørsmål, refleksjoner, bekreftelse og oppsummering (Ivarsson, 2010).

3.6.5 Empowerment

Ordet empowerment kan ha forskjellige betydninger, det er avhengig av hvilken sammenheng det brukes i. jeg vil konsentrere meg om å si noe om hva begrepet betyr innenfor helsearbeid. I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) begrepet empowerment er en prosess hvor mennesker oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som deres liv kan bli påvirket av (referert i Askheim & Starrin, 2007). Når det handler om personer med overvekt, vil jeg si at empowerment står veldig sentralt i en vellykket endringsprosess. Begrepet handler om individets mulighet til å ta kontroll over sitt eget liv, tro på seg selv og mulighet for mestring. Å få personer med overvekt til å skjønne at en endring er noe de gjør for seg selv, og ikke noen andre er veldig viktig i en endringsprosess. Å se at en er på rett vei er, når personen går fra å bli motivert av ytre faktorer, til å bli indre motivert.

Brukermedvirkning er et viktig ord innenfor empowerment (Askheim & Starrin, 2007).

Ordet handler om å involvere personen som man arbeider med å planlegge egen livsstilsendring. Når personen er med å planlegge treningen selv, uten at noen sier hva og hvorfor hun/ han eller skal gjøre det, vil hun/han også føle større grad av mestring. Empowerment handler mye om inkludering og dele kunnskap, og at brukeren skal bidra like mye som en helsearbeider gjør i en endringsprosess (Askheim & Starrin, 2007).

4. Metode

Metode handler om hvordan man skal finne og samle inn kunnskap, begrepet kan også defineres som en veiviser for å finne informasjon. Ordet metode kommer fra det greske ordet *methodos* og betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Universitetet i Oslo, 2015). Når en søker resultat, skal en form for Metode brukes, som kan vise hvordan man skal gå frem med arbeidet av undersøkelsen. For å kunne finne svar på et problem, er det en framgangsmåte for å skaffe seg ny kunnskap og få best mulig resultater (Dalland, 2012).

Det er viktig at forskeren skal følge bestemte regler for den metoden man har valgt, for at undersøkelsen skal være godkjent. Forskeren må ha forstått emnet godt, også må reglene følges for at resultatene skal stemme med virkeligheten. Kunnskapene skal velges på en systematisk måte, og disse kunnskapene må være kontrollerbare (Dalland, 2012).

Det finnes to hovedtyper av metode, og de kalles kvantitativ metode og kvalitativ metode. Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i (Dalland, 2012).

Kvantitativ metode er en undersøkelse som analyserer et stort antall enheter, som for eksempel personer, bedrifter eller land. Fordelen med de kvantitative metodene er at den gir data i form av målbare enheter. For å finne ut hvor stor prosent av befolkning som lever på sosialhjelp, kan vi bruke kvantitative metoden. Kvantitativ metode skiller seg fra kvalitativ metode. Kvalitativ handler om å undersøke en eller få observasjoner i dybden. Data som samles inn i kvalitativ metode er beskrevet i form av tekst. Metoden er opptatt av å fange opp mening og opplevelse (Dalland, 2012).

4.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en metode som tar utgangspunkt i andres studier og forskning (Dalland, 2012). Oppgaven min er en litteraturstudie, det vil si at jeg søker etter forskningsartikler i ulike databaser for å finne data rundt problemstillingen min som jeg har valgt.

I min oppgave skal jeg samle inn tidligere gjennomførte forskning. Det finnes allerede god forskning, studier og faglitteratur rundt emnet.

Grunnen til at jeg har gjennomført en litteraturstudie som metode i denne oppgaven er at det er et krav fra Hedmark høyskole.

4.2 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er to viktige begreper når man skal bruke forskning for å svare på en problemstilling. Jeg må ta hensyn til begrepene, fordi disse begrepene handler om troverdigheten i en undersøkelse. Dette vil si at kravene til validitet og reliabilitet må fylles opp. Validitet innebærer om relevans og gyldigheten overfor en problemstilling. Reliabilitet handler derimot om påliteligheten i en undersøkelse. Det vil si at hvor presis er dataene som er hentet inn (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Alle fire artiklene som jeg har brukt i metode delen i min oppgave vurderes som valide. I forhold til reliabilitet har alle artiklene brukt metode som utprøve av andre forskere. Det gis også referanser i disse kildene. Alle studiene vurderes som reliable. Dermed vil de fire artiklene kunne gi god kunnskap i forhold til problemstillingen i denne oppgaven.

4.3 Søkeprosessen

Jeg har søkt på forskjellige databaser for å finne relevante fag og forskningsartikler for min oppgave. Jeg har valgt artikler som skal handle om både motivasjon, og endring av livsstilvaner hos overvektige ungdommer. I bibliotekets databaser og deres nettside finnes og anbefales ulike metoder for å samle inn data.

For min problemstilling det er mange svært gode kilder og essensielle som kan benytte seg av publikasjoner. Jeg ønsker å skrive om motivasjon i forhold til en suksess endring for overvektige ungdommer og voksne.

Jeg har brukt av både primær og sekundærkilder. Primærkilde er de originale artikler som finnes i databaser, det vil si de har blitt skrevet første gang, og sekundærkilder er en kilde som ble skrevet av en annen kilde, som for eksempel pensumlitteratur (Dalland, 2012).

Som sekundærkilde har jeg brukt av følgende pensumbøker: Folkehelsearbeider, Forebyggende helsearbeider, Empowerment- I teori og praksis og Metode og Oppgaveskriving. Jeg har også brukt helsedirektoratet for å finne anbefalinger om fysisk aktivitet og kosthold og Folkehelseinstituttet.

For å kunne besvare best mulig min problemstilling brukte jeg bibliotekets på høgskolen og deres egne hjemmesider i tillegg til brukte jeg følgende søkemotorer blant annet Google Scholar, Svemed+ og Oria. Jeg har benyttet følgende søke ord, for å samle inn data for problemstillingen min; *lifestylechange*, *overweight*, *motivation*, jeg fikk svært mange treff på søkeord under min søking. Dermed bestemte jeg å avgrense søkeordene mine for og flere relevante forskningsartikler i forhold til min problemstilling. I denne søkeprosessen prøvde jeg å avgrense min data innsamling basert på den nye forskningen fra 2008 til 2016, for å unngå å få gamle artikler. For at jeg kunne forsikre meg relabiliteten av de artiklene som jeg

benyttet av i oppgaven min, gjennomgikk jeg en grundig sjekk av referanselistene, og dette medførte at jeg fikk et innblikk på at det var et høyt reliabiliteten. For å spare tid og effektivisere arbeidet mitt lagt i grunn, leste jeg overskriftene på alle de artiklene som jeg fant under søke prosessen, dermed valgte jeg de artiklene som var mest relevante i forhold til problemstillingen. Også leste jeg sammendragene for å finne om de artiklene som jeg har valgt kan oppfylle kraver til oppgaven min. Under søkeprosessen fant flere artikler som jeg tenkte først å ha med i oppgaven, men fant ut etterhvert at de ikke er så relevante allikevel, og de ble ekskludert.

Tabell 1. Oversiktstabell for mine utvalgte artikler

Database	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Artikler som ble inkludert
Oria	Motivation, lifestylechange, overweight	Fagfelleverdert tidsskrift Fra 2010 til 2016	95	Artikkel 1 og 2
Oria	Overweight, motivation, food intake	Fagfelleverdert tidsskrift Fra 2008 til 2016	112	Artikkel 3
Oria	How to motivate	Fagfelleverdert tidsskrift.	28	Artikkel 4

	overweight to lifestyle change	Fra 2008 til 2016		
--	-----------------------------------	----------------------	--	--

4.4 Presentasjon av artikler

Her skal jeg presentere kort de fire artiklene som jeg har brukt i metode delen i oppgaven min. Jeg har funnet alle disse artiklene gjennom Oria som er en søkemotor bestående av flere databaser.

Artikkel 1

Geert M Rutten, Jessie JM Meis, Marike RC Hendriks, Femke JM Hamers, Cindy Veenhof and Stef PJ Kremers (2014). *“The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study”*.

Denne artikkelen handler om motivasjon til å øke fysisk aktivitet og et sunnere kosthold.

Studiet ble gjennomført ved hjelp av spørreundersøkelser. Det ble tatt ut 29 av 150

lokasjoner/steder, de som ble valgt var fordelt geografisk over hele Nederland. De brukte en spørreundersøkelse for å samle inn data (ved starttidspunkt og etter 4 måneder)

Spørreundersøkelsene inneholdt emner om: Alder og kjønn, utdanningsnivå, Høyde og vekt (BMI), kvalitet på motivasjonen til fysisk aktivitet, kvalitet av motivasjonen for sundere kosthold og livsstilsrådgivning.

Artikkel 2

Pedro J Teixeira, Eliana V Carraca, Marta M Marques, Harry Rutter, Jean- Michel Oppert, Ilse De Bourdeaudhije, Jeron Lakerveld & Johannes Burg (2015). "*Successful Behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators*".

Denne studien handler om viktige faktorer for et suksessfullt vekttap. Denne artikkelen er en litteraturgjennomgang av andre studier. Studier som ble inkludert i denne studien er: Studier som ble publisert etter år 2000, overvektige voksne (over 18år), livsstilsendringer som endring i kosthold og fysisk aktivitet og faktorer som f.eks. motivasjon som er relevant for behandling av overvekt.

- 21 av studiene gikk ut på vekttap
- 15 fant sted på et universitet
- 12 fant sted på et treningssenter
- 29 varte lengre enn 6 måneder

Artikkel 3

Sarah- Jeanne Slvy, Julie C. Bowker, Lauren A. Nitecki, Mellissa A. Kluczynski, Lisa J. Germeroth, James N. Roemmich (2010). "*Impact of simulated ostracism on overweight and normal weight youths motivation to eat and food intake*".

Denne studien handler om hvordan overvektiges og normal vektiges motivasjon påvirkes, når de bli inkludert eller holdt utenfor i en lek eller spill. Deltakerne var 59 unge voksne i

alder fra 12 til 14 år. De hadde en telefon intervju med deltakerne for å finne passende deltakere til studien.

Artikkel 4

Amy L. Faus, MPH & Karen L. Leibowitz, MD (2014). ``Predictors of Attrition from a Behavior Change- Based Pediatric Lifestyle Change Programs for Overweight/Obse Youth``.

Denne studien ser på overvektige barn som har blitt et stort nasjonalt helseproblem i USA.

Det ble benyttet et retrospektivt diagram gjennomgang for å identifisere faktorene. Man samler da informasjon om hendelser som har skjedd bakover i tid og avgjør om et mønster av problemer i medisinsk behandling dukker opp.

4.5 Begrunnelse for valg av artikler

Grunnen til at jeg har valgt å inkludere disse fire artiklene i oppgaven min er at, disse artiklene innebærer faktorer som er relevant for min bacheloroppgave. Som for eksempel:

- Motivasjon til å øke fysisk aktivitet
- Motivasjon til å spise riktig
- Et suksessfullt vekttap
- Motivasjon til å endre vaner

4.6 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer de metodene som brukes for å bekrefte om at en kilde er troverdig.

Dette vil si å vurdere og karakterisere de kildene som skal brukes. Her skal jeg skrive om

skriftlige kilder. Det finnes to typer kildekritikk. Den første kaller vi kildesøking eller litteratursøking, som handler om hjelp til å finne ut den litteraturen som kan best mulig måte svare på problemstillingen. Og den andre handler om å forklare den litteraturen man har brukt i oppgaven sin (Dalland & Tygstad, 2012). Kildekritikken betyr også å vurdere den litteraturen som man har brukt. For å finne de mest relevante og kvalitetssikre artiklene valgte jeg å søke på fagfelleverderte tidsskrifter.

De fire valgte studiene har forskjellig design. Det er et prospektiv (Rutten et al., 2014), en oversiktsartikkel (Teixeira et al., 2015), en eksperimentell studie (Salvy et al., 2010) og en tverrsnittstudie (Faus et al., 2014). Disse forskjellige designene har forskjellige styrke og de har forskjellige muligheter for feilkilder.

I forhold til styrke vil den eksperimentelle studien og oversiktsartikkelen ha et relativt sterkt design. Tverrsnittstudien har det svakeste designet, mens kohortstudien ligger i mellom de andre i forhold til styrke (Dalland, 2012). Den eksperimentelle studien vil kunne gi kunnskap om årsak-virkning, mens tverrsnitts-artikkelen bare kan gi kunnskap om assosiasjoner. Det er viktig å ikke trekke for sikre konklusjoner ut fra en tverrsnittstudie, derimot vil mange store tverrsnitts-studier som viser det samme resultatet på forskjellig tid og forskjellig geografisk sted gi kunnskap om en mulig årsak-virkning.

I tverrsnittstudien (Faus et al., 2014) er analysen gjennomført med to steg. I den første analysen er det ikke foretatt noen justering av bakgrunnsvariabler som kjønn og alder. Det er heller ikke tatt hensyn til at analysen omfatter 38 variabler. I det andre steget gjennomførte forfatterne en logistisk regresjon hvor de variablene som var statistisk signifikante i steg 1 ble analysert sammen med flere bakgrunnsvariabler. 3 variabler viste seg til å være statistisk signifikante og de forklarte ca. 70 % av variasjonen. Dette viser hvor viktig det er å foreta multivariate analyser for å komme fram til resultatene.

Kohortstudien (Rutten et al., 2014), er gjennomført på en god og omfattende måte. Studien omfatter 409 personer og 298 (72,9) av disse gjennomførte hele studien. Det er foretatt en drop-out analysen som viste at demografiske variabler eller sted for livsstils rådgivning ikke hadde noen sammenheng med det å ikke gjennomføre behandlingen. Personenes motivasjon før behandlingen hadde heller ikke noen betydning for det å droppe ut. Det ble også anvendt standardiserte spørreskjemaer. Analysen ble også foretatt i forhold til interaksjoner. Flere av disse punktene blir framholdt av Dalland (2012) som viktige for å gjennomføre studier med god kvalitet.

I oversiktsartikkelen (Teixeira et al., 2015) ble det funnet 35 studier som omhandlet livsstilsendring hos mennesker med fedme. livsstilsendringen var vektreduksjon (6 stykker), opprettholdelse av vekt (1 stykker) eller fysisk trening (28). Forfatterne skriver at det var store forskjeller mellom studiene, dette omfattet studiedesign, målemetoder og utvalg. Dette viser at kunnskapen på dette området skal vurderes kritisk.

Oversiktsartikkelen (Teixeira et al., 2015) beskriver at bare 6 studier benyttet seg av objektive målemetoder for fysisk aktivitet. Fra store norsk undersøkelser vet vi at deltagere ofte overrapporterer om sin fysiske aktivitet på spørreskjemaer i forhold til om aktiviteten måles (folkehelseinstituttet, 2015). Det at det er så få av intervensjonene som benytter objektive målinger svekker kvaliteten på studiene.

Den eksperimentelle studien (Salvy et al., 2010) undersøker hypotesen om at overvektige personer som blir utstøtt vil ha mindre evne til selvregulering og ofte vil ha adferd med negativ helseeffekt.

5. Data presentasjon og resultate

5.1 Artikkel 1

Målet i studien til Rutten et al. (2014) var å se på kvaliteten av motivasjonen til å øke fysisk aktivitet og til å få et sunnere kosthold blant deltakerne av The Beweegkuur intervention. I tillegg ser de på hvor stort bidrag livsstilsrådgivning har til potensielle forandringer i motivasjon kvaliteten. Undersøkelsen, som inkluderte kombinerte livsstilstiltak (KLI) hos 409 deltakere (gjennomsnittsalder og BMI på hhv 55 år og 33 kg/m²/) besto av kostholdsrådgivning og fysisk aktivitet, og viste at denne type tiltak kan være en effektiv metode for å redusere overvekt hos mennesker. Videre viste studien at en økt mengde fysisk aktivitet og et sunnere kosthold over lengre tid hadde positive effekter på helsen hos overvektige mennesker. Men å etterleve og beholde den nye livsstilen over lengre tid har vist seg å være vanskelig (Rutten et al., 2014).

Resultatene fra studien kan indikere på at KLIs rådgivning ikke var nok til å øke motivasjonen mot et sunnere kosthold i denne overvektige populasjonen.

5.2 Artikkel 2

Målet med denne oversikt studien til Teixeira et al. (2015) var å identifisere og oppsummere viktige faktorer for et suksessfullt vekttap. Tidligere studier har antydnet at man etter en vektreduksjon ofte opplever en ny vektøkning, og derfor fokuserer denne studien på studier som viser resultater på langsikt, altså på et år eller flere år etter påbegynt behandling.

I følge Teixeira et al. (2015) går livsstilsendringer og behandlinger ut på å endre kostholdet og fysisk aktivitet ved å sette mål for pasienten eller ved å øke motivasjonen, endre deres tro

og forventninger, og ved hjelp av rådgivning. De hevder videre at tidligere studier har vist at effektiviteten av et program/behandling til livsstilsendringer både er effektivt og ikke.

Derimot finnes det få studier som analyserer hvorfor, og hvorfor noen behandlinger er effektive for noen mennesker og ikke for andre. Denne studien bekrefter at motivasjon er en viktig og effektiv faktor ved behandling av overvekt (Teixeira et al. 2015).

I følge Teixeira et al. (2015) var de mest suksessfulle studiene de som klarte å identifisere hvilke prosesser/mekanismer/mediatorer som var gjeldene hos deltakerne, og som derfor fikk dem til å holde på livsstilsendringene over lengre tid.

De fleste studiene viser bare vektkontroll på kortsikt, men viktige mediatorer var bedre selvbilde og selvtillit. Studiene fra litteratursøket kan indikere på at økt motivasjon og et bedre selvbilde er faktorer som er viktige for å fortsette behandlingen med vekttap og fysisk aktivitet.

5.3 Artikkel 3

I følge Salvy et al. (2010) sosial utfrysning/ekskludering er når en gruppe individer eller et menneske blir ekskludert eller holdt utenfor av andre grupper/individer med vilje. Det forekommer ganske ofte, det har blitt påvist at det kan være meget stressfullt for et menneske når det skjer. Studien viser at det kan gi negative utslag på både selvbilde, selvtilliten og humøret til et menneske, resultatet av det kan for eksempel være usunn spising. Overvektige barn og ungdom blir lettere ekskludert fra grupper enn de med normal vekt, og derfor finner trøst i for eksempel overspising (Salvy et al., 2010).

Resultater:

I denne studien opplever både overvektige deltakerne og deltakere med normalvekt simulertutfrysning. Etter at deltakerne ble utsatt for sosial utfrysning måtte de jobbe for en snack eller usunt måltid.

Gjennomsnittets BMI var 1,84 for overvektige og 0,09 på normalvektige deltakere.

Deltakere som ble inkludert i en gruppe på spillet rapporterte at de hadde en større følelse av tilhørighet, bedre selvfølelse og mer meningsfull eksistens i verden enn de deltakerne som ble ekskludert fra gruppen mens de spilte ballspillet.

I følge Salvy et al. (2010) når det gjelder matinntak så viste studien at overvektige hadde det lettere med å spise mer når de ble ekskludert fra gruppen mens normalvektige spiste mer når de ble inkludert av gruppen i spillet. I studien ble deltagerne utsatt for utstøting eller inkludering. Etterpå kunne de velge mellom å spise mat eller å være sammen med et annet menneske. Overvektige som ble utstøtt reagerte med å spise mat mens overvektige som ble inkludert valgte å være sammen med andre.

Studien viser at overvektige som blir ekskludert fra en gruppe responderer mer med mat, enn overvektige som ble inkludert i gruppen på spillet. I motsetning til normalvektige ungdom der studien viser at de spiser mindre når de blir ekskludert fra gruppen mens de spiser mer når de blir inkludert i gruppen (Salvy et al., 2010).

5.4 Artikkel 4

The Healthy Me er en av flere ideelle organisasjoner som tilbyr livstilsforbedrende programmer til barn unge. De rapporterer at 50% dropper ut av programmene og denne artikkelen søker å finne de bakenforliggende årsakene til dette (Faus et al., 2014).

Resultat:

Denne forskningsartikkelen omhandler 82 pasienter, fordelt på to grupper. En statistisk analyse ble framstilt for å analysere og identifisere grunnleggende forskjeller mellom grupper for etnisitet, hvilken type forsikring de hadde, diastolisk blodtrykk og antall besøk som ble registret som ”ikke møtt opp”. En logistisk regresjon ble utført (Faus et al., 2014).

Faus et al. (2014) undersøker effekten av disse fire variablene og hva sannsynligheten var for at disse deltakerne skulle forlate programmet. Denne modellen var statistisk signifikant, dette for å beskrive om noe er et resultat av tilfeldigheter. Av de fire variablene som ble presentert, var tre statistisk signifikante. Disse var latinamerikanere, diastoliske blodtrykket og antall ikke møtt opp.

Latinamerikanske pasienter hadde 6,54 ganger mindre sannsynlighet for at de skulle havne i utmattelsesgruppen enn de pasientene som ikke var latinamerikanske. I takt med at det diastoliske blodtrykket begynte å synke, var det mindre sannsynlighet for at pasientene skulle forlate programmet. Ved å ikke møte opp til en avtale, økte sannsynligheten for å falle ut av programmet med 21,0 ganger. Analyser av sammenlikning av pasienter gjort i frafall gruppen som kun deltok på første avtalen mot pasienter som møtte opp på flere avtaler, ble det ikke avdekket en signifikant indikasjon på tidlig avgang (Faus et al., 2014).

Fra undersøkelsene kom det fram at følgende faktorer vil øke sannsynligheten for at ungdommer dropper ut av behandlingsprogrammet sitt:

- Ikke latinamerikansk etnisitet
- Lavere hvileblodtrykk
- Ikke møte opp til samtaletime

6. Diskusjon

Her skal jeg med utgangspunkt i min problemstilling som handler om å stimulere overvektiges motivasjon til endring av livsstilsvaner. Forskningsartikler som jeg har brukt for å besvare min problemstilling, har kommet til forskjellige resultater i forhold til å endre livsstilsvaner blant overvektige mennesker.

Artiklene har forskjellig design og de ser på forskjellige sider rundt problemstillingen i denne oppgaven. Oversiktsartikkelen (Teixeira et al., 2015) og den longitudinelle kohortundersøkelsen (Rutten et al., 2014) viser begge at høy indre motivasjon, høy egen mestringsevne og god evne til selvregulering er viktige faktorer for å gjennomføre fysisk aktivitet.

Deci & Ryan (2000) hevder at den indre motivasjonen er en veldig viktig faktor i forhold til livsstilsendring og fysisk aktivitet. Den indre motivasjon fører til at en velger å gjøre noe uten å forvente noe belønning for det hun/ han gjør. Indre motivasjonen fører dermed for eksempel til at en velger å trene fordi hun/ han har lyst til det, og synes at det er sunt å være fysisk aktiv. Det antas at indre motivasjon har bedre drivkraft enn ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2000).

I følge disse studiene indre motivasjon er en veldig effektiv og viktig faktor for å kunne endre på livsstilsvaner.

I følge Teixeira et al. (2015) for å behandle overvekt og endring av livsstilsvaner, skal en klare å endre på kostholdet og fysisk aktivitet. Jeg har funnet det samme resultatet i teorien i denne oppgaven. I følge Øverby et al. (2011), for at overvektige mennesker skal lykkes med å få et sunnere livsstil og bedre helse, er de nødt til å endre kostholdsvaner og aktivitets nivå.

I studien Teixeira et al. (2015) ser vi også at ved hjelp av rådgiving kan man endre deres tro, forventningene og øke motivasjonen. Jeg mener at rådgiving er en effektiv måte å hjelpe pasientene med, men kanskje med motiverende intervju (MI) som metode kunne man fått et bedre resultat. Både ved hjelp av rådgiving og MI samtale kan vi prøve å stimulere pasientens motivasjon for å endre på atferden.

Ved å bruke av motiverende intervju kan vi få pasienten til å tenke og vurdere positive og negative sider ved atferden, som kan for eksempel være overspising, inaktivitet og å spise mye av usunn mat. MI er en kommunikasjonsmåte som fokuserer på endringsnakk (Ivarsson, 2010). Gjennom denne samtalen skal man kunne å få pasienter til å tenke på endring av vaner som kan ha negative konsekvenser. I følge Askheim & Astarrin (2007) empowerment er også et viktig begrep for å kunne fullføre en endringsprosess/

behandlingsprogram. Her kan deltagerne ta kontroll over sitt eget liv og tro på at de klarer å endre på de livsstilsvanene som de er nødt til å endre på (I følge Askheim & Astarrin, 2007)

Rutten et al. (2014) sier at kostholdsrådgiving og fysisk aktivitet kan være effektive metoder for vektreduksjon hos overvektige mennesker, men at det er vanskelig for deltakere og fortsette med den nye livsstilen over lengre tid. Denne studien sier at kombinerte livsstilstiltak var ikke nok til å øke motivasjon til endring av vaner. På en annen side sier Teixeira et al. (2015) at noen suksessfulle studier klarte å finne ut hvilke prosesser/ mediatorer som var gjeldende hos deltakerne, og som førte til at deltagerne holdte på livsstilsendringene over lengere tid. Teixeira et al. (2015) bekrefter også at bedre selvbilde, selvtillit og økt motivasjon er viktige faktorer som spiller en stor rolle for å fortsette behandlingen med å gå ned i vekt og være i fysisk aktivitet.

Matlysten til mennesker blir stimulert av forskjellige årsaker og faktorer og hos mennesker med overvekt kan de årsakene bidra til større matlyst.

I resultatet i studien (Salvy, 2010) så ser vi at overvektige ungdommer mer stimulerte til å spise mer når de blir utstøtt fra en gruppe mennesker. mens de spiser mindre når de får være med og føler seg inkludert. Det kan tyde på at en av grunnene til at overvektige mennesker blir stimulert til å spise mer er når de har en dårlig opplevelse i sosiale sammenhenger som gir dem negative følelser, der maten blir som en trøst for dem som gir dem positive følelser. Dette viser også at overvektige som føler seg mer sosialt isolert har den dårlige selvfølelse og selvtilliten, som også kan påvirke den psykiske helsen (Salvy, 2010).

I teori kapitlet bekrefter Mæhlum (2010) at overvektige mennesker ikke bare lider av overvekt men det er også et samspill mellom fysisk helse og psykiske plager. Der de både sliter med sitt fysiske utseende som igjen kan føre til at de får et dårlig selvbilde, selvfølelse og selvtillit. Studien kan være et eksempel på hvordan overvektige reagerer når de blir isolert fra samfunnet, og hvordan dette igjen vil påvirke deres motivasjon.

Det kan tyde på at det er en sammenheng mellom å bli akseptert i samfunnet og å holde kontroll over matinntaket.

Sammenlignet med normale vektige som blir mer stimulert til å spise når de opplever noe positivt, mens de mister matlysten når de opplever noe negativt og får negative følelser, som for eksempel når de blir inkludert i sosiale sammenhenger. Som igjen kan tyde på at det også er noen individuelle faktorer som avgjør hvordan mennesker håndterer dårlige opplevelser, og at alle mennesker har forskjellige måter å takle forskjellige situasjoner i livet sitt. Det sier noe om at matlysten både kan bli dårligere og bli stimulert av negative opplevelser og følelser.

Overvekt og fedme vil dermed være en risiko for sosial isolasjon og vanskeliggjøre å gå ned i vekt. En mulighet svakhet er at det var relativt få individer, 59 ungdommer, som ble undersøkt.

Tverrsnittsartikkelen til Faus et al. (2014) som fokuserte på ikke spansk-etniske grupper, trekker fram at overvektige ungdommer med lavt hvileblodtrykk og/eller de som ikke møtte opp eller droppet ut hadde større risiko for å ikke gjennomføre et helseprogram. Forfatterne tolket variabelen «lavt diastolisk blodtrykk som at deltageren ikke hadde noen opplevde fysiske plager.

Denne studien sier om variabler som kan påvirke at overvektige mennesker dropper ut av behandlingsprogram, vi ser at variabler som økende diastolisk blodtrykk minsker sannsynligheten for at deltagerne dropper ut av behandlingen. Studien ser også på variablene som å oppmøte på veiledningstimene kan også være en viktig faktor for deltagerne til å fullføre behandlingen. Selve studien ser ikke på motivasjonen til overvektige til å fullføre behandlingen, men det kan gi en peke pinne på at faktorer som helserisiko og veiledningstimene kan være viktige faktorer som motiverer overvektige mennesker til å fullføre behandlingen. Ut ifra teorien jeg har i denne oppgaven mener jeg at motivasjon er svært viktig for å kunne fullføre en livsstilsendring/behandlingsprogram.

Imsen (2014). hevder at motivasjon er en viktig faktor for personer med livsstilssykdom, for å foreta en livsstilsendring. Faus et al. (2014) med så mange som dropper ut kan tyde på at behandlingen har forbedringspotensial og at man burde se på at hva kan man gjøre bedre. Jeg synes at IM- metode hadde vært en effektiv metode for å påvirke motivasjonen til deltagere som deltok i ``The Healthy Me`` med å fullføre behandlingsprogrammet. Denne metoden vil hjelpe deltagerne for å bli mer motivert til å endre livsstilvaner (Ivarsson, 2010), og kanskje dermed øke antallet deltakere som fullfører behandlingen.

Som en folkehelsearbeider ville jeg valgt å jobbe med brukerne til å ikke bare fullføre behandlingen men til å fortsette med livsstilsendringene på lengre sikt. Siden det er så mange som klarer å fullføre behandlingen men vender tilbake til gamle vaner og får en ny

vektøkning. Derfor syns jeg at det er viktig å påvirke den indre motivasjon som vil hjelpe overvektige mennesker på langsikt til å vedlikeholde vekten.

I denne oppgaven har jeg valgt å ta med meg disse fire artiklene, det var på grunn av tidsbegrensing og at det var ikke så mange relevante artikler som kunne belyse problemstillingen min. samtidig disse fire artiklene er ikke nok for å dra store konklusjoner på hva som har betydning for motivasjon til å livsstilsendringer hos overvektige mennesker. Studiene har forskjellige mål og ser på forskjellige aspekter med overvektige mennesker og motivasjon til endring av livsstil, dette gjøre det vanskelig å trekke ut data som man kan bruke for å belyse denne problemstillingen. Artiklene tar også for seg overvektige i forskjellige aldersgrupper, for eksempel motivasjon til livsstilsendring hos ungdom kan være forskjellige enn hos voksne. Allikevel kan disse studiene gi oss en pekepinne på hva som kan påvirke motivasjon og hvilke faktorer som er viktige til å stimulere overvektige mennesker til å gå ned i vekt.

7. Konklusjon

Studiene viser at indre motivasjon og gode evner til selvregulering er viktig for endring av vaner i forhold til fysisk aktivitet. I forhold til endring av matvaner og vektreduksjon fant en ikke klare resultater, da deltakerne i utgangspunktet var ytre motivert og at denne ikke ble endret til indre motivasjon.

To av studiene ser på hvordan indre motivasjon kan påvirke overvektige mennesker til å foreta noen livsstilsendringer, som å få et sunnere kosthold og øke fysisk aktivitet. En av studiene tar for seg faktorer som gjør at overvektige dropper ut av behandlingen og ikke fullfører behandlingene. Og den siste studien viser hvordan dårlige opplevelser i sosiale sammenhenger kan påvirke matinntaket til et menneske.

Det med sosiale støtte er veldig viktig for endring av livsstilsvaner. Risikofaktorer for å ikke klare å gjennomføre en livsstilsendring kan være tidlig ``drop-out`` og ``ingen fysiske plager``. Pasienter med disse risikofaktorene må få ekstra stimulering for motivasjon for å klare å endre livsstilen.

Som sagt er det vanskelig å trekke en konklusjon av disse studiene, men de kan indikere på at empowerment og selvregulering er viktige faktorer for å kunne endre på vaner. overvektige blir mer motivert når de føler seg inkludert og får støtte av samfunnet.

8. Litteraturliste

Askheim, O. P. & Starrin, B. (Red.). (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Gyldendal akademisk.

Bahus, M. K. (2012). Folkehelseloven. *Store norske leksikon*. Lokalisert 13. november 2012, på <https://snl.no/folkehelseloven>

Biddle, S. J. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity: Determinants, well-being and interventions* (2. utg.). New York: Routledge.

Brattenborg, S. & Engebretsen, B. (2007). *Innføring i Kroppsøvingsdidaktikk* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

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

Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og Kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (5.utg., s. 63-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Faus, A. L. & Leibowitz, K. L. (2015). Predictors of Attrition from a Behavior Change-Based Pediatric Lifestyle Change Programs for Overweight/Obse Youth. *Clinical Pediatrics*, 54(7), 686-689.

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

Folkehelseinstituttet. (2015). *Fysisk aktivitet: Faktaark med statistikk*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6046&MainContent_6261=6464:0:25,6047:1:0:0:::0:0&List_6212=6218:0:25,6052:1:0:0:::0:0

Helsedirektoratet. (2016). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet. (2016). *Kostråd fra helsedirektoratet: helsedirektoratets kostråd*.

Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/kostrad-fra-helsedirektoratet>

Helsedirektoratet (2016). *Motivasjon og mestring*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/hva-er-motiverende-intervju>

Helsedirektoratet 2012. motivasjon og mesterin: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/hva-er-motiverende-intervju>

Imsen, G. (2014). *Elevers verden: Inføring i pedagogisk psykologi* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ivarsson, B. H. (Red.). (2010). *MI motiverende intervju: praktisk handbook for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia fortbildning.

Johannssen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

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

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Intrinsic Motivation: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25 (1), 54- 67.

<http://dx.doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i Psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rutten, G. M., Meis, J. J., Hendriks, M. R., Hamers, F. J., Veenhof, C. & Kremers S. P. (2014). The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 86 (11).

Salvy, S. J., Bowker, J. C., Nitecki, L. A. & Kluczynski, M. A. (2010). Impact of simulated ostracism on overweight and normal weight youths motivation to eat and food intake. *Elsevier journals*, 56, 39-45

Sansone, C. & Harackiewicz, J. M. (Red.). (2000). *Intrinsic and extrinsic motivation: The search for optimal motivation and performance*. San Diego, CA: Academic press.

Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Spitzer R.L., Yanovski S., Wadden T., Wing R., Marcus, M. D., Stunkard A. et al. (1993). Binge eating disorders: *its further validation in a multisite study*. *Int J Eat Disord*. Mar: 13(2), 137- 53.

Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., Bourdeadhuij, I. D. & Brug, J. (2015). Successful Behavior change in obesity interventions in adults: a

systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 84(13). *DIO*
10.1186/s12916-015-0323-6.

Universitetet i Oslo. (2015). *Bokmålsordboka*. Lokalisert på
http://www.nobordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+metode&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge

WHO. (2000). *Obesity: Preventing and managing a global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. Technical Report Series, No. 840.

Øverby, N. C., Torstveit, M. K. & Høigaard, R. (Red.). (2011). *Folkehelsearbeid* (1. utg.).
Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.