

FIRE FORELDRES ERFARINGER MED AKTIVITETSSKOLES PROSJEKT FOR ALVORLIG OVERVEKTIGE BARN



Bilde: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer>

**En teoretisk og empirisk undersøkelse av
mestringsprosessen sett i et erfaringshermeneutisk
perspektiv.**

Anita Hermansen

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Juni 2010

FORORD

Denne masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Selve intervjuet kan i ettertid beskrives billedlig som en pardans. Som forsker var det jeg som bestemte musikken (tema), mens det var informanten som førte an i dansen (personlige erfaringer). Informanten bestemte dermed rytmen, trinnene, kraften, lidenskapen, og når dansen sluttet. Pardansen ga energi og begge var vi intenst opptatt av musikken så lenge den varte. I ettertid ønsker jeg å rette en stor takk til informantene for deres villighet til å delta i dette forskningsprosjektet. De gjorde sitt ytterste for at jeg skulle forstå hva som bidrar til endret livsstil og mestring av foreldrerollen, sett i relasjon til Aktivitetsskolens intervensjonsprogram. Stor takk rettes også til stipendiat, overlege og daglig leder Ane Kokkvoll som ga tillatelse til samarbeid med hovedprosjektet Aktivitetsskolen i Finnmark. Hun tilrettela for kontakt med informantene via to aktuelle helsestasjonene i Finnmark. Uten deres innsats hadde denne masteroppgaven ikke blitt til. I denne sammenheng ønsker jeg også å nevne professor Viggo Rossvar. På flyet nordover, på vei til mitt første intervju, satt jeg og leste i boken "Vitenskap og kommunikasjon" av Hjørdis Nerheim. Det viste seg forfatteren var hans kone. Tusen takk for faglig interesse, oppmuntrende ord og gratis taxi frem til hotellrommet. Det varmet.

Prosessen med å forme nye tanker om til ord, har vært krevende. Det tok tid å transkribere og dele opp intervjuteksten i meningsenheter, sub-tema og hovedtema. Dette var jeg derimot forberedt på. Det jeg ikke var like godt forberedt på var hvor lang tid det tok å forstå hva jeg egentlig hadde gjort, og hvor åpen eller lukket jeg hadde vært vedrørende analysen. Når dette gikk opp for meg, var det som en gledelig åpenbaring av forståelse. Uten min hovedveileder professor Torunn Hamran hadde denne forståelsen ikke vært mulig. Gjennom hele prosjektet bidro hun med utfordrende innspill og konstruktiv kritikk. Dette fikk meg til å stå på og ha tro på prosjektet. Tusen takk for innsatsen. Likeledes takker jeg for lærerike undervisningstimer på UiT, særlig med professor Anders Lindseth. En veiledningssamtale i etterkant hjalp meg til å forstå hva en meningsenhet ikke er. Takk rettes også til medstudenter for deres engasjement og oppklarende tilbakemeldinger når vi møttes til masterseminar og kollokviegrupper. Jeg er også takknemlig for lege Richard Slubowski som har oversatt sammendraget til engelsk.

*Den største takken rettes til min ektefelle. I tre år har han vist tålmodighet med en til tider sliten og fraværende student og kjæreste. Uten hans oppmuntring og støtte ville denne masteroppgaven ikke latt seg gjennomføre. **Anita Hermansen, Tromsø 14. mai 2010.***

SAMMENDRAG

Bakgrunn for oppgaven: Som helsesøster har jeg i lengre tid registrert at mange skolebarn avviker fra egen KMI-kurve vedrørende vekt. Vektavvik hos barn fører ofte til vektbekymring og økt samarbeid mellom foresatte og ansatte på helsestasjonen. Barn med alvorlig overvekt blir henvist til barneavdelingen ved Hammerfest sykehus, Helse Finnmark. Helsepersonell ved barneavdelingen har igangsatt et kvantitativt forskningsprosjekt som heter *Aktivitetsskolen i Finnmark*. Formålet med Aktivitetsskolen er blant annet å øke kunnskapen om hvilke behandlingsmetoder som er mest virksomme, og hvilke faktorer som bidrar til endret livsstil hos de involverte familier.

Problemstilling: I løpet av de siste tiårene er alvorlig overvekt og barnefedme ansett som et økende helseproblem over hele verden. I denne undersøkelsen har jeg valgt å rette oppmerksomheten mot foreldre som sentrale aktører i mestrende gruppefellesskap. Problemstillingen lyder slik: *Hva bidrar til endret livsstil og mestring hos foreldre som deltar i Aktivitetsskolens intervensjonsprogram?*

Teori: Overordnet tema i denne masteroppgaven er mestring av forelderrollen. Teoretisk ståsted er Aron Antonovsky's teori om hvilke faktorer som fremmer helse og motstandskraft. Teorien vektlegger den enkelte persons *opplevelse av sammenheng* (OAS) som viktigste faktor for mestring. Han så på helse som et *kontinuum* mellom deler som utgjør helheten. For å nærme seg den sunne og friske siden av kontinuumet, må personen oppleve livet som *forståelig, håndterbart og meningsfylt*. Personlig utvikling og egne ressurser blir vektlagt.

Metode: Som metode har jeg tatt i bruk åpne dybdeintervju, hvorav fire mødre med alvorlig overvektige barn blir intervjuet. Foreldrenes mestringsprosess blir sett i et hermeneutisk perspektiv. Min intensjon er å få en dypere forståelse av foreldrenes erfaringer og situasjon med sine alvorlig overvektige barn.

Resultat: Foreldrenes erfaringer viste meg at gruppefellesskap minsket foreldrenes opplevelse av maktesløshet og deres følelse av å være alene om omsorgen for barna. Samtidig økte foreldrenes bevissthet og sosiale integrasjon. Mødrene gav uttrykk for at Aktivitetsgruppen gav økt selvtillit, støtte, motivasjon, kreativitet, trygghet, glede og gjensidig omsorg. I tillegg opplevde de gruppeaktiviteten som vanedannende. Dette er

faktorer som bidrar til mødrenes positive OAS, som igjen identifiseres som prediktor for bedring av livskvalitet.

Konklusjon: Kvalitativ forskning er viktig for å fremme kunnskapsgrunnlaget for hva som styrker foreldrerollen. En salutogen tilnærming kaster lys over foreldrenes mestringsprosess samtidig som den bidrar til å videreutvikle Aktivitetsskolens intervensjonsprogram.

Nøkkelord: Foreldrerolle, barnefedme, intervensjon.

SUMMARY

Background: While serving as a public health nurse I have followed the growth and development of children over many years and have experienced how disproportionate weight gain and the development of obesity concerns both parents and health care workers. In Finnmark, the northernmost region of Norway, children with morbid obesity are referred to the pediatric department of Hammerfest Hospital, Helse Finnmark, where health care workers have established a quantitative research project named Activity School in Finnmark (Aktivitetskolen i Finnmark). One of the goals of the Activity School is to increase awareness about which treatment options are the most effective and which factors cause the most improvement in the lifestyles of the families involved.

Topic: During the course of the past decades childhood obesity has been recognized as an increasing health problem worldwide. In this study I have chosen to direct attention towards the central role that parents have in the management of this problem and how group treatment strategies can provide successful results. The question raised is: *Which factors contribute to successful empowerment and lifestyle changes of the parents who participate in the Activity Schools interventional program for families of morbidly obese children?*

Theory: The major theme of this master's degree thesis is the development of the individual's ability to function successfully in the role of parent. The basis for this approach is Aron Antonovsky's theory about which factors improve health and resilience, with the conclusion that the individual's sense of coherence is the most important factor for successful empowerment. Aron Antonevsky viewed health as a continuum that was comprised of various factors which in turn formed the whole. In order to approach the healthy side of this continuum, the individual had to experience his or her life as predictable, manageable and meaningful. The individual's resources and personal development are important factors in this process.

Methods: I conducted open and in-depth one-on-one interviews with the mothers of four morbidly obese children. The empowerment of the individual in the role of parenting was viewed from a hermeneutic perspective in order to obtain a deeper understanding of the individual's situation and experiences as the parent of a morbidly obese child.

Results: The interviews showed that the establishment of treatment groups reduced the individual parent's feelings of isolation in the care of their child. Group intervention also increased the individual parent's awareness and social integration. The mothers that I interviewed expressed that the "Activity Group" provided an arena of mutual support and motivation, which in turn resulted in increased self-confidence and creativity of the individual in providing persistent lifestyle changes. These factors provide a positive sense of coherence, which has been identified as a predictor of improvement of quality of life.

Conclusion: Qualitative research is important in order to improve our understanding of which factors strengthen individuals in the role of parenting. A salutogen approach has shown how parents develop empowerment and how the Activity School's interventional program can continue to develop successfully.

Key words: Parental Role, Child obesity, intervening.

Det er den draumen

*De er den draumen me bær på
at noko vidunderleg skal skje – at det må skje
at tidi skal opna seg
at hjarto skal opna seg
at dører skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa ut
at draumen skal opna seg
at me ein morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um*

v/ Olav H Hauge

Diktsamling; "Dropar i austavind", 1966

INNHALDSFORTEGNELSE

DEL I.....	1
1. INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen.....	1
1.2 Tidligere forskning og relevans.....	2
1.3 Problemstilling.....	4
1.4 Søkord.....	5
1.5 Oppgavens struktur.....	6
2. AKTIVITETSSKOLEN I FINNMARK.....	6
2.1 Utvalg og behandlingstilbud til hovedprosjektet.....	7
3. TEORETISK FORSTÅELESERAMME.....	8
3.1 Opplevelse av sammenheng.....	8
4. METODOLOGI OG METODE.....	9
4.1 Naturvitenskap.....	10
4.2 Humanvitenskap.....	10
4.2.1 Hermeneutikk.....	11
4.2.2 Erfaringshermeneutikk.....	13
4.3 Gjennomføring av undersøkelsen.....	15
4.3.1 Forberedelser og rekruttering av intervjupersoner.....	15
4.3.2 Inklusjonskriteriene for utvalg.....	16
4.3.3 Størrelsen på utvalget.....	17
4.3.4 Frivillig og informert samtykke.....	17
4.4 Intervju.....	18
4.4.1 Åpne dybdeintervju.....	18
4.4.2 Organisering og bearbeiding av intervjumaterialet.....	19
4.4.3 Analyse.....	21
4.4.4 Refleksjoner rundt fremstilling av empiri, analyse og drøfting.....	24
4.4.5 Ethiske overveielser.....	25
DEL II.....	26
5. ANALYSE AV INFORMANTENES ERFARINGER.....	26
5.1 Å håndtere egne følelser og ressurser.....	27
5.1.1 "Et rop om hjelp".....	27
5.1.2 "Det er jo våres feil".....	28
5.1.3 "Jeg er et vanemenneske".....	28
5.1.4 "De stenger døren".....	29
5.2 Å håndtere et alvorlig overvektig barn.....	29
5.2.1 "Jeg stekker ikke til".....	29
5.2.2 "Hun må begynne å klare seg selv".....	30
5.3 Å håndtere familie og andre voksnes innblanding.....	32
5.3.1 "Du må få slanka den gutten din".....	32
5.4 Å håndtere barnets matinntak.....	33
5.4.1 "Problemet våres har vært mat, - ikke mat".....	33
5.4.2 "Jeg er sulten".....	34
5.5 Å håndtere barnas behov for lek og hverdagsaktiviteter.....	35
5.5.1 "Vi er ikke noen sånne friluftsmennesker".....	35
5.6 Å håndtere Aktivitetsskolens intervensjon og gruppefellesskap.....	36
5.6.1 "Man holdes litt i ørene".....	37
5.6.2 "Det trengs så mye aktivitet".....	37
5.6.3 "Vi har fått en ny unge".....	39

6. DRØFTING AV MESTRINGSPROSESSEN	40
6.1. Individuelle påvirkninger	41
6.1.1 Opplevelsen av å styre viktige aspekter ved eget liv	41
6.1.2 Mestring og følelsen av egenverd	44
6.1.3 Kognitiv kapasitet	45
6.2 Familiære påvirkninger	47
6.2.1 Foreldrenes varme og utviklingsstøttende omsorg.....	47
6.2.2 Foreldrenes deltakelse og interesse i barnas liv	49
6.3 Samfunnsmessige påvirkninger.....	53
6.3.1 Aktivitetsgruppen, et nettverk preget sosial støtte, normer og verdier	54
6.3.2 Politiske tiltak som påvirker foreldrenes mestringsstrategier	58
6.3.3 Reklame, motepress og kroppsideal.....	60
7. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER	62
LITTERATURLISTE	66
VEDLEGG 1	72
VEDLEGG 2	73
VEDLEGG 3	75
VEDLEGG 4	77
VEDLEGG 5	78

DEL I

1. INNLEDNING

Helsestasjonen- og skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for et godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen.... Videre er formålet med tjenesten å bidra til en mer helsefremmende livsstil i målgruppene [egen kursiv] (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982, s. 2).

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Helsestasjonens overordnede målsetting skal danne føringer for helsefremmende og forebyggende arbeid innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Som sykepleier har jeg over 20 års yrkeserfaring, hvorav de fleste årene som helsesøster. Ved helsestasjonen har jeg i lengre tid registrert at mange skolebarn avviker fra egen KMI - kurve vedrørende vekt¹. Vektavvik hos barn fører ofte til vektbekymring og økt samarbeid mellom foresatte og ansatte på helsestasjonen. Ved alvorlig overvekt blir barnet henvist til barnelege og innkalt til ekstra oppfølging. I denne sammenheng har jeg erfart at temaet alvorlig overvekt både kan være sensitivt og vanskelig. Hos foreldrene kan temaet vekke deres ønske om hjelp og samarbeid, men også forbauselse, skepsis og irritasjon. Samtaler med overvektige skolebarn har gjort meg oppmerksom på de følelsesmessige og sosiale belastningene enkelte av disse barna utsettes for. Dette har medført at jeg ønsker å få større innblikk i familier med alvorlig overvektige barn.

Gjennom mitt arbeid på helsestasjonen ble jeg kjent med et prosjekt som heter **Aktivitetsskolen**. Dette er et tverrfaglig forskningsprosjekt som foregår på barneavdelingen ved Hammerfest sykehus, Helse Finnmark (HF). Studien er kvantitativ og retter seg mot barn

¹. KMI betyr kroppsmasseindeks på norsk og er det samme som BMI på engelsk. For å vurdere vekt i forhold til høyde benyttes høyde - vekttabeller hvor man tar vekten og deler på kvadratet av høyden (kg/m²). WHO's KMI-tabeller er beregnet for voksne, men de siste årene har eksperter utarbeidet KMI-tabeller for barn. WHO's definisjoner er: Fedme: KMI > isoKMI 30. Overvekt: KMI > isoKMI 25. Undervekt: KMI < 18,5. For å få et bredere grunnlag for å vurdere hvordan fett er fordelt på kroppen, kan man supplere KMI med å måle barnets livvidde. Livvidden skal ikke være større enn halvparten av høyden! Begge målemetodene indikerer parameter for helse og sykdomsrisiko (Folkehelseinstituttet, 2004b & Helsedirektoratet, 2004, 2009).

mellom seks og tolv år med alvorlig overvekt og fedme, og deres familier. Prosjektet startet i 2005 med et forprosjekt kalt Aktivitetsskolen i Hammerfest. Ti påmeldte barn og deres familier ble fulgt opp i et år. I løpet av dette året opplevde disse familiene at barna deres var mindre innaktive og at de gikk ned i KMI. Om barnas endringer var varige eller signifikante var i følge overlege Ane Kokkvoll vanskelig å si. Hun ønsket derfor å gå videre med forskningen og kontaktet forskningssenteret på UNN. Etter hvert ble hun frikjøpt fra HF til å lage en protokoll og for å starte opp med et hovedprosjekt kaldt Aktivitetsskolen i Finnmark. Førtifire barn er foreløpig påmeldt Aktivitetsskolens hovedprosjekt, hvor stipendiat og overlege Ane Kokkvoll er daglig leder. Gjennom dette hovedprosjektet forsetter hun forskningsarbeidet for å finne frem til gode behandlingstilbud til disse barna (Kokkvoll, i Myrbakk, 2010).

Som mastergradsstudent i helsefag ønsket jeg å få kontakt med foreldre hvis barn er påmeldt dette forskningsprosjektet. Jeg kontaktet daglig leder Ane Kokkvoll for å undersøke mine muligheter for tilknytning vedrørende hovedprosjektet. Skriftlig tillatelse til samarbeid ble gitt. I forskningssammenheng blir dette kvalitative prosjektet et selvstendig delprosjekt i tilknytning til Aktivitetsskolen i Finnmark. Jeg har i samarbeid med Ane Kokkvoll og to aktuelle helsestasjoner i Finnmark innhentet tillatelse til kvalitative intervju fra familiemedlemmer hvis barn er til gruppebehandling ved Aktivitetsskolen. Jeg tar utgangspunkt i fire mødre som deltar på Aktivitetsskolen sammen med barna sine. For å skåne barna mest mulig har jeg valgt å ta et *foreldreperspektiv*.

I forskrift om kommunehelsetjenesteloven indikeres det at helsepersonell skal styrke foreldrenes kompetanse i oppdragerrollen og gjennom tverrfaglig samarbeid bidra til en økt helsefremmende livsstil blant barn og unge. Med denne overordnede målsettingen, mødrenes fortellinger, følelser og personlige erfaringer, samt min innsats som helsefaglig forsker, søker jeg å forstå situasjonen til familier med alvorlig overvektige barn gjennom et erfaringshermeneutisk (tolkende) blikk.

1.2 Tidligere forskning og relevans

I løpet av de siste tiårene er alvorlig overvekt og barnefedme ansett som et økende helseproblem over hele verden. Dette beskrives av flere både som en fedmeepidemi og en innaktivitetsepidemi som truer folkehelsen. På verdensbasis er det i følge Verdens

helseorganisasjon (WHO) ca. 17,6 millioner barn (20 %) under fem år som lider av overvekt (WHO, i Folkehelseinstituttet, 2004a). Folkehelseinstituttet påpeker at USA er et av landene med høyest forekomst av overvektige barn. Her ble andelen barn med overvekt og fedme estimert til over 35 % i 2003-2004 (Folkehelseinstituttet, 2009). De tyngste barna øker mest i vekt (Folkehelseinstituttet, 2008). I Norge mangler vi systematiske undersøkelser for overvåking av målt høyde og vekt på landsrepresentative utvalgte barn. Fra tidligere har vi kjente undersøkelser som "Osloundersøkelsen", "Bergensundersøkelsen" og "Tromsøundersøkelsen". "Barnevekstundersøkelsen" ved Folkehelseinstituttet ble i samarbeid med Helsedirektoratet etablert i 2008 for å dekke dette behovet. De undersøkte åtteåringers vekst i Helseregion midt-Norge. Undersøkelsen viste at 19 % av jentene og 16 % av guttene var overvektige (Folkehelseinstituttet, 2009). I dag regner man med at ca. 15-20 % av alle norske barn er overvektige eller fete (Folkehelseinstituttet, 2008). Med "Nøkkeltall for helsesektoren 2009" ser man at Helsedirektoratet formidler vesentlige utviklingstrekk vedrørende norske barn mellom to til 18 år. Når det gjelder overvekt og fedme topper jentene i Helse Nord med hele 23 % på landsbasis. Guttene i Helse Nord er på ca. 16 % og ligger dermed under Helse Midt som topper med ca. 19 % (Helsedirektoratet, 2009, s. 63). Statistikken viser at forekomsten av overvekt og barnefedme i Norge er økende. Fortsetter vekstutviklingen i samme tempo, er det fare for at norske barn ligger på samme prosentandel som USA innen 15 år.

I følge Helsedirektoratet er overvåking av vekstutvikling i barnebefolkning nødvendig for å få kunnskap og oversikt, men også for å kunne planlegge og evaluere forebyggende arbeid. Nye retningslinjer for veiing og måling av barn er på trappene innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er ønskelig med flere rutinemessige målinger av vekt og høyde slik at man kan fange opp vekstavvik hos barnet så tidlig som mulig. Faktorer som kan påvirke vekst er blant annet arv, kost, grad av fysisk aktivitet og sykdomstilstander (2004). I følge Kokkvoll viser ulike studier at genetikk står for ca. 40 - 60 % av fedmen. Dette betyr at det må en større innsats til for å hindre en ytterligere vekttoppgang (Kokkvoll, i Kvarum, 2009; Myrbakk, 2010).

Konsekvenser av alvorlig overvekt og fedme hos barn viser seg å ha negativ helseeffekt på sikt. Forskning viser at disse barna utsettes for fysiske problemer som diabetes, hjerte-kar, stoffskifte, ulike kreftformer og belastningsskader (Folkehelseinstituttet, 2009; Ulset, Undheim & Malterud, 2007). Ny forskning viser at fedme i tenårene er like farlig som å være

storrøyker. For begge grupper er dødsincidensen (risikoen) fordoblet sammenlignet med normalvektige ikke røykere (Neovius, Sundström, & Rasmussen, 2009). Om overvekt og fedme fører til psykososiale problemer og lav selvfølelse på sikt er noe usikkert. Store befolkningsundersøkelser i Sverige viser at overvektige barn ikke har dårligere selvbilde enn normalvektige barn (Renman et al., i Nowicka, & Flodmark, 2006, s. 55). Forskere hevder at det antagelig vil finnes en liten gruppe på ca. 10-15% av de overvektige barna som sliter med selvfølelsen og at disse barna trolig vil ha et dårlig selvbilde uavhengig av vektavvik (Nowicka & Flodmark, 2006, s. 55). Når man ser på mulighetene for å forebygge overvekt og fedme i voksen alder, tror man mulighetene er størst i barneperioden pga. barns naturlige vekst (Folkehelseinstituttet, 2009). Sammensatte tiltak som fysisk aktivitet i skolen, kostholdsveiledning og strukturelle tiltak har vist seg å ha effekt (Helsedirektoratet, 2004).

1.3 Problemstilling

Med bakgrunn i de sterke signalene som er gitt fra helsemyndighetenes side (stigende overvektsproblematikk og helseproblemer), har jeg rettet oppmerksomheten mot foreldre som sentrale aktører i mestrende gruppefellesskap. Jeg søker etter perspektiver for å forstå mestring av foreldrerollen som en prosess forankret i Aktivitetsskolens intervensjonsprogram.

Som masterstudent i helsefag skal jeg for en periode tre ut av helsesøsterrollen og inn i forskerrollen. Ved hjelp av åpne dybdeintervju og foreldrenes erfaringer med Aktivitetsskolens prosjekt, søker jeg å få ny kunnskap om familier med alvorlig overvektige barn. Dette utgangspunktet har dannet grunnlag for følgende problemstilling:

Hva bidrar til endret livsstil og mestring hos foreldre som deltar i Aktivitetsskolens intervensjonsprogram?

Når det gjelder gruppebasert intervensjon, ser det ut til at Aktivitetsskolen har vektlagt et utvidet handlingsrom som forener "skolens" utredning og opplæring med familiens ukentlige gruppebaserte oppfølging i hjemkommunen. Dette utvidede rommet kan gi foreldre med alvorlig overvektige barn en mulighet til å påvirke sin egen mestring, og å oppleve sammenheng gjennom sosial og kulturell interaksjon. I følge Sosial- og helsedirektoratet

påvirkes den psykiske helsen av individuelle, familiære og samfunnsmessige faktorer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 19).

Problemstillingen søkes belyst ved hjelp av vitenskapsteori, faglitteratur, foreldrenes tanker, følelser og situasjon, samt eget faglig skjønn på området.

1.4 Søkeord

Når det gjelder kvalitativ forskning var jeg først inne på søkermotorer og søkte etter artikler i Medline, Cinal, PubMed, SveMed, Embase og Cochrane Library. Jeg har søkt på fritekst og merch termer med søkerord som overweight, obesity, children, parental percetion og knowledge. Andre søkeord som BMI, children, overweight og trend har også blitt brukt. Her fant jeg flere artikler av interesse, men besluttet til slutt å spisse søkene mine mot intervensjonsgrupper.

I følge det amerikanske tidsskriftet "American Journal of Preventive Medicine" viser kvantitativ forskning at barnefedme er en prediktor (faktor/parameter som sier noe om fremtidig risiko) for sykelighet, overvekt og fedme i voksen alder. Tidsskriftet viser til at metaanalyser av skolebarn som deltar i intervensjonsprogrammer for å forebygge fedme, blir beskyttet mot å utvikle fedme (Gonzalez-Suarez, Worley, & Grimmer-Somers, 2009). For å sjekke dette nærmere gikk jeg inn i PubMed og Cochrane Databasen. Ved å bruke søkeordene obesity in children viste det seg at denne databasen hadde sett på foreliggende studier vedrørende programmer mot fedme hos barn. Her beskrives ti studier som var inkludert. Syv av disse studiene var langtidsstudier med observasjoner som gikk over minst tre år, mens tre av studiene var på tre måneder. Det viste seg at tre av fire langtidsstudier som kombinerte dietrådgivning og fysisk aktivitet hadde effekt på overvekt. Et av studiene rapporterte effekt av intervensjon, mens to studier viste effekt av dietrådgivning alene. Et langtidsstudium som kun fokuserte på aktivitet viste lett grad av effekt på overvekt. Artikkelen i Cochrane Databasen påpekte at det er et begrenset antall studier av høykvalitetsdata som dokumenterte hvor effektivt fedmeforebyggende programmer virker. Man tror likevel at økning av fysisk aktivitet vil være virksomt (ibid., 2009, egen oversettelse).

1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven er på totalt 65 sider og har 30 854 ord. Den er delt inn i to hoveddeler.

Del I består av kapittel 1, 2, 3 og 4. Innledningsvis i 1. kapittel redegjøres det kort for studiens bakgrunn, tidligere forskning og relevans. Jeg kommer videre inn på problemstilling, forskningsspørsmål, søkeord og avgrensing. I kapittel 2 beskrives målsetting, utvalg og behandlingstilbud for Aktivitetsskolens hovedprosjekt. I 3. kapittel belyser jeg oppgavens teoretiske forståelsesramme. Her presenteres Aron Antonovskij's *salutogenetiske modell*. Han konsentrerte seg om hvilke faktorer som fremmet helse og mestring, hvorav *opplevelse av sammenheng* (OAS) er stikkordene. I 4. kapittel tar jeg først for meg oppgavens metodologi, - som danner grunnlag for valg av teori og metode (tilnærming til prosjektet). Deretter viser jeg til sentrale trekk innen metodehermeneutikk og erfaringshermeneutikk. Utviklingstrekkene blir belyst ved hjelp av en figur. Til slutt i dette kapittelet redegjør jeg for forskningsmetode, gjennomføring av undersøkelsen og etiske overveielser.

Del II består av kapittel 5, 6 og 7. Etter en innledende lesning (naiv forståelse) av teksten, blir første trinn i analysen presentert i kapittel 5. Teorier om mestring ble benyttet når jeg så etter hva som var *forståelig, håndterbart* og *meningsfylt* for informantene². Deretter ble intervjueteksten delt opp i meningsenheter og sub-temaer. Analysen er tematisk organisert og delt inn i seks hoved-temaer for lettere å kunne sammenligne for naiv forståelse, og for å belyse problemstillingen så nøyaktig som mulig. I 6. kapittel kommer jeg inn på andre trinn i analysen. Intervjueteksten ble på nytt lest som en helhet. Min naive forståelse av intervjueteksten og de seks hovedtemaene fra analysekapittelet ble samlet og drøftet i lys av *individuelle, familiære* og *samfunnsmessige* faktorer. Drøftingen skrider dermed frem i en relativ streng mikro-til-makro-modell. Dette for få en utvidet forståelseshorisont vedrørende hvilke faktorer som bidrar til mestring og livsstilsendring hos informantene. Masteroppgaven rundes av med avsluttende betraktninger i kapittel 7.

2. AKTIVITETSSKOLEN I FINNMARK

Dagens behandlingstilbud til barn med alvorlig overvektige og fedme består vanligvis av konsultasjon hos barnelege og eventuelt henvisning til ernæringsfysiolog. Bakgrunnen for

2. Informant, foreldre, mødre og fiktive navn brukes om hverandre i oppgaven.

Aktivitetsskolens forskningsprosjekt er i følge Kokkvoll en oppfatning av at dagens tilbud til disse barna er utilstrekkelig. I samarbeid med Finnmark fylkeskommunene og folkehelseprosjektet "Liv og lyst i lys og mørke", gikk Aktivitetsskolen først ut med et tilbud til de kommunene som deltar i dette prosjektet. Deretter gikk de ut med et åpent tilbud til alle kommunene i Finnmark. Responen ble at Vadsø, Alta, Sør-Varanger, Lebesby og Kautokeino takket ja til et forpliktende tverrfaglig samarbeid med HF. I dag deltar 44 familier i Aktivitetsskolens prosjekt, mens målet er å nå 100 familier. Tilbudet er derfor ytterligere utvidet til også å gjelde Tromsø kommune. Formålet med hovedprosjektet er å øke kompetansen om hvilke metoder og behandlingsformer som er mest virksomme og dermed er til hjelp for barn med alvorlig overvekt og fedme. Et annet mål er å øke kunnskapen om hvilke faktorer som bidrar til endret livsstil hos de involverte familier (Kokkvoll, 2008; Kokkvoll, i Myrbakk, 2010). Kvalitative forskningsmetoder blir dermed etterlyst.

2.1 Utvalg og behandlingstilbud til hovedprosjektet

Utvalget gjelder barn mellom seks til tolv år med alvorlig overvekt og fedme og deres familier. Familiene inviteres inn i prosjektet via media og helsestasjonene, hvorav foreldrene selv tar kontakt og melder barnet på. Prosjektansvarlig i kommunen (helsesøster, sykepleier) finner ut om barnet tilhører målgruppen, gjør en forsamtale og kartlegger motivasjonen. Barna påmeldes hovedprosjektet og randomiseres til to behandlingsmetoder (vedlegg 2). Deretter igangsettes en intensiv oppfølging av familiene i begge grupper de to første årene. Siste kontroll er tre år etter oppstart.

Metode I: Barna innlegges gruppevis med familie, sammen med andre barn med tilsvarende problem. De får tilbud om medisinsk undersøkelse, praktisk og teoretisk veiledning, aktivitetstilbud og etter hvert gruppevis oppfølging på poliklinikken i Hammerfest. Etter ca. 6 – 8 mnd. får barna tilbud om Friluftsskole i fire dager. I hjemkommunen får familien gruppevis oppfølging på lokal helsestasjon. Barna i denne gruppen får aktivitetstilbud to dager i uken. Det ene tilbudet er med aktivitetstrener til stede. Det andre tilbudet har foreldrene selv ansvar for.

Metode II: Barna innkalles individuelt med familie. De får tilbud om medisinsk undersøkelse, teoretisk veiledning og individuell oppfølging på poliklinikken i Hammerfest (dagens behandling). Oppfølgingen i Hammerfest og ved lokal helsestasjon er individuell,

men har samme intervall og omfang som metode I (utvidet tilbud). Barna som er randomisert til denne metoden får ikke et lokalt aktivitetstilbud to dager i uken (Kokkvoll, 2008; Kokkvoll, i Myrbakk, 2010).

3. TEORETISK FORSTÅELESERAMME

3.1 *Opplevelse av sammenheng*

Aron Antonovsky (1923-1994) var israelsk professor i medisinsk sosiolog og den første som gikk over fra å konsentrere seg om *patogenese* (sykdommens årsaker) til å rette blikket mot *salutogenese* (helsefremmende faktorer) og *resilience* (motstandskraft). Han ble født i USA og emigrerte til Israel hvor han iverksatte flere forskningsprosjekt. I sin bok "Helbredets mysterium" innleder Antonovsky med å fortelle om et prosjekt hvor han forsket på kvinner i overgangsalderen, deres psykiske helse og tilpasning til klimakteriet. I undersøkelsen ble det også spurt om kvinnen hadde vært i konsentrasjonsleir. Tallene fra denne studien ble sammenlignet med tall fra en kontrollgruppe. Han kom frem til at 51 % av kvinnene i kontrollgruppen og 29 % av de overlevende fra konsentrasjonsleiren hadde en ganske god psykisk helse. I stedet for å fokusere på hvorfor den ene gruppen hadde betydelig bedre helse enn den andre gruppen, konsentrerte han seg heller om hvilke faktorer som gjorde at de kvinnene som hadde overlevd konsentrasjonsleirens ufattelige lidelser, klarte å leve videre med en rimelig god psykisk helse. Han forteller at dette var en dramatisk opplevelse som påvirket han til en bevisst formulering av det han senere kalte for *den salutogenetiske modell* som ble offentliggjort i 1979 (2000, s. 11).

I følge boken "Helbredets mysterium" forstår jeg det dit hen at Antonovsky tok avstand fra det dualistiske bilde av mennesket som splittet det opp i objekt – subjekt, syk – frisk osv. Han så på helse som et *kontinuum* (en samlet helhet uten avbrekk) mellom deler som utgjør helheten. Antonovsky skriver at det kun var ytterpunktene som utgjorde begrepene syk og frisk. Dermed påsto han at vi alle er terminaltilfeller og litt syke i den ene enden, samtidig som vi også er sunne og friske i den andre enden. Den salutogenetiske tilnærmingen består i å finne ut av hvor på dette kontinuum personen befinner seg på et gitt tidspunkt og hvilke faktorer som skal til for at personen skal bevege seg mot den sunne siden av kontinuumet (2000, s. 22, 24).

Å bli utsatt for psykososialt stress kan i følge Antonovsky føre til en spenningstilstand i kroppen som man på en eller annen måte blir nødt til å håndtere. Hjernen oppfatter dette stresset som et problem som enten må løses eller følelsesmessig reguleres. Hvor effektivt personen klarer å håndtere denne stressfaktoren vil gi seg utslag i hvorvidt resultatet blir patologisk, nøytralt eller helsefremmende. Etter å ha studert hvilke generelle faktorer som kunne påvirke personens spenningshåndtering, så han etter faktorer som kunne påvirke de generelle motstandsressursene (selvfølelse, penger, kulturstabilitet, sosial støtte osv.). Som svar på det salutogenetiske spørsmålet om hvorfor noen mennesker overvinder motstand og kriser uten å bli syk, kom han frem til at motstandskraft beror på den enkelte persons *opplevelse av sammenheng* (OAS, - på engelsk forkortes dette til SOC; sence of coherence). Personens opplevelse (følelse/fornemmelse) av sammenheng var dermed den viktigste begrunnelsen for at vedkommende skulle bevege seg mot den mestrende og friske siden av skalaen. For å få dette til måtte livet (personens indre og ytre miljø) oppleves som *forståelig* (strukturert og forutsigbart), *håndterbart* (nok ressurser til rådighet) og *meningsfylt* (kravene er verdt et engasjement) (2000, s. 34-37, 146). Her argumenterer Antonovsky for at de menneskene som har en sterk OAS klarer psykososiale problemer bedre enn mennesker med en svak OAS. De er flinkere til å definere et problem som en positiv stressfaktor og lever lettere med problemer som ikke kan løses (2000, s. 163-165). I følge Langeland mente Antonovsky at OAS var en indre erfaring som utviklet seg gjennom ungdommen og stabiliserte seg etter 30 års alderen. Nyere forskning viser til at OAS utvikles hele livet gjennom kontinuerlige påvirkninger av ytre hendelser og interaksjoner til disse (Langeland 2009, s. 294). Helse blir da menneskenes evne til å fordøye livet.

4. METODOLOGI OG METODE

Menneskenes særlige kjennetegn er at vi kan tenke, diskutere og reflektere. Vi tenker ikke bare om tingene i tid og rom (uendelighet), men også på oss selv, vår egen atferd (hendelser) og på hvilke roller vi har. Når man tenker på en mer grundig og metodisk måte (tenkning om tenkning) kalles dette gjerne for filosofi. Filosofisk samtalekunst er en gammel arv som går helt tilbake til antikkens Hellas (Eriksen, 2006, CD1). Man kan si at all vitenskap starter med å filosofere over bevisstheten, også moderne vitenskap som vi i dag kaller naturvitenskap og humanvitenskap.

4.1 Naturvitenskap

På 1600-tallet levde den kjente franske filosofen Renè Descartes (1596-1650). I dag regnes han som en pioner innen naturvitenskap og som opphavsmannen innen filosofi av nyere tid. Han lette etter betingelsene for sikker kunnskap. Som rasjonalist la han hovedvekt på alt det mennesket kunne fatte med fornuften. Han regnet forstanden som sikrere kunnskapskilde enn personlige erfaringer, følelser og narrativer (historier). Han var en utpreget dualist når han betraktet forholdet mellom sjel og kropp. Han splittet mennesket i to helt uavhengige og atskilte substanser hvorav sjelen (*res cogitans*) ble oppfattet som den tenkende substans og kroppen (*res extensa*) ble oppfattet som den utstrakte substans. Ved å tenke seg kroppen som ren fysikk eller som et mekanisk system, ble mennesket forklart i matematiske termer. (Thornquist, 2003, s. 11-13; Grimen, i Nortvedt & Grimen, 2004, s. 81, 87). I følge Thornquist er dette en tankegang som har bidratt til å objektivisere menneskekroppen og som preger hele helsevesenet

Et naturvitenskaplig syn går ut på at helsepersonell ved Aktivitetsskolen i Finnmark avdekker hvor alvorlig overvektspromblematikken til hvert enkelt barn er. Barnas vekt blir sammenlignet med foreldrenes høyde og vekt. De prøver ut to forskjellige behandlingstilbud for å komme frem til best egnet metode i forhold til vektreduksjon og nødvendig livsstilsendring. Familiene blir fulgt opp jevnlig over tre år. Resultatene vil bli påvist gjennom veiing, måling, KMI, røntgen, samtaler og observasjon. Barnekropper blir telt, veid og målt og tallene som fremkommer vil fremstå som forklarende statistikk og objektiv sannhet (ytre evidens). Helsepersonell trenger økt innsikt om hva som gjelder innen dette feltet. Kunnskap og oversikt om overvekt og barnefedme er helt nødvendig for å kunne bygge strategier som bidrar til å fremme disse barnas helse og trivsel. Denne typen faktakunnskap er nyttig for å kunne igangsette politiske virkemidler.

4.2 Humanvitenskap

Humanvitenskapen omtales både som helsevitenskap og åndsvitenskap (*Geisteswissenschaften*). I følge den danske filosofen Peter Kemp har helsevitenskap som teori å forstå den verden som vi observerer, lever av, lever i og lever ved. Likeledes nevner han at denne vitenskapen støtter seg på teorier innen etikk, fenomenologi og hermeneutikk (1995).

Innen humanvitenskap var tyskeren Wilhelm Dilthey (1833-1911) en av de første filosofene som prøvde å gi vitenskapen om mennesket et annet ståsted og egenart enn naturvitenskapen. I følge Thornquist mente han at det var et viktig vitenskaplig skille mellom begrepene ”forklaring” og ”forståelse”. Metodologisk vil det si at naturvitenskapen prøver å forklare ting som skjer i naturen ved å være saklig objektiv, ved å generalisere og ved å henvise til årsaker. Når man har med mennesker å gjøre, mente Dilthey at personer i hovedsak bør forstås ved hjelp av innlevelse (empati og sensitivitet) og ikke bare ved hjelp av forklaringer, da all forståelse begynner ved at noe taler til oss. Humanvitenskapen prøver dermed å forstå menneskelige ytringer og handlinger ved å vise til hva som er av betydning (2003, s. 147). I følge Nerheim mener Dilthey at humanvitenskapen er like eksakt som naturvitenskapen. Dette fordi eksakthet handler om å forstå hva saken egentlig gjelder (1996, s. 275).

Et humanistisk syn går ut på at jeg som forsker forholder meg til informantene på en subjektiv måte. De fire informantene fra Aktivitetsskolens prosjekt er for meg betydningsfulle personer med unike erfaringer. Mødrene har på en følsom måte fortalt meg om personlige hendelser med barna og relatert disse opplevelsene både til familien og til Aktivitetsskolen. De har opplevd situasjoner som har påvirket dem følelsesmessig. Opplevelsene meddeles videre med engasjement, inderlighet og til tider blanke øyne. I følge Nortvedt henger forståelse og følelser intimt sammen (Nortvedt, i Nortvedt & Grimen 2004, s. 38), noe jeg tydelig merket under intervjuene. Masteroppgaven er basert på foreldres erfaringer med Aktivitetsskolen hovedprosjekt. Mitt fokus har hele veien vært å forstå foreldrenes språklige formidling av sine erfaringer, via personlige intervju og intervjutekster (indre evidens). Det er da naturlig at jeg under neste punkt kommer inn på hermeneutikk som Thornquist omtaler som en gyldig fremgangsmåte for fortolkninger av inntrykk og som en filosofi for å oppnå forståelse (2003, s. 15).

4.2.1 Hermeneutikk

Hermeneutikken har sine røtter i Hellas, men eksisterte ikke som selvstendig disiplin før mange år senere. Det var teologene på 1600 tallet som i utgangspunktet begynte å bruke begrepet hermeneutikk når de studerte og tolket Bibelen. Da Bibelens budskap var vanskelig å tyde ble det konstruert lesningsmatriser for fortolkning, slik at tekstens symbolikk ble lettere å forstå (Svenaesus, 2005, s. 88). Hermeneutikk omtales nå som fortolkningslære og er på ingen

måte entydig i følge Thornquist. Hun sier at det i dag er vanlig å dele hermeneutikken opp i flere hovedtradisjoner; den tradisjonelle, den filosofiske og nyere hermeneutikk (2003, s. 15).

Den **tradisjonelle og klassiske hermeneutikken** ble utarbeidet i det 19. århundre og hadde sitt utspring i gamle religiøse og juridiske tekster. Målet var å tilegne seg forfatterens intensjoner, liv og historiske epoke, samt tekstens opprinnelige *mening*, for deretter å komme frem til mest mulig korrekt tolkning. Den tradisjonelle hermeneutikken var metodisk og epistemologisk (kunnskapsteoretisk) orientert. Innen denne tradisjonen regnes Dilthey som en av grunnleggerne (Thornquist, 2003, s. 15, 140, 141).

I det 20 århundre gikk hermeneutikken over til å bli mer **filosofisk** og man fremhevet at *forståelse* var et vesentlig grunntrekk ved det å være menneske. Dvs. at man fikk et metodologisk skifte fra epistemologi til ontologi ((læren om det værende). Ontologiske spørsmål omhandler universelle vilkår for forståelse. (Thornquist, 2003, s. 15, 140, 141). Den tyske filosofen Hans Georg Gadamer (1900-2002) påpeker at filosofisk hermeneutikk er en teori om forståelse. Denne forståelsen er primært opptatt av hvordan mennesket innenfor språkets rammer (muntlig og skriftlig) formidler sammenhenger. Språket er med på å hjelpe oss til å forstå den mening og de intensjoner som andre mennesker uttrykker gjennom ord, følelser, handlinger og mellommenneskelig samhandling. Vi vil dermed alltid orienterer oss i en kontinuerlig dialektikk mellom å fortolke oss selv og andre. (Gadamer, 2003; Nortvedt, i Nortvedt & Grimen, 2004, s. 38, 39). For å forstå et annet menneske (pasient), er det dermed viktig å se på den historiske, sosiale og kulturelle konteksten dette mennesket er påvirket og en del av (Nortvedt, i Nortvedt & Grimen, 2004, s. 39). Kjente begrep innen filosofisk hermeneutikk er forståelseshorisont, egne fordommer og hermeneutisk sirkel. Med *forståelseshorisont* menes våre samlede holdninger, oppfatninger, forventninger og erfaringer som vi har på et gitt tidspunkt. Med begrepet *fordom* er det snakk om at vår forforståelse, bakgrunnskunnskap eller åpenhet mot verden er selve grunnmuren våres. Fordommer er noe som vi tar for gitt. Med dette menes at vi alltid, allerede har en forutforståelse i forhold til den/det vi møter. I følge Gadamer er denne forutforståelsen nøytral og den går forut for en eventuell dom vi feller (Thornquist, 2003, s. 142). *Den hermeneutiske sirkel* blir sett på som det mest kjente begrepet innen denne tradisjonen. Sirkelen (eller rettere sagt spiralen) viser til et viktig fortolkningsprinsipp som går ut på at man forstår delene av intervjueteksten ut i fra helheten, og omvendt. Dermed vil vår helhetsforståelse, innlevelse og deltagelse hele tiden endres underveis i prosessen og man får en vedvarende fordypning av egen meningsforståelse

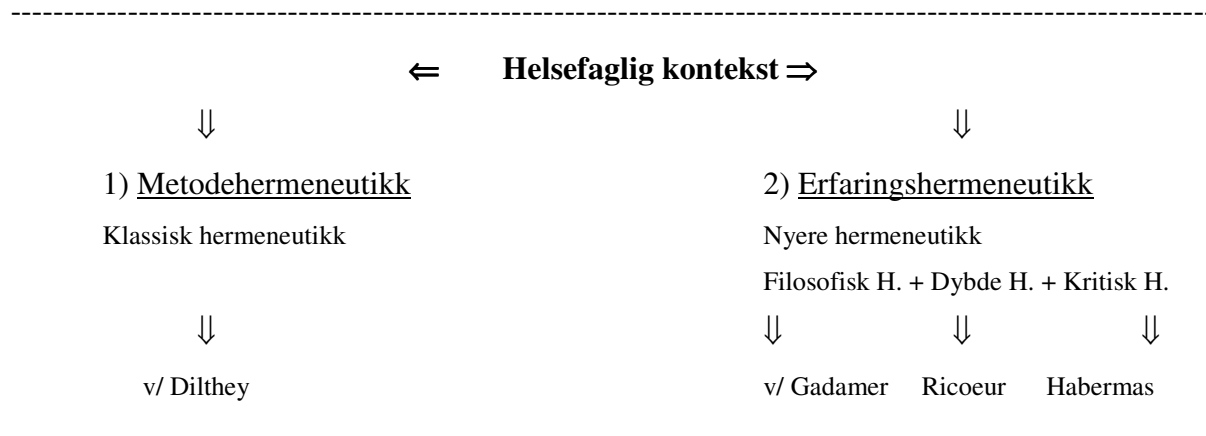
(Thornquist, 2003, s. 142, 143). I følge den svenske filosofen Svenaeus, er Gadammers dialogiske hermeneutikk et ideelt utgangspunkt for å finne den beste formen for tolkning innen helsefaglig praksis (2005, s. 95).

I tillegg kommer **nyere hermeneutikk** som bryter skillet mellom forklaring og forståelse. Dette kalles dybdehermeneutikk i følge Thornquist. Det var den franske filosofen Paul Ricoeur (1913-2005) som først beskrev dybdehermeneutikk som en teoretisk disiplin. Han sluttet seg både til Gadammers kritikk av den fornuftsfilosofi som begynte med Descartes, samt Gadammers ontologiske fundament om at vi er i verden som forstående og fortolkende personer (2003, s. 15, 174). I tillegg utviklet han sin egen fortolkningsteori og forente fenomenologiske tekster med hermeneutisk tolkning. Han påpekte at det er et gjensidig forhold mellom fenomenologien som fokuserer på at bevisstheten er rettet mot ”noe” som har mening, og hermeneutikken som fokuserer på at dette ”noe” må fortolkes da det ikke umiddelbart blir forstått (2003, s. 175). Tolkning av intervjuetekster blir dermed betraktet som en dialektisk bevegelse mellom forståelse og forklaring (Lindseth & Norberg, 2004).

Dette at fenomenologien har fått en naturlig hermeneutisk utvikling og fortsettelse fremheves også av Svenaeus ved at språket, kulturen og historien ledes til fenomenologiens kjerne (2005, s. 85, 94). Dybdehermeneutikk vektlegger dermed tekstens autonomi som et selvstendig objektivt produkt, samtidig som teksten gis en utvidet forståelse ved å overskride forfatterens intensjoner og ved at teksten forstås ut i fra dagens kontekst. Dvs. at teksten både omfatter alle meningsfulle fenomener og at den er med på å frigjøre meningen fra begivenhetene (Thornquist, 2003, s. 15, 175, 176). Oppsummert vil det si at man historisk har gått fra å tolke Bibelens kanoniske tekster, til å tolke alle slags skriftlige tekster og meningsfulle uttrykk (fenomen) innen blant annet kunst, arkitektur og menneskelig interaksjon (2003, s. 15, 140, 141).

4.2.2 Erfaringshermeneutikk

Som helsefaglig forsker ser jeg at det går et skille mellom Diltheys metodehermeneutikk og Gadammers og Ricoeurs erfaringshermeneutikk. I figuren nedenfor har jeg prøvd å presentere en oversikt over nevnte teoretiske posisjoner ut i fra en helsefaglig kontekst (kritisk hermeneutikk blir ikke nevnt i denne oppgaven):



Figur 1: Hermeneutiske tradisjoner

I følge Nerheim er begge tradisjonene aktuelle innen en helsefaglig kontekst, men hun påpeker at erfaringshermeneutikken er spesielt interessant da den hjelper oss til å finne ”*den riktige nøkkelen*” slik at døren kan åpne seg på vidt gap inn til ”*det kliniske kollektiv*” (1996, s. 277). Sammenligner jeg Nerheims uttalelser med denne undersøkelsen, oppfatter jeg at erfaringshermeneutikken ved Gadamer og Ricoeur kan betraktes som et forståelsesparadigme, eller en nøkkel. Denne nøkkelen som her beskrives, kan trolig ikke hjelpe meg til å få direkte innsyn til helsepersonellens (det kliniske kollektiv) utredning og opplæring ved Aktivitetsskolen. Det er heller ikke sannsynlig at døren åpner seg på vidt gap. Håpet er at jeg gjennom foreldrenes erfaringer kan få et glimt av det kliniske kollektiv ved Aktivitetsskolen. I denne sammenheng blir nøkkelen et uttrykk for hvordan jeg kan revidere og utvide egen forståelse.

Erfaringene i denne oppgaven bæres frem ved hjelp av dialogen mellom meg og foreldrene til fire alvorlig overvektige barn. Hele familien er som tidligere nevnt påmeldt Aktivitetsskolen. Dermed er foreldrene også definert innenfor en helsefaglig praksis. Informantenes fortellinger er antagelig ikke fortalt med samme bevissthet som det mange kjente forfattere og diktere presterer, men de er formidlet med innlevelse og med kjærlighet. Jeg merker at det er det sosiale og virkelige livet i familien og i Aktivitetsgruppene som er kilden til informantenes fortellinger. Mødrene besitter dermed en kompetanse som fortelles gjennom personlige erfaringer, handlinger og verdivalg. I følge Svenaeus er livet selv alle fortellingens mor, og i sykdommens tilfelle overgår virkeligheten diktene (2005, s. 95, 132). Jeg vil derfor i dette studiet vektlegge intervjuetekstene som et selvstendig produkt, samtidig som jeg bestreber meg på å gi intervjuetekstene en utvidet forståelse ved å frigjøre meningen fra person og

begivenhet. Den norske filosofen Skjervheim påpekte, i sitt essay ”Deltakar og tilskodar”, at man kan få noe felles i det subjektive og dermed forstå saken på dens egne betingelser (Skjervheim, 1976). Dette er også i tråd med Gadamer's filosofi om at man må rette blikket og la seg styre av saken selv (auf de Sachen selber) (Gadamer, 2003, s. 36). Jeg ønsker dermed å rette fokus mot et gjensidig subjekt-subjekt-forhold til selve saken.

4.3 Gjennomføring av undersøkelsen

Jeg er fulltidsstudent uten økonomisk inntekt og ønsket i utgangspunktet at reisen til Finnmark ble foretatt på billigst mulig måte. Planen gikk først ut på å besøke én kommune i Finnmark og intervju fire informanter på to dager. Siden informantene er i samme gruppe og etter hvert har god kontakt med hverandre, fant jeg det sikrest med henblikk på anonymitet å rekruttere fire informanter fra to forskjellige kommuner i Finnmark. Tidsmessig ble intervjuene utført som først planlagt. Fire intervju på to dager og to intervju pr. dag. Som metodisk hjelpemiddel brukte jeg diktafon. For å bli kjent med det tekniske utstyret hadde jeg på forhånd utført gjentatte prøveopptak.

4.3.1 Forberedelser og rekruttering av intervjupersoner

Før prosjektsøknaden ble sendt til Regional Etisk Komité (REK) kontaktet jeg Aktivitetsskolen i Finnmark og fikk en skriftlig bekreftelse på at jeg var velkommen inn i hovedprosjektet som masterstudent (vedlegg 1). Tilbakemeldingen fra REK gikk ut på at de ønsket tilfeldige informanter, i stedet for at daglig leder for hovedprosjektet rekrutterte aktuelle og relevante informanter til prosjektet. Ivrig etter å starte opp tok jeg derfor direkte kontakt med ledende helsesøster og koordinator (sykepleier/helsesøster) for Aktivitetsskolen ved lokal helsestasjon i to Finnmarkskommuner. Etter godkjenning fra REK (vedlegg 5) ble skriftlig informasjon sendt ut til helsestasjonene. Koordinatorene leverte informasjonsbrev med informert samtykke og frankerte konvolutter til to tilfeldige foreldre i hver kommune. Alle fire foreldre takket ja til deltagelse ved første henvendelse.

Omtrent samtidig ble daglig leder ved Aktivitetsskolen i Finnmark orientert om hvilke kommuner jeg hadde kontaktet og hvor langt i prosessen jeg var kommet. Jeg fikk da tilbakemelding på at første henvendelse til aktuelle helsestasjoner i utgangspunktet burde ha vært klarert og formelt gått via daglig leder for hovedprosjektet, Ane Kokkvoll. Dette ble

selvfølgelig fulgt opp i ettertid. Vi avtalte å møtes for å skrive en formell samarbeidsavtale vedrørende rekruttering av informanter, tidspunkt for oppstart av intervju, skriftlig tillatelse for senere publisering m.m. Samtidig fikk jeg beskjed om å legge hele intervjurunden på is, inntil en av de aktuelle Finnmarkskommunene hadde svart på en allerede planlagt midtevaluering av hovedprosjektet.

Oppstart av intervjuene ble utsatt i ca. fire uker for å tilpasse dette til foreldrenes oppfølging i hovedprosjektet, men også for at det ikke skulle oppstå problemer, ekstra belastning eller konflikter for noen av de involverte parter. Dette fordi tidspunkt for intervju var midt oppi en pandemi med svineinfluensa og massevaksinering på helsestasjonene i Finnmark. I løpet av denne perioden ble jeg smertelig klar over at jeg i farten hadde hoppet over det viktigste leddet, prosjektleder Ane Kokkvoll. Jeg visste dermed heller ikke noe om den planlagte midtevalueringen. Dette kunne selvfølgelig oppfattes som lite ydmykt fra min side og at jeg ikke tok tilstrekkelig hensyn til hovedprosjektet. Situasjonen opplevdes pinlig, men også lærerik. Jeg forsto plutselig at dette var foreldre som i utgangspunktet var ”belastet” med mye intervensjoner og oppfølging fra hovedprosjektet. Jeg innså at foreldrene burde skånes i mest mulig grad for det som kunne oppfattes som en tilleggsbelastning fra min side og at rett tidspunkt var vesentlig. Samtidig besluttet jeg meg for å trå meget varsom og bruke tilstrekkelig tid på hver informant. Det positive med utsettelsen var at foreldrene som hadde takket ja til intervju, fikk lang tid til å vurdere om de virkelig ønsket å delta. I tillegg fikk jeg en ekstra mulighet til å forberede meg på hva åpne og fleksible dybdeintervju rent teoretisk gikk ut på. Jeg konsentrerte meg om å få en viss struktur på intervjuguiden, hvorpå mange spørsmål ble omformet til tre hovedtema med noen få underpunkter (vedlegg 4). Endelig tidspunkt for oppstart av intervju ble avklart med daglig leder etter at midtevaluering av hovedprosjektet var foretatt. Intervjupersonene ble til slutt formelt rekruttert via daglig leder for hovedprosjektet. Kokkvoll kontaktet ledende helsesøster i to aktuelle kommuner og fikk en formell og skriftlig tillatelse (tidligere gitt muntlig). Deretter kontaktet ledende helsesøster koordinator ved lokal helsestasjon og ga klarsignal om at jeg kunne kontakte informantene (som tidligere hadde svart ja), og dermed starte intervjuene.

4.3.2 Inklusjonskriteriene for utvalg

1) Foreldre til barn med alvorlig overvekt som er påmeldt hovedprosjektet Aktivitetsskolen i Finnmark. 2) Barna er mellom seks og tolv år og er i utgangspunktet randomisert til grupper.

3) Familien har deltatt på Friluftsskole i fire dager, ca. seks til åtte mnd. etter oppstart (vedlegg 2). 4) Kun en forelder stiller opp til intervju.

Det første kriteriet går ut på at familien er påmeldt Aktivitetsskolen i Finnmark. Det er dermed ikke helt tilfeldige foreldre med overvektige barn jeg er ute etter, men foreldre som er aktive, interesserte og som selv deltar i et allerede oppstartet interveneringsprogram. Det andre kriteriet tar utgangspunkt i familier som er tilfeldig utvalgt fra grupper. Dette fordi jeg samtidig er interessert i å få innblikk i hvordan gruppebasert intervensjon fungerer. Det tredje kriteriet er for å sikre at informantene var kommet så langt i hovedprosjektet at de hadde en viss erfaring. Det fjerde kriteriet er for å lette transkriberingen i ettertid. Disse kriteriene var med på å sikre et representativt utvalg

4.3.3 Størrelsen på utvalget

Det ble foretatt et strategisk utvalg av informanter med utgangspunkt i problemstillingen. Fire foreldre til alvorlig overvektige barn påmeldt Aktivitetsskolen i Finnmark ble inkludert i studiet. Som masterstudent var jeg avhengig av å få tilpasset de lange avstandene i Finnmark med flyavganger, ledig hotellrom og tidspunkt som passet for hver enkelt informant. For å få gjort dette på billigst mulig måte så jeg meg nødt til å få dette koordinert i løpet av to dager. I følge Katrine Fangen fokuserer man mer på mening og innhold i kvalitative studier, enn på bredde og omfang (Fangen, 2009). I ettertid viste det seg at fire informanter var tilstrekkelig til å kaste lys over oppgavens problemstilling og til å gjennomføre en grundig analyse og tolkning av intervjumaterialet.

4.3.4 Frivillig og informert samtykke

Min første kontakt med informantene gikk via telefon. Under denne samtalen vurderte jeg samtidig om informantene hadde en realistisk oppfatning av hva det ville si å delta. Jeg presiserte at dette prosjektet var et selvstendig delprosjekt i tilknytning til Aktivitetsskolen i Finnmark og at det var helt frivillig å delta. Dette bekreftet de å ha forstått. Det ble opplyst at de når som helst mens prosjektet pågikk, kunne trekke seg fra undersøkelsen og be om at opplysninger ble slettet. Likeledes fikk de informasjon om at jeg som forsker ikke hadde tilgang på barnas journal, ei heller hadde innflytelse på barnas behandling i barneavdelingen ved Hammerfest sykehus eller ved lokal helsestasjon (avklaring av egen rolle).

4.4 Intervju

Et intervju defineres vanligvis som en målrettet samtale som har til hensikt å fremskaffe informasjon (Berg, i Olsen, 2003, s. 124). Olsen påpeker at metodelitteraturen ikke er helt enig om hva kvalitative intervju egentlig er. Noen forfattere fremhever utstrakt åpenhet og fokus på spesielle fenomen (fenomenologene), mens andre mener at samtale, fortolkning, mening og forståelse er det viktigste i kvalitative intervju (Olsen, 2003, s. 127-128). I denne undersøkelsen har jeg vektlagt det sistnevnte. Informantene fremstår dermed som kunnskapsrike personer med en helt spesiell kompetanse innen Aktivitetsskolens intervensjonsprogram og interaksjonsprosess. På grunn av sensitivt emne og taushetsbelagte opplysninger har jeg valgt å intervju en og en forelder. Jeg har latt hver enkelt informant og selve intervjusituasjonen bestemme samtale og rekkefølge på spørsmålene. Min spørrende holdning under intervjuet kan dermed sies å være mitt verktøy. Jeg valgte å ta i bruk åpne kvalitative dybdeintervju.

4.4.1 Åpne dybdeintervju

I utgangspunktet hadde jeg ønsket å intervju informantene i deres eget private hjem, med deres egen historie rundt seg. Dette for at undersøkelseskonteksten skulle bli så naturlig og avslappet som mulig. Etter en telefonrunde begrunnet to av informantene at intervju hjemme hos dem privat, ikke passet på nåværende tidspunkt (praktiske årsaker). Jeg besluttet derfor at alle intervjuene burde finne sted på et offentlig og rolig sted hvor vi ikke ble forstyrret. I den ene kommunen foregikk intervjuene på hotellet hvor jeg bodde og i den andre kommunen ved lokal helsestasjon. Jeg opplevde dermed at intervjukonteksten ble noe konstruert, særlig på hotellet. Før oppstart ordnet jeg med noe å drikke til informantene samtidig som jeg spurte om hvorfor de ble med på dette intervjuet. Deres spontane svar lød slik (gjengis anonymt):

Man skylder å la seg intervju pga. stort engasjement fra Aktivitetsskolen. Jeg ønsker å stille opp og belyse temaet. Jeg tror det er et hjelpemiddel for deg, slik at du kan hjelpe andre. Jeg ønsker å være til hjelp for Aktivitetsskolen og for andre familier med samme problem. For å dele informasjon om den gruppa jeg er med på i Aktivitetsskolen.

Etter en kort presentasjon og introduksjon av undersøkelsens hensikt, fikk informantene utlevert kopi av intervjuguiden (vedlegg 4). Deretter satte jeg diktafonen på og vi kom raskt i

gang med selve intervjuet. I denne settingen opplevde jeg meg selv både som forsker og samtalepartner, hvorpå jeg konsentrerte meg intenst for å følge informanten akkurat der hvor hun var historisk og følelsesmessig i fortellingen. Underveis vektla jeg å vise ubetinget aksept og innlevelse samtidig som jeg fulgte opp med støtteord, spørsmål og kommentarer. Dette for å oppmuntre informanten til å fortsette å snakke fritt og spontant, men også for å klargjøre egen forståelse og om mulig få en utdypning av følelser, tema eller historiens innhold. Enkelte stikkord ble skrevet samtidig med opptaket, noe informanten var informert om på forhånd. Intervjuet ble avrundet med en samtale uten at båndet gikk, hvorpå jeg avslutningsvis roste og takket informanten. Etter at informanten hadde forlatt rommet skrev jeg direkte ned et lite sammendrag om informantens atferd under intervjuet (tårer osv.), og om personlige opplysninger som ble gitt i etterkant. Jeg tror at notater som er gjort direkte etter intervjuet, mens jeg ennå husker samtalen og tydelig ser for meg informantens kroppsspråk, er med på å styrke troverdigheten i intervjumaterialet mitt.

Tre av informantene ble rørt og blank på øynene under intervjuet, en av informantene opptil fire ganger. Der og da var jeg mer beveget og opptatt av å gi informanten papir til å puss nesen, enn til å notere ned hvor i intervjuet dette eksakt fant sted. Det ble ikke foretatt pauser underveis da informantene bød på stort engasjement og ivrig prat helt fra første minutt. Kun en informant hadde på forhånd notert noen setninger som hun ønsket å formidle til slutt. Intervjuene ble avsluttet når samtalen opphørte på en naturlig måte og informanten opplyste at hun ikke hadde noe mer å tilføye. Alle informantene ga meg tillatelse til å kontakte dem i ettertid hvis uklarheter eller behov for å foreta flere intervju. Totalt varte det lengste intervjuet hele 90 minutter, de andre tre intervjuene varte i 50, 55 og 60 minutter.

4.4.2 Organisering og bearbeiding av intervjumaterialet.

Intervjuguiden var grundig bearbeidet og forberedt på forhånd. Ved å satse på åpne dybdeintervju med tre hovedtemaer, hadde jeg i utgangspunktet ingen faste spørsmål. Dette førte til at informanten fra første stund hadde hovedregien. På grunn av tidspress rakk jeg ikke å høre igjennom hvert enkelt intervju, før jeg snakket med neste informant. Underveis merket jeg likevel at intervjuene påvirket meg og genererte ny undring. Dette førte til at jeg måtte korrigere dialogen og stille nye spørsmål fra det ene intervju til det andre osv.. Dette for å få frem kompleksiteten slik at jeg satt igjen med best mulig datamateriale.

Straks etter hjemkomst startet jeg med å overføre intervjuene fra diktafon til lydfiler på privat PC (passordbeskyttet). Samtidig ble alle fire intervjuene overført på en DVD-plate og merket. Deretter begynte arbeidet med å *transkribere* (omskrivning av levende tale til ”død” intervjutekst) alle fire intervjuene. Hver informant fikk først et nr. og deretter et fiktivt navn. På lydfilene snakket informantene klart og tydelig slik at det var lett å forstå hva som ble sagt. Jeg skrev ned intervjuene ord for ord og spolte frem og tilbake slik at ordlyden (meningen) skulle bli så korrekt som mulig. På grunn av tre forskjellige dialekter i samtalen valgte jeg å skrive alle intervjuene på bokmål (anonymisering). For å markere viktige utsagn blir disse referert direkte. Et par steder i teksten har jeg kommentert hvor informanten slår om til dialekt. Alle egennavn og stedsnavn er utelatt pga. anonymitetshensyn. Pauser i teksten ble markert, og informantens vektlegging av ord understreket. Mine egne kommentarer ble satt i parentes. For å skaffe meg selv ryddighet og oversikt i intervjuteksten ble mine spørsmål og kommentarer og informantenes utsagn og fortellinger skrevet i forskjellig skrifttype (vanlig skrift og kursiv). Teksten ble til slutt sammenlignet med lydfil, korrigert og bekreftet som gyldig.

Transkriberingen opplevdes som tidkrevende, grundig og slitsom, men resulterte også i at jeg ble godt kjent med det som ble sagt i intervjuene. Som intervjuer og forsker var oppmerksomheten min ikke bare rettet mot språk og meningsinnhold, men også mot det sanselige og nonverbale som f. eks. kroppsspråk, ansiktsuttrykk, blikk, tårer, pauser, klangen i stemmen, betoning av ord, flyt i samtalen osv. I ettertid opplevde jeg at alle disse inntrykkene ikke kunne fremstilles ved transkripsjon. Dermed blir transkripsjonen bare en del av intervjuet. Samtidig ser jeg at transkripsjonsmaterialet er et viktig råmateriale som danner grunnlaget for hele masteroppgaven. Transkriberingen tok nærmere 60 timer med intensiv skriving. Dette resulterte i 72 sider med tekst. I tillegg hadde jeg flere sider med stikkord og notater (skrevet rett etter intervju).

Direkte etter transkribering og før analysearbeidet startet, ble informantenes svarkonvolutt med navn og samtykkeerklæring lagt i en merket og lukket konvolutt. Det samme ble gjort med DVD-platen med de 4 intervjuene. Disse to konvoluttene ble deretter arkivert i hvert sitt arkivskap på helsestasjonen hvor jeg er ansatt.

4.4.3 Analyse

Det dagligdagse fortellende språket i samtalen mellom informantene og meg, danner grunnlaget for mitt analyse- og tolkningsarbeid. Intervjutekstene ble først analysert og deretter tematisert. Oppmerksomheten min har vært rettet mot den underliggende meningen i intervjuteksten, noe jeg kommer nærmere inn på i oppgavens drøftningsdel. I de kommende avsnitt vil jeg beskrive og eksemplifisere hvordan jeg gikk frem for å analysere teksten og belyse temaene. Dette for at leseren lettere kan følge de valg jeg har tatt og eventuelt erfare valgene mine som både mulige og sannsynlige.

Før oppstart av intervjuene var jeg blitt inspirert av Lindseth & Norbergs artikkel; ”*A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*” (2004). Artikkelen beskriver en fenomenologisk hermeneutisk metode for tolkning av intervjutekster, inspirert av Ricoeur fortolkningsteori. Kort oppsummert går metoden ut på at forskeren intervjuer, tar opp samtalen på lydbånd og skriver ned intervjuteksten. Deretter analyseres og tolkes teksten før forskeren synliggjør fenomenet (det som er av avgjørende betydning i informantens erfaring).

Jeg leste artikkelen nøye før jeg utarbeidet en intervjuguide. Etter grundig bearbeiding av intervjuguiden endte jeg opp med tre hovedtemaer med underpunkter (vedlegg 4). Under intervjuene vektla jeg å ha en åpen innstilling til informanten. I utgangspunktet hadde jeg planlagt å forholde meg åpen til intervjumaterialet under hele prosessen. Denne planlagte åpenheten ble imidlertid noe innskrenket midtveis i arbeidet.

Transkribering: Jeg valgte som sagt å transkribere alle intervjuene selv. Samtidig som jeg transkriberte intervjuene, merket jeg at jobben med å bearbeide det talte ord startet. Jeg skrev ned stikkord underveis. Etter å ha transkribert det siste intervjuet, kopierte jeg alle sidene over på A3 format slik at det ble godt med skriveplass pr. side. I første omgang hjalp dette meg til å opprettholde en viss struktur og oversikt på egne notater. Intervjuteksten ble analysert i flere etapper og lest mange ganger for å få en helhetlig betydning av teksten. Etter hvert som jeg studerte teksten, merket jeg et økende behov for å få noen teoretiske knagger å henge intervjumaterialet mitt på. Valget falt på Aron Antonovsky`s teori om hvordan vi mennesker skaper eller *oplever sammenheng* i tilværelsen (OAS, punkt 3.1).

Meningsenhet: Som tidligere nevnt studerte jeg intervjutekstens innhold og sammenheng for å få en helhetlig betydning av materialet. Deretter delte jeg opp teksten stykkevis etter hva som hørte sammen og kalte dette for meningsenheter. De forskjellige meningsenhetene ble markert med farget tusj direkte inn i intervjuteksten (hver informant fikk forskjellig farge). Så omformulerte jeg meningsenhetene med mine egne ord (i egen kolonne ved siden av teksten), samtidig som jeg passet på å beholde tekstens opprinnelige mening. Jeg valgte å bruke Antonovskys tre begrep når jeg så etter hva som virket *forståelig*, *håndterbart* eller *meningsfylt* for informanten. Underveis oppdaget jeg at teksten ikke bare hadde en mening, men kunne tolkes på forskjellige måter. Dvs. at jeg måtte ta kontinuerlige valg. Eksempler på meningsenheter er: 1) ”Å forstå behovet for at man trenger hjelp og å be om hjelp” (*Personlig*), og 2) ”Å finne mening i å følge opp barnet på alle mulige måter” (*Barn*). ”, 3) ”Å håndtere andre voksnes innblanding og guttens mas om mer mat” (*Familie*).

Sub-tema: Neste trekk var å komprimere meningsenhetene slik at jeg lettere kunne belyse et mulig tema. Dvs. at jeg nå prøvde å presisere den grunnleggende betydning i teksten. Samtidig merket jeg at teksten ble kortere og mer letthåndterlig. Jeg kalte denne kolonnen for subb-tema. Lindseth & Norberg påpeker her at et verb er bedre til å avsløre teksten enn et substantiv, noe jeg fulgte opp som et prinsipp (2004). Eksempler på sub-tema ser slik ut: 1) ”Å være oppsøkende”, 2) ”Å være oppfølgende” og 3) ”Å være konsekvent”. Jeg konsentrerte meg om å beholde det sentrale i selve innholdet.

Hovedtema: Alle meningsenheter i intervjumaterialet som kom inn under Antonovskys tre begrep; *forståelig*, *håndterbart* og *meningsfylt* ble konsekvent sortert og plassert. Dette medførte at jeg lettere klarte å skaffe meg oversikt over datamaterialet, samtidig som det ble noe begrenset. Etter at denne jobben var gjort, løsnet jeg på grepet igjen. Nå prøvde jeg åpent å se etter hva meningsenhetene og sub-temaene i intervjuteksten egentlig prøvde å formidle som meningsfulle tema. Hver meningsenhet og hvert sub-tema ble så inndelt under hvert sitt hovedtema på A3 arket mitt. I første omgang brukte jeg hovedtema med faktadimensjon for lettere å skaffe meg oversikt, flytte og sortere teksten. Etter å ha arbeidet meg gjennom hele den samlede intervjuteksten på nytt, satt jeg igjen med seks hovedtemaer (kategorier); 1) *Personlig*, 2) *Barn*, 3) *Familie* (som tidligere nevnt under eksempler på meningsenheter), samt 4) *Mat*, 5) *Aktivitet* og 6) *Grupper*. Deretter flyttet jeg alle meningsenhetene inn under hvert sitt hovedtema på egne ark, slik at ingen data falt imellom eller kom inn under to tema samtidig. Hovedtema skal i følge Granskär & Nielsen være uttømmende og gjensidig

utelukkende (2008, s. 163-164). Dette hjalp meg til å få en nødvendig distanse til informantene i intervjumaterialet mitt. Samtidig passet jeg på at hver informants utsagn var merket med forskjellig tusjfarge slik at jeg også kunne holde oversikt over hva de forskjellige mødre hadde meddelt. Gradvis merket jeg at jeg ikke var så bundet til informantene lenger, men mer til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

Analyseprosessen var tidkrevende og jeg konsentrerte meg om å finne likheter og forskjeller i det samlede intervjumaterialet. Når analysedelen var ferdig, gjorde jeg alle seks faktadimensjonene om til seks meningsdimensjoner (hovedtemaer). Disse meningsdimensjonene ble til temaoverskrifter i oppgaven, hvorav kun et av Antonovskys begrep ble tatt i bruk, *håndterbart*. Dette fordi jeg hadde en forforståelse om at foreldrene må kunne gjøre eller mestre noe vedrørende de utfordringene som stilles til dem fra Aktivitetsskolen. Det hjelper ikke bare å forstå en situasjon, de må handle. De seks hovedtemaene er:

1. Å håndtere egne følelser og ressurser
2. Å håndtere et alvorlig overvektig barn
3. Å håndtere familie og andre voksnes innblanding
4. Å håndtere familiens matvaner
5. Å håndtere barnas behov for lek og hverdagsaktiviteter
6. Å håndtere Aktivitetsskolens intervensjon og gruppefelleskap

Teksten ble flyttet på flere ganger underveis. I tillegg vekslet jeg kontinuerlig på å forholde meg til del og helhet som beskrevet i den hermeneutiske spiral. Et intervju sirkulerer dermed fra å være en helhet til å bli en selvstendig del av fire intervju, for så å bli en helhet igjen osv.. Utsagn som fremstår som enestående og som berører meg spesielt danner overskrifter under de seks hovedtemaene. Eksempler på dette er: ”*Det er jo våres feil*”, ”*Jeg er sulten*” og ”*Vi er ikke noen sånne friluftsmennesker*”. Hovedtemaene er ikke uttømmende for å forstå foreldrenes OAS, men er et forsøk på å gi leseren bedre oversikt over hvordan informantene mestrer foreldrerollen og hva de synes er utfordrende og problematisk i forhold til de krav (endringer) som stilles til dem. Jeg bytter på å fremheve de erfaringene informantene synes å ha felles og de erfaringene som synes å være ulike. Underveis klargjør jeg hva som er av vesentlig betydning ved å veksle mellom direkte sitat og å oppsummere informantenes tanker

og opplevelser. Det jeg opplever som enestående og overraskende vil bli fremhevet og meddelt fortløpende.

4.4.4 Refleksjoner rundt fremstilling av empiri, analyse og drøfting

Det at intervjuene ble foretatt og transkribert av meg personlig, er med på redusere risikoen for feiltolkning og å styrke intervjumaterialets troverdighet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 82). Jeg lot foreldrene selv velge hvem av dem (mor eller far) som skulle komme til intervju. Fire voksne mødre møtte opp til avtalt tidspunkt, noe jeg ser kan belyse problemstillingen noe ensidig. Det anbefales at forskjellig kjønn og aldersgrupper deltar i en undersøkelse da dette kan bidra til å besvare forskningsspørsmålene på en bredere måte (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 169).

Jeg er klar over at både forskningsspørsmål og intervjusituasjon er med på å skape eller frembringe data. Likevel har jeg for det meste kun valgt å referere til egne spørsmål i denne oppgaven. Bare et par steder er spørsmålene mine direkte sitert. Dette fordi åpne dybdeintervju gir informantene mer eller mindre fritt ord innenfor et bestemt tema. I ettertid opplevde jeg det tungvint å gå en halv side tilbake for å finne det opprinnelige spørsmålet (som ikke direkte passet med informantens svar, da de gjerne endret fokus underveis). Informantenes erfaringer og tanker derimot fremstilles ved hjelp av ordrette sitat. Sitatene er med på å gi leseren en mulighet til å bedømme undersøkelsens gyldighet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 170). På denne måten kan leseren selv lettere vurdere om mine tolkninger av intervjuteksten er med på å bekrefte sannhetsgehalten i undersøkelsens resultat. Siktemålet mitt er hele tiden at leseren skal kunne følge etter på de stiene jeg har gått, og om mulig se sammenheng mellom informantens historier og mine tolkninger av disse. Forhåpentligvis erfarer leseren denne veien både som troverdig og sannsynlig.

Før oppstart av intervju klargjorde jeg som nevnt egen rolle overfor informanten. Siden vi var helt ukjente for hverandre opplevde jeg at informantene forholdt seg til meg som forsker og ikke som helsesøster. Selv erfarte jeg at den formelle forskerrollen ikke var så vanskelig å tre inn i da jeg allerede hadde over to års distanse til helsesøsterrollen pga. studiepermisjon. Min posisjon som ”utenifraforsker” var antagelig likt oppfattet fra begge parter. Siden jeg ikke hadde noen tidligere relasjon til informantene tror jeg svarene de gav var spontane og ærlige og jeg fikk ikke inntrykk av at de snakket meg etter munnen. Jeg er oppmerksom på at en

konstruert intervjusituasjon kan hindre informasjonstilgangen. Dette fordi relasjonen mellom intervjuer og informant kan oppleves som asymmetrisk. Før oppstart av intervjuene opplyste jeg derfor informanten om at jeg så på dem som mødre med lang erfaring og god kompetanse vedrørende overvektsproblematikken. Jeg opplevde informantene som trygge voksne som våget å gi uttrykk for egne meninger, og intervjusituasjonen som likeverdig.

Ved hjelp av denne empiriske undersøkelsen har jeg prøvd å forstå informantenes situasjon gjennom å ta del i deres erfaringer og opplevelser med Aktivitetsskolen intervensjonsprogram. Ved hjelp av en tematisk analysemetode prøver jeg å få en utvidet forståelse av informantenes mestringsprosess. Jeg ser på hvordan informantene mestrer å være foreldre til sine alvorlig overvektige barn, og drøfter funnene i lys av *individuelle, familiære og samfunnsmessige faktorer*. Videre drøfter jeg hvordan den sosiale og kulturelle konteksten påvirker informantene og gir dem mening. Teorier som er blitt brukt i denne oppgaven har gitt nye perspektiv på hva som bidrar til livsstilsendring og mestring av foreldrerollen.

Fra min side hadde det vært ønskelig at flere personer kunne ha lest intervjumaterialet slik at vi siden kunne ha diskutert, sammenlignet og dermed styrket nøyaktigheten og troverdigheten i analysen. Pga. sensitivt materiale og anonymitetshensyn var dette dessverre ikke mulig med aktuelt intervjumateriale. Dog ble et transkribert intervju i sin helhet oversendt og deler av intervjumaterialet jevnlig diskutert med min veileder på UiT. I tillegg deltok jeg på obligatoriske masteroppgavesamlinger og jevnlig møter med en kolokviegruppe. Her ble deler av oppgaveteksten fremlagt og drøftet anonymt. I følge Polit & Beck handler troverdighet også om hvor overførbart et resultat er når det gjelder andre sammenlignbare grupper eller situasjoner (Polit & Beck, i Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 170). Denne overføringsverdien er i tråd med både mine og informantenes intensjoner.

4.4.5 Etske overveielser

Juridiske og etiske vurderinger inndeles i formelle og uformelle overveielser (Jakobsen, 2003, s.2).

Formelle overveielser styres av landets lover og forskrifter. Forskning på foreldre er regulert av Personopplysningsloven. Denne loven har som målsetting å beskytte barn og voksne mot at personvernet blir krenket. Helsemessige forhold kommer inn under sensitive opplysninger

og krever dermed strengere regulering (Jakobsen, 2003, s.2). Dette forskningsprosjektet ble derfor sendt til REK for godkjenning.

Uformelle overveielser styres av etiske krav som blant annet går på taushetsplikt, anonymisering og aidentifisering. Informantenes historie og situasjon skal ikke bli gjenkjent (Jakobsen, 2003, s.2). Dette har jeg tatt hensyn til og fulgt opp gjennom hele oppgaveskrivingen. I tillegg har jeg lagt vekt på god forskningsetikk ved fortløpende å referere til andres arbeid. Å sitere betyr at man gjengir teksten ordrett akkurat slik som det står i en artikkel eller blir sagt i et intervju (Widerberg, 2004, s. 59). Jeg har ikke tatt tekst eller sitat ut av sin sammenheng slik at det får en annen betydning enn opprinnelig ment.

Personlige etiske overveielser kommer inn under uformelle vurderinger. Her ønsker jeg å trekke frem en av barneskolenes tilbud av sjokolademilkshake, juice og lyse baguetter (loff). Dette opplevdes som meget problematisk for en av informantene (punkt 6.3.2). Med tanke på at Aktivitetsskolen har inngått et samarbeid med Fylkeskommunen vedrørende folkehelseprosjektet "Liv og lyst i lys og mørke", ble det etisk riktig for meg å kontakte daglig leder Ane Kokkvoll for å høre om hun visste om nevnte situasjon. Hun svarte at min tilbakemelding dessverre ikke var enestående. Hun hadde fått lignende tilbakemeldinger fra flere kommuner og skoler i fylket, til tross for folkehelsesatsningen. Vi ble enig om at jeg informerte ansvarlig koordinator for Aktivitetsskolen i aktuell kommune. Dette for å be vedkommende om å se nærmere på saken og eventuelt løftet problemet opp på et høyere nivå for å hjelpe mor. Dette er i tråd med oppgavens innledningssitat hvor det henvises til at "*Helsestasjonen... skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen*" [egen kursiv] (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982, s. 2).

DEL II

5. ANALYSE AV INFORMANTENES ERFARINGER

Under dette kapittelet velger jeg å komme nærmere inn på de seks hovedtemaene (punkt 4.4.3), tema for tema. Jeg starter med å se på informantenes håndtering av egne følelser og ressurser.

5.1 Å håndtere egne følelser og ressurser

Informantene i denne masteroppgaven er fire voksne mødre som har flere barn hver. To av dem har mange års erfaring i å være mamma. Av anonymitetshensyn har informantene fått fiktive navn. Jeg kaller mødrene for Liv, Jill, Bente og Mia. Når det gjelder barna er det to jenter og to gutter som blir beskrevet i denne studien. Jeg unngår å oppgi barnas nåværende alder og antall søsken. Etter informantenes utsagn er tre av barna født normalvektige. De begynte først å legge på seg rundt fire - fem års alderen. Det fjerde barnet har ligget over vektpercentilen siden spedbarnsalder i følge mor.

5.1.1 "Et rop om hjelp"

Jeg innledet intervjuet med å spørre om informantene kunne fortelle litt om prosessen eller bakgrunnen for hvorfor familien valgte å melde seg på Aktivitetsskolen i Finnmark. Både Liv, Jill og Bente sa at de lenge hadde forstått at de trengte hjelp vedrørende barnas overvekt. Liv tenker tilbake: *"Da var han fire, fem år... det var da han for alvor liksom begynte å legge på seg... det har bare økt og økt og økt... så vi følte at vi måtte ha hjelp for å klare det her"*.

Jill synes det har vært en tung og ensom kamp og forklarer meg:

... at som forelder så kan man slite mye med overvekt på barn. Det å ha litt for mye på kroppen kan føre til en hel masse andre ting som depresjon, spiseproblemer, forstyrrelser i alle former, bulimia, anorexia... blant annet i ungdomstiden. Derfor er det et rop om hjelp på en måte, ja.

Bente uttrykker mer oppgitthet når hun ser tilbake: *"Jeg har jo... barn fra før og de har vært plaget med overvekt i mer eller mindre grad. Jeg visste at det her klarer jeg ikke alene... og jeg tenkte at nå må vi se om vi ikke kan få noe hjelp.... Ja, jeg har merket det at jeg makter det ikke alene"*.

Mia derimot sa ikke direkte at hun trengte hjelp vedrørende barnets vekt, men forteller at hun har hatt mange tanker rundt årsaken til datterens overvekt. Mor informerer om at jentungen begynte å legge på seg da hun var mellom fire og fem år, etter at hun fikk en lillesøster. Mias motiv til å melde barnet inn på Aktivitetsskolen var blant annet å få et svar på hvorfor barnet var blitt så overvektig.

5.1.2 "Det er jo våres feil"

Liv forteller at gutten har begynt å kommentere at hun har blitt så streng. Jeg lurer på hva hun føler når gutten sier dette til henne? Liv mener at kommentarene til gutten ikke biter på henne mer, men at de gjorde det i begynnelsen. Hun forteller: *"... og det her med at han skulle få brus og.... Jeg tenkte jo at vi var snill med han, sant. Vi har jo gjort han en forferdelig dum bjørnetjeneste.... Det er jo våres feil. Det er våres feil at han ble så stor som han ble. At vi var så ettergivende og sa ja til alt"*. Mor forteller at hun har skyldfølelse for barnets overvekt. Hun føler at hun er nødt til å være konsekvent for at det nå skal gå, om hun så må være streng, irritert og sint av og til. Hun påpeker at det koster og at det krever innsats og kamp fra hennes side. Dessuten føler mor seg som en "Bitch", når hun må være så konsekvent.

Bente og Mia kommer også inn på følelser som skyld, dårlig samvittighet og dårlig selvfølelse i forhold til barnas veldige overvekt. Bente sier at hun har gått rundt med dårlig samvittighet i 26 år. Denne skyldfølelsen er nå redusert: *"Også slapper jeg også mer av. Jeg går ikke rundt nå og har den dårlige samvittigheten hele tiden, for at jeg ikke gjør noe. Det synes jeg er deilig"*. Jill derimot uttrykker at hun har vært sliten og redd for barnets fremtid.

5.1.3 "Jeg er et vanemenneske"

Jeg spør Mia hva hun tenker på, hvis jeg nevner ordet selvfølelse? Hun forteller at selvfølelsen er blitt bedre, men at den kan bli ennå bedre. Hun og barnefar har blitt mer bevisst på hva de gjør, hva de spiser og hva de sier. Hun fortsetter med denne kommentaren: *"Det er ikke så lett å snu en... altså, husk på at man har hatt vaner i mange år... og det skal ta litt tid før man snur det, for å få det til å bli en vane, - en ny vane. Ja, jeg er et vanemenneske. Det skal mye jobbing for å snu meg, men jeg jobber med det"*. Hun kommer inn på at mørketiden er tung og at hun føler seg dårlig, elendig og trett i mørketiden. I denne perioden går hun litt i nedturperiode hjemme og det er det sjeldent familien drar bort på besøk til andre.

Alle mødrene kommer inn på gamle vaner, særlig relatert til kosthold som de selv liker og er vokst opp med. Jeg spør Jill: "Hva tenker du når du sier gammel vane"? Hun svarer: *"Ja, man tar etter sine foreldre igjen, - og det skulle jo ikke være magert"*.

5.1.4 "De stenger døren"

Jill sier at hun ser problemer lenger frem og har hatt en liten redsel for at barnet skal få spiseforstyrrelser når hun kommer i tenåringsalderen. Jeg lurte på om det er ansvaret hun kjenner på, eller om det er andre ting? Hun svarer slik:

Ja, det er jo ansvaret og... ja, spesielt ansvaret... også er det tungt å se at ungen har det vondt. Og mange ganger så vil ikke ungene la deg slippe inn til deg. Du prøver, men de stenger døren. Også vil du gjøre så mye mer..., men får ikke lov av ungene, fordi at dem vil styre sin egen kropp.

Ingen av de andre informantene nevnte ordet spiseforstyrrelse slik som Jill. Det virket som om denne frykten lå i bakhodet hennes hele tiden. De nevnte heller ikke noe om følelsen av å ikke nå inn til, eller slippe inn til barnet sitt.

5.2 Å håndtere et alvorlig overvektig barn

Liv, Bente og Mia prøver å finne en mening i barnets overvekt ved å se på slektens gener og arv. Mia kommenterer at datteren er tidlig utviklet og ser kraftig ut, men hun er usikker på om dette skyldes muskler eller kroppsbygning. Liv er bevisst på at man må ta barnet som det er og ikke tro at man kan forme barnet kun etter ønske. Hun tror ikke at sønnen kommer til å bli tynn, da han har i genene å ha kraftig benbygning. To av barna er blitt mobbet på skolen på grunn av overvekt, hvorav en av dem ikke har venner i klassen. Informantene kommer spesielt inn på to utfordringer når det gjelder barna, - kjøp av klær og at barna skal ta mer ansvar for seg selv.

5.2.1 "Jeg stekker ikke til"

Bente, Jill og Liv har problemer med å få tak i normalt tøy til barna. De går i joggebukser. Bente opplever situasjonen slik: "Ja, man føler jo at man ikke har kontroll på vekta, men det er liksom der jeg føler at jeg ikke strekker til. Jeg klarte ikke å holde str. syv år, når han var syv år, og.... jeg føler at jeg har ikke... jeg klarer det ikke alene".

Jill forteller at hun hele tiden har slitt med å finne klær til datteren og at hun har vært på gråten flere ganger når hun opplever at det ikke er noe som passer henne. Mor fortsetter slik:

... så datteren har for så vidt i mange år kun gått med joggebukser. For å si det sånn, så har hun jo aldri, stakkar, kunnet ha på seg dongeribukser. Jeg kunne jo ha kjøpt sånn store, altså large til dame da, men jeg synes det var for galt... til en liten jente.... Det virket litt for brutalt på en måte.

Jill er opptatt av at jenta skal forstå at kroppen endrer seg, selv om vekten står stille. Hun synes at aktivitet, kost og det at kroppen strekker seg er viktigere enn vektreduksjon. Dette fikk mor fortalt til datteren da hun plutselig fikk på seg en dongeribukse (tidligere gave) som ikke hadde passet da hun begynte på Aktivitetsskolen. Mor forteller at datteren ble veldig glad da hun oppdaget at buksa passet. Hun tror at det gjorde datteren ennå mer motivert vedrørende Aktivitetsskolen.

Liv mener det ikke er rart at mange unger føler seg tykke, selv om de ikke er tykke. Dette pga. klesfasong og klesmote. Hun beskriver en episode i klesbutikken:

Når man skal dra å kjøpe en dongeribukse til han og 14 år... fikk han ikke på seg... den var for trang. Men jeg sa at jeg skal gå og hente 16 år, men det hadde de ikke... da måtte han opp i voksenstørrelse. Da fikk jeg med meg 32 tommer, men den var mindre enn 14 års bukse igjen. Så jeg sier det er til å bli... steine sprø ut av.

Mor er opptatt av å kunne belønne sønnen sin med en ny dongeribukse, selv om den må syes om og tilpasses. Hun forteller at det var sårt og skuffende for sønnen, når han ikke fikk kjøpt seg noen tøffe bukser. Liv ser derfor frem til at sønnen skal kunne kjøpe seg klær som passer i en vanlig klesbutikk. Hun kommer også inn på at det ikke bare er kjøp av klær som er vanskelig. Sønnen har dessuten problemer med de klærne han har. Hun forteller at etter oppstart på Aktivitetsskolen, så fikk han på seg en bukse som ikke hadde passet på et år. Likeledes fikk han lukket igjen skuterdressen som han ikke fikk lukket igjen i fjor. Liv forteller at sønnen er så stor at han har problemer med å kle på seg sokkene om morgenen. Han sier det er tungt og ber derfor moren om hjelp. Liv ber han om å ta på seg sokkene selv, men innrømmer samtidig at det gjør inntrykk og at hun blir bekymret når han ikke engang klarer å kle på seg sokkene.

5.2.2 "Hun må begynne å klare seg selv"

Mia, Liv og Jill ønsker sterkt at barna selv skal ta mer ansvar. Mia meddeler:

Hos oss er det mye mas. Jeg vet ikke hva som foregår i hodet hennes.... Hun må begynne å kunne klare seg selv, stå opp, vaske seg, kle på seg, hygien er viktig, - minne henne på det.... Så må jeg meg si det til henne at hun skal finne seg mat. Nå må du spise, må du smøre matpakke... hun forventer at jeg skal gjøre det.

Mia er mest opptatt av de daglige rutinene om morgenen. Hun forteller at både hun og barnefar maser mye på barna og at det fort blir høyt støynivå. Mor mener at dette er nødvendig, hvis ikke setter datteren seg til å lese på toalettet, eller se på TV om morgenen. Dette medfører at hun kommer for seint på skolen. Mor går med planer om å lage en kalender med faste gjøremål til bestemte klokkeslett i håp om at dette kan bedre morgenrutinene.

Liv er opptatt av at gutten skal lære å forstå hva kroppen trenger, at han kjenner etter egne behov og klarer å ta egne valg. Hun ønsker ikke at han skal bli så tykk at han ikke klarer ”ting og tang”. Etter oppstart på Aktivitetsskolen forteller Liv at noen av de vanskeligste episodene med sønnen oppsto utad, når de var ”utenfor den innerste kjernen”. Med dette uttrykket refererer hun til venner som ikke er så veldig nær og som ikke helt forsår hva dette dreide seg om. Når de var på besøk hos venner hvor det ble servert mat og sønnen maste om mer og utnyttet situasjonen, ble det vanskelig. Dette fordi vennene sa: ”slutt og tull, for nå er han her, og da kan vi bestemme litt”. Dette har foreldrene måttet prate med gutten om. De har fortalt han at det er de som foreldre, som egentlig bestemmer. Mor har vært opptatt av at han skal lære å ta ansvar selv. Dette har han begynt med uten at hun har sagt at han skal slanke seg. Nå forteller mor at gutten er mye flinkere til å kjenne etter om han er mett etter middagsmåltidet, om han virkelig trenger lørdagsgotter osv. Han er også mer motivert til å være aktiv i friminuttene på skolen.

Jill derimot mener det er viktig at barnet selv er delaktig, tar ansvar og ser sammenheng vedrørende mat og aktivitet. Jill forteller at Aktivitetsskolen har endret hverdagen, uka og datterens innstilling til mat. Hun fortsetter med at datteren: ”... tar mer ansvar selv. For hun har skjønt det nå, litt etter at vi har vært på de her møtene at... åssen man skal spise”. Når jeg lurte på om det er Aktivitetsskolens opplæring eller mors påminning som har lært datteren hvordan hun skal spise, svarte mor: ”... det meste har dem klart å lære henne. Ja, jeg tror det. Så fortsette hun med å gi eksempler fra hverdagen. Tidligere når datteren smurte matpakke tok hun med seg fire til fem brødkiver, enda mor prøvde å si stopp lenge før. Nå derimot

teller hun timene på skolen før hun sier til moren sin; *"Nei mamma, det er nok med to brødskiver i dag"*. Mor forteller at datteren passer på å spise ofte men lite, ca. hver tredje til fjerde time. Datteren kan da være ute og leke og så komme inn og si: *"Mamma..., nå er det tre timer siden jeg spiste, nå må jeg spise litt"*. Mor er lettet og forteller at det har vært lite kringling etter at de startet på Aktivitetsskolen.

5.3 Å håndtere familie og andre voksnes innblanding

Både Bente, Mia og Liv har opplevd at besteforeldre og andre voksne har kommet med kommentarer på barnas utseende og vekt.

5.3.1 "Du må få slanka den gutten din"

Bente forteller at besteforeldrene til barna ikke skjønner hvorfor ungene hennes blir så store. De lurte på hva hun gjør feil? Bente informerer dem om at vektproblematikken ikke har noe med kosten å gjøre, ungene må jo ha mat. Mor mener at årsaken til vektøkningen er at de rører seg for lite og mangler aktivitet. Mia forteller også at barnets bestemor har kommet med kommentarer til barnet om slanking. Hun ga da beskjed om at dette måtte bestemor slutte med. Mia mener det ikke er rette måten å si til et barn at det skal slanke seg. Derfor må bestemor snakke om dette på en annen måte.

Liv har erfaring fra andre voksnes innblanding og kritikk vedrørende guttens vekt. Hun refererer til en samtale fra en nærstående person for noen år tilbake: *"Du må få slanka den gutten din. Han kan ikke være sånn. Jeg vil at han skal være perfekt sier hun enda, - og at han skal være populær på skolen"*. Liv sier hun har lært seg at dette handler om uvitenhet fra andre som tror de vet. Hun mener at når vedkommende ikke har vært igjennom dette selv, så er det vanskelig å forestille seg hvordan familien har det og hvordan familien kan takle det på best mulig måte. Mor påpeker at vektproblematikken er noe man måtte finne ut av selv og ta tak i på sin egen måte. Hun fortsatte med å si: *"... man føler seg sviktet av folk man trodde skulle være der og støtte"*. Liv betror meg at uttalelsen ovenfor gjorde noe med henne og at hun etterpå fikk en *"Fanden-i-voldsk innstilling"*. Nå sier hun til seg selv at hun skal vise dem. Dette her skal hun klare. Hun avslutter med å fortelle meg at: *"... du kan ikke forme ungen til det du skulle ønske det skulle vært, men at man må ta ungen som den er"*.

Jill forteller at hun har håndtert bekymringene rundt barnas mat og vekt med å tie og beholde problemene for seg selv. Hun ville at andre skulle tro at de hadde det bra. Nå i ettertid forstår hun at det hadde hjulpet, hvis hun hadde tørt å snakke med noen om problemene.

5.4 Å håndtere barnets matinntak

Når jeg ber informantene om å fortelle litt om hva som har vært vanskelig, før familien startet på Aktivitetsskolen, kommer de selv inn på familiens matvaner. Mødrene snakker om sine opplevelser og utfordringer helt fra barna var små. De ser tilbake på familiens historie.

5.4.1 "Problemet våres har vært mat, - ikke mat"

Liv og Bente forteller at guttene var tynne og veldig kresne helt fra spedbarnsalder. Ingen av dem likte frukt, grønnsaker og potet. Begge disse mødrene følte at dette var vanskelig, særlig Bente som kommenterte at det ikke nyttet når barnet brakk seg når han fikk mat. Fortsatt er gutten hennes veldig engstelig og griner på nesen når han skal smake på nye matsorter. Ellers forsto jeg at begge guttene begynte å legge på seg ved fire til fem års alderen. Til dette hadde mødrene to forskjellige forklaringer. Liv mener: *"... problemet våres har vært mat. Det har vært mat ja, i mengder, sant"*. Til tross for dette forteller Liv at sønnen samtidig var livredd for at han ikke skulle få nok mat. Hun nevner en tidligere episode fra middagsmåltidet: *"Hvis vi hadde hvitløksbagger til middag, og det lå to igjen på fatet.... Så tok han først den ene, så tok han en tygge av den og så var det ned på fatet igjen, og så tok han den andre"*. Hun sier at hun ikke vet hvorfor han alltid har hatt den følelsen, for det har bestandig vært nok mat hjemme hos dem. Bente derimot mener: *"Det var det at de ikke rørte på seg. Det er det mine unger la på seg av. Det er ikke maten"*. Bente påpeker at hun vet at gutten ikke skal overspise, noe han heller ikke gjør. Tvert i mot forteller hun at gutten spiser litt for lite og at han får for lav forbrenning fordi han har for få måltider. Mødrenes sikkerhet på hva som egentlig var årsaken til barnas vektproblemer, overrasket meg under intervjuet.

Jill og Mia`s jenter har vært glad i mat siden de var født. Mia forteller at hun nå balanserer mattilbudet slik: *"... grovt brød, sånn ikke for grovt, - det vil ikke ungene ha. Lettsyltetøy, ja ikke for lett heller"*. Hun legger til at hun vet hva datteren liker og dermed ikke oppfatter henne som kresen.

5.4.2 "Jeg er sulten"

Jill bemerker at hun og datteren har kranglet mye om maten. Mor forklarte dette slik: *"Hun har hele tiden vært over snittet på skjemaet.... Ja, det har ikke vært magemål, det har det ikke. Jeg har prøvd å styre det, men da har... (mor kremter). Tidligere da, så har hun blitt sint Jeg vil ha mer mat, jeg er sulten"*. Å håndtere et overvektig barn ved å si nei til mat er fælt i følge Jill. Samtidig tilføyer mor at hun likevel skjønnte at dette måtte til. Blant annet ga hun beskjed til barnehagen om at de ikke trengte å gi fire-fem brødsiver til en så liten jente. Hun sier at det var vanskelig og lite artig når datteren ville sladre til alle om at hun var slem og at hun ikke fikk mat hjemme. Mor synes også det var utfordrende å håndtere en situasjon hvor barnet nesten daglig ble "dullet" med av bestemor. Mor tror at bestemor trøstet barnet med mat: *"... stakkars barnet, hun må få, sant"?*

Før gutten til Liv begynte på Aktivitetsskolen prøvde de noen ganger på egenhånd å kutte ned på matmengden. Mor forklarer at det var sårt i begynnelsen når gutten klaget, før magen hans hadde vendt seg av med all denne maten; *"Jeg er sulten enda. Får jeg ikke mer mat"? Når du hører en syvåring si det sant, så – ja, ja tenkte du. Han må jo få mer mat så han klarer seg, sant? Men jeg vet jo at, - vi vet jo begge to at han hadde klart seg med mye mindre. Og det hadde vi også gjort som foreldre"*. Liv forteller at tidligere kunne lørdagen vare helt til torsdag, fordi de handlet så mye mat inn før helgen. Når matvarene først var i hus, spiste hele familien og drakk brus frem til neste torsdag. Da var det ny handledag. Familien hadde dermed helgemiddager hele uka. Liv sier videre at *"... sønnen hadde for vane å gå rett i kjøleskapet etter skoletid og drikke brus"*. Dette er nå endret. Familien har hverdagskost i uka og kun litt kosemat i helga. Hun er opptatt av at det ikke blir hysteri rundt maten, for da vet hun at det blir *"fullstendig kræs"* innen et halvt år. Hun fortsetter: *"... for da blir det så mye pes og stress rundt den maten, hva man skal lage og hvordan og hva og sånn, - at da går man lei"*. For det meste spiser sønnen frokost og kvelds alene. Hun forklarer dette med at de som foreldre ikke er noen frokostmennesker.

Jill forteller at datteren nesten daglig var hos bestemoren og spiste flere måltider der. Fortsatt spiser hun flere måltider i uka hos andre familiemedlemmer. Når det gjelder måltidene hjemme hos Bente, nevnte hun ikke om disse ble inntatt i fellesskap. Problemet hos dem var at hun og barnefaren ikke ble enig om hvilke middagsvaner som skulle endres. Dette i forhold til hvilke matvarer som var sunne og viktige, og hva de selv likte.

En av mødrene er ganske fortvilt når hun forteller meg at barneskolen tilbyr barna daglig milkshake og godmorgen yoghurt ved siden av melk og frukt. I tillegg er det kantinetilbud med lyse baguetter (loff) og juice en dag i uka. Mor har tatt dette opp med skolen, med foreldrene på et foreldremøte og med helsestasjonen uten at det har hjulpet. Hun syntes det er vanskelig å håndtere at barnet hennes er den eneste i klassen som skiller seg ut ved ikke å kjøpe loff en gang i uka. Hun har dermed gitt etter for dette tilbudet. Ellers bemerker hun at det har kostet henne en god del å si til barnet sitt at det kun får hvit melk og ikke milkshake. Barnet maser når det ser at de andre i klassen får.

5.5 Å håndtere barnas behov for lek og hverdagsaktiviteter

Mødrene påpeker at det er stor forskjell på aktivitetsnivået i familien når de sammenligner sommer og vintertid. Mørketiden i Finnmark oppleves tung og sofakroken er fristende.

5.5.1 ” Vi er ikke noen sånne friluftsmennesker”

Bente erkjenner at hun og barnefar ikke har håndtert guttens behov for hverdagsaktivitet på en tilfredsstillende måte. Hun sier åpent at hun ikke har klart å hjelpe gutten godt nok og at hun verken har maktet eller hatt nok energi til å gå ut og springe med han. Mor mener det var enklere før. Da var ungene ute og lekte på ettermiddagene, og de var mange. Nå merker hun at gutten hennes mest liker å være i ro og refererer til en hverdag med mye dataspill og ”innevenner” etter skoletid. På sommeren derimot er det mer aktiviteter ute. Likevel forteller hun: *”... sønnen har ikke likt å sykle før. Først nå i sommer har han klart å få trygghet på sykkel. Det er liksom... motorikken er ikke helt utviklet, ikke sant? Han har sittet på rumpa så mye”*. Hun bemerker at de andre ungene hennes: *”... ikke har vært aktive på noe egentlig. De var ikke interessert i noe, så det er jo en helt annen verden”*. Siden oppstart på Aktivitetsskolen har sønnen også begynt på takwando og speiding. Hun mener det sistnevnte er mest sosialt og at hensikten er: *”Han skal lære og like å være mye ute... lære å nyte utelivet. For vi er ikke noen sånne friluftsmennesker, men han kan jo være med å gjøre oss til det. Og at han lærer selv å sette pris på friluft”*. Hun avslutter temaet med å si at de selv trives best i sofakroken på en søndagsmorgen.

Liv snakker også om at det er viktig å komme seg ut av sofakroken og utfor dørstokken, uavhengig av mørketid. Likevel påpeker mor at det er i mørketiden det er vanskeligst å være i

aktivitet, fra november til begynnelsen av mars. Generelt så syntes mor det er mest meningsfullt å gjøre aktiviteter som gutten er motivvert for. Hun kommer inn på at hun selv ofte ble tvunget som liten og ønsker ikke å gjøre det samme med sine barn. Derimot går hun inn for å pushe, motivere og å finne alternativer som gutten liker. Mor forteller at gutten hennes er veldig opptatt av at hele familien skal gjør noe sammen og at alle skal være med. Tidligere har sønnen prøvd fotball, men han sluttet. Mor forklarer at han ikke passer til å holde på med lagspill. Etter dette tenkte hun selvfølgelig på at de som foreldre hadde hatt mulighet til å kjøre han til en annen aktivitet. Dette ble ikke gjort fordi gutten ikke maste og *”... for det at, ja det går jo ut over oss når vi må kjøre”*. Ellers nevner hun at gutten kan være veldig lat hvis han får lov til det. I skolesammenheng har han tidligere skyldt på vondt i foten for å slippe gymnastikktimene. Han har også hatt for vane å sette seg på en benk utenfor skolegården i friminuttene i stedet for å leke eller spille med klassekameratene. Mor forteller at hun har bekymret seg over at sønnen var blitt så stor at vekten hemmet han i å gjøre vanlige hverdagsaktiviteter som å leke, kle på seg selv og å gå på skolebussen om morgenen. Hun forteller: *”Så da han skulle gå på bussen om morgenen, sant. Opp trinnene, sant. Åhh, så tungt...”*.

Mia sier rett ut at hennes barn ikke er noen vinteraktivitetsbarn. Hun opplever at barna er mer aktive om sommeren enn om vinteren. Mor sier: *”... det som egentlig mangler hos oss er søndagsturene”*. Når det er snakk om vanlige hverdagsaktiviteter, syntes Jill også at det var vanskelig å komme seg ut i mørketiden. Det ble mye stillesittende i forhold til jentungen. Hun legger til: *”Jeg ser jo med meg selv og... det var jo ikke mye som foregikk annet enn å dra på jobb og gå hjem, ikke sant”?*

5.6 Å håndtere Aktivitetsskolens intervensering og gruppefelleskap

Ved oppstart av intervjuet var jeg interessert i å få vite hva som skjedde på Aktivitetsskolen og tenkte automatisk på det som foregikk ved Hammerfest sykehus. Jeg ble derfor gjentatte ganger overrasket over at informantene svarte med å henvise til hva som hendte i gruppa lokalt. Det virket dermed som om Aktivitetsskolen allerede var blitt en integrert del av hverdagen deres. Når jeg lurte på hvilken betydning Aktivitetsskolen hadde hatt for familien, lød noen av svarene slik:

5.6.1 "Man holdes litt i ørene"

Liv forteller at hun ikke hadde klart å være så konsekvent hjemme hvis hun ikke hadde deltatt på Aktivitetsskolen. Hun sier: *"Det hadde kanskje gått en måned, og så hadde man sett at, ja.... en måned, to måneder kanskje... sett om det her hjalp. Så hadde man firet litt på kravene sånn som sist. Ja det gjør jo ikke noe om han spiser..."*. Mor føler nå at hun *"holdes litt i ørene"* av Aktivitetsskolen. Liv påpeker at det er viktig å ha folk rundt seg som: *"... bryr seg om våres familie klarer det her, sant"*. Hun opplever at de har kommet godt i gang og at de har klart å håndtere situasjonen, takket være Aktivitetsskolen. Et positivt gruppepress ser dermed ut til å være et hjelpemiddel slik at mødrene følger opp med sunne kostvaner over tid (gjør det de vet, punkt 5.6.3).

Jill kommenterer at i en travel og stressende hverdag, så er det lett for at man skyver barna litt bort. Hun følte seg sliten og tett. Derfor mener hun at Aktivitetsskolen kom i grevens tid, fordi hun visste at hun trengte hjelp. Etter oppstart på Aktivitetsskolen føler mor det som *"positiv tvang"* å bli dratt med på ukentlige aktiviteter i gruppa. Hun opplever at det er en fordel både for barnet og for henne. Ja, det er så meningsfullt at *"det betyr alt"* i følge mor.

Bente beskriver en situasjon hvor hun føler *"et visst press"* på seg, fra Aktivitetsskolen. Når jeg spør om hun synes det går greit svarte hun slik: *"Ja, det går veldig bra. Jeg synes det er artig. Jeg... opplever det ikke som stress.... De andre ungene mine har ikke vært aktiv på noe egentlig. De var ikke interessert i noe, så det er en helt annen... verden"*. Bente forteller at Aktivitetsskolen har endret livet og håpet deres på at sønnen skal få en ungdomstid med normal vekt.

Mens Liv, Jill og Bente uttrykker følelsen av et positivt indre press fra Aktivitetsskolen, opplever Mia det stikk motsatte. Hun sier at de ikke har noe press fra Aktivitetsskolen. Mor informerer om at opplæringen går mer på veiledning og at resten må familien finne ut av selv. Mia er glad for at hun og familien kan gjøre ting i sitt eget tempo. Dessuten syntes hun det er artig at foreldrene også blir fulgt opp med høyde og vektmåling.

5.6.2 "Det trengs så mye aktivitet"

Liv uttrykker at hun finner mening i felles trening. Det gir en *"kick - opplevelse"* at flere deltar og at noen foreventet at hun kommer. Hun mener at når man er i en gruppe så er det

lettere å håndtere dager hvor man synes det er tungt å komme seg av gårde og utfordrstokken. Da har gruppa stor betydning i følge mor. Liv formidler at aktivitet i hverdagen allerede har blitt en vane for familien. Hun sier at gruppa hjelper henne til å føle at hun er på rett vei og at det ikke flyter ut. Likeledes forteller hun om et samhold i gruppa som gjør dem trygg på hverandre, slik at de ikke trenger å være redd for noen ting. Hun merker at egne holdninger er endret. Når det gjelder sønnen synes Liv det er flott at foreldrene er sammen med ungene og at de også deltar på felles aktiviteter. Hun beskriver det som et godt samhold. Liv er dessuten glad for å ha en aktivitetstrener med i gruppa, særlig når det oppstår vanskelige situasjoner. Dette fordi gutten av og til kan være litt lat, ikke høre etter, klage over smerter, være utspekulert, syte og jamre for å slippe, eller si at han ikke kan og ikke klarer (mest hjemme). Hun forteller om en episode på skøytebanen: *”Skøyter var en ny utfordring og det tok på føttene, og det var tungt sant. Nei, da la han seg som en potetsekk ned på isen (mor ler)...”*. Hun forteller at når slike situasjoner oppstår, er det godt at treneren i Aktivitetsgruppa kan overta. Sønnen hører mer på treneren og hun selv blir bare irritert.

Jill opplever at tilbudet (fra kommunen og Aktivitetsskolen) om gruppeaktivitet to ganger i uka er med på å motivere dem. Hun påpeker at det er viktig å gjøre noe som ungene er interessert i og som gjør dem motivert: *”Det må være gøy”*.

Bente kunne tenkt seg at de hadde hatt en felles dag mer i uka (tre dager) med gruppetrening, *”for det trengs så mye aktivitet”*. Dessuten syntes hun det er lett å håndtere en gutt som er positiv og aldri negativ til gruppeaktiviteter. Når det gjelder Aktivitetsskolens grupper er Bente faktiske *”forferdet”* over at sønnen er så fornøyd og positiv når han deltar i gruppeaktiviteter. Han er aldri negativ. Det eneste han ikke liker er fotball. Hun forteller at det er andre foreldre i gruppa som sliter med at ungene ikke vil, eller heller vil gjøre noe annet enn det som er bestemt. Mor sier i denne sammenheng at hun får alt gratis, for hun slipper slike diskusjoner med sønnen. Bente kommer inn på to ting som oppleves som vanskelig i gruppa. For det første er det tungt å håndtere andre voksne som i perioder er negative og gjør lei. I tillegg er det problematisk med den store aldersforskjellen på barna i gruppa (ni til tretten år). Hun eksemplifiserer dette med at når det er ballspill, så kaster de store ballen over hodet på de minste barna. De minste blir ikke svett engang!

Mia kommer også inn på at det har vært litt *”tull og surr”* de siste gangene i Aktivitetsgruppa og at de store barna overgår de minste. Da blir det mye roping fra de voksne om at de store

ungene må huske på de minste. Så begynner ungene å sladre og skyldes på hverandre og det hele blir feil i følge Mia. Hun tror at dette skyldes den uken gruppa var på Friluftsskole (leirskole). Formålet med Friluftsskolen er å styrke samholdet i gruppa og øke familienes fritidsinteresser (vedlegg 2). Etter denne uka forteller Mia at barna ble så godt kjent med hverandre at de både ”overkjører og underkjører” hverandre når de har aktivitet. Hun ønsker fastsatte og obligatoriske aktiviteter som foreldrene er enige om og som alle barna får utbytte av. Dette vil hun ta opp på neste møte. I tillegg mener hun at gruppa hadde trengt et nytt aktivitetslederkurs for å få et nytt spark i baken! Mia forteller at hun før oppstart på Aktivitetsskolen hele tiden hadde håpet at de havnet i gruppe (ikke individuell oppfølging). Hun ser på gruppen som en viktig ressurs, hvor alle står sammen og er til stede for å støtte hverandre. Særlig i mørketiden når det begynner å bli tyngre, mener hun at dette samholdet er viktig. Mor forteller at hun opplevde at foreldrene i gruppa fant tonen med en gang, men at det på gruppesamling var noen som pratet mer enn andre. Hun sier til meg: ”*Det var først etter den turen (Friluftsskolen), at det ble en ordentlig gruppe, at de ble mer kjent. Etter den turen der så var det noen foreldre som kom mer med, som ble mer sånn grupperelatert. De kom inn i gruppa..., følte ikke at de satt utenfor lenger...*”. Ellers uttrykker Mia at gruppeaktivitetene har blitt en del av familiens hverdag. Likevel innrømmet hun at dette har tatt tid og at familien har en lang vei å gå. Hun synes det er flott å delta i samtalene på helsestasjonen med helsesøster og resten av gruppa. Det hjelper henne til å bli mer bevisst.

5.6.3 ”Vi har fått en ny unge”

Jeg spør Jill hvordan hun opplever å være på Aktivitetsskolen sammen med datteren og om datteren har vært fornøyd hele tiden? Mor svarer at datteren har vært veldig glad ”*fordi at endelig kan vi gjøre noe sammen*”. Hun kommer inn på at datteren tidligere har gitt uttrykk for at hun følte seg litt alene. I tillegg forteller mor at prosjektet har endret datterens humør. Hun har blitt blidere, gladere og mer våken. Før var jentungen ”*så trett og slapp*”. Dessuten var hun ”*veldig grinete, litt mer sånn hissig*” ut over hele dagen. Det kunne bare være en liten bagatell i følge mor, før ting gikk galt. Når mor never at hun har fått en blidere og mer medgjørlig datter, sier hun samtidig at hun tror dette skyldes kosten. Hun tror ikke det er bra med for mye sukker i kroppen. Det er heldigvis ikke lenger mer mas om gotteri, pølser og pizza. Datteren synes at alt er mer gøy nå. Jublende avslutter mor med at: ”... *vi har fått en ny unge*” i huset!

Mia gledet seg over at blodsukkeret til datteren har normalisert seg, mens Bente konstaterer at gutten hennes faktisk gjør det bedre på skolen etter oppstart på Aktivitetsskolen. Han kommer fortere i gang og har fått et bedre liv i følge mor. I tillegg fortsetter Bente med å påpeke at Aktivitetsskolen har: "... snudd livet våres og håpet våres på at han skal få en sånn ungdomstid... med normal vekt. Om han er litt overvektig... det er ikke så farlig, men ikke sånn at han ikke klarer å følge med de andre". Mor tror ikke hun hadde fått dette håpet uten Aktivitetsskolen.

Liv forteller at guttens overvekt aldri har plaget han i det sosiale: "... for han er omgjengelig, sant og bli og fornøyd og snill og pratsom og alt sånn her. Men i det fysiske sant, så har det jo hemmet han". Jeg spør: "Har han sagt noe om hvordan han har det nå"? Mor svarer: "Ja, han synes jo det, - han er jo stolt". Liv ser at guttungen er fornøyd og refererer til episoden opp trappa til skolebussen når hun sier: "Så ser du at han går nå, nå går han opp trappa sant – som ingen ting. Så det er sånne ting jeg har inni her, som man legger merke til. Og ungen opplever at ting blir mye lettere". Mor ser frem til at sønnen skal kunne gå på en vanlig klesbutikk når han blir ungdom og kjøpe seg klær som passer. Dessuten ønsker hun at han skal kunne leve et normalt liv og få normal holdning til mat og "ikke det der at du hele tiden må... spise fatet tomt, hvis det ligger noe der". Likeledes håper mor at andre unger etter dem får hjelp til det samme. De bør bli tatt på alvor og få helsepersonell som stiller opp rundt dem. For som hun sier: "for oss har det vært i hvert fall alfa og omega".

Overraskende nok forklarer flere av mødrene underveis at de ikke har lært så mye nytt på Aktivitetsskolen vedrørende mat. I følge Jill så har hun "ikke lært noe nytt i den forstand, man vet jo". Bente har slanket seg siden hun var 16 år og gått på utallige slankekurs. Hun vet hva man bør spise. Jeg undres over hvordan det kan være så mye engasjement og glede forbundet med Aktivitetsskolen? Hvilke faktorer bidrar til at mødrene følger opp kosten og gjør det de allerede vet? Kan det være andre påvirkninger enn positivt gruppepress (punkt 5.6.1)? I neste kapittel vil jeg komme inn på hvilken betydning Aktivitetsskolen har hatt på familiene, og drøfte funnene nærmere i forhold til teori.

6. DRØFTING AV MESTRINGSPROSESSEN

I analysekapittelet har jeg prøvd å synliggjøre hvordan foreldrene opplever Aktivitetsskolens intervensjonsprogram i form av hva som er *forståelig, håndterbart og meningsfylt* for dem,

sett i forhold til egne barn. Seks hovedtemaer utkrystalliserte seg gjennom analysearbeidet. Hovedtemaene blir betraktet som sentrale sider ved levd erfaring. I dette kapittelet ønsker jeg å komme nærmere inn på *salutogenese* som en grunnleggende forståelse av hvordan endring og mestring (definert som OAS) kan skapes. Som tidligere nevnt (kap.1.3) påvirkes foreldrenes psykiske helse av *individuelle, familiære og samfunnsmessige* faktorer. Min naive forståelse av intervjuetekstene og de seks hovedtemaene fra analysekapitelet blir her samlet og sett i lys av disse tre faktorene. Dette for å få en utvidet forståelseshorisont og et overordnet tema for masteroppgaven. Under hver overskrift starter jeg med en kort beskrivelse av hva som kjennetegner individuelle, familiære og samfunnsmessige faktorer, - forhold som bidrar til å påvirke foreldrenes psykiske helse. Foreldrenes mestringsprosess vil bli drøftet i relasjon til teori og metode, – og motsatt (en runddans).

6.1. Individuelle påvirkninger

Mennesket er født med forskjellige utviklingsmuligheter og sårbarheter. Disse medfødte egenskapene kan i følge Antonovsky påvirkes av personlige erfaringer som enten former utviklingsmulighetene til beskyttende skjold, eller til særlige sårbare områder (Antonovsky, 2000, s. 77). Forskning viser at det er store individuelle forskjeller i sårbarhet og risikoeksponering. Risikoårsaker er ofte medfødte egenskaper som temperament og genetisk sårbarhet (persillebarn). Jo flere risikoårsaker et individ utsettes for, desto større sjanser er det for at individet utvikler psykiske vansker. Beskyttelsesårsaker (resilience) viser at enkelte individer som er utsatt for betydelig stress og belastning i oppveksten ikke utvikler psykiske problemer som voksne (løvetannbarna). Beskyttelsesårsaker kan vise seg ved at individet har en medfødt robusthet. Eksempler på dette kan være sosiale ferdigheter, lett temperament og selvstendighet (Sosial og helsedirektoratet, 2007, s. 19-20).

6.1.1 Opplevelsen av å styre viktige aspekter ved eget liv

Som helsesøster har jeg erfart at når barn får problemer og foreldrene deres trenger veiledning, så har foresatte i utgangspunktet gjort så godt de kunne på grunnlag av egne ressurser. De alternativene som de selv har klart å få øye på har de brukt opp. Informantene beskriver en følelse av oppgitthet og at kampen om å redusere barnas overvekt ble tung og ensom. Det er som Liv snakker for dem alle når hun meddeler: ”Vi følte at vi måtte ha hjelp for å klare det her” (punkt 5.1.1). Etter år med prøving og feiling søker nå disse mødrene ny

inspirasjon og kunnskap fra andre. De oppsøker helsepersonell for å få hjelp via Aktivitetsskolens intervensjonsprogram. Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid fokuserer på at helsearbeidere sanser de mulighetene som trer frem i den aktive og sosiale prosessen mellom familiene som deltar på Aktivitetsskolen og dem selv.

Gjennom å være empatisk deltagende og kritisk oppmerksom overfor det mødrene formidlet gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon, prøvde jeg som forsker å åpne opp for å møte deres hverdag og virkelighet. Intervjutekstene leder meg nå til nye spørsmål og svar, til prøving og feiling for om mulig å avdekke mødrenes verdier og mening med å mestre foreldrerollen. Dette innebærer at jeg overveier forholdet mellom deler og helhet i den hermeneutiske spiral, som igjen inviterer til en tolkning av mødrenes eksistensielle situasjon.

I boken *"Mysteriets tenker"* kommer Tangeland inn på filosofen Gabriele Marcel's (1889-1973) tanker og fundament angående virkelighetsforståelse. Han skilte mellom to typer ontologisk delaktighet hvorav den første og opprinnelige enhet var den førbevisste eksistens, *delaktighet i* (kalt *fjordommer v/Gadamer*). Den andre var den endelige enhet som var en bevisst og stadig villet eksistens som måtte gjenskapes, *delaktighet ut - fra* (dette *noe* som har mening/selve *saken v/ Gadamer*) (Tangeland, i Kolstad, Langslet, & Aarnes 1991, s. 186). Sett i sammenheng med mestringsperspektivet må dermed mødrenes enhet gjenerobres. Mødrenes subjektivitet (sinn og kropp) er ikke et faktum eller et utgangspunkt, men en erobring og et mål. Å være eksisterende i denne sammenheng betyr at mødrene står frem, at de konfronterer og er fri til å være seg selv. De er fri til å engasjere seg og til å se nye muligheter for barna og familien (ibid. s. 187-188). Ordet frihet omfatter her mødrenes streben med sine overvektige barn. Foreldrerollen utsetter mødrene for daglige prøvelser og det kan virke som om hvert enkelt barn har med en unik oppgave til sin familie. Mødrene har selv beskrevet barna som engstelig og kresent i matveien, at det ikke har magemål, at det kan mase, være sint, grinete, hissig, samt trett, slapp og innaktivt. Barnas vektproblematikk blir dermed en livsoppgave som mødrene ikke kan velge vekk. De kjenner på daglige krav, grensesetting, ansvarlighet, egne holdninger og verdier. Det er her Liv sier så tydelig at det koster å være konsekvent og at oppdragelsen krever daglig energi, innsats og kamp fra hennes side (punkt 5.1.2). I tillegg påpeker hun noe vesentlig i barneoppdragelsen: *"... du kan ikke forme ungen til det du skulle ønske det skulle vært, men at man må ta ungen som den er"*. Mia står også frem og viser hvem hun er ved å innrømme at hun er et vanemenneske: *"Det skal mye jobbing for å snu meg, men jeg jobber med det"* (punkt 5.1.3).

At mødrene erobrer sin væren, vil si at de skaper i forhold til egne verdier. Disse verdiene kan ikke betraktes analytisk og på avstand, men lar seg kun gripe som noe kroppslig i konkrete situasjoner. I følge Marcel er verdiene uatskillelig fra gjerningen som uttrykker den. Å fastsette personens (mødrenes) kjærlige omsorg som en verdi, har bare mening og verdi i den grad personen selv anstrenger seg for å være omsorgsfull, og i den grad omsorgsfullhet for vedkommende er et absolutt krav. Verdiene kan ikke velges, men gjenkjennes og gjenskapes. Slik kan personens verdigrunnlag styre de valg som må tas (i forhold til barnas overvektsproblematikk). Verdiene fremstiller seg dermed i konkrete situasjoner og krever avgjørelse (Tangeland, i Kolstad, Langslet, & Aarnes 1991, s. 188-189). I denne sammenheng har alle fire mødrene erkjent at de trengte hjelp til sine barn. De har aktivt gått inn for å skaffe denne hjelpen og ukentlig engasjert seg i Aktivitetsskolens intervensjonsprogram. De har påtatt seg ansvaret for egne handlinger og utsagn. De har dermed tatt ansvar både for seg selv og for nesten (barnet og familien). Det er denne dobbelte ansvarligheten som er det karakteristiske for det personlige engasjement, og som blir personens (morens) egentlige kjennetegn (ibid. s. 191). Det karakteristiske ved mødrenes frie handling er at den er blitt vesentlig for dem. I følge Marcel kan frihet bare konstateres der hvor valget dreier seg om noe som har avgjørende *betydning* og som er verdifullt for personen (ibid. s. 193). I denne sammenheng står barnas trivsel, utfoldelse og helse på spill. Utgangspunktet for den frie handling er bevisstheten om at barnas alvorlige overvekt krever et svar. Det rettes forventninger til mødrene som de plikter å reagere på. Mødrene har dermed gitt etter for en indre nødvendighet og handlet ut i fra dette ene nødvendige, å be om helsehjelp til sine alvorlig overvektige barn. I slike situasjoner sier Marcel at det kan kreves stort mot å gjøre det ene nødvendige, for en aktiv handling krever mot til å tåle (ibid. s. 194).

Det sies at grensen mellom å gi og å motta oppheves innen kunsten. Likeledes tror jeg det er innen foreldrerollen. Når det gjelder egne barn finnes det knapt noen måter å motta på, som ikke samtidig er å gi (punkt 6.3.1). Mødrene gir seg selv daglig. De kjemper seg opp av sofakroken i mørketiden og er i aktivitet med barna sine flere ganger i uka. Selv om Mia kjenner seg "... *dårlig, elendig i mørketiden, trett og... går sånn i nedturperiode sånn privat*", følger hun likevel opp Aktivitetsskolen (punkt 5.1.3). Mødrene balanserer mellom å gi barna kjærlighet og selvtillit, samtidig som de ikke skal være for ettergivende. De skal oppmuntre samtidig som de skal være konsekvente og bestemte, men ikke for strenge. Foreldrene skal prøve å innføre nye matvaner, samtidig som barnas matinntak skal begrenses.

Mia beskriver balansen slik: "... *grovt brød, sånn ikke for grovt, - det vil ikke ungene ha. Lettsyltetøy, ja ikke for lett heller*". Mødrene påpeker at de verken må slanke barna eller selv bli hysteriske. Spiser familien noe søtt, sier Mia at de også må passe på å være litt mer aktiv. Ved hele tiden å gi av seg selv, bekrefter nå mødrene at de får tilbake i rikt monn. Jill formidler at hun humørmessig har fått en helt ny unge i huset. Det er mindre krancling dem imellom og datteren tar mer ansvar. Mia er glad for at datterens blodsukker har normalisert seg. Liv ser at gutten beveger seg lettere opp trinnene på skolebussen "... *det er sånne ting jeg har inni her, som man legger merke til*" (punkt 5.6.3). Bente konstaterer at gutten har fått et bedre liv og at han gjør det bedre på skolen. Hun formidler at Aktivitetsskolen har snudd livet og håpet deres. Nå tror Bente at gutten skal kunne få en ungdomstid med normal vekt. Utenom barnas positive respons og utvikling tror jeg at håpet er den viktigste gaven, eller medisinen disse mødrene har fått. Håpet bidrar til å gi dem motivasjon, oppfinnsomhet, innsatsvilje og kraft til å holde ut, samt tro på en bedre fremtid for sine barn. Disse følelsene er nettopp selve drivkraften som mødrene trenger for å mestre foreldrerollen.

6.1.2 Mestring og følelsen av egenverd

Alle mødrene i denne undersøkelsen kommer inn på følelser som skyld, dårlig samvittighet og dårlig selvfølelse i forhold til barnas alvorlige overvekt. Familieterapeut Jesper Juul snakker generelt om at personer med lav selvfølelse, vil være tilbøyelig til å sette likhetstrekk mellom det de *er* (selvfølelse) og det de *kan* (selvtillit) (1996, s. 71). Opplevelsen av å mislykkes med barnas vekt, eller ikke å ha gode nok kunnskaper innen ernæring og aktivitet, kan da smelte sammen med opplevelsen av å ikke være *verdt* noe som mor. I boken "*Livet i familien*" skriver han videre at skyld og skam er de to mest selvdestruktive følelsene som finnes. Hvis skyldfølelsen er berettiget, påpeker han at foreldrene må gjøre noe med den. Dette fordi skyldfølelsen bryter ned selvrespekten, hindrer likeverdet og får barna til å føle seg som en belastning i livet deres (2005, s. 62, 63, 89).

Bente beskriver gangske tydelig hvordan hun følelsesmessig har hatt det i forhold til egen skyldfølelse. Hun meddeler å ha gått rundt med dårlig samvittighet i 26 år pga. at hun selv også er overvektig. Vedrørende guttens vekt fortsetter hun slik: "*Ja, man føler at man ikke har kontroll på vekt, men det er liksom der jeg føler at jeg ikke strekker til*" (punkt 5.2.1). Senere i intervjuet kommer Bente inn på at skyldfølelsen er redusert etter oppstart på Aktivitetsskolen: "*Også slapper jeg også mer av. Jeg går ikke rundt nå og har den dårlige*

samvittigheten hele tiden, for at jeg ikke gjør noe. Det synes jeg er deilig” (punkt 5.1.2). Hun tror ikke den dårlige samvittigheten vil forsvinne, men uttrykker lettelse over at den ikke er så gnagende lenger. I følge nyere stressforskning kan Bentes reduserte skyldfølelse gi bedre psykisk og fysisk helse. Det viser seg at vedvarende belastende stress-situasjoner kan føre til varige fysiske helseskader. Dette fordi kronisk stress har en tendens til å øke kortisolnivået og minke immunforsvaret i kroppen. Forhøyet kortisolnivå forstyrrer kroppens metabolisme, som igjen gir økt risiko for sykdommer som for eksempel fedme, diabetes, hjerte- og karlidelser (Kirkengen, 2008, s. 2181-2183).

Aktivitetsskolens intensjon er blant annet å øke kunnskapen om hvilke faktorer som bidrar til endret livsstil hos de involverte familier (kap.2) Gruppeprogrammet tilbyr foreldrene hjelp til å planlegge og å organisere hverdagen på en ny og konstruktiv måte bl.a. gjennom ukentlige aktiviteter og jevnligesamtalegrupper. Foreldrene får hjelp til å vise initiativ, aktivitet og kreativitet i forhold til egne barn. På denne måten får de hjelp til å bli egne mestringskonstruktører i hverdagen, både overfor seg selv, barna og Aktivitetsgruppa. Dette kan samtidig bidra til å minske mødrenes dårlig samvittighet, samtidig som det kan gi ny inspirasjon og økt tro på egne krefter i forhold til barneoppdragelse og livsstil.

6.1.3 Kognitiv kapasitet

Den danske filosofen Søren Kierkegaard (1813-1855) tok avstand fra Descartes syn på kropp (følelser) og sjel (tanker/bevissthet) som to separate deler, hvorav sjelen fikk den primære verdi. Tvert imot definerte Kierkegaard mennesket som en *syntese* (sammensmeltning) av; endelighet og uendelighet, timelighet og evighet, nødvendighet og frihet. I denne sammenheng mente han at den indre følelsen av angst, var *skjæringspunktet* mellom disse to verdener (Kierkegaard, i Rohde, 1961, s 51, 55). Mødrene i denne undersøkelsen har mange motstridende følelser. Jill gir uttrykk for sin angst når hun meddeler sine følelser. Hun synes det er tungt å se at barnet har det vondt og hun er redd for at barnet skal få spiseforstyrrelser når det kommer i tenåringsalderen (punkt 5.1.4). Liv innrømmer at det gjør inntrykk når sønnen har blitt så stor at han ikke klarer å ta på seg sokkene om morgenen. Hun bekymrer seg (punkt 5.2.1). Begge mødrene kjenner på et tyngende ansvar i forhold til barnas overvekt. Indre uro (skjæringspunktet) i mødrenes følelsesliv (vedrørende barnas overvekt), kan lede dem til å lukke opp for nye muligheter og valg. Disse nødvendige valgene kan igjen føre til frihet. Med Kierkegaard kan man si at enten så er man i friheten (virkeligheten og ansvaret),

eller så er man ikke i friheten. Er man i friheten så handler man som et spontant og fritt menneske (Kierkegaard, i Rohde, s. 55). For disse mødrene blir da friheten noe konkret, en verden de i hvert øyeblikk og gjennom stadige valg gjør til sin virkelighet. Når mødrene velger å delta i Aktivitetsskolens interveneringsprogram, så må de også ta følgende og handle helhjertet etter dette programmet. I følge Kierkegaard er det de halve standpunktene som gjør menneskene latterlig og foraktelig, noe han mente allerede preget menneskene på hans tid (Kierkegaard, i Rohde, s. 27).

I møte med Liv er det ikke vanskelig å fornemme hennes styrke i det hun uttrykker at hun: ”... fikk en Fanden-i-voldsk innstilling” når nærstående personer sviktet henne. Hun sa til seg selv at hun skulle vise dem. Dette skulle hun klare (punkt 5.3.1). I følge Marcel er dette i tråd med å bli vekket. Når personen er blitt vekket til en ny bevissthet, så vil det si at personen har blitt en annen (Kolstad, Langslet og Aarnes 1991, s. 210). Marcel påpeker at å virkelig ville noe er å være helt udelt, for da ser personen bort i fra alle hindringer. Når en person derimot ikke vil noe, det er da det oppstår indre spenninger og følelser av avmakt (ibid, s. 203-204). Å ville noe i forhold til barnas overvekt er dermed det samme som å hevde at denne saken er avhengig av meg, som mor. Mor har blitt klar over barnets alvorlige overvekt og vil ha slutt på denne uheldige utviklingen. Hun beslutter seg for å melde barnet inn på Aktivitetsskolen for å få en kurskorrigering. Hun har kommet til et endringspunkt. I stedet for passivitet, ønsker hun nå aktivitet. I første omgang begynner hun å ta ansvar for den delen av livet som hun kan gjøre noe med, seg selv. Dette vil jeg kalle bevisstgjøring.

Aktivitetsskolen innkaller familiene jevnlig til gruppesamtaler på helsestasjonen. Disse felles samtalene kan hjelpe foreldrene til å sette ord på egne følelser og opplevelser i forhold til seg selv, barna, familien og Aktivitetsgruppa. Den norske psykologen John Berglund hevder at lydrepresentasjon er en innfallsvinkel til hjernens prosesser og at egne ord påvirker sinnet vårt på en reorienterende, effektiviserende og systematisk måte (Berglund, 2002, CD 4). Gruppesamtalene på helsestasjonen kan her vise seg å være et tiltak som bidrar til å heve foreldrenes mestringsterskel. Særlig relevant er dette hvis foreldrene får mulighet (hjelp) til å sette ord på egne følelser, opplevelser og hva ting betyr for dem, - og ikke bare på hva de mener.

6.2 Familiære påvirkninger

Når man skal oppdra et barn står man i følge barnepsykolog Bent Hougaard overfor en av de vanskeligste oppgavene som finnes. Han mener at barneoppdragelsen begynner når barnet nærmer seg to år og at den kan inneles i to deler. Den ene delen går i hovedsak ut på at barnet sakte men sikkert skal lære *folkeskikk*, som igjen går ut på at barnet skal rette seg etter et sett sosiale spilleregler. Dette betyr at barnet i likeverdige samvær med foresatte i første omgang bør lære at det er noen som bestemmer og setter dagsorden vedrørende mat, lek, aktivitet, leggetid osv. Samtidig med at foresatte bestemmer, prøver de også å videreformidle sine etiske verdier (2005, s. 20-29). I følge professor i idèhistorie Guttorm Fløistad, formidles disse verdiene både i ord og handling. Handlingen blir her den viktigste komponenten, for heri ligger eksempelets makt (Fløistad, 2001, Bind II s. 106). I den andre og vel så viktige delen skal foresatte gi barnet kjærlighet, selvtilitt og respekt. Denne måten å oppdra på, danner et godt grunnlag for at barnet etter hvert utøver selvkontroll, tar i bruk sine talent og setter seg mål i livet (Hougaard, 2005, s. 20-29). Familien er således en av de viktigste institusjoner for personlig utvikling. Her blir oppdragelse (fellesskapsdannelse) både en direkte og en indirekte læreprosess mellom barna og foreldrene.

6.2.1 Foreldrenes varme og utviklingsstøttende omsorg

I forbindelse med intervjuene fremkom det ganske tydelig at mødrene hadde helt spesielle ønsker for barna sine. De ønsket at barna selv tok mer ansvar. Nedenfor vil jeg se nærmere på hva dette ansvaret innebærer, og hvilke utfordringer mødrene strever med på hjemmefronten.

I følge Antonovsky er barn for det første *proaktive* (framovervirkende) vesener som i videste forstand tvinger foreldrene til å respondere, til å handle. Barna former atferden omkring seg med sin væremåte (2000, s. 113). Å være proaktiv vil i følge Berglund si at det er lov for vedkommende (barnet) å være den personen som heter meg, noe som absolutt er nødvendig for etter hvert å kunne stå på egne ben og å leve sitt eget liv (2002, CD 1). At barnas væremåte påvirker mødrene blir bekreftet i denne studien. Liv og Bente sier at det gjør noe med dem når guttene deres er så veldig kresne. De opplever situasjonen som vanskelig. Når sønnen til Liv uttaler: ”Jeg er sulten enda. Får jeg ikke mer mat”? synes mor det er sårt (punkt 5.4.2). Likeledes er det med Jill som føler at det er fælt å håndtere et barn som ”ikke har magemål”. Ingen av disse mødrene føler seg bekvem med situasjonene som barna setter

dem i. Juul minner her om at det er foreldrenes ansvar å ivareta familiens kosthold, forholdet til barnet, samt stemningen og atmosfæren rundt middagsbordet (2000, s. 106).

Dernest mener Antonovsky at familien stiller krav til barnet. I denne sammenheng er derimot makten ulikt fordelt. Barnet er sårbart og meget avhengig av sine foreldre. Her i ligger en sterk motivasjon fra barnets side til å tilegne seg familiens verdier, etablere en sosial identitet og å finne sin plass (samarbeide). For at samspillet i familien skal kunne bedres og oppleves som mer *håndterbart*, er det viktig at alle familiemedlemmene erfarer en passende belastningsbalanse. Opplevelsen av å håndtere et problem styrkes av gjentatte erfaringer og opplevelser som er adekvate i forhold til barnets evner, hvorav medansvar (egenansvar) kan være et stikkord (2000, s. 110-134).

I forhold til mødrene som ble intervjuet, var Mia den som virket mest bekymret for datterens psykososiale utvikling. Hun fortalte at hjemme hos dem var de nødt til å mase mye på datteren. I særdeleshet gjaldt dette morgenrutiner som hygiene, frokost, matpakke, klær osv. Det ble dermed fort et høyt støynivå hjemme. Som tidligere nevnt beror motstandskraft på den enkelte persons opplevelse, følelse eller fornemmelse av sammenheng (OAS). Med uttalelsen: *"Jeg vet ikke hva som foregår oppe i hodet hennes"*, gir Mia uttrykk av at hun ikke *forstår* hva som egentlig skjer med datteren (punkt 5.2.2). For å hjelpe datteren har foreldrene tenkt å lage en kalender med faste gjøremål og klokkeslett. Foreldrene engasjerer seg, prøver å finne på kreative løsninger og viser økt omsorg. Dette for om mulig bedre samspillet i familien. Det betyr at mor og barnefar i første omgang forsøker å *håndtere* familiens interne utfordringer på egenhånd. Dette er i tråd med tidligere beskrivelser om proaktive personer. De tillater seg å ta egne valg og å være med på eget liv (Antonovsky, 2000; Berglund, 2002, CD 1).

Mias kalender med faste gjøremål og klokkeslett, kan være til god hjelp for familien, - særlig hvis barnet er med på å utforme den. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at barn som er påmeldt Aktivitetsskolen, kan trenge ytterligere profesjonell helsehjelp. Antonovsky påpeker at OAS ikke er en magisk løsning på alle familiens problemer. For det første er det få foreldre som har en sterk, autentisk OAS. For det andre kan mange av de problemene foreldrene stilles overfor ikke la seg løse fullt ut, uansett hvor sterk OAS denne forelder har (2000, s. 163).

Aktivitetsskolens gruppesamtaler kan bidra til å bevisstgjøre foreldrene i forhold til hva ting betyr for dem. Bevisstgjøring på dette området kan klargjøre tanken og hjelpe foreldrene til å vite hvor de skal begynne og hva de skal bruke mer tid på. Mødrene i dette studiet har klart uttalt at egenansvarlighet hos barna var et viktig og betydningsfullt mål for dem, særlig vedrørende mat og aktivitet. I følge Juul er evnen til egenansvar meget individuelt. Den er også avhengig av at foreldrene i sin kjærlige omsorg overfor barnet, fremelsker denne kvaliteten hos barnet. Innen barnet fyller tolv år kan det blant annet være i stand til å forvalte ansvaret for egen matlyst, personlig hygiene, hvordan de kler seg, valg av venner, lekser og nok søvn. Dette forutsetter imidlertid et godt lederskap fra foreldrenes side. De må daglig praktisere og vektlegge personlig ansvarlighet i samspillet med hverandre og med barna. (2005, s. 84, 85, 113).

I følge Liv har endrede mat og brusrutiner allerede bidratt til å hjelpe deres familie. Helgemiddag fem dager i uka og daglig brusinntak har nå blitt en del av familiens historie. Hos Jill derimot, er det fortsatt vanskelig å ha oversikt over barnets matinntak. Dette fordi barnet nesten daglig spiser hos nære slektninger. Mor er derfor lettet over at Aktivitetsskolen har hjulpet datteren til økt egenansvar i forhold måltidshyppighet og hva hun selv putter i munnen. Når det gjelder familiemåltidene, påpeker Juul viktigheten av at familiemedlemmene ser hverandre, observerer hverandre og lærer hverandre å kjenne. På denne måten blir fellesmåltidene en arena hvor familien opplever seg selv og hverandre, slik de er akkurat den dagen. Han mener at innholdet i måltidet, ved siden av god mat, er viktigere enn hvor mange ganger man spiser sammen pr. døgn (2000, s. 127).

6.2.2 Foreldrenes deltakelse og interesse i barnas liv

Innenfor husets fire vegger viser det seg at foreldrene bruker tid og energi på å videreformidle egne holdninger og verdier. De støtter barna så godt de kan, viser kreativitet og er omsorgsfulle i forhold til deres behov. Likeledes er foreldrene tydelige i forhold egne ønsker og konsekvente i forhold til endringer av familiens matvaner. Under dette punktet ønsker jeg å gå ett skritt videre ved å fokusere på hvilke aktiviteter og utfordringer som møter familiene utenfor hjemmet fire vegger.

Å gjøre aktiviteter sammen med barna gir foreldrene en unik mulighet til å forstå (føle) hvordan barna egentlig har det. I denne settingen er det ikke nødvendig for barna å måtte sette

ord på situasjonen (noe barn ofte ikke klarer). Foreldrene kan lese kroppsspråket deres og bli kjent med dem på en ny måte gjennom felles interesser, lek og bevegelse. Liv forteller at gutten hennes kom hjem fra skolen en dag og fortalt at de hadde gått på skøyter i gymnastikktimen. Han erklærte høyløst at han *ikke likte* å gå på skøyter. Senere var de begge med Aktivitetsgruppa ut på skøytebanen og mor så med egne øyne at skøytene var en stor utfordring for han: "... *det tok på føttene og det var tungt, sant. Nei, da la han seg som en potetsekk ned på isen*" (punkt 5.6.2). I så måte trenger kroppsspråket verken ord eller verbale ytringer. Gutten signaliserer med hele sin kropp at aktiviteten var vanskelig å mestre. Bente forteller at gutten hennes ikke likte å sykle: "*Først nå i sommer har han klart å få trygghet på sykkel. Det er liksom..., motorikken er ikke helt utviklet, ikke sant? Han har sittet på rumpa så mye*" (punkt 5.5.1).

Av og til har barnas ord og uttrykk viktige nyanser i seg, som det er nødvendig at foreldrene blir kjent med. *Symbolord* er en viktig link mellom ordene som brukes og holdninger som dukker opp i hodet på barnet. Eksempelvis kan nevnes at vi nordmenn oppfatter ordet *krise* som noe katastrofalt, mens kineserne oppfatter ordet *krise* både som en katastrofe og en mulighet til vekst og endring. Her kan økt innsikt gjøre oss langt mer bevisst på sinnets opplevelse av situasjonen, i stedet for selve årsaken til situasjonen. Når barna uttrykker *liker ikke*, kan dette i følge Berglund fort bli til *kan ikke*, som til slutt kan oppleves som *helt umulig* (2002, CD 4). Når det gjelder guttenes personlige opplevelser på skøytebanen og sykkel, så er det sikkert korrekt at uttrykket *liker ikke* er synonymt med uttrykket *kan ikke*. Bentes treffende kommentar om mulig årsak, er antagelig også en rimelig tolkning. Ved selv å delta og være til stede i barnets praktiske aktivitet, har Bente fått mulighet til å oppleve gutten på en ny måte. Hun har fått en subjektiv erfaring, eller det man kaller for førstehånderfaring. Dermed er det lettere for henne å forstå at uttrykket *liker ikke* faktisk kan bety *kan ikke*. Her er det derimot viktig at foreldrene hindrer at guttenes *liker ikke* og *kan ikke*, til slutt oppleves som *helt umulig*. Å snakke med barna sine om deres opplevelser på skøytebanen og på sykkel, er i følge Fløistad først og fremst å kunne lytte til dem. Bare den forelder som kjenner til barnets språk, kan virkelig lytte. Å lytte blir i denne sammenheng ensbetydende med å vise anerkjennelse for barnets talenter, og omsorg vedrørende barnets begrensninger. På dette grunnlag mener han at foreldrene lettere kan fortelle sin egen historie. Da blir samtalen mellom familiemedlemmene det den er tiltenkt å være, - en kilde til sammen å tenke nytt (2001, Bind II s. 192).

I intervjuet har mødrene gjentatte ganger henvist til at de prøver å finne på meningsfulle aktiviteter som barna har lyst til, viser interesse for og motiveres av. Jill sier så treffende at barnas aktiviteter "... *må være gøy*". Når det er snakk om aktiviteter er det samtidig snakk om å kunne noe (intelligens). Den amerikanske psykolog Howard Gardners teori om multiple intelligenser, går ut på at det ikke er noen forskjell mellom bevegelse og kognisjon. Tvert i mot sidestiller han disse formene for intelligens. Han påpeker at *bevegelsesintelligens* dreier seg om fin- og grovmotorikk, men også om instrumentelle og uttrykksfulle bevegelser (Laursen, i Christensen & Wichmann-Hansen, 2004, s. 93). I følge fysioterapeut Siri Moe har bevegelse og fysisk aktivitet betydning for barns utvikling. Bevegelser aktiverer barns sanseapparat gjennom syn, hørsel, lukt, smak og berøring. Når f. eks. gutten til Liv skal gå på skøyter og foten hans trår på isen, vil i følge Moe sansecellene i huden under foten hans aktiveres. Fra bl.a. fotens sanseceller går signalene videre gjennom nerveceller til muskler, som igjen utfører guttens bevegelser på isen. På denne måten kan gutten vite hvordan kroppen hans må plasseres i forhold til det harde og glatte underlaget. Når sønnen til Liv har bevegelsesproblemer på isen, vil i følge Moe all hans oppmerksomhet rettes mot kroppen. Denne energibruken bidrar til at sønnen ikke klarer å fokusere på andre ting samtidig, f. eks. skøyting og ishockey. Når gutten derimot har trent såpass at skøytekunsten beherskes, er bevegelsene hans blitt automatisert. Da først er han klar til å rette blikket utover, slik at han kan leke og spille samtidig som han står på skøyter (2009).

Aktiviteter som foreldrene i Aktivitetsgruppa igangsetter er blant annet fjellturer (toppturer) og skogsturer med eller uten orienteringsposter. De beveger seg på idrettsbanen, skøytebanen og i svømmehallen. Ukentlig har de lek og ballspill i gymnastikksalen. Dette er allsidige bevegelser som øker barnas kroppslige prosesser, som igjen utvider deres kroppslige erfaring. Her påpeker Moe at hvis flere sanser er aktivert samtidig, utfylles disse på en slik måte at barna oppfatter nyanser og variasjoner i sine omgivelser. På denne måten får barna nærhet og fortrolighet både til seg selv og omverdenen. Ved allsidig bevegelse utvikler barna kroppsbevissthet, som igjen er knyttet til hvordan barnet oppfatter seg selv (økt selvtillit). Denne kunnskapen gir barnet en kroppslig trygghet som igjen har betydning for oppfatning og læring (2009). Bente forteller at motorikken til sønnen har kommet seg og at han endelig har klart å finne balansen på sykkelen. Hun forteller at han samtidig gjør det bedre på skolen. I dag finnes det ingen pålitelige undersøkelser som støtter antagelsen om at motorisk aktivitet har en direkte årsak til forbedret kognisjon. Enkelte forskningsresultater viser derimot en sammenheng mellom motorisk trening og forbedret konsentrasjon vedrørende skolebarn med

store motoriske problemer (Moe, 2009; Laursen, i Christensen & Wichmann-Hansen, 2004, s. 91).

Samtidig som foreldrene oppøver barnas bevegelsesintelligens gjennom lek og aktivitet har Bente og Mia rett i at gruppeaktivitetene ikke kan være av en slik art at de minste barna blir helt "overkjørt" av de store barna. Her nytter det ikke at foreldrene kun viser tålmodighet og utholdenhet i samværet med barna. De må vise lederskap og korrigere barnas atferd, slik at alle trives og får utfordringer i samsvar med sitt evnenivå. Ved at alle trives i gruppa kan Aktivitetsskolens aktivitetsprogram bidra til å minke familiens stressnivå. Målet er at felles gruppeaktiviteter gradvis går over fra å være en plikt til å bli noe lystbetont. Ja, aller helst til energi og kjærlighet. Dvs. en form for familiemosjon som de ikke kan klare seg uten. Bevegelse, lyst og energi er dermed ikke noe familiene bare får, det er noe familiene skaper ved selv å handle. På sikt kan dette gi fasthet og sammenheng i familiens nye livsstil. Som tidligere nevnt så formes ikke barna bare av hvordan foreldrene tenker, men også i forhold til hvordan foreldrene lever i praksis. Dette kan synliggjøres med et gammelt ordtak: "Så en tanke og du høster en gjerning. Så en gjerning og du høster en vane. Så en vane og du høster en karakter".

Bente forteller meg at verken hun eller resten av familien i utgangspunktet er noen friluftsmennesker. De trives best i sofakroken på en søndagsmorgen. Som flergangsmor forteller hun at ingen av de andre ungene hennes var aktive i oppveksten. Dette fordi barna ikke var interessert i noe. Hun tror nå at familiens manglende aktivitet, er årsaken til sønnens vektproblemer. Derfor ønsker hun at familien hadde fått tilbud om tre dager med obligatorisk gruppetrening, for: "... *det trengs så mye aktivitet*". Bente forteller at gutten har startet på flere aktiviteter utenom Aktivitetsskolen, blant annet Speiding. Ønsket er at han skal lære å bli glad i, og å nyte utelivet. I tillegg ser hun en liten mulighet for at sønnen kan påvirke dem i positiv retning, slik at de som foreldre blir mer friluftsmennesker. Ved første øyekast kan det virke som om Bentes uttalelser er å snu det hele på hodet. I stedet for selv å være et forbilde, ser det ut som om mor har overlatt ansvaret for familiens friluftsliv til gutten. Sett i et mestringsperspektiv derimot, virker det som om Aktivitetsskolens prinsipper har begynt å spire og gro hos denne familien. Fra å være helt passive for bare seks til åtte måneder siden, har familien evnet å gripe fatt i aktiviteter som det følger glede med. Aktiviteter ute i natruen har blitt et viktig interesseområde for dem og hun er "forferdet" over hvor fornøyd og positiv sønnen er. Dette kan tolkes som om familien er i en prosess, hvor de holder på å lete seg frem

til nye aktivitetsprosjekter. En slik leteprosess kan være givende i den forstand at familien oppdager at den ene aktiviteten forsterker den andre og at ”mange bekker små, kan bli til en stor å”. I dette tilfellet har sønnen på kort tid gått fra å være innaktiv, til å være fysisk aktiv fire ganger i uka. I tillegg er dette bare oppstarten på intervensjonsprogrammet, som har en varighet på tre år.

Jeg ønsker å avslutte dette kapittelet med å hevde at Aktivitetsskolen her bidrar til mer enn familiemosjon. Samtidig som familiene deltar på ukentlige og obligatoriske gruppeaktiviteter, får de øvelse i å være tilstede for hverandre. Det virker som om barna får økt konsentrert tid sammen med foreldrene sine og dermed føler seg sett, hørt og bekreftet. Bente sier i denne sammenheng at hun er ”forferdet” over at sønnen er så fornøyd og positiv når han deltar i gruppeaktiviteter (punkt 5.6.2). Han er aldri negativ. Jill forteller at datteren har blomstret opp humørmessig samtidig som hun har meddelt: ”... *endelig kan vi gjøre noe sammen*” (punkt 5.6.3). Glade og fornøyde barn vil kunne minke foreldrenes stressnivå, som igjen er med på å øke familiens motstandskraft. I følge Fløystad er behovet for å bli tatt i mot (nærvær) et grunnleggende behov for alle mennesker, ikke minst er dette viktig for barn. Han mener at dette behovet er vår kjærlighetsstreben etter fellesskap (2001, Bind II s. 75). Dermed er jeg inne på neste tema som er fellesskapsdannelse og mestring av foreldrerollen i forhold til storsamfunnet.

6.3 Samfunnsmessige påvirkninger

Det europeiske samfunnet har vært et klassesamfunn hvor det i utgangspunktet fantes to klasser; herre og slave. I tillegg fantes det millioner av fattige mennesker som falt utenfor alle sosiale system. Dette herre- og slavesamfunnet hadde en iboende hierarkisk holdning i seg vedrørende samfunnsklasser, rase og kjønn. Gradvis forsvant det gamle klassesamfunnet og borgerskapet oppsto som den nye samfunnsklassen. Her ble individualismen satt i høysetet. Med individet i fokus vokste menneskerettighetstanken seg sterk (FN`s verdenserklæring i 1948). Dette resulterte blant annet i at tidligere tiders samfunnsnormer ble avleggs. Nye kjønnsrollemønstre, holdningsmønstre og oppdragsformer dukket opp (Fløystad, 2001, Bind II s. 269-273). Før den annen verdenskrig var de fleste preget av en sterk plikt- og lydighetsholdning. Disse holdningene lå gjerne forankret i den kristne tro, eller i lokale og nasjonale tradisjoner. Dette innebar at foreldre og andre ledere i samfunnet lettere kunne utøve autoritet. Etter krigen og utover på 1970-tallet ble dagliglivet og samfunnet betydelig

endret. I særdeleshet skjedde dette gjennom kommunikasjonsteknologi og massemedia. Dagens samfunn kalles både *massekommunikasjonssamfunnet* og *forbrukersamfunnet*. Det viser seg at kommunikasjonsteknologien har blitt til nødvendige goder som blant annet skaper kontaktmuligheter, trygghet og et behageligere liv. Fløistad påpeker her at disse godene også har en negativ komponent i seg fordi den har en dramatisk økning i påvirkning av, og påkjenning på menneskesinnet. Slik massiv påvirkning gjør at grensene våre rives ned. Antall bilder fra internett, TV og reklame (massemedia) påvirker våre holdninger og ser ut til å sperre for oppfyllelsen av våre grunnleggende behov. Med grunnleggende behov menes den enkelte persons behov for *å være noen* (identitetsfølelse), *å oppleve sammenheng* (OAS) og å opprettholde varige livsprosjekter (familie, oppdragelse, ny livsstil osv.). Holdningsendringene kan føre til at foreldrenes evne til å mestre en mer komplisert livssituasjon svekkes, samtalekunsten svekkes, og tidligere tiders plikt- og lydighetsforhold overfor storsamfunnet forvitres. Folk blir på en måte seg selv nærmest og trives godt med en rolle hvor de kan nyte uten og yte. Å være en forbruker kan innebære mange slags følelser av fellesskap, men fellesskapet er neppe av langvarig karakter. Å være et individ derimot, er en oppgave man utfører i samarbeid, i likeverd og i omsorg for hverandre. Den emosjonelle og kognitive kraften som gir den sterkeste identitetsfølelsen og holder livslange prosjekter sammen, er kjærligheten (2001, Bind II s. 187-192, 269-273). I punktene nedenfor ønsker jeg å komme nærmere inn på Aktivitetsskolens intervensjonsprogram. Likeledes ønsker jeg å trekke frem noen samfunnmessige faktorer som både utfordrer og styrker foreldrenes motivasjon, kontinuitet og mestringsprosess.

6.3.1 Aktivitetsgruppen, et nettverk preget sosial støtte, normer og verdier

Foreldrene har i denne studien fortalt om opplevelser med egne barn, slekt, nære venner og gruppefellesskapet ved Aktivitetsskolen. De har kommet inn på mulige årsaker til barnas alvorlige overvekt og tenkt på arv og miljø. Mødrene har tidligere hatt en gnagende samvittighet i forhold til barna sine, og bedt offentlig helsevesen om hjelp. Professor i sosialmedisin John Gunnar Mæland mener at helse blir en måte å mestre de oppgaver som omgivelsene (Aktivitetsskolen, samfunnet) stiller til foreldrene. I så måte er mestring av foreldrerollen en krevende kunstart som blant annet beror på selverkjennelse, selvdisiplin og egne ressurser. Dette er evner som trolig kan styrkes ved hjelp av Aktivitetsskolens intervensjonsprogram, men ikke erstattes. Dette fordi evnene bygger på foreldrenes egen klokskap og erfaringsbaserte kunnskap (Mæland, 2009, s.62).

Barna som er randomisert til grupper får som tidligere nevnt gratis aktivitetstilbud to ganger i uka. Dette aktivitetstilbudet er sponset av familiens hjemkommune, hvorav lokaler blir stilt til disposisjon. Det ene aktivitetstilbudet i uka er med aktivitetstrener til stede. Det andre tilbudet har foreldrene selv ansvar for. I de to Finnmarkskommunene jeg besøkte, merket jeg meg at foreldrene hadde valgt forskjellig strategi. I den første kommunen (gruppe I) hadde foreldrene valgt å ta ansvar for sin aktivitetsdag i svømmehallen på kveldstid. Her fikk aktivitetstrener ansvaret for å finne på forskjellige aktiviteter den andre aktivitetsdagen. Mødrene i denne gruppa uttalte at de var meget fornøyd med ordningen. I den andre kommunen (gruppe II) valgte foreldrene motsatt løsning. De ønsket å ta ansvar for sin aktivitetsdag i skolens idrettshall på kveldstid. Det ble dermed deres ansvar å være kreative, og å finne på ukentlige aktiviteter som var inspirerende og gøy for barna. Her hadde aktivitetstrener barna i svømmehallen den andre aktivitetsdagen i uka. I begge gruppene er foreldrene representert den dagen aktivitetstrener har hovedansvaret for å lede gruppa. I gruppe II kommenterer både Bente og Mia at det har vært noen problemer. Bente sier for det første at det er tungt å håndtere andre voksne som i perioder er negative og gjør lei. For det andre sier hun at det er det problematisk at det er så stor aldersforskjell mellom barna. Både hun og Mia ser ut til å være enige i at den store aldersforskjellen går ut over de yngste på laget. For det tredje forteller Mia at det på gruppesamling var noen foreldre som pratet mer enn andre. Først etter Friluftsskolen opplevde hun at de ble en ordentlig gruppe og hun *"følte ikke at de satt utenfor lenger"* (punkt 5.6.2).

Professor i organisasjonspsykologi Geir Kaufmann har skrevet boken *"Hva er kreativitet"*. Her kommer han inn på at problemløsning (livsstilsendring) i grupper kan være et tveegget sverd. Et av de negative trekkene med gruppeatferd, er at atferd i alminnelighet er sterkt normstyrt (2006, s. 115-123). I så tilfelle kan aktiv tilpasning i Aktivitetsgruppa innebære et aktivt press foreldrene seg imellom. Det kan være dette normpresset som kommer til uttrykk, når enkelte foreldre i gruppe II har dager hvor de ytrer at de er gjør lei. I denne sammenheng innrømmer Liv en følelse av at *"hun holdes litt i ørene"*, Jill at hun opplever det som *"positiv tvang"*, mens Bente føler *"et visst press"* fra Aktivitetsskolen. Selv om disse mødrene nevner dette i positive vendinger (punkt 5.6.1), er det antagelig flere som kunne ha uttalt som Mia: *"Jeg er et vanemenneske. Det skal mye jobbing for å snu meg"* (punkt 5.1.3). Mia fortsetter med å beskrive gruppeprosessen. Hun kommenterer at det har tatt tid før alle medlemmene *"kom inn i gruppa... ble mer sånn grupperelatert"* (punkt 5.6.2). Dermed sier hun ganske

direkte at noen har tatt styringen, mens andre har vært mer avventende. Kaufmann mener at enkelte aktive og engasjerte personer kan dominere problemløsningsarbeidet i en gruppe. Dette er forankret i personlighetstrekk, og behøver nødvendigvis ikke være tilknyttet problemløsende evner. Når det gjelder antall medlemmer i en gruppe, anbefales fem-seks personer. Blir det så mange som ti-tolv personer, viser forskning at de ikke klarer å stå i direkte interaksjon med hverandre (2006, s. 115-123). Etter hva jeg forsto på mødrene, var det opp til gruppen selv å bestemme om den skulle deles eller holdes sammen som stor gruppe. Foreldrene i gruppe II ønsket stor barnegruppe, da antall barn var viktig for å få til gode lagspill (fotball, kanonball osv.).

Det positive med gruppebasert tilnærming, er i følge Kaufmann at forskjellige personer innbyr til naturlig større variasjon vedrørende perspektiv og problemløsning. Mangfold i evner, kunnskap og ferdigheter gjør at medlemmene i gruppa kan utfylle hverandre og skape motivasjon på en positiv måte (2006, s. 115-123). Liv bekrefter at dette er tilfelle. Hun finner mening i felles trening og sier det gir en ”*kikk-opplevelse*” at flere deltar, og at noen forventer at hun kommer (punkt 5.6.2). Gruppen hjelper henne til lettere å håndtere dager som er tunge, til å føle at hun er på rett vei og at det ikke flyter ut. Hun føler seg trygg i gruppa og merker at egne holdninger har endret seg. I tillegg synes Liv det er flott at foreldrene deltar sammen med barna på aktiviteter. Mor beskriver dette som et godt samhold. Jill sier at gruppeaktivitet to ganger i uka bidrar til å motivere dem. Gruppa er så meningsfull for henne at den betyr alt. Mia forteller at hun er veldig fornøyd og at hun hele tiden hadde håpet på at de havnet i gruppe. Hun ser gruppen som en viktig ressurs som står sammen for å støtte hverandre. Særlig er dette samholdet viktig i perioder som oppleves tunge, f. eks. mørketiden. Hun uttrykker at gruppeaktivitetene har blitt en del av familiens hverdag (nye vaner). Dessuten setter hun pris på de faste samlingene på helsestasjonen og dialogen med helsesøster og resten av gruppa. Hun mener at det hjelper henne til å bli mer bevisst.

Det viser seg her at Aktivitetsgruppen bidrar til å styrke både faglige og sosiale ferdigheter. Det faglige foregår i jevnlig samtaler på helsestasjonen og i Hammerfest, men også mellom foreldrene seg i mellom. De lærer av hverandre når de må delta og påta seg det ukentlige ansvaret med å lede hver sin aktivitetsekveld. De fører fravær og finner på kreative, sosiale aktiviteter som er gøy og motiverende for barna. De gir hverandre hjelp, støtte og oppmuntring underveis for at alle skal lykkes. Forskning viser i denne sammenheng at akseptering av beslutninger blir styrket, hvis medlemmene selv deltar i beslutningsprosessen

(Kaufmann, 2006, s. 115-123). Det sosiale foregår for det meste i Aktivitetsgruppen to ganger i uken. I tillegg trekker mødrene selv frem Friluftsskolen som en spesielt positiv uke. Friluftsskolen var så vellykket at mødrene fra den ene gruppen planlegger en lignende leirskole på egenhånd. Foreldrene skal leie en hytte og invitere aktivitetstrener og helsepersonell til å være med. De forteller også om felles julebord, private telefonsamtaler og at de slår av en prat når de treffes tilfeldig på gaten. Enkelte av barna har fått seg nye venner i Aktivitetsgruppen. Det hender at de trener ekstra sammen utenom de faste aktivitetsdagene. Når det gjelder sosial støtte viser senere forskning at dette bidrar til en gunstig utvikling av OAS. Dette er spesielt fremtredende i evnen til å gi omsorg og å oppleve sosial integrasjon. Mulighetene til å gi omsorg er kjennetegnet ved at personen gir mer enn vedkommende selv får. Personen mottar dermed sosial støtte ved å gi (punkt 6.1.1). Ved å investere i sosiale relasjoner oppleves en kvalitet som igjen kan være viktig for selvbildet, trivsel og mening i livet (Keyes & Zachariae, i Langeland, 2009, s 293). En slik kvalitet viser også til et avgjørende vendepunkt i mestringsprosessen når det utvikles en mer gjensidig hjelpende relasjon mellom fagperson og foresatte. Gjensidighet synes her viktig, samt at fagpersoner går ut over den rollen som det tradisjonelt forventes av dem (Borg & Kristiansen, i Langeland, 2009, s. 293).

Begge gruppene forteller at de tar i bruk nærmiljøet og naturen. De er i svømmehallen, idrettshallen, på skøytebanen, i skiløypa, i skogen og i fjellet (toppturer). I følge Fløistad har naturen en dobbelt virkning på oss mennesker. Først og fremst er naturen et middel til rekreasjon, samt et viktig sted hvor man kan utfolde sine fritidsinteresser (2001, Bind I s. 121-123). Varierte og planlagte uteaktiviteter med Aktivitetsgruppa kan dermed bidra som en sikkerhetsventil mot stress, samtidig som den kan gi familiene inspirasjon og økt overskudd. I tillegg påpeker Fløistad at trygghet, felles minner og gjenkjennelsesglede i møte med skog, fjell og nærmiljø kan bli et kjærkomment resultat. Dette bidrar til at naturopplevelsene blir til familiens *hjemsted*. Her mener han at det er på hjemstedet at naturen kan komme familiene nærmere, og bli til vekst og egne livserfaringer. Naturen er dermed ikke skilt fra individet eller familienes erfaringer, men er ett med stedets kultur, samfunn og historie (2001, Bind I s. 121-123). Dette kan bety at Aktivitetsgruppens naturopplevelser bidrar til økt aktivitet, samtidig som det gir glede og identitetsfølelse. Her er det snakk om følelsen av å være av samme slag, eller å høre hjemme et sted.

6.3.2 Politiske tiltak som påvirker foreldrenes mestringsstrategier

Mennesket er et fellesskapsvesen som eksisterer i et nettverk av sammenhenger når det gjelder sosial, kulturell, økonomisk, teknologisk og politisk art (Fløistad, 2001, Bind I s. 120). Dette blir også synlig i møtet med familiene i denne studien. En av mødrene forteller at barneskolen daglig tilbyr barna milkshake og godmorgen yoghurt ved siden av melk og frukt. I tillegg er det kantinetilbud med lyse baguetter (loff) og juice en dag i uka. Mor har gjentatte ganger forsøkt å få dette tilbudet endret uten hell. Hun synes det er vanskelig å *håndtere* en situasjon hvor hun ikke får hjelp verken fra skoleledelse, foreldre (foreldremøter) eller fra ansatte på helsestasjonen. Hun gir uttrykk for at hun føler seg direkte motarbeidet. I tillegg synes hun det er vanskelig å *håndtere* en situasjon hvor barnet skiller seg ut, samtidig som det maser om å få milkshake. Hun har gitt etter når det gjelder baguetten, men sier det koster henne en god del å si nei til det daglige milkshake-tilbudet. Dette ser jeg som et tydelig eksempel på at barnets helse ikke bare er et individuelt anliggende som mor alene har kontroll over og ansvar for. Her blir barnets helse også et politisk spørsmål. I følge Helsedirektoratet er barn en viktig målgruppe for helsefremmende arbeid, og barneskolen en arena hvor man skal tilrettelegge for daglig fysisk aktivitet og sunne måltider. Dette for å sikre alle elevers rett til et læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og læring. Helsedirektoratet anbefaler at 60 minutter fysisk aktivitet integreres i skolehverdagen. Når det gjelder skolemåltidet anbefales frukt og grønnsaker, hvit melk (skummet, ekstra lett eller lettmelk), enkel brødmat, tilgang på kaldt drikkevann og kantine/mattilbud på ungdomsskole og videregående skole (2007 & 2008). I nevnte eksempel overfor ser det ikke ut til at barneskolen følger Helsedirektoratets generelle retningslinjer for skolemåltider. Skolen bidrar dermed ikke med optimal støtte når det gjelder fellesskapsdannelsen, som her betyr dannelse av sunne kostvaner og helse (se etiske overveielser punkt 4.4.5).

I januar 2010 fikk Fylkeskommunene lovpålagte oppgaver innen lokalt og regionalt folkehelsearbeid. Dette innebærer at Fylkeskommunene pålegges ansvaret for folkehelsearbeidet regionalt, samtidig som de fortsetter som rådgivere for folkehelsearbeidet lokalt. I følge nyhetsbrev fra Fylkesmannen i Finnmark har det lenge vært fokus på helsefremmende skoler. Her informeres det om at nesten alle videregående skoler i Finnmark har vannautomater for elever og ansatte. I tillegg har videregående skole i Vadsø, Hammerfest og Kirkenes sluttet å selge brus. Angående tannhelsetjenesten har Fylkeskommunen vedtatt en ny plan for å utvikle et tettere samarbeid med barnehager og skoler vedrørende helsefremmende og forebyggende arbeid. Prioriterte satsningsområder for

folkehelseprosjektet "Liv og lyst i lys og mørke" er fysisk aktivitet og friluftsliv, røyk- og rusfrihet, matkultur, kultur, samt fysisk planlegging som helsefremmende verktøy (Finnmark Fylkeskommune, 2009). Jeg ser ikke at skolemåltidene ved barneskolene i Finnmark er et direkte satsningsområde, hvis det da ikke kommer inn under punktet matkultur. Det fremkommer heller ikke om antall gymnastikktimer har økt, selv om fysisk aktivitet står på programmet. Her kan det derimot være at hver enkelt skole integrerer fysisk aktivitet i fagene for å oppnå variasjon i opplæringen. Det kan også tenkes at de utvider friminutt eller organiserer midttimeordning for å oppnå anbefalt mengde fysisk aktivitet pr. skoledag. Hvem som klarer å holde oversikten på antall aktivitetstimer som blir tilbudt skolebarna per uke er uvisst. Forskning viser at barn trenger minst 90 minutters fysisk aktivitet daglig, for å forebygge insulinresistens og hjerte-karsykdommer (Andersen et al., 2006). Det hadde dermed vært sosialt utjevnete om alle barneskoler i Finnmark hadde fulgt Helsedirektoratets anbefalinger vedrørende måltider og en times daglig fysisk aktivitet på skolen. Dette tiltaket hadde samtidig bidratt til å støtte foreldrenes mestringsstrategi.

Sett i et mestringsperspektiv beskriver mødrene at Aktivitetsskolen hjelper dem til å endre egne holdninger og å være mer bevisst. Mor har i dette eksemplet bestemt seg for ikke å ta imot tilbudet om daglig milkshake, og gir dermed ikke etter denne lysten hos barnet. I følge Juul vet barn nesten alltid hva de har lyst til, men lite om egne overordnede behov (2005, s. 116). Her ser jeg en mor som viser barnet kjærlighet ved å være autentisk og ansvarlig. Hun tørr å være tydelig både overfor eget barn, andre foreldre, skole og helsestasjon. Mor velger å ta ansvar for barnets helse, selv om hun sier det er tungt og at det koster henne mye når barnet maser. Hvis mor benytter denne sjansen til å snakke med barnet om at sukkerholdig mat og drikke påvirker humøret (sur, irritabel, kranglete, grinete) og energien (trett, slapp, lat), vil barnet samtidig lære noe om sin egen kropp og helse. Barnet kan få kunnskap om at usunn mat bidrar til å ta bort lysten på sunn mat, og at overskuddet til lek og aktivitet blir så lite at de bare har lyst til å sitte foran TV og PC. På sikt vil mors opplæring kunne hjelpe barnet til å ta egne sunne valg. Barnet vil våge å si nei og ikke automatisk gjøre det samme som resten av klassen. Denne lærdommen vil være en stor fordel på sikt, når gruppepresset handler om alvorligere ting som f. eks. røyk, alkohol, narkotika, sex., kriminalitet osv. I punkt 5.6.3 bekrefter Jill at endringer i barnets kosthold (mindre sukkerinntak, pizza osv.) har gitt henne en mye blidere og mer aktiv unge.

6.3.3 Reklame, motepress og kroppsideal

Tre av mødrene kommer inn på at de har store problemer med å skaffe barna normalt tøy. De går i joggebukser. To av disse mødrene har gutter og kommenterer guttenes alder i forhold til klesstørrelse. Her virker det som om Bente legger skylden på seg selv når hun sier: *"Jeg klarte ikke å holde størrelse syv år, når han var syv år..."* (punkt 5.2.1). Liv derimot retter frustrasjonen utad og mener at klesfasong og klesmote har skylden for at mange barn føler seg tykke. Hun forteller om en episode i butikken hvor sønnen skulle prøve dongeribukser. Størrelse 14 år passet ikke og størrelse 16 år hadde de ikke flere igjen av. Dermed måtte gutten opp i voksenstørrelse på buksa, og hun fortsetter: *"Da fikk jeg med meg 32 tommer, men den var mindre enn 14 års bukse igjen. Så jeg sier at det er til å bli... steine sprø ut av"* (punkt 5.2.1). Liv vil gjerne belønne sønnen sin med en flott dongeribukse i stedet for gotterier og penger. Hun forteller at det var sårt og skuffende for sønnen når han ikke fikk kjøpt seg ny, tøff dongeribukse. Jill, som har en jente, innrømmer at hun har vært på gråten flere ganger når hun opplever at det ikke er noen klær som passer barnet. Hun synes synd på jenta: *"For å si det sånn, så har hun jo aldri stakkar, kunnet ha på seg dongeribukser"* (punkt 5.2.1). Dessuten opplever Jill at det både er galt og brutalt å gå opp i voksenstørrelse for at barnet skal få en dongeribukse.

Mødrene beskriver barna sine som så kraftige at de verken klarer å skaffe "normale" klær (olabuser), eller store nok klær til dem. De kan ikke komme inn i en vanlig klesbutikk uten å komme skuffet og tomhendt ut igjen. Når de forlater butikken vil barnas kroppsspråk antagelig si mer enn tusen ord. Mødrene beskriver følelser som skyld, manglende mestring, frustrasjon, skuffelse, medlidenhet og at noe føles rett og galt i forhold til kjøp av klær. Det som skal være en glede og en belønning, synes å bli vendt til gjentatte nederlag for mor og barn. Klær som for mange mødre og døtre er en felles interesse, blir for Jill noe som føles galt og brutalt. Klesbutikken blir på denne måten stedet hvor mødrene blir bevisstgjort barnets utseende og egentlige situasjon. En slik bevisstgjøring er både sårende å oppleve, og helt nødvendig for å kunne gjøre noe med barnets vektproblem. Forståelse for barnets følelser og situasjon, eller møtet med den enestående Annen som Gadamer ville ha sagt (vedrørende kontekst), er med på å legge grunnlaget for at mor blir beredt til å motta hjelp. Dette til tross for at det krever utholdenhet og kamp.

Historien forteller at tidligere kvinneideal besto av frodige damer med runde hofter og kvinnelige former. Dette har endret seg betraktelig hvorpå dagens ungdom bombarderes av

massemedia via TV, PC, film og reklame når det gjelder moteklær, utseende og kropp. Dagens kvinneideal viser at jentene skal være lange og slanke. De skal helst ha smale hofter og store bryst. En slik kropp er så sjelden at flere er nødt til å ty til slankepiller og plastiske operasjoner for å få dette til. Mannens kroppsideal er å være høy og muskuløs. Mange unge gutter pumper dermed vekter og spiser anabole steroider for å leve opp til dagens høye krav til utseende og ”vellykkethet”.

Foreldrene må prøve å fjerne koplingen mellom utseende og egenverd hvis barna skal kunne opparbeide seg en god selvfølelse. For å oppnå dette trenger barna trygghet og masse kjærlighet. De trenger å bli sett og bekreftet i stedet for å bli bedømt etter utseende, eller sammenlignet med andre. Jeg har hørt at man i løpet av et døgn kan tenke opptil 60 000 tanker. Barnesinnet er derfor meget sensitivt for mødrenes reaksjoner og hva omgivelsene sier til dem. Det mødrene sier og gjør i klesbutikken og på veien hjem, har dermed en enorm påvirkningskraft. Å *håndtere* eller mestre i denne sammenheng dreier seg om å mestre både egne og barnas skuffelser. Det dreier seg også om hvor fort mødrene reiser seg og kommer på sporet igjen etter nederlaget i klesbutikken. Slik sett kan psyken sammenlignes med å være fysisk aktiv. Noen dager går det lett, andre dager går det tungt, - det viktigste er å fortsette å være i aktivitet. Å reise seg igjen etter tapsopplevelsen, slå av en vits eller prøve å se litt humoristisk på situasjonen, kan bidra til å gi barna et eksempel på hvordan man kan mestre nederlag. Oppmuntring kan hjelpe barna til å holde ut og å gi dem håp om å lykkes. I tillegg til å måtte mestre de følelsesmessige utfordringene, ser vi at mødrene også er villig til å mestre de praktiske utfordringene. Liv sier at hun vil både klippe av buksebeina og sy om klærne for å få dem til å passe gutten. Jill påpeker at hun er redd for at jenta skal kunne utvikle spiseforstyrrelser og er ved Aktivitetsskolens hjelp innstilt på å jobbe langsiktig. Målet er å stabilisere jentas vekt, samtidig som hun strekker seg. Måtehold, hyppigere måltider og økt aktivitet har bidratt til at jenta hennes har fått en strammere kropp. For første gang i sitt liv har datteren til Jill kommet inn i en olabukse som ble gitt henne som gave før oppstart på Aktivitetsskolen.

På grunn av økt etterspørsel har klesmerket Lindex lansert et eget buksemerke med ekstra vidde, mens Hennes & Mauriz har utvidet kolleksjonen med justerbare bukser til barn. Disse tilbudene finnes i større norske byer, men ikke i de små Finnmarkskommunene. Her opplever mødrene at tilbudet på vanlige olabukser til barn er så dårlig at de ikke engang har alle størrelsene inne i butikken. De må opp i voksenstørrelse. Et større utvalg i de lokale

klesbutikkene vil trolig gjøre situasjonen lettere for foreldre med alvorlig overvektige barn, selv om massemedia med sitt fokus på perfekte kropper og moteriktige klær fortsetter sin påvirkning.

7. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Et av de mest slående funnene i denne masteroppgaven er det allmenne i foreldrenes følelser vedrørende sine alvorlig overvektige barn. *Dårlig selvfølelse* i forhold til erkjennelsen av å ikke makte barnets alvorlige overvekt alene. *Skyldfølelsen* over å ha vært for snill og ettergivende når det gjelder brus, usunn mat, eller for mye mat. *Gnagende samvittighet* for å ha tatt mer hensyn til egne behov, i stedet for å ha stimulert barnet til sport og sunne fritidsinteresser. *Angsten* som melder seg når mor ser at barnet har det vondt og ikke mestrer daglige gjøremål som lek og påkledning. *Redselen* som hele tiden ligger på lur med tanke på fremtidige spiseforstyrrelser og helseproblemer. Dette er følelser som jeg tror mange foreldre med alvorlig overvektige barn vil kunne kjenne seg igjen i.

Videre i denne masteroppgaven har jeg synliggjort hvordan foreldrene kan bringes i kontakt med egne ressurser slik at de opplever foreldrerollen som *forståelig, håndterbar* og *meningsfull*. Jeg har sett på hva som minker familiens stressnivå og hva som påvirker til positiv psykososial utvikling. Til slutt har jeg kommet inn på hvordan integrering i et lokalt, sosialt og kulturelt nettverk kan bidra til å gi foