

Avdeling for folkehelsefag

Martine Anseth Enger (kandidatnr. 9) og Ingrid Ulven (kandidatnr. 26)

## Bacheloroppgave

# Hvordan kan overvektige motiveres til fysisk aktivitet gjennom en livsstilsendringsprosess?

How can overweight people be motivated to physical activity  
during a lifestyle change process?

B1FOA Bachelor i folkehelse

2017

Samtykker til tilgjengiggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

---

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>5</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	8
1.2 AVGRENSING AV PROBLEMOMRÅDE .....	9
<b>2. TEORI</b> .....	<b>10</b>
2.1 OVERVEKT .....	10
2.1.1 Forekomst .....	10
2.1.2 Helserisiko .....	11
2.2 FYSISK AKTIVITET .....	11
2.2.1 Effekter av fysisk aktivitet .....	12
2.3 MOTIVASJON .....	13
2.4 SELVBESTEMMELSESTEORI .....	13
2.4.1 Autonomi .....	14
2.4.2 Kompetanse .....	15
2.4.3 Tilhørighet .....	15
2.5 SOSIAL STØTTE .....	16
2.6 MOTIVERENDE INTERVJU .....	17
<b>3. METODE</b> .....	<b>19</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE .....	19
3.2 LITTERATURSØK .....	20
3.3 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	21
3.4 KILDEKRITIKK .....	22
<b>4. RESULTATER</b> .....	<b>25</b>

---

4.1	ARTIKKEL 1 .....	25
4.2	ARTIKKEL 2.....	26
4.3	ARTIKKEL 3.....	27
4.4	ARTIKKEL 4.....	27
4.5	ARTIKKEL 5.....	29
4.6	ARTIKKEL 6.....	30
4.7	ARTIKKEL 7.....	31
4.8	ARTIKKEL 8.....	32
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>34</b>
5.1	PSYKOLOGISKE BEHOVS PÅVIRKNING PÅ MOTIVASJON OG FYSISK AKTIVITET .....	35
5.2	SOSIAL STØTTE OG FYSISK AKTIVITET .....	39
5.3	SOSIAL STØTTES PÅVIRKNING PÅ PSYKOLOGISKE BEHOV OG MOTIVASJON.....	42
5.4	BETYDNINGEN AV MOTIVERENDE INTERVJU.....	44
5.4.1	<i>Helsepersonellens rolle</i> .....	48
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>51</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>53</b>

## Forord

Som avslutning på bachelorstudiet i folkehelse ved Høgskolen i Innlandet er det et krav om en litteraturstudie. Vi ønsket å finne et tema vi ville ha fremtidig nytte av å skrive om. Etter diskusjoner kom vi frem til at motivasjon i forhold til en livsstilsendring ville være et interessant, givende og relevant tema innenfor folkehelsearbeid. Vi har lært om motiverende intervju og sosial støtte, og så nytten av disse knyttet til motivasjon. Derfor ble det naturlig å vinkle oppgaven inn mot disse temaene.

Siden januar har vi arbeidet jevnt med oppgaven. Det har vært både opp- og nedturer, men alt i alt er vi fornøyde med resultatet. Vi valgte å skrive sammen fordi vi har samme interesser rundt tema, for å kunne motivere hverandre underveis, hjelpe hverandre ut av vanskelige perioder og holde arbeidsmoralen oppe. Dette har fungert godt.

Vi vil takke veilederen vår Ragna Haagensen Gillebo for god oppfølging og nyttige råd gjennom prosessen. Hun har vært tilgjengelig for spørsmål og fleksibel i forhold til veiledninger. Samtidig vil vi takke familie og venner for støtte og motivasjon under arbeidet, samt Mari Syversen Enger og Anders Gjerde Moen for gjennomlesning av oppgaven. Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid.

## Sammendrag

### Forfatter:

Martine Anseth Enger og Ingrid Ulven

### Tittel:

Hvordan kan overvektige motiveres til fysisk aktivitet gjennom en livsstilsendingsprosess?

### Problemstilling:

*«Hvordan kan sosial støtte og motiverende intervju påvirke psykologiske behov og motivasjon ved livsstilsendring i fysisk aktivitet hos overvektige?»*

### Metode:

I oppgaven har vi gjennomført en litteraturstudie der vi har benyttet oss av tidligere forskning som kan relateres til valgt problemområde, for å kunne diskutere oss frem til svar på problemstillingen.

### Resultater:

Indre motivasjon tyder på å være viktig for å lykkes med en livsstilsendring. Tilfredsstillelse av psykologiske behov kan være med på å påvirke autonom og indre motivasjon positivt. Sosial støtte påvirker de psykologiske behovene, og kan bidra til økt motivasjon og en intensjon om å være fysisk aktiv. Motiverende intervju styrker indre motivasjon og knyttes til selvbestemmelsesteorien ved at de psykologiske behovene kan bli tilfredsstilt. Relasjonen mellom helsepersonell og overvektige kan være avgjørende for utfallet.

---

## 1. Innledning

I løpet av de siste tiårene har gjennomsnittsvekten blant voksne kvinner og menn økt betraktelig, noe som har ført til at overvekt og fedme har blitt en mer vanlig livsstilssykdom. I tillegg kan overvekt føre til en rekke andre sykdommer (Mæland, 2010). Ross og Janssen (2012, s. 198, egen oversettelse) definerer fedme som «en tilstand av overdreven fettakkumulering som kan være helsefarlig», og Kohl og Murray (2012, s. 96, egen oversettelse) definerer overvekt som «en som bærer mer kroppsfett enn det som er sunt eller som øker sykdomsrisikoen». I dagens samfunn er man i større grad mer stillesittende og aktivitetsnivået er betydelig lavere nå enn da for eksempel våre foreldre var unge (Mæland, 2010). Inaktivitet øker faren for overvekt og fedme, men ved regelmessig fysisk aktivitet vil risikoen reduseres (Meyer, Torgersen & Vollrath, 2015). Å stimulere til og hjelpe overvektige med å gjennomføre en livsstilsendring kan være et forebyggende tiltak i folkehelsearbeidet. Et mål vil kunne være å øke befolkningens fysiske aktivitetsnivå (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Fysisk aktivitet defineres som «enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk» (Martinsen, 2004, s. 35).

Livsstil beskriver typiske atferdsmønstre i befolkningen. Det er et samlebegrep på ulike levevaner og forteller noe om folks forhold til fysisk aktivitet, matvaner, røyking og bruk av rusmidler (Wold & Samdal, 2009). Helse- og levevaner har stor betydning for befolkningens helse (Mæland, 2010). Det er mange ulike livsstiler i befolkningen og det er varierende oppfatninger av hva som er sunt og hvordan folk ønsker å leve livene sine (Sletteland & Donovan, 2012). Livsstilsendring kan dermed relateres til noe man ønsker å endre på og gjøre bedre ved egne levevaner. Endringsprosessen kan være krevende og kan foregå over tid (Helsedirektoratet, 2016). Individet som skal endre livsstil må ha flere ulike evner som gjør individet i stand til å ta imot og bearbeide informasjon som omhandler helse. Om individet

skal klare å gjennomføre en slik endring vil tilstrekkelig motivasjon og tro på seg selv være betydningsfullt for resultatet (Kristoffersen et al., 2016).

Motivasjon er en forutsetning for å lykkes med endring av livsstil (Sletteland & Donovan, 2012). Motivasjon er «hva som forårsaker aktivitet hos individet, hva som holder denne aktiviteten ved like, hvor mye innsats som settes inn, og hva som gir den retning, mål og mening» (Imsen, 2014, s. 294). Det vil være individuelle forskjeller i hva som motiverer mennesker til å gjennomføre ulike handlinger (Brattenborg & Engebretsen, 2013). En faktor som kan ha effekt på helsen og livskvaliteten er sosial støtte (Dalgard & Sørensen, 2009). Dalgard og Sørensen (2009, s. 98) forteller at «sosial støtte blir vanligvis oppfattet intuitivt som hjelp fra andre mennesker i en vanskelig livssituasjon». Som et hjelpemiddel ved livsstilsendring er samtaleteknikken motiverende intervju med på å fremme motivasjonen (Barth, Børtveit, Prescott, 2013; Helsedirektoratet, 2017b). Denne metoden kan knyttes til selvbestemmelsesteorien da viktige komponenter støtter de tre psykologiske behovene (Hardcastle & Hagger, 2011). Tilfredstillelse av de psykologiske behovene autonomi, tilhørighet og kompetanse kan være med på å motivere til endring og kommer fra teorien om selvbestemmelse. Teorien omhandler individets indre motivasjon og legger vekt på atferden som selvbestemt, hvor menneskets psykologiske behov er sentrale (Renolen, 2008).

## 1.1 Tema og problemstilling

På grunn av at overvekt er et økende problem i dagens samfunn, utvikles det stadig flere tilfeller av livsstilssykdommer. Et forebyggende tiltak vil være å fremme økt fysisk aktivitet og gode levevaner. Som nevnt tidligere er det forskjeller i hva som er med på å motivere til endring. For å finne ut hva som motiverer de enkelte individene, må det sees på individuelle faktorer. Her vil det være aktuelt å se på artikler hvor det er brukt selvrappoterende metoder. Ut ifra dette har vi valgt å se på hvordan motiverende intervju og sosial støtte påvirker de tre



psykologiske behov og motivasjon ved en livsstilsendring, og har dermed utarbeidet denne problemstillingen:

*«Hvordan kan sosial støtte og motiverende intervju påvirke psykologiske behov og motivasjon ved livsstilsendring i fysisk aktivitet hos overvektige?»*

## 1.2 Avgrensning av problemområde

For å avgrense oppgaven fokuseres det på livsstilsendring for overvektige voksne i alderen 18–65 år, som kan ha utviklet livsstilssykdommer, for eksempel diabetes type 2 eller hjerte- og karsykdommer. Betegnelsen overvekt brukes som benevnelse for både overvekt, sykkelig overvekt og fedme i denne oppgaven. Samtidig fokuseres det på endring relatert til fysiske aktivitetsvaner, altså hvordan overvektige kan motiveres til å bli mer fysisk aktive i hverdagen ved hjelp av motiverende intervju og sosial støtte.

## 2. Teori

I denne delen av oppgaven presenteres relevant teori for problemstillingen. Teorien viser konsekvensene av overvekt og betydningen av fysisk aktivitet, og er med på å forsterke hvorfor en livsstilsendring er viktig. Teorien viser til ulike faktorer som kan være med på å påvirke en endring.

### 2.1 Overvekt

Som et resultat av energibalansen, altså inntaket minus forbruket, blir kroppsvekten utviklet. Noen har et høyt energiinntak og ikke alle klarer å ha et like stort energiforbruk, da sistnevnte blir sett på som langt vanskeligere. Den langsiktige energibalansen er utslagsgivende og det handler om å ha gode levevaner ved å velge aktivitet fremfor inaktivitet. I dag blir overvekt sett på som den mest utbredte næringsforstyrrelsen i den vestlige verden (Bahr, 2015).

Hvor mye en person veier kan ofte bli forbundet med overvekt (Mæhlum, 2011). Verdens helseorganisasjon råder å bruke kroppsmasseindeks (KMI) for å beregne befolkningens kroppsvekt, men det tar ikke høyde for muskelmasse og hvor fett er plassert på kroppen (Folkehelseinstituttet, 2015). Det er utarbeidet fastsatte KMI verdier som kan fortelle om befolkningen eller et individ er i risikogruppen for overvekt. Ved en KMI over 25 benevnes man som overvektig (Mæhlum, 2011).

#### 2.1.1 Forekomst

I dag har om lag fem prosent av verdens befolkning en KMI over 30, og omtrent 20 prosent av nordmenn har en tilsvarende KMI (Mæhlum, 2011). Den største økningen av overvekt er blant de yngre, men forekomsten er høyest blant de eldre (Mæhlum, 2011). Mæland (2010) forteller at gjennomsnittsvekten blant middelaldrende har økt betydelig de siste 20-30 årene. Ut i fra WHO's kriterier benevnes nå over halvparten av førtiåringene som overvektige. Blant

---

den samme aldersgruppen har andelen med fedme nesten tredoblet seg fra 1985 (Mæland, 2010).

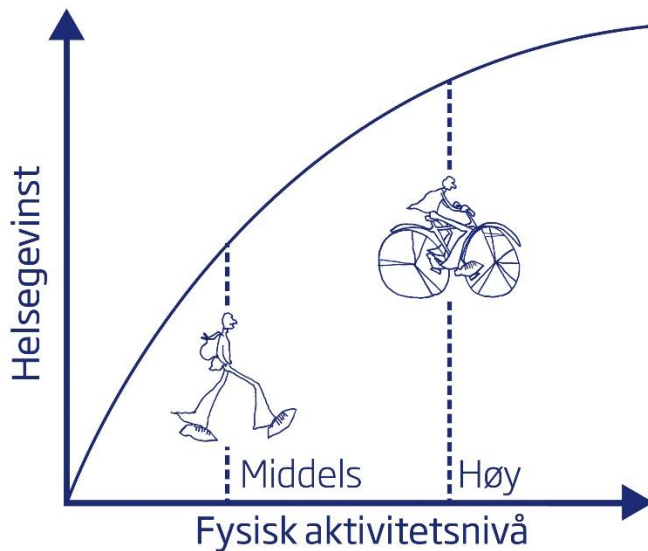
### **2.1.2 Helserisiko**

Det legges ikke skjul på at høy kroppsvekt er med på å forårsake eller forverre mange sykdommer. Overvekt øker risikoen for diabetes type 2, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk og flere kreftformer. Risikoen for muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser, som for eksempel angst og depresjon, øker ved fedme (Mæland, 2010). Økt kroppsvekt kan i verste fall føre til dødsrisiko, men det er først når KMI ligger rundt 30. Det er en større risiko for sykdom og død ved tidlig overvekt, og risikoen blir større ved økende vekt. Mye fett rundt mage og buk forbindes med diabetes, hypertensjon, økte blodlipider og dermed hjerte- og karsykdommer. Kroppsfettets plassering er dermed av betydning (Mæland, 2010).

## **2.2 Fysisk aktivitet**

Utover søvn og hvile omfatter fysisk aktivitet nesten all aktivitet i hverdagen. Det kan være aktivitet med liten eller høy intensitet og med liten eller stor belastning på muskler, skjelett og hjerte-karsystem. All aktivitet hjelper og er av betydning (Helsedirektoratet, 2017a), og menneskekroppen er skapt for å være i aktivitet. Kvinner og menn er i stadig mindre fysisk aktivitet, og dette har ført til at overvekt har blitt et stort helseproblem (Martinsen, 2004). Hele 80 prosent av den voksne befolkningen tilfredsstiller ikke anbefalingene for fysisk aktivitet (Ommundsen, 2011). Det anbefales å være i fysisk aktivitet i minst 30 minutter hver dag, og intensiteten bør være middels, noe som tilsvarer en rask spasertur. Det anbefales å trene muskelstyrke og bevegelighet 2-3 ganger i uka. Ved å øke den daglige mengden vil man oppnå ytterligere helseeffekt. Den totale mengden av fysisk aktivitet, med en kombinasjon av

intensitet, frekvens og varighet, kan knyttes opp mot ulike helsegevinster i et dose-respons-forhold, vist i figur 1 (Bahr, 2015, s. 38-39).



**Figur 1.** Sammenhengen mellom mengde fysisk aktivitet og helsegevinst. Fra Helsedirektoratet, 2014, *Litt aktivitet er bra - mer er bedre*. Hentet fra <https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/litt-aktivitet-er-bra-mer-er-bedre>.

### 2.2.1 Effekter av fysisk aktivitet

Ved å være i regelmessig fysisk aktivitet reduseres risikoen for død ved hjerte- og karsykdom med 50 prosent. Det er med på å redusere risikoen for å få høyt blodtrykk, aldersdiabetes og tykktarmskreft. Fysisk aktivitet er med på å bedre psykisk velvære og fysisk helse, og vil dermed være med på å bedre livskvaliteten (Bahr, 2015). En viktig motivasjonskilde for fysisk aktivitet er at det bidrar til velvære (Mæland, 2010). Overvekt er ofte forbundet med ulike helseplager. Fysisk aktivitet kan være med på å redusere disse helseplagene. Det er påvist at overvektige personer som er i god fysisk form til forskjell fra overvektige personer som ikke er i god form, har lavere sykkelighet og dødelighet (Prescott & Børtveit, 2004).

---

## 2.3 Motivasjon

Imsen (2014, s. 297) skriver at «grunnlaget for all motivasjon er følelser». Begrepet motivasjon brukes ofte om målrettede handlinger (Imsen, 2014). Det omhandler det som gjør at et individ setter i gang med noe, hvordan innsatsen er og hvilken retning motivasjonen har, altså hvilke mål og valg et individ tar. Hva et individ tenker om seg selv og sine evner er betydningsfullt for motivasjonen (Kristoffersen et al., 2016). Følelser, fornuft og motivasjon er de tre grunnleggende dimensjonene i menneskesinnet og påvirker hverandre i et samspill knyttet til motivasjon. Dette kalles sinnets trilogi. «Fornuften regulerer følelsene, og følelsene gir farge til de kognitive oppfatningene. Motivasjonen springer ut av samspillet mellom fornuft og følelser» (Imsen, 2014, s. 296-297). Når mennesket ønsker å oppnå noe eksakt kan det komme av «ytre» natur, mens når mennesket har en interesse, evne eller personlighetsegenskap som grunnlag for en handling kommer det av «indre» natur. Det er derfor delt inn i to former for motivasjon (Imsen, 2014).

Når et individ gjør noe fordi man har lyst, synes det er gøy og fortsetter med det, så har personen en indre motivasjon. Personen er interessert i aktiviteten som utføres (Imsen, 2014). Den indre motivasjonen sees på å ha større kraft enn den ytre motivasjon (Renolen, 2008). Når et individ utfører en oppgave og har forventninger om å bli belønnet, har personen en ytre motivasjon til handlingen (Imsen, 2014).

## 2.4 Selvbestemmelsesteori

Edward L. Deci og Richard Ryan utviklet selvbestemmelsesteorien som omhandler motivasjonen til mennesket, og fokuserer på atferd som selvbestemt (Manger & Wormnes, 2005; Renolen, 2008). Med en indre og medfødt trang til utvikling, ønske om nye utfordringer, erfaringer og perspektiver, utvikler mennesket seg videre og opparbeider seg ny lærdom

(Manger & Wormnes, 2005). De medfødte psykologiske behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet styrer den indre motivasjonen. Det selvbestemmende mennesket utvikles når disse behovene tilfredsstilles (Manger & Wormnes, 2005). Deci og Ryan (2002) beskriver at selvbestemmelsesteorien ser på mennesket som en aktiv, vekstorientert organisme som naturlig søker og engasjerer seg i utfordringer i eget miljø. Vår sterkeste motivator og indre driv er ønske om vekst og personlig utvikling (Manger & Wormnes, 2005).

Om behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet ikke blir tilfredsstilt kan dette forårsake frustrasjon, stress, angst eller sykdom. I lengre perioder der behovene ikke tilfredsstilles kan det virke ødeleggende og nedbrytende for mennesket. Oppfatning av kompetanse eller autonomi er med på å påvirke opplevd selvbestemmelse, og påvirker samtidig den indre motivasjonen. På samme måte vil følelsen av tilhørighet øke den indre motivasjonen (Manger & Wormnes, 2005).

### **2.4.1 Autonomi**

Autonomi er et grunnleggende prinsipp i teorien om selvbestemmelse. Det handler om mennesket som søker etter å være autonom og selvstendig. Mennesket streber naturlig etter å opptre ut i fra sine egne genuine ønsker, i tillegg til å oppleve seg selv som kilden til egne handlinger (Deci & Ryan, 2002). Ved opplevelsen av å være autonom styres man ikke av andre mennesker, men man tar egne beslutninger (Manger & Wormnes, 2005). «Gjennom autonomi oppnår vi større frihet og selvregulering» (Manger & Wormnes, 2005, s. 178-179).

Filosofen Immanuel Kant mener at autonomi er selvlovgivning eller selvtvang, og handler om selvbestemmelse. I helseetikken kan autonomi forstås som «autonomous choice» og betyr selvbestemt handlingsvalg. For at en handling skal benevnes som autonom, legges det vekt på tre kriterier. Det skal være en intensjon, altså mening bak handlingen, det skal handles med forståelse og handlingen skal gjennomføres uten å være styrt av andre (Wifstad, 2013).

Ved autonom selvregulering legges det vekt på autonomi som et sentralt trekk ved reguleringsprosessen der man tilegner seg den aktuelle atferden og integrerer den med en følelse av selvtillit, verdier og mål. Autonom motivasjon kan sammenlignes med indre motivasjon ved at det tar for seg i hvilken grad en handling er støttet og engasjerende med en følelse av valg, vilje og selvbestemmelse (Teixeira, Silva, Mata, Palmeira & Markland, 2012).

### **2.4.2 Kompetanse**

Behovet for kompetanse refererer til det at mennesket har en trang til å oppleve seg selv som effektiv i samspill med både sosiale og fysiske miljøer (Deci & Ryan, 2002). Mennesket ønsker å mestre sine omgivelser, få utfordringer og beherske disse. Dette leder til et ønske om å søke andre utfordringer, som videre kan føre til læring og utvikling. For å ha troen på muligheten for å lykkes med en oppgave er det viktig at utfordringene man står overfor ikke er for store i forhold til kompetansen man innehar, men det er i tillegg viktig at utfordringene ikke er for lette. Når mennesket opplever mestring kommer naturlig følelsen av kompetanse og positivitet relatert til det. Disse følelsene bidrar til et ønske om å jobbe videre og ikke gi opp (Manger & Wormnes, 2005). Manger og Wormnes (2005, s. 177) forteller at «opplevelsen av manglende kompetanse kan føre til redusert mestringsfølelse, lært hjelpeløshet og depresjon».

### **2.4.3 Tilhørighet**

Behovet for tilhørighet omhandler følelsen av å være knyttet til andre, bry seg om andre, bli tatt vare på av andre, og ha en følelse av å være tilknyttet til både andre individer og sitt samfunn (Deci & Ryan, 2002). Behovet for tilhørighet utvikles gjennom påvirkning av personer eller grupper over lengre tid som betyr noe for en. Det å føle tilhørighet skaper trygghet og styrke, og vil derfor være betydningsfullt når man møter nye situasjoner. Tilhørighet påvirker den indre motivasjonen og gir håp om nye løsninger. Om individet skal

oppnå kompetanse, selvtillit, autonomi og selvstendighet, vil behovet for tilhørighet være betydningsfullt (Manger & Wormnes, 2005).

## 2.5 Sosial støtte

Mennesket trenger kjærlighet, fellesskap, trygghet og respekt, og dette dekkes av personer vi omgir oss med som blant annet familie, venner, naboer og kolleger. Disse personene beskrives som et sosialt nettverk (Mæland, 2010). I det sosiale nettverket er det et personlig nettverk som forteller om sosiale relasjoner til en bestemt person (Dalgard & Sørensen, 2009). Støttende relasjoner gir et godt grunnlag for livskompetanse, og gir helsegevinster gjennom gode opplevelser og tilbakemeldinger som virker bekreftende på selvbilde, identitet og mestring, og beskytter mot stress, sorg og smerte (Bø & Schiefloe, 2007).

Sosial støtte dreier seg om et samspill mellom sosiale og individuelle faktorer. Både personligheten og den sosiale konteksten individet er i, vil være med på å påvirke opplevelsen av den sosiale støtten. Opplevelsen av støtte vil være avgjørende for livskvaliteten og helsen (Dalgard & Sørensen, 2009). Sosial støtte kan ha en direkte effekt på helsen, og omhandler at den sosiale støtten vil ha en positiv påvirkning, uavhengig av livsbelastninger eller sosiale forhold. Sosial støtte kan også ha en indirekte effekt som kommer frem ved ulike påkjenninger og være med på å minske den negative effekten. Mestringsevnen styrkes og det vil redusere stressnivået. Mangel på sosial støtte øker sannsynligheten for en usunn livsstil, og kan føre til at færre søker faglig hjelp ved sykdom og man mestrer påkjenninger og utfordrende livssituasjoner på en dårligere måte (Dalgard & Sørensen, 2009). Faglig hjelp fra for eksempel helsepersonell kan hjelpe overvektige med å se nødvendigheten av å gjøre en endring. De kan gi anbefalinger eller bidra med forslag til fremgangsmåter og praktisk hjelp (Prescott & Børtveit, 2004). Deltakelse i tilbud fra helsepersonell som kurs og gruppebaserte tilbud, hos for eksempel en frisklivssentral, i motiverende intervju eller selvhjelpsgrupper, kan være



---

avgjørende for å etablere og styrke sosiale nettverk, samt stimulere til at flere opplever sosial støtte (Helsedirektoratet, 2016).

## 2.6 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en målrettet, empatisk og personsentrert samtalemetode og kan brukes både individuelt og i grupper (Helsedirektoratet, 2016). Barth et al. (2013, s. 13) forteller at «et motiverende intervju er en samtale som skal lede til at et menneske bestemmer seg for, og beveger seg i retning av, et bestemt resultat». Denne metoden brukes i situasjoner hvor individer kan trenge å gjøre en endring, enten i behandling, rådgivning eller støtte for disse, for eksempel i en helsesamtale ved en Frisklivssentral (Helsedirektoratet, 2017b). Motiverende intervju har god effekt ved arbeidet med å endre levevaner (Helsedirektoratet, 2016). Når metoden benyttes samarbeider brukeren og den motiverende intervju-utøveren (MI-utøver) om å nå et felles mål om endring. Skal man kunne få til en endring hos brukeren må både MI-utøveren og brukeren være motivert til det (Barth et al., 2013).

Fokuset i et motiverende intervju er brukerens tanker og følelser relatert til endringen man prøver å gjennomføre. Man ønsker å unngå at årsaken til problemet eller andre ting skal ta for mye «plass» i samtalen. Verdigrunnlaget som ligger i motiverende intervju og kan påvirke til en vellykket samtale om endring, er at MI-utøveren er støttende til brukerens autonomi, ønsker å samarbeide og er ikke-dømmende, aksepterer og respekterer brukeren og viser empati (Barth et al., 2013).

Det er vanlig i en endringsprosess at en person har ambivalente holdninger, som handler om motstridende følelser til å gjøre en endring. Å utforske ambivalens går ut på å se på både de positive og negative sidene ved endringen, og det kan etter hvert fremme endringsprosessen. Ulike former for motstand kan oppstå i en slik samtale, og kan for eksempel være et dårlig

samarbeid mellom brukeren og MI-utøveren som kan påvirke utfallet negativt. Det kan være om MI-utøveren blant annet prøver å overtale eller konfrontere brukeren, eller at brukeren er negativ til å gjøre en endring (Barth et al., 2013).

### 3. Metode

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s. 424) forteller at metode er «å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskapelig metode er hvordan vi går fram for å hente inn informasjon om virkeligheten, og hvordan vi analyserer for å finne ut hva denne informasjonen forteller oss». Ved metodekunnskap kan man lære å lese og forstå ulike forskningsresultater på en kritisk måte (Johannessen et al., 2016). Metode er en fremgangsmåte som hjelper oss med å samle inn data og er et hjelpemiddel til å løse problemer for å komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2012). Det er vanlig å skille mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Innenfor kvalitativ metode brukes det ofte intervjuer, gruppesamtaler og observasjon, hvor data forekommer som skrevne tekster, lyd eller bilde og bearbeides for å få frem meningen i innholdet. Innenfor kvantitativ metode brukes blant annet spørreskjemaer hvor data presenteres ved hjelp av tall, og det kan innhentes større mengder data på kort tid ved bruk av opptelling og statistiske analyser (Johannessen et al., 2016).

#### 3.1 Litteraturstudie

I denne bacheloroppgaven gjennomføres det en litteraturstudie hvor det blir brukt litteratur som allerede er forsket på og publisert. Det er en vurdering av kunnskap om et tema som allerede er kjent (Jesson, Matheson & Lacey, 2011). Denne litteraturen brukes deretter til å svare på og drøfte den aktuelle problemstillingen i oppgaven (Dalland, 2012). Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie, som blant annet vil si å ha et bestemt spørsmål å svare på og å ha en bestemt retning å følge (Jesson et al., 2011).

## 3.2 Litteratursøk

Grunnlaget i denne oppgaven er litteraturen, og er kunnskap som brukes for å besvare den aktuelle problemstillingen. På bakgrunn av dette har vi valgt å vise hvorfor bestemt litteratur er valgt og hvordan vi har kommet frem til disse gjennom en søkeprosess (Dalland, 2012).

Søkeprosessen startet delvis i desember 2016, hovedsakelig for å få et grunnlag til ønsket tema på problemstilling. I begynnelsen hadde vi mange ideer til en problemstilling, men etter å ha fått mer oversikt over litteratur og diskutert interessante temaer kom vi frem til den aktuelle problemstillingen. Søkeprosessen ble ordentlig satt i gang i januar 2017. Fra start ble det søkt i ulike databaser som Norart, Google Scholar, SveMed+ og Oria, men endte opp med å forholde oss til Oria, som er Høgskolen i Innlandets søkemotor, ettersom den ga best søkeresultater.

Denne prosessen har vært utfordrende fordi det var vanskelig å avgrense søkene. Etter prøving og feiling fikk vi mer taket på riktig bruk av databasen og tegnsetting for å kunne avgrense søkene. I starten ble det søkt på både norsk og engelsk, men det ble flere og bedre treff ved bare å bruke engelske søkeord. Det ble blant annet brukt søkeord som; *physical activity*, *motivation*, *self-determination theory*, *lifestyle change*, *overweight* og *social support*. Ved enkelte søk brukte vi anførselstegn, for eksempel ved søk av "social support", "lifestyle change" og "physical activity", som gjør at ordene blir stående ved siden av hverandre i søkeresultatene. Skilleordene AND eller OG ble brukt for å finne artikler som inneholdt flere av søkeordene, for eksempel "lifestyle change" OG motivation. Vi prøvde ulike kombinasjoner av søkeordene.

Søkeprosessen har vært igjennom tre faser. I den første fasen ble artikler valgt ut ved å lese tittel og abstrakt. I den andre fasen leste vi igjennom artiklene og markerte det mest relevante,

og i den siste fasen ble det skrevet et sammendrag av hver artikkel hvor vi tok en felles vurdering på hvilke artikler som var relevante for å svare på problemstillingen.

For å vise hvordan de ulike artiklene ble funnet, har vi laget en oversikt over søkehistorikken, presentert i tabell 1.

**Tabell 1.**

Dato	Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Resultat-artikler
09.01.17	Oria	Motivasjon OG overvekt	Fagfelleverdert 2010-2016	31	1
12.01.17	Oria	"lifestyle change" AND motivation theory	Fagfelleverdert 2010- 2017	25	1
12.01.17	Oria	"social network" AND lifestyle AND "physical activity" AND adults	Fagfelleverdert Artikler 2014-2016 Engelsk	951	1
17.01.17	Oria	"lifestyle behavior change" "sosial support"	Fagfelleverdert 2010-2017	98	1
24.01.17	Oria	"self-determination theory" motivation AND physical activity AND "social support"	Fagfelleverdert 2010-2017	39	1
30.01.17	Oria	"lifestyle change" OG motivation OG obese OG "self-regulation" OG "self-determination theory"	Fagfelleverdert Artikler 2010-2017	58	3

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å avgrense et litteratursøk blir det brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier, som vil gjøre det lettere å finne artikler som kan besvare en problemstilling. Hvilke krav som stilles til artiklene blir gjort rede for i denne delen av oppgaven. Inklusjonskriterier er for eksempel språk, publikasjonsform og tidsrom (Støren, 2013).

I vårt litteratursøk er det et krav om at artiklene skal være fagfellevurderte, som er artikler vurdert av fagkyndige på temaet (Jesson et al., 2011). I tillegg skulle artiklene være tilgjengelig i fulltekst. Vi har valgt å ha med artikler som er publisert innenfor de syv siste årene fordi det gir en relativt ny forskning på temaet. Inkluderte artikler omhandlet selvbestemmelsesteori, livsstilsendring, motivasjon, motiverende intervju, overvekt og sosial støtte. I tillegg fokuseres det på artikler som tar for seg sosial støtte, motivasjon, overvekt og livsstilsendring knyttet til fysisk aktivitet. Artiklene som tar for seg motiverende intervju og selvbestemmelsesteorien, omhandler atferdsendring og kan knyttes til fysisk aktivitet.

Ved et litteratursøk vil det også komme opp artikler som tar for seg uønsket innhold som ikke er relevant for oppgaven. Det vil være nødvendig å ha noen kriterier for ord eller informasjon som ikke skal inngå i søket. Dette kalles eksklusjonskriterier (Støren, 2013). Vi fikk for eksempel ofte treff på forskning på barn og ungdom, og avgrenset derfor søket ved å skrive IKKE/NOT adolescent og children. Artiklene som blant annet ikke tok for seg fysisk aktivitet eller faktorer som påvirker motivasjonen ble ekskludert.

### 3.4 Kildekritikk

Kildekritikk gjennomføres for å vurdere om kilden er sann og om den er til å stole på. Det må vurderes i hvilken grad kildene kan beskrive problemstillingen. En utfordring er at fagstoff og artikler kan være sekundærlitteratur. Dette betyr at teksten kan være bearbeidet, oversatt og fortolket når vi leser den. Derfor er det viktig å vurdere artiklene og fagstoffet kritisk, og informasjonen som benyttes til å svare på problemstillingen må være valid og reliabel (Dalland, 2012). Validitet handler om hvor godt eller hvor relevant dataene som er funnet fremstiller den aktuelle problemstillingen. Reliabilitet handler om hvor pålitelig dataene er, hvilke data som brukes, hvordan de er samlet inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2016).

---

Artiklene ble lest gjennom flere ganger og den engelske lesingen har blitt gjort nøye for å prøve å unngå feil i oversettelsen og forståelsen av innholdet. Ved usikkerhet på ord, ble de oversatt ved hjelp av ordnett.no, og bidrar til å øke validiteten. Selv om vi har jobbet nøye med oversettelsen av artiklene, er det ingen garanti for at det er gjort uten feil og mangler. Reliabiliteten styrkes ettersom artiklene er publisert i løpet av de syv siste årene, i tillegg til å være fagfellevurderte.

De kvalitative studiene Borge, Christiansen og Fagermoen (2012), Hardcastle og Hagger (2011) og Cole, Smith, Hart og Cupples (2013) har brukt intervju og semi-strukturert intervju som metode. Alle er spilt inn og transkribert og hadde omtrent lik varighet fra 20-60 minutter. Disse metodene styrker reliabiliteten. Det som kan være med på å svekke reliabiliteten er erfaringer hos informanten eller holdningene til intervjueren. Hvor intervjuene ble gjennomført, som for eksempel hjemme hos deltakerne eller i ukjente lokaler, og hvordan intervjuene ble utført, som for eksempel over telefon eller ansikt-til-ansikt, kan påvirke reliabiliteten. Hardcastle og Hagger (2011) hadde høy svarrespons, men et mindre antall deltakere. Cole et al. (2013) hadde relativt lav svarrespons, men samtidig mange deltakere (45 stk). Borge et al. (2012) hadde lav svarrespons samt få informanter og kan påvirke reliabiliteten negativt da det vil bli vanskelig å få et representativt utvalg. Validiteten påvirkes ettersom deltakerne er rekruttert fra validerte spørreskjemaer (Cole et al., 2013), opplæringsprogram ved et lærings- og mestringssenter (Borge et al., 2012) eller fra en studie med rådgivningsintervensjoner (Hardcastle & Hagger, 2011). På grunn av dette øker validiteten på artiklene fordi deltakerne allerede har blitt inkludert og deltatt i tidligere studier innenfor tilsvarende tema.

De kvantitative studiene George et al. (2013), Bot, Mackenbach, Nijpels og Lakerveld (2016) og Silva et al. (2010) har brukt et tverrsnittdesign, og ble for noen sett på som en begrensning. Disse studiene hadde et relativt høyt antall deltakere, noe som kan være med på å styrke

reliabiliteten. George et al. (2013) hadde en høy svarrespons og det ble funnet en feilrate på under 0,1 prosent, og gir høy reliabilitet til studien. Funn i denne studien er i tråd med funn fra tidligere studier, noe som styrker validiteten. Silva et al. (2010) rekrutterte sine deltakere gjennom media, noe som øker sjansen for en stor variasjon blant informantene og ga blant annet spredning i alder, men studien kan likevel ikke bli sett på som representativ da samtlige deltakere var motiverte for å gå ned i vekt fra start. Dette påvirker studiens reliabilitet. Møter ansikt-til-ansikt i trygge omgivelser av kvalifiserte teknikere, samt manipulasjonskontroller for å vurdere troverdigheten, påvirker reliabiliteten positivt. Tidligere studier har brukt samme målemetode for å måle fysisk aktivitet, og støtter dens reliabilitet og validitet (Silva et al., 2010). Bot et al. (2016) rekrutterte sine deltakere fra en kontrollgruppe i en tidligere studie, noe som kan være med på å øke validiteten til studien. Det har blitt tatt i bruk både kvalitativ og kvantitativ metode, der den kvantitative metoden er spørreskjema med en svarrespons på 89 prosent. I den kvalitative delen av studien ble det gjort intervjuer med svarrespons på 62 prosent. Intervjuene ansikt-til-ansikt gjorde det mulig å samle inn detaljert informasjon, men spørreskjemaenes relativt lave utvalgsstørrelse kunne gi falske svar i positiv favør. Dette påvirker reliabiliteten i studien (Bot et al., 2016).

Teixeira et al. (2012) og Patrick og Williams (2012) er review-artikler som tar for seg tidligere studier og diskuterer funn opp mot hverandre. I disse artiklene er det ikke tydelig presentert inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke studier de har valgt å trekke inn i artikkelen, noe som kan påvirke validiteten negativt. Ut ifra diskusjonen samsvarer den med flere funn fra andre studier, og påvirker validiteten positivt.



## 4. Resultater

I denne delen av oppgaven presenterer vi resultatene fra litteratursøket som skal besvare oppgavens problemstilling. Her vil vi ta for oss én og én artikkel hvor vi går gjennom målet for forskningen, hvilken metode som er brukt og hvilke resultater forskerne kom frem til.

### 4.1 Artikkel 1

**Tittel:** Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt.

**Forfatter:** Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012.

**Mål:** Forskerne hadde som mål å evaluere læring og mestring ved endring blant sykkelig overvektige, fire til åtte måneder etter et gjennomført læringstilbud ved et lærings- og mestringssenter (LMS) (Borge et al., 2012).

**Metode:** Det er brukt kvalitativt metode gjennom bruk av intervjuer, hvor de hovedsakelig tok for seg to hovedtemaer. «1) livsstil i hverdagen som har betydning for helsefremming og sykdomsforebygging og 2) erfaringer med LMS-kurset: hva har hatt betydning?» (Borge et al., 2012, s. 18). Intervjuene hadde en varighet på ca. en time, ble spilt inn og deretter transkribert. 44 deltakere ble invitert, hvor elleve valgte å bli med på studien (Borge et al., 2012).

**Resultater:** Helsepersonellets imøtekommelse og holdninger til pasientene var avgjørende for motivasjonen. Det var i tillegg viktig med støtte og veiledning fra helsepersonell. Erfaringer om ulike muligheter for endring, økte motivasjonen. Å ha kontroll, være bevisst på egne vaner og styre eget tempo var motiverende. Selvhjelpsgrupper hvor deltakerne møtte andre i samme situasjon ga et nytt nettverk. Det opplevdes som støttende og opprettholdt innsatsen for endring. Kunnskap og støtte var med på å øke bevisstgjøringen og dermed også motivasjonen for endring blant deltakerne (Borge et al., 2012).

## 4.2 Artikkel 2

**Tittel:** “You can’t do it on your own”: Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour.

**Forfatter:** Hardcastle & Hagger, 2011.

**Mål:** Målet var å se på overvektige pasienters erfaringer etter å ha deltatt i rådgivningsintervensjon ved hjelp av motiverende intervju, for å definere hva som påvirker en atferdsendring i fysisk aktivitet og kosthold (Hardcastle & Hagger, 2011).

**Metode:** Det ble brukt en kvalitativ tilnærming og intervjuguide ved semi-strukturerte intervjuer via telefon (n=9) eller ansikt-til-ansikt (n=5). Intervjuene ble spilt inn med samtykke fra informantene og deretter transkribert. 125 pasienter ble igjen i studien og det ble utviklet en testramme (n=37) for å identifisere en vellykket gjennomføring (n=17) og en mislykket gjennomføring (n=20). Fjorten ble intervjuet (Hardcastle & Hagger, 2011).

**Resultater:** Oppfølging, oppmuntring og støtte fra helsepersonell og det sosiale nettverket ble sett på som avgjørende og dekker behovet for tilhørighet. Motiverende intervju og helsekontroller ga drivkraft og var en påminnelse om å fortsette. Informasjon og råd var ikke alltid like viktig. Sosial støtte var nødvendig for de som ikke klarte å opprettholde en atferdsendring på egenhånd og for de med lavere grad av selvregulerende ferdigheter. Autonome former for støtte fra helsepersonell og det sosiale nettverket var betydningsfullt for motivasjonen til varig endring, som gir støtte til behovet for autonomi. Det var av betydning at konsultasjonene var ofte, uformelle, pasient-sentrerte og at de følte støtte ved at noen lyttet, samtidig som pasientene følte kontroll og autonomi. Det er funnet en dose-respons sammenheng mellom hvor mange ganger man deltar i konsultasjoner og oppnådde resultater. Det ble utviklet bedre ferdigheter i selvregulering ved vellykket endring. Flere opplevde mangel på støtte fra ektefelle eller partner og dette kunne virke som hindringer eller barrierer for atferdsendringens utfall (Hardcastle & Hagger, 2011).

---

### 4.3 Artikkel 3

**Tittel:** The role of self-determination in the relationship between social support and physical activity intentions.

**Forfatter:** George, Eys, Oddson, Roy-Charland, Schinke & Bruner, 2013.

**Mål:** Målet var å vurdere hvilken rolle motivasjonsrelaterte variabler, som tilfredsstillelse av psykologiske behov og grad av selvbestemmelse, har i forholdet mellom oppfatning av sosial støtte og intensjoner om å være fysisk aktiv (George et al., 2013).

**Metode:** Dette er en kvantitativ studie med bruk av tverrsnittsdesign. Det ble brukt spørreskjema for å måle opplevd sosial støtte, tilfredsstillelse av psykologiske behov, autonom motivasjon og intensjon om fysisk aktivitet. Svarene ble oppgitt i ulike punktskalaer. 391 studenter i alderen 18-48 år deltok i studien, hvor 384 ble brukt til analyse (George et al., 2013).

**Resultater:** Sosial støtte er positivt relatert til tilfredsstillelse av de psykologiske behovene, som igjen kan relateres til oppfatning av selvbestemmelse som gir intensjoner om å være fysisk aktiv. Det var en sterk kobling mellom tilfredsstillelse av kompetanse og oppfatning av selvbestemmelse. Modellen som ble testet antyder blant annet at sosial støtte og veiledning er betydningsfullt for kompetansebehovet. Det ble funnet sammenhenger mellom oppfatning av selvbestemmelse og intensjoner om å være fysisk aktiv. Det å utvikle egne sosiale miljøer og ressurser bidrar til å utøve mer fysisk aktivitet. Resultatene i denne studien støtter funnet om betydningen av sosial støtte i fysisk aktivitet og annen helseatferd (George et al., 2013).

### 4.4 Artikkel 4

**Tittel:** Association between Social Network Characteristics and Lifestyle Behaviours in Adults at Risk of Diabetes and Cardiovascular Disease.

**Forfatter:** Bot, Mackenbach, Nijpels & Lakerveld, 2016.

**Mål:** Målet med denne studien var å se på sammenhengen mellom ulike sosiale nettverk og blant annet fysisk aktivitet og stillesittende atferd hos voksne med risiko for type 2 diabetes og hjerte- og karsykdom (Bot et al., 2016).

**Metode:** Det er brukt både kvalitativ og kvantitativ metode og dette er et tverrsnittdesign som inneholder både strukturerte intervjuer og spørreskjemaer. 86 personer fra en tidligere studie mottok invitasjon til studien, hvor 50 deltok, 22 menn og 28 kvinner i alderen 30-50 år. Det ga en svarrespons på 62 prosent. Intervjuene hadde en varighet på omtrent én time. Deltakerne skulle svare på 10 spørsmål med navn på deres nettverksmedlemmer som ble registrert i en responsmatrise. Et utvalg av deltakernes nettverksmedlemmer (ektefelle, bestevenn, foreldre, søsken, kollega og nabo) ble tilsendt et spørreskjema som vurderte daglig fysisk aktivitet og stillesittende atferd. 170 av 192 personer fullførte. Ved hjelp av regresjonsanalyse ble assosiasjoner mellom nettverksegenskaper og livsstil undersøkt (Bot et al., 2016).

**Resultater:** Hos kvinner ble det rapportert at et større nettverk ble assosiert med 9 minutter mer fysisk aktivitet, og 8 minutter mindre stillesittende atferd per dag for hvert ekstra nettverksmedlem de hadde. Daglig ble hver venn assosiert med 17 min ekstra fysisk aktivitet. Hos menn ble høyere nettverkstetthet assosiert med mindre stillesittende atferd. Venner og slektninger innenfor 5 kilometer var assosiert med mer fysisk aktivitet. En ekstra slektning som bor i nærheten ga 15 minutter ytterligere fysisk aktivitet per dag. Det foreligger en sammenheng mellom livsstil og sosial støtte. Livsstilen blir blant annet påvirket av sosiale forhold og nettverkstetthet. Størrelse og nærhet er også av betydning. Resultatene samsvarer med hypotesen om at et større nettverk med flere venner i nærheten og mer intense forhold gir en sunnere livsstil (Bot et al., 2016).

---

## 4.5 Artikkel 5

**Tittel:** Helping overweight women become more active: Need support and motivational regulations for different forms of physical activity.

**Forfatter:** Silva, Markland, Vieira, Coutinho, Carraça, Palmeira, Minderico, Matos, Sardinha & Teixeira, 2010.

**Mål:** Målet var å undersøke ulike mekanismer som påvirket det fysiske aktivitetsnivået, og om motivasjons-prediktorer (introjected regulation, identified regulation and intrinsic motivation) gjorde avvik fra strukturert vs. livsstilsformer for fysisk aktivitet ved en fedmebehandling basert på selvbestemmelsesteorien (Silva et al., 2010).

**Metode:** Det er brukt kvantitativ metode og det er en randomisert kontrollert studie. I de tre årlige kohortene ble deltagerne tilfeldig plassert i en intervensjon- (n=123) og en kontrollgruppe (n=116). Gruppene fikk ansikt-til-ansikt møter med behandlere som varte i 120 minutter hver. Det var i alt 239 deltakere i alderen 23-50 år som ble rekruttert gjennom reklame. Behov for støtte, opplevd autonomi, opplevd kompetanse, typer av regulering for trening og rutinemessig fysisk aktivitet ble målt gjennom ulike spørreskjemaer hvor svaret ble gitt i ulike punktskalaer. Gjennom intervju ble strukturert fysisk aktivitet målt ut fra den totale mengden med moderat eller høy intensitet i en uke (Silva et al., 2010).

**Resultater:** Oppfattet autonomi og kompetanse ble positivt assosiert med mer autonom selvregulering og negativt assosiert med ytre regulering. Begge gruppene hadde behov for støtte, noe som forutså tilfredsstillende av behovene for autonomi og kompetanse. Autonomi og kompetanse forutså indre motivasjon, som igjen forutså mer strukturert moderat fysisk aktivitet. Strukturert fysisk aktivitet kan være en givende aktivitet som tilfredsstiller psykologiske behov og bidrar til lykke og livsglede. Effekten av behandling med oppfattet autonomi og kompetanse er i samsvar med behovet for et støttende miljø. Når det gjelder moderat og anstrengende fysisk aktivitet, er effekten av et støttende helsepersonell i samsvar

med tilfredsstillelse av autonomi, kompetanse og indre motivasjon. Behandlingen hadde også en positiv effekt på tilfredsstillelse av autonomi og kompetanse som igjen fører til autonome former for selvregulering av motivasjon for trening. Tilfredsstillelse av autonomi og kompetanse forutså en mer positiv autonom motivasjon (Silva et al., 2010).

## 4.6 Artikkel 6

**Tittel:** Do practitioners and friends support patients with coronary heart disease in lifestyle change? A qualitative study.

**Forfatter:** Cole, Smith, Hart & Cupples, 2013.

**Mål:** Målet var å videreutvikle kunnskap om hva som kan hjelpe eller hindre pasienter med koronar hjertesykdom å danne og vedlikeholde en livsstilsendring (Cole et al., 2013).

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie der det er brukt semi-strukturerte intervjuer. Deltagerne ble rekruttert ut i fra validerte spørreskjemaer etter deltagelse i en tidligere studie. Det ble invitert 138 personer til å delta i studien, hvor kun 68 ville delta. Til sammen var det kun 45 som ble intervjuet. Intervjuene hadde en varighet på 20-60 minutter og ble gjennomført i deltakernes hjem eller i forskernes lokaler. Intervjuene ble transkribert og analysert (Cole et al., 2013).

**Resultater:** Støtte fra kvalifiserte fagfolk og en god relasjon til helsepersonell var av betydning. Støtte fra venner og familie var avgjørende. Lite faglig støtte satte hindring for livsstilsendringen. Noen opplevde manglende støtte og forståelse fra familie og venner, som påvirket livsstilsendringen negativt ved at de blant annet motvirket fysisk aktivitet. Helseinformasjon ble rapportert som verdifull, mangelfull eller vanskelig å gjennomføre i praksis. Resultater viser utfordringer ved å ha en sunn livsstil i sammenheng med uheldige sosiale påvirkninger (Cole et al., 2013).

---

## 4.7 Artikkel 7

**Tittel:** Motivation, self-determination, and long-term weight control.

**Forfatter:** Teixeira, Silva, Mata, Palmeira & Markland, 2012.

**Mål:** Målet var å utforske temaene motivasjon og selvregulering i sammenheng med vektkontroll og relatert atferd. Det utforskes emner av motivasjon og selvregulering fra synspunktet til selvbestemmelsesteorien i forbindelse med vektkontroll og relaterte atferd (Teixeira et al., 2012).

**Metode:** Dette er en review-artikkel, hvor det ble brukt en kvalitativ tilnærming for å se på motivasjon. Operasjonalisering av motivasjon i vektkontroll programmer, tilnærming til å forstå motivasjon basert på selvbestemmelsesteori og vurdering av empiriske funn fra studier om vektkontroll med bruk av tiltak fra selvbestemmelsesteorien ble kritisk diskutert. Det ble også sett på studier der motiverende intervju ble brukt i vekttap studier. Til sammen i studien er det brukt 84 artikler (Teixeira et al., 2012).

**Resultater:** Tilfredsstillelse av de psykologiske behovene er avgjørende for trivsel og en varig endring. Om ikke de psykologiske behovene blir tilfredsstilt er målene av ytre natur. Indre motivasjon og autonom motivasjon er blitt kjent som forutsetninger for en vellykket vektkontroll. Autonomi kan knyttes til det som forstås som opphavet til en handling, som innebærer at handlingen utføres med utgangspunkt i personlig engasjement og med følelsen av valg og vilje. Behovet for autonomi alene er ikke tilstrekkelig for å oppnå utvikling av autonom motivasjon, men at det i tillegg er et behov for kompetanse og tilhørighet. Oppfattet autonome former for støtte og autonom selvregulering er analysert som forutsetninger for trening og vekttap (Teixeira et al., 2012).

Motiverende intervju økte den indre motivasjonen for vekttap, og det ble funnet fordeler med høy deltagelse i motiverende intervju intervensjoner. Helsepersonellets bruk av motiverende intervju kunne påvirke vekttap. Motiverende intervju kan fremme indre motivasjon og unngår

ytre tvunget motivasjon. Deltakere i en motiverende intervensjonsgruppe hadde signifikant større autonom motivasjon for vektkontroll enn deltakere i kunnskapsbasert gruppe (Teixeira et al., 2012).

## 4.8 Artikkel 8

**Tittel:** Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing.

**Forfatter:** Patrick & Williams, 2012.

**Mål:** Målet med denne artikkelen er å diskutere selvbestemmelsesteorien og dens bruk i relasjon til helseatferd både i relasjon til forskning og praktiske kontekster og videre utforske eventuelle likheter og forskjeller mellom selvbestemmelsesteori og motiverende intervju (Patrick & Williams, 2012).

**Metode:** Dette er en review-artikkel der det tilsammen er brukt 71 artikler (Patrick & Williams, 2012). Det ble ikke funnet noen inklusjons- og eksklusjonskriterier i artikkelen.

**Resultater:** Selvbestemmelsesteori og motiverende intervju kan være en sterk kombinasjon som kan være til hjelp innen atferdsendring. Jo mer autonom selvregulert et individ er til en bestemt atferd, jo mer innsats, utholdenhet, engasjement og stabilitet vil den enkelte sannsynligvis vise i atferden. Ved følelsen av at de psykologiske behovene er støttet i møte med helsepersonell, vil pasienten kunne føle mer autonom selvregulering som blir sett på som viktig i en livsstilsendring. De med større autonom selvregulering i vekttapsprogrammer hadde bedre oppmøte og større reduksjon i KMI, også på lang sikt. Det er en positiv kobling mellom pasienters oppfatning av behovet for støtte fra behandlere og autonom selvregulering, fremmøte i programmet og endring i KMI. Autonom selvregulering viste sammenheng mellom oppfatning av behovet for støtte og resultater av behandling. Ved endring av helseatferd, der den sosiale forbindelsen (behovet for støtte) forutsier motivasjonen, og vil gi



helseeffekter. Autonom selvregulering og opplevelse av kompetanse ved fysisk aktivitet hadde en avgjørende rolle for at helseutfallet ble positivt. Motiverende intervju styrker den indre motivasjonen. Behovet for oppfattet kompetanse blir tilrettelagt av autonom selvregulering som er et resultat av sammenhenger der det er et behov for støtte. Ut ifra selvbestemmelsesteorien er ikke kompetanse alene dekkende for å motivere atferd, men at det også må foreligge autonomi. For å få til en atferdsendring er det viktig at pasienter føler at en selv er kilden til handling. For at endring skal være mulig må pasienten føle seg akseptert og verdsatt (Patrick & Williams, 2012).

## 5. Diskusjon

I denne oppgaven var det et ønske om å finne ut av hvilke faktorer som påvirker motivasjonen og hvordan overvektige motiveres til å gjennomføre en livsstilsendring i fysisk aktivitet. Vi har valgt å fokusere på artikler som tar for seg sosial støtte, motiverende intervju og psykologiske behov som knyttes opp mot fysisk aktivitet i en livsstilsendring. Vi har funnet åtte artikler som skal hjelpe oss med å belyse og besvare problemstillingen: *«Hvordan kan sosial støtte og motiverende intervju påvirke psykologiske behov og motivasjon ved livsstilsendring i fysisk aktivitet hos overvektige?»*.

Vi har valgt å dele opp i ulike underoverskrifter og starter med å diskutere psykologiske behov og hvordan disse kan påvirke motivasjonen i fysisk aktivitet. Deretter diskuteres det hvordan sosial støtte påvirker fysisk aktivitet og hvorfor dette kan være viktig. Disse underoverskriftene bygger opp til den videre diskusjonen, der vi tar for oss sosial støttes påvirkning på psykologiske behov og motivasjon, og senere betydningen av motiverende intervju. Til slutt har vi valgt å diskutere hva slags rolle helsepersonellet har, ettersom de ofte kan ta i bruk motiverende intervju og forsterke sosial støtte i deres arbeid.

Overvekt, hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og ulike krefttyper er kjente livsstilssykdommer og kan forebygges ved å ha en sunn livsstil med blant annet regelmessig fysisk aktivitet og redusert stillesittende atferd (Bot et al., 2016). En kilde som forsterker denne påstanden er Prescott og Børtveit (2004) som forteller at en livsstilsendring, som beskrives i innledningen, kan gjøre helsetilstanden bedre eller hindre sykdomsutvikling. Derfor kan det være nødvendig for flere individer å gjennomføre en livsstilsendring i fysisk aktivitet, ettersom dette kan ha en positiv effekt på helsen ved å redusere risiko for ulike sykdommer og bedre psykisk og fysisk velvære (Bahr, 2015). Hardcastle og Hagger (2011) påstår at ulike tiltak for å endre vaner i blant annet fysisk aktivitet har en tendens til å ha en begrenset effekt på lang

---

sikt. Denne påstanden er i samsvar med Mæhlum (2011) som forteller at det er utfordrende å opprettholde anbefalinger og råd om fysisk aktivitet over tid. Han mener også at for å lykkes med en endring må atferden bli en del av livsstilen, og det kan derfor være nødvendig å søke hjelp. Sett i et slikt lys vil det være grunn til å tro at en vellykket gjennomføring av slike endringer er avhengig av personens motivasjon, beslutsomhet og mestringsevne (Prescott & Børtveit, 2004).

Motivasjon er viktig for overholdelse av fysisk aktivitet og trening, og det er som nevnt tidligere individuelle forskjeller i hva som motiverer den enkelte. Indre motivasjon beskrives som den motivasjonen som blir sett på som mest autonom (Silva et al., 2010), og er tilstede når handlinger er engasjerende og utføres ut ifra interesse og moro (Imsen, 2014).

## 5.1 Psykologiske behovs påvirkning på motivasjon og fysisk aktivitet

Autonomi tar for seg selvstendighet og et ønske om å være autonom. Mennesket søker naturlig etter å utføre handlinger ut fra egne ønsker og hva man foretrekker for å vise hvordan man egentlig er (Deci & Ryan, 2002; Patrick & Williams, 2012). Ved behovet for kompetanse søker man andre utfordringer som kan lede til utvikling og læring. Det er derfor grunn til å si at for å kunne øke troen på og lykkes med en oppgave vil det være viktig at utfordringene ikke er for store i forhold til den kompetansen man innehar (Manger & Wormnes, 2005; Patrick & Williams, 2012). Når behovet for tilhørighet er tilfredsstillt oppnår man en følelse av å bli tatt vare på og man føler en tilknytning til andre individer og samfunn (Deci & Ryan, 2002; Patrick & Williams, 2012). Det ser ut til at behovet for tilhørighet kan utvikles ved påvirkning av personer som betyr noe for en over lengre tid (Manger & Wormnes, 2005). Derfor er det mulig å si at ved tilfredsstillelse av de tre psykologiske behovene er det en økt sannsynlighet for å

føle seg mer autonom selvregulert (Patrick & Williams, 2012), noe som kan bli sett på som viktig i en livsstilsendring. Autonom selvregulering ser ut til å styrkes gjennom blant annet utvikling og læring ved utfordringer, tilknytning og påvirkning fra andre og at handlingene utføres fra egen vilje uten å bli styrt av andre.

Som beskrevet i teoridelen kan overvekt og for høy KMI føre til ulike sykdommer, plager og i verstefall død. De siste årene har gjennomsnittsvekten i befolkningen økt (Mæland, 2010). På bakgrunn av denne teorien vil et tiltak kunne være å gjennomføre en livsstilsendring. Patrick og Williams (2012) forteller at de med mer autonom selvregulering i vekttapsprogrammer hadde et større oppmøte og mer reduksjon i KMI, og forutså en langsiktig endring. Autonom selvregulering for behandling ble vist å formidle sammenhengen mellom oppfattet behovet for støtte og resultater fra behandlingen. Lignende resultater er funnet i Silva et al. (2010). På bakgrunn av disse funnene ser det ut til at det vil være nyttig å delta i behandlinger som vektlegger autonom selvregulering, som for eksempel motiverende intervju, da dette kan påvirke endringen positivt.

Om overvektige har et indre mål om å bli mer fysisk aktive, ser det ut til å være nødvendig med tilfredsstillelse av psykologiske behov og autonome former for motivasjon for å kunne gjennomføre det indre målet. Tilfredsstillelse av psykologiske behov er avgjørende for trivsel og for varig endring i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan være en kilde til glede og optimal utfordring til det punktet at det hovedsakelig blir regulert av indre motivasjon (Teixeira et al., 2012). Dette kan utdypes videre gjennom Silva et al. (2010) som påstår at strukturert fysisk aktivitet kan bidra til tilfredsstillelse av psykologiske behov, lykke og livsglede. Denne aktiviteten reguleres ved mer indre motivasjon som igjen forutsies av tilfredsstillelse av behovene for kompetanse og autonomi. Når de psykologiske behovene ikke blir tilfredsstilt er målene av ytre natur (Teixeira et al., 2012), som handler om et ønske om å oppnå noe eksakt og kan relateres til ytre motivasjon (Imsen, 2014). Derfor vil det være mulig å si at for å

---

tilfredsstille de psykologiske behovene må den overvektige utføre handlinger ut fra indre motivasjon. Silva et al. (2010) assosierte blant annet indre motivasjon med anstrengende fysisk aktivitet og samlet treningsatferd, men det var ikke signifikant i samsvar med moderate og milde former for treningsatferd. Ut ifra funn i Silva et al. (2010) og Teixeira et al. (2012) kan det tyde på at man må ha en indre motivasjon for å utføre anstrengende og regelmessig fysisk aktivitet, men den indre motivasjonen er ikke like sentral ved lettere fysisk aktivitet, som for eksempel å gå en tur. Det kan være nyttig i fremtidige studier om motivasjon å konkretisere hva slags type aktivitet som undersøkes (Silva et al., 2010).

Studier som tar for seg fysisk aktivitet viser at behovet for støtte og autonome former for motivasjon er en forutsetning for å ta valg i atferd og vedlikeholde endringen. En annen studie fant at oppfattet autonomi og autonom selvregulering ble vist som forutsetninger for fysisk aktivitet og vekttap (Teixeira et al., 2012). Forskning viser at flere former for autonom selvregulering bidrar til langsiktig tilslutning til atferd innenfor fysisk aktivitet og vektkontroll (Silva et al., 2010). Dermed ser det ut til å være en positiv sammenheng mellom autonomi og fysisk aktivitet som fører til vekttap, både på kort og lang sikt (Teixeira et al., 2012).

George et al. (2013) antar en økt sannsynlighet for at overvektige får intensjoner om å være fysisk aktiv når motivasjonen er autonom. Autonomi hevdes å være kjennetegnet til kvalitet i motivasjon, og kan relateres til det som oppfattes som kilden til handling (Teixeira et al., 2012). På bakgrunn av at autonomi sees på som kilden til handling, er det grunn til å tro at ved å legge til rette for autonomi hos overvektige vil det kunne føre til mer fysisk aktivitet. Borge et al. (2012) og Silva et al. (2010) beskriver viktigheten av å ha kontroll, ta egne valg, ha egen vilje og styre tempoet selv, som viser betydningen av å føle seg autonom i valg av fysisk aktivitet, som er viktig for utvikling av autonom motivasjon. Betydningen av autonomi bekreftes av Patrick og Williams (2012) som forteller at autonom selvregulering er viktig for helseatferd, jo mer autonom selvregulert en person føler seg i en bestemt atferd, jo mer innsats,

engasjement, utholdenhet og stabilitet vises sannsynlig i atferden. Lignende funn kommer også frem i Hardcastle og Hagger (2011), som hevder at å ta en beslutning om å gjøre en endring og følelse av personlig kontroll kom frem hos de som opplevde en vellykket livsstilsendring. Funn i flertallet av studiene tyder på at det å tilfredsstille behovet for autonomi kan være avgjørende for å oppnå motivasjon til å gjøre en endring i fysisk aktivitet, da dette kan øke selvbestemmelse og autonom motivasjon.

På den ene siden viser annen forskning at det å kun opprettholde autonomi ikke er tilstrekkelig for å utvikle autonom motivasjon, men tilfredsstillelse av kompetanse og tilhørighet også er nødvendig (Teixeira et al., 2012). Dette tyder på å være motstridende fra funn i foregående avsnitt, som virker å være bestemte på at autonomi er avgjørende for motivasjonen. På den andre siden forteller Patrick og Williams (2012) om selvbestemmelsesteorien som går ut fra at opplevd kompetanse i seg selv ikke er tilstrekkelig for å motivere atferd, men at det må drives av autonomi. Det påstås at autonom selvregulering og oppfattet kompetanse for fysisk aktivitet forutså en større økning i fysisk aktivitet (Patrick & Williams, 2012; Silva et al., 2010).

Forholdet mellom autonome former for støtte og indre motivasjon ble formidlet ut ifra hvilken grad behovet for kompetanse var tilfredsstilt. Det kan tyde på at koblingen mellom tilfredsstillelse av behovet for kompetanse og følelsen av selvbestemmelse er sterkere enn koblingen mellom tilhørighet og autonomi, da det ser ut til at tilfredsstillelse av kompetansebehovet er viktig i utviklingen av selvbestemmelse (George et al., 2013). Dette støtter funn i Silva et al. (2010) som hevder at tilfredsstillelse av autonomi og kompetanse var avgjørende for utviklingen av autonom motivasjon for fysisk aktivitet. Det er grunn til å tro at det kan være individuelt hvilke av de psykologiske behovene som er nødvendig å tilfredsstille, ettersom dette avhenger av hvilke ressurser den overvektige allerede har.

---

Det ser ut til at psykologiske behov og autonom motivasjon er betydningsfullt for å kunne identifisere motiverende sammensetninger som vil være nødvendig for å forstå en atferdsendringsprosess (Silva et al., 2010). Ut ifra de to foregående avsnittene er det grunn til å tro at de psykologiske behovene både påvirker og er avhengig av hverandre, men at behovet for tilhørighet ikke er like relevant for den indre motivasjonen. Samtidig ser det ut til at autonomi skiller seg ut og er av størst betydning. I tillegg er det andre komponenter som er med på å påvirke motivasjonen, som for eksempel følelsen av selvbestemmelse.

## 5.2 Sosial støtte og fysisk aktivitet

Bot et al. (2016) hevder at fraværet av blant annet sosiale forhold i en livsstilsendring kan være en begrensende faktor for at endringen opprettholdes over tid. Med grunnlag i denne type fravær kan det være betydningsfullt å se på hvordan sosial støtte og nettverk kan påvirke atferd i fysisk aktivitet.

Som beskrevet i teoridelen kan sosial støtte gi en positiv effekt på helsen (Dalgard & Sørensen, 2009). Dette kan utdypes videre gjennom Bot et al. (2016) som forteller om flere studier som har vist at slekt og venner kan være avgjørende for å fremme en sunn livsstil. Slegt og venner kan bidra ved å gi kjærlighet, fellesskap, trygghet og respekt (Mæland, 2010). Slike støttende relasjoner gir et grunnlag for livskompetanse (Bø & Schiefloe, 2007). Andre studier har funnet en positiv sammenheng mellom størrelsen på det sosiale nettverket og fysisk aktivitet (Bot et al., 2016). Ut ifra funnet om sammenhengen mellom størrelsen på nettverket og fysisk aktivitet, er det grunn til å tro at overvektige med et stort støttende miljø vil ha et bedre utgangspunkt til å lykkes med å endre vaner i fysisk aktivitet. En av grunnene til at overvektige lykkes, ser ut til å være når en oppnår større grad av støtte gjennom å bli verdsatt og har en følelse av at noen bryr seg (Dalgard & Sørensen, 2009). Bot et al. (2016) støttes av funn i George et al. (2013) som viser til utvikling og anskaffelse av sosiale miljøer og nødvendige

sosiale ressurser vil være til hjelp for å utøve fysisk aktivitet. Dermed er det rimelig å si at disse resultatene støtter funnene om betydningen av sosial støtte i fysisk aktivitet og annen helseatferd. Dette er i samsvar med Hardcastle og Hagger (2011) som viser til at mangel på sosial støtte og tilbakemeldinger kan redusere sannsynligheten for fremgang i fysisk aktivitet. Tilbakemeldinger kan virke bekreftende på blant annet selvbilde (Bø & Schiefloe, 2007), og kan derfor være viktig. At oppmuntring og støtte fra venner og familie var viktig ble i tillegg funnet av Cole et al. (2013).

Det å møte andre i samme situasjon og dele tanker viste seg å være betydningsfullt for opprettholdelse av innsatsen i en helsefremmende livsstil. Det å høre om andres erfaringer ble sett på som nyttig, ga gjenkjennelse, assosiasjoner og følelse av samhold. En informant fortalte «å høre om andres erfaringer er den beste hjelpen» (Borge et al., 2012, s. 20). Cole et al. (2013) støtter også disse resultatene. Ut ifra disse funnene er det grunn til å anta at det vil være nyttig for overvektige å delta i gruppebaserte intervensjoner hvor de kan lære av hverandre og utvide sitt sosiale nettverk. Dette bekrefter Helsedirektoratet (2016) som viser til at deltakelse i gruppebaserte tilbud, som for eksempel motiverende intervju og selvhjelpsgrupper, kan være med på å styrke og danne sosiale nettverk og å bidra til opplevelse av sosial støtte hos flere.

Bot et al. (2016) sine funn viser at flere og nære nettverksmedlemmer som gir støtte var assosiert med flere minutter fysisk aktivitet daglig eller mindre stillesittende atferd. Hos kvinner ble det funnet at et større nettverk og antall venner utgjorde flere minutter med fysisk aktivitet, og hos menn ble høyere nettverkstetthet knyttet til mindre stillesittende atferd (Bot et al., 2016). Ut ifra funn om økt aktivitet hos kvinner med et større nettverk, er det grunn til å tro at de drar større nytte av sitt sosiale nettverk når det gjelder fysisk aktivitet, enn det menn gjør. Sett i et slikt lys kan man anta at for flere kvinner spiller samvittigheten deres inn ved for eksempel gjensidige forpliktelser (Dalgard & Sørensen, 2009), og det settes stor pris på tilbakemeldinger fra andre (Bø & Schiefloe, 2007). Til forskjell fra at kvinner med et større



---

nettverk ble mer fysisk aktive, blir det vist at menn oppnådde mindre stillesittende atferd, men at dette ikke utgjorde noen forskjell på det fysiske aktivitetsnivået. Det kan likevel tyde på å ha en positiv effekt på helsen.

Flere slektninger og venner i nærheten var forbundet med mer fysisk aktivitet daglig. Grunner til dette kan for eksempel være at det var lettere å utføre aktivitet da det kan gjøres sammen med andre. Annen forskning som viser noe lignende er Hardcastle og Hagger (2011) som forteller at kvinner hadde behov for å være sammen med noen for å være fysisk aktiv. Dette behovet kan forsterkes gjennom Borge et al. (2012) som beskriver selvhjelpsgrupper som et hjelpemiddel for motivasjon til helsefremmende atferd og for å være i aktivitet. Slike grupper kan se ut til å bidra til å opprettholde innsatsen (Borge et al., 2012), ved at man kan få en følelse av å ikke være alene. Et annet relevant punkt er sammenhengen mellom størrelse på nettverket og fysisk aktivitet som kan belyses med at det å være i fysisk aktivitet kan føre til et større sosialt nettverk. På bakgrunn av sistnevnte er det grunn til å tro at det kan svekke reliabiliteten i studien, da det rapporterte aktivitetsnivået kan ha bidratt til et større nettverk gjennom deltakelse i aktiviteten, og ikke omvendt (Bot et al., 2016).

Bot et al. (2016) viser til at sosial støtte fra familie og venner er positivt i samsvar med fysisk aktivitet, men i motsetning til dette hevdes det i samme studie at påvirkning fra venner ikke alltid er assosiert med fysisk aktivitet. En mulig forklaring på sistnevnte funn kan være at det kun var 40 prosent av de som var i fysisk aktivitet som rapporterte å ha mottatt sosial støtte fra venner i omtalte studie. Sosial støtte ser trolig ut til å være et hinder for enkelte. Bot et al. (2016) viser til at den sosiale støtten var et hinder ved funn om en risiko for å bli overvektig hvis en i nær relasjon også var det. Cole et al. (2013) og Hardcastle og Hagger (2011) har i tillegg funnet at sosial støtte kan virke negativt på en livsstilsendring med tanke på at det sosiale nettverket kan være til hinder og virke som en barriere for endringen.

Med grunnlag i teorien kan det tyde på at mangel på sosial støtte kan føre til en usunn livsstil, færre søker hjelp fra helsepersonell og de mestrer ulike livssituasjoner på en dårligere måte (Dalgard & Sørensen, 2009). Flere overvektige rapporterte en mangel på støtte ved motløshet og de ble negativt påvirket av de rundt seg. De følte en mangel på forståelse for å få en sunnere livsstil, og familie og venner forstod ikke utfordringene ved å endre vaner (Cole et al., 2013). Enkelte kvinner opplevde mangel på sosial støtte fra ektemann eller partner ved at de oppfattet dem som saboterende (Hardcastle & Hagger, 2011). På bakgrunn av funn om at sosiale nettverk kan virke negativt, er det grunn til å tro at ved tilfeller hvor man har et stort og nært sosialt nettverk, ikke nødvendigvis trenger å være en fordel når de ikke viser forståelse. Her vises betydningen av hvor viktig det kan være med god sosial støtte fra nære relasjoner for å kunne gjennomføre en livsstilsendring og vedlikeholde den. Dette forsterkes gjennom Hardcastle og Hagger (2011) som mener at innsatsen til den overvektige i en endring blir hindret ved mangel på støtte fra de nærmeste.

### 5.3 Sosial støttes påvirkning på psykologiske behov og motivasjon

Støtte vil ha en effekt på helsen og samtidig være avgjørende for livskvaliteten uavhengig av livsbelastninger eller sosiale forhold (Dalgard & Sørensen, 2009). Hardcastle og Hagger (2011) forteller om selvbestemmelsesteorien som antar at motivasjon til å engasjere seg i for eksempel fysisk aktivitet kan oppstå fra støttende miljøer og i hvilken grad disse miljøene tilfredsstillor autonomi, kompetanse og tilhørighet. Sosiale faktorer kan ha en innflytelse på motivasjon og at forholdet mellom disse formidles gjennom psykologiske behov (George et al., 2013).

---

Oppfølging og støtte ble sett på som viktig for å tilfredsstillende behovet for tilhørighet ved en livsstilsendring, både for de som hadde opplevd en mislykket eller en vellykket endring (Hardcastle & Hagger, 2011). Oppfølging og støtte viser betydningen av behovet for tilhørighet, da det kan gi følelse av å bli tatt vare på som igjen er med på å skape trygghet. I tillegg kan det se ut til å være viktig med støtte som ble tolket som autonom, noe som var betydningsfullt for å motivere til en varig livsstilsendring og for å fremme motivasjonen. Det er grunn til å tro at støtte som tolkes som autonom bidrar til motivasjon ved livsstilsendring fordi det legges opp til å ta egne beslutninger og gir en følelse av å være selvstendig (Manger & Wormnes, 2005). De som klarte å fortsette med livsstilsendringen så også ut til å oppfatte sosial støtte som tilfredsstillende for autonomi (Hardcastle & Hagger, 2011). For å kunne vise til betydningen av tilfredstillende av autonomi påstår George et al. (2013) at venner som støtter ens autonomi knyttes positivt til en økt intensjon om å være fysisk aktiv.

I den grad det sosiale miljøet støtter de psykologiske behov, vil flere former for autonom selvregulering knyttet til atferd bli fremmet (Hardcastle & Hagger, 2011). Lignende funn i George et al. (2013) antyder at sosial støtte er positivt knyttet til tilfredsstillende av psykologiske behov, og relateres positivt til selvbestemmelse og formålet om å være fysisk aktiv. Derfor er det grunn til å anta at sosial støtte er av betydning for påvirkning av fysisk aktivitet (George et al., 2013).

Kompetanse kan føre til et ønske om å søke utfordringer som igjen kan føre til læring og utvikling (Manger & Wormnes, 2005). Økt støtte gjennom veiledning fra MI-utøvere og helsepersonell og fra sterke sosiale ressurser kan bidra med å starte og vedlikeholde en sunn livsstil (George et al., 2013). De kan gi nyttig informasjon eller tydeliggjøre risikoen av å ha en usunn livsstil (Bot et al., 2016). Ut ifra dette er det grunn til å tro at et sosialt nettverk som gir veiledning og informasjon, kan være med på å tilfredsstillende behovet for kompetanse gjennom utfordringer og beherskelse av disse (Manger & Wormnes, 2005). Videre hevder

Silva et al. (2010) at oppfattet autonomi og kompetanse relateres positivt til mer autonom selvregulering. Silva et al. (2010) mener behandling kan forsterke oppfatningen av behovet for et støttende miljø, som hadde positiv effekt på tilfredsstillelse av behovene for autonomi og kompetanse, og kan se ut til å lede til autonome former for regulering av motivasjon for trening. Sett i lys av selvbestemmelsesteorien hevder Patrick og Williams (2012) at i den grad man opplever behovet for støtte i ulike settinger, kan det forutsi hvor autonom selvregulert man kan bli i en bestemt atferd. Med grunnlag i nevnte funn er det rimelig å si at støtte fra ulike sosiale ressurser er med på å tilfredsstille behovene for kompetanse og autonomi, som igjen kan føre til større grad av autonom selvregulering.

Sosial støtte kan også virke negativt på overvektiges motivasjon og psykologiske behov, som kan utdypes videre gjennom Hardcastle og Hagger (2011). De hevder behovet for tilhørighet ble hindret ved mangel på støtte og behovet for kompetanse ble svekket gjennom manglende eller negative tilbakemeldinger. Den negative påvirkningen kan igjen føre til mindre grad av autonom motivasjon. Derfor er det grunn til å tro at overvektige som har et lite støttende miljø kan føre til at de ser på at sine handlinger ikke blir støttet og har en oppfatning av at behovet for tilhørighet ikke er tilfredsstilt. Det er i tillegg grunn til å tro at mangel på tilfredsstillelse av behovene for tilhørighet og kompetanse kan virke negativt på motivasjonen ved at man føler seg alene, har lite kunnskap om hva som er sunt eller ikke vet hvordan man skal kunne lykkes med en endring.

## 5.4 Betydningen av motiverende intervju

Selvbestemmelsesteorien, som har fokus på selvbestemt atferd og menneskets motivasjon (Manger & Wormnes, 2005; Renolen, 2008), og intervensjoner relatert til denne, som for eksempel motiverende intervju, er attraktivt for å fremme fysisk aktivitet i og med at

---

tilfredsstillelse av psykologiske behov og autonom motivasjon kan føre til en relasjon til fysisk aktivitet (Hardcastle & Hagger, 2011).

Samtalemotoden motiverende intervju skal bidra til at et menneske bestemmer seg og beveger seg mot et bestemt resultat (Barth et al., 2013), og brukes ofte i situasjoner hvor for eksempel overvektige trenger hjelp til å finne motivasjon til endring (Helsedirektoratet, 2017b). I en slik samtale er det blant annet viktig at den som skal hjelpe støtter behovet for autonomi og utforsker ambivalens hos den overvektige (Barth et al., 2013). En livsstilsendring krever blant annet motivasjon, ferdigheter, sosial støtte og innsats over lengre tid. Sett i et slikt lys kan motiverende intervju der man utforsker personens ambivalens bidra til å ta beslutninger (Borge et al., 2012). Sistnevnte er i samsvar med Patrick og Williams (2012) som sier at et forsøk på å overtale en overvektig person i utforskingen av personens ambivalens, kan virke uheldig og føre til motstand fra den overvektige. Når motstand forekommer er det grunn til å tro at effekten av motiverende intervju svekkes og kan være til liten hjelp ved en livsstilsendring (Barth et al., 2013). Med grunnlag i ønsket om at det negative ikke skal ta for mye plass i samtalen (Barth et al., 2013), som nevnt i teoridelen, ser det ut til å være viktig at MI-utøveren ikke henger seg opp i motstanden som oppstår, men fokuserer på det positive for å fremgang i samtalen og i endringen.

Det kan tyde på at indre motivasjon og autonom motivasjon er betydningsfullt for en vellykket endring (Teixeira et al., 2012). Dette bekrefter Hardcastle og Hagger (2011). Teixeira et al. (2012) påstår at for å få motivasjon til endring må denne motivasjonen komme innenfra hos den enkelte. Med en interesse, evne eller egenskap som grunnlag til handlingen, er handlingen av «indre» natur (Imsen, 2014). Med grunnlag i påstanden kan det være fordelene å bruke motiverende intervju da denne metoden skal bidra til å finne den indre motivasjonen i en endringsprosess (Teixeira et al., 2012).

Som fortalt i innledningen kan motiverende intervju knyttes til selvbestemmelsesteorien ved ulike komponenter som støtter de psykologiske behovene (Hardcastle & Hagger, 2011). Ved å hjelpe den overvektige med å sette mål og gi positive tilbakemeldinger kan dette knyttes til behovet for kompetanse, fordi oppnåelige mål og positive tilbakemeldinger bidrar til et ønske om å fortsette (Manger & Wormnes, 2005). Når man utforsker den overvektiges alternativer knyttet til endring og gir ansvarlighet til å ta avgjørelser, kan behovet for autonomi bli støttet (Hardcastle & Hagger, 2011). Ved å fremme autonomi og kompetanse gjennom motiverende intervju, kan det tyde på å påvirke til en vellykket livsstilsendring, og styrker påstanden om betydningen av autonom motivasjon i en livsstilsendring (Teixeira et al., 2012). Ved å uttrykke empati, vise forståelse og unngå en ikke-dømmende holdning til den overvektige, bidrar dette til å støtte behovet for tilhørighet (Hardcastle & Hagger, 2011). Det er grunn til å anta at ved tilfredstillelse av de psykologiske behovene gjennom bruken av motiverende intervju vil motivasjonen for fysisk aktivitet øke, og det ser ut til at samtaleteknikken kan være et godt hjelpemiddel ved en livsstilsendring.

I motiverende intervju oppfordres det til å benytte seg av sitt sosiale nettverk for å kunne motta støtte ved endring i fysiske aktivitetsvaner, og det kan dermed sees en sammenheng med behovet for tilhørighet (Hardcastle & Hagger, 2011), som er med på å påvirke den indre motivasjonen (Manger & Wormnes, 2005). Oppfølging og sosial støtte gjennom motiverende intervju virket som en drivkraft og påminnelse om å fortsette med fysisk aktivitet (Hardcastle & Hagger, 2011). For å muliggjøre en endring, hevder Patrick og Williams (2012) at personen må føle seg akseptert og verdsatt. Det kan tyde på at overvektige som ikke mottok autonome former for støtte i behandling gikk ned i vekt underveis i behandlingen, men klarte ikke å opprettholde vektnedgangen da behandlingen tok slutt. En forskjell viser de som klarte å opprettholde endringen, erfarte den sosiale støtten som tilfredsstillende for behovet for autonomi. Å bli lyttet til, ha et støttende miljø med empati og ikke-dømmende holdninger, at

---

følelser og valg blir støttet og anerkjent, kunne tyde på å gi økt følelse av autonomi og autonom motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet (Hardcastle & Hagger, 2011; Patrick & Williams, 2012). Sistnevnte støttes av Patrick og Williams (2012) som i tillegg hevder at behovet for tilhørighet støttes. Slike konsultasjoner opplevdes derfor positivt og kan vise betydningen av autonomi og tilhørighet i en livsstilsendring i fysisk aktivitet (Hardcastle & Hagger, 2011; Patrick & Williams, 2012). Lignende funn kom også frem i Cole et al. (2013).

Behovet for kompetanse kan gjennom motiverende intervju tilfredsstilles ved en positiv holdning hos MI-utøveren, tro på at den overvektige kan lykkes, ved å gi konkrete tilbakemeldinger og informasjon som styrker kompetansen, og å løse eventuelle utfordringer i en livsstilsendring ved fysisk aktivitet. For å oppnå følelsen av kompetanse kunne det se ut til at en person må være selvstendig og autonom (Patrick & Williams, 2012).

Det ble funnet en fordel i høy deltakelse og intensive motiverende intervju konsultasjoner (Teixeira et al., 2012). Dette bekreftes i Hardcastle og Hagger (2011) hvor en informant forteller om behovet for tettere og regelmessige konsultasjoner. I motsetning til disse funnene viser andre studier at det ikke forekom betydelig vekttap ved bruk av motiverende intervju. Her var det derimot et mindre antall motiverende intervju konsultasjoner som kan ligge til grunn for disse funnene (Teixeira et al., 2012). Videre har flere studier funnet fordeler ved bruk av motiverende intervju ved endringer relatert til vekttap, inkludert fysisk aktivitet (Teixeira et al., 2012). Funn i Hardcastle og Hagger (2011) tyder på en dose-respons sammenheng mellom antall konsultasjoner og oppnådde resultater, og kan sammenlignes med dose-respons forholdet i fysisk aktivitet (se figur 1, s. 12). Ut ifra det Teixeira et al. (2012) og Hardcastle og Hagger (2011) forteller her er det grunn til å tro at intensive konsultasjoner med motiverende intervju kan bidra til å øke den indre motivasjonen til å utføre fysisk aktivitet, men det trengs mer forskning for å finne det mest gunstige antallet konsultasjoner for å fremme indre motivasjon (Hardcastle & Hagger, 2011). Det er grunn til å tro at antall konsultasjoner

vil være individuelt blant de overvektige. Hvor lett den enkelte motiveres og i hvilken grad man kan dra nytte av det sosiale nettverket, oppnår opplevelse av mestring og grad av selvtillit kan være av betydning for hvor mange konsultasjoner den enkelte har behov for. Det kan derfor tyde på at ikke alle nødvendigvis trenger tette og regelmessige konsultasjoner, slik som Hardcastle og Hagger (2011) gir uttrykk for i sin studie.

Ut i fra funn i Teixeira et al. (2012) er det vanskelig å se hvor effektiv bruken av motiverende intervju er alene, da metoden ofte kombineres med andre typer behandlingsmetoder. Teixeira et al. (2012) hevder i tillegg ved å kombinere motiverende intervju med andre metoder, reduseres dens fordeler, som for eksempel ved at autonom motivasjon undergraves. Derfor er det mulig å si at kombinasjon av metoder kan være en begrensning ved flere av studiene og det trengs mer forskning på dette.

På bakgrunn av diskusjonen i dette delkapitlet, er det mulig å si at motiverende intervju kan knyttes opp til helsesamtalen som gjennomføres i Frisklivssentralen, da prinsipper fra motiverende intervju er tydelige i en slik samtale. Helsesamtalen kan bidra til bevisstgjøring og støtte til fysisk aktivitet, som kan forsterke betydningen av motiverende intervju som et hjelpemiddel i en livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2016).

#### **5.4.1 Helsepersonellens rolle**

Flere former for sosial støtte, fra blant annet helsepersonell, venner og familie, ser ut til å forbedre utgangspunktet til endring for fysiske aktivitetsvaner (Hardcastle & Hagger, 2011). Gjennom sosial støtte og motiverende intervju er det grunn til å tro at helsepersonellens rolle kan utgjøre en forskjell for overvektige som skal gjøre en endring. Dette bekreftes av Helsedirektoratet (2016) som sier at motivasjon, motiverende intervju og sosial støtte kan ha en stor betydning for å gjennomføre en vellykket livsstilsendring. De ansvarlige for helsetjenester skal støtte personer i deres innsats for å gjennomgå endringer i deres livsstil



---

(Cole et al., 2013). Ut ifra det Deci og Ryan (2002) og Manger og Wormnes (2005) sier om de psykologiske behovene i teorien, er det grunn til å tro at helsepersonell vil kunne bidra til å tilfredsstille behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet. I tillegg kan helsepersonellet gi anbefalinger, komme med forslag til fremgangsmåter og gi praktisk hjelp (Prescott & Børtveit, 2004).

Når overvektige kommer i en situasjon der man føler seg usikker, vil det å føle tilhørighet skape trygghet (Manger & Wormnes, 2005). Det ble uttrykt at et behov for oppfølging og støtte fra helsepersonell var betydningsfullt, både fra de som klarte å gjennomføre en livsstilsendring og de som mislyktes i prosessen (Hardcastle & Hagger, 2011). Derfor er det rimelig å si at oppfølging og støtte kan være med på å tilfredsstille behovet for tilhørighet ved å for eksempel gi håp om nye løsninger (Manger & Wormnes, 2005). I Borge et al. (2012) ble det fortalt om ulike opplevelser i møte med helsepersonell. Enkelte opplevde å bli møtt med negative og fordømmende holdninger, og følelsen av å ikke bli verdsatt eller forstått. Disse opplevelsene gir et grunnlag til å anta at det påvirker motivasjonen negativt og at det blir vanskeligere å gjennomføre en endring, ettersom slike opplevelser kan føre til motstand og en dårlig relasjon mellom MI-utøveren og den overvektige. For å bli motivert til endring kan det være utslagsgivende hvordan helsepersonellet møter den overvektige (Borge et al., 2012). Funn i Borge et al. (2012) er i samsvar med Hardcastle og Hagger (2011) hvor konsultasjoner som var uformelle, pasient-sentrert og hvor man opplevde å bli lyttet til var til hjelp og en stor pådriver for endring. For moderat og anstrengende fysisk aktivitet ga et støttende helsepersonell tilfredsstillelse av behovene for autonomi og kompetanse og økt indre motivasjon (Silva et al., 2010). På bakgrunn av funn i avsnittet er det mulig å si at når helsepersonell er med på å tilfredsstille behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet, kan det gi økt motivasjon til endring. Dette fordi tilfredsstillelse av behovene ser ut til å gi et bedre utgangspunkt for å gjøre en endring gjennom økt støtte, kunnskap og selvstendighet.

For å utvikle den overvektiges kompetanse kan helsepersonell med regelmessig oppfølging av individet gi mulighet til å kartlegge den overvektiges problemer og legge til rette for livsstilsendring. Når helsepersonellet deler sin kunnskap som er tilpasset den overvektiges kompetansenivå (Borge et al., 2012), er det mulig at de sammen kan komme frem til ulike måter å holde seg i aktivitet på og fortsette med gode vaner (Cole et al., 2013). Dette ble også funnet i Borge et al. (2012) som forteller om erfaringskunnskap og fagkunnskap sammen gir grunnlag for kunnskapsutvikling. Opplevelsen av erfaringsnær og gjenkjennelig kunnskap viste seg å være en motivator for videre utvikling av kompetanse.

Konkrete råd og informasjon fra helsepersonell ble funnet å være verdifullt for de overvektige og oppmuntret dermed til endring (Cole et al., 2013). Det er ikke uvanlig at den overvektige og helsepersonellet kan være uenige om hva som er det mest gunstige målet og hvordan målet skal nås (Prescott & Børtveit, 2004). Hardcastle og Hagger (2011) forteller at direkte råd var sjeldent en heldig måte å gå frem på. Cole et al. (2013) hevder på den ene siden at sosial støtte var mindre viktig enn faglig støtte, og helsepersonellet ble sett på som en kilde til informasjon mer enn som støtte. På den andre siden mener Hardcastle og Hagger (2011) at oppmuntring og støtte var nødvendig, mens informasjon og råd ikke ble sett på som et behov. Ut ifra nevnte funn kan det tyde på å være individuelt hva en person verdsetter mest av kompetanse og tilhørighet fra helsepersonell, og det trengs mer forskning på området. Det ser ut til å være nødvendig med et godt samarbeidet mellom helsepersonell og den overvektige, hvor den overvektiges ønsker og behov lyttes til og legges til rette for. Et slikt samarbeid kan bidra positivt i endringsprosessen.

---

## 6. Konklusjon

Studiene viser motivasjon som viktig for at overvektige skal oppnå en livsstilsendring i fysisk aktivitet, og spesielt den indre motivasjonen ser ut til å være av betydning. Det tyder på å være individuelt hva som motiverer den enkelte, men det kommer tydelig frem at tilfredsstillelse av de psykologiske behovene er viktig. For å tilfredsstille disse behovene er det avgjørende at livsstilsendringen utføres av egen vilje med grunnlag i den indre motivasjonen. Ut i fra studiene kan det tyde på at kompetanse, tilhørighet og autonomi både påvirker og er avhengige av hverandre, men at behovet for autonomi ser ut til å være spesielt viktig ved en livsstilsendring i fysisk aktivitet.

Størrelsen på det sosiale nettverket og oppnåelse av sosial støtte fra venner, familie, helsepersonell og andre i samme situasjon er viktig for det fysiske aktivitetsnivået og for å opprettholde en sunn livsstil. Overvektige ser ut til å motiveres av støttende miljøer, men hvor motivert de blir avhenger av i hvilken grad miljøene tilfredsstiller de psykologiske behovene. Sosial støtte påvirker behovet for tilhørighet da det gir en følelse av å være knyttet til andre. Det er viktig for overvektige å tolke støtten som autonom ettersom det tilfredsstiller behovet for autonomi som er med på å styrke motivasjonen, som igjen gir en økt intensjon om å være fysisk aktiv. Sosial støtte kan tilfredsstille behovet for kompetanse gjennom veiledning, informasjon og råd fra venner, familie og helsepersonell, ved å øke ressursene hos de overvektige. Gjennom tilfredsstillelse av de psykologiske behovene øker selvbestemmelsen og den autonome selvreguleringen, som igjen er med på å øke motivasjonen for fysisk aktivitet. Det er funnet ulike negative påvirkninger fra det sosiale nettverket, og derfor vil det være vanskelig å si i hvilken grad sosial støtte er med på å påvirke motivasjonen og psykologiske behov.

Gjennom motiverende intervju henter man frem og styrker den indre motivasjonen samtidig som man tilfredsstill de psykologiske behovene gjennom ulike komponenter i samtaleteknikken. Autonomi er i fokus og blir tilfredsstilt gjennom ansvarlighet og ved støtte i valg. Tilhørighet blir tilfredsstilt gjennom en ikke-dømmende holdning og at man oppnår høyere grad av sosial støtte. Kompetanse tilfredsstilles ved muligheten for tilbakemeldinger og informasjon fra MI-utøveren. Derfor kan motiverende intervju være et godt hjelpemiddel for å fremme en livsstilsendring i fysisk aktivitet, men det vil i tillegg være avgjørende hvor ofte og regelmessig intervjuene gjennomføres for å kunne styrke den indre motivasjonen. Det er vanskelig å si hva som er det optimale antallet ettersom dette er individuelt. Gjennom motiverende intervju kan den overvektige oppnå sosial støtte, og relasjonen til MI-utøveren eller helsepersonellet vil være avgjørende for utfallet.

Livsstilsendring krever motivasjon, ferdigheter, sosial støtte og innsats over lengre tid, og det er viktig å ha tro på egne evner til å gjennomføre endringen. Det er fortsatt usikkert hvilke tilnærminger som er best for å hjelpe overvektige med å danne og vedlikeholde en livsstilsendring. På bakgrunn av litteraturstudien kan det indikeres til at sosial støtte og motiverende intervju kan bidra positivt til å tilfredsstille de psykologiske behovene og styrke motivasjonen hos de overvektige til en livsstilsendring i fysisk aktivitet.

---

## Litteraturliste

- Bahr, R. (Red.). (2015). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bot, S. D., Mackenbach, J. D., Nijpels, G. & Lakerveld, J. (2016). Association between Social Network Characteristics and Lifestyle Behaviours in Adults at Risk of Diabetes and Cardiovascular Disease. *PLOS ONE*, 11(10). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0165041>
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Forskning*, 7(1), 14-22. Hentet fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/98957/art\\_borge\\_8623.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/98957/art_borge_8623.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Brattenborg, S & Engebretsen, B. (2013). *Innføring i kroppsøvingsdidaktikk* (2.utg.). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Bø, I. & Schiefloe, P. M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital: Innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cole, J. A., Smith, S. M., Hart, M. & Cupples, M. E. (2013). Do practitioners and friends support patients with coronary heart disease in lifestyle change? A qualitative study. *BMC Family Practice*, 14. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-126>
- Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (2009). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø – viktige faktorer for helsen. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial*

*epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 96-114). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. New York: The University of Rochester Press.

George, M., Eys, M. A., Oddson, B., Roy-Charland, A., Schinke, R. J. & Bruner, M. W. (2013). The role of self-determination in the relationship between social support and physical activity intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(6), 1333-1341. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jasp.12142>

Hardcastle, S. & Hagger, M. S. (2011). “You can’t do it on your own”: Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(3), 314-323. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.01.001>

Helsedirektoratet. (2016). Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering og organisering. (Veileder IS-1896). Hentet 08.02.17 fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler\\_IS1896.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf)

Helsedirektoratet. (2017a). *Fysisk aktivitet – lokalt folkehelsearbeid*. Hentet 09.02.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag>

- 
- Helsedirektoratet. (2017b). *Motiverende intervju som metode*. Hentet 14.03.17 fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#mi-kan-brukes-av-mer-enn-helsepersonell>
- Hånes, H., Graff-Iversen, S. & Meyer, H. E. (2015). *Overvekt og fedme hos voksne: faktaark med statistikk*. Hentet 06.02.2017 fra <https://www.fhi.no/fp/overvekt/overvekt-og-fedme-hos-voksne/>
- Imsen, G. (2014). *Elevens verden: Innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing Your Literature Review: Traditional and systematic techniques*. London: SAGE Publications Ltd.
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kohl, H. W., & Murray, T. D. (2012). *Foundations of physical activity and public health*. Champaign, Il: Human Kinetics.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2005). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet – Psykisk Helse – Kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Mæhlum, S. (2011). Overvekt og fedme. I N.C. Øverby, M.K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 99-111). [Kristiansand]: Høyskoleforlaget.

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

Ommundsen, Y. (2011). Er det så enkelt å få folk mer fysisk aktive? I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 257-274). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Patrick, H. & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-18>

Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ross, R. & Janssen, I. (2012). Physical Activity, Fitness, and Obesity. I C. Bouchard, S. N. Blair & W. L. Haskell (Red.), *Physical Activity and Health* (2.utg., s. 197-214). Champaign, Il: Human Kinetics.

Silva, M. N., Markland, D., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Carraça, E. V., Palmeira, A. L. ... & Teixeira, P. J. (2010). Helping overweight women become more active: Need support and motivational regulations for different forms of physical activity.



---

*Psychology of Sport and Exercise*, 11(6), 591-601. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.06.011>

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

Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L. & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-22>

Torstveit, M. K. & Olsen, S. R. (2011). Fysisk aktivitet i folkehelsearbeidet. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 163-182). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Vollrath, M. E. T., Meyer, H. E. & Torgersen, L. (2015). *Folkehelse rapporten: Overvekt og fedme*. Folkehelseinstituttet. Hentet 24.02.17 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/overvekt-og-fedme/#hovudpunkt>

Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: Individuelle valg eller sosiokulturelle produkter? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 83-95). Oslo: Gyldendal Akademisk.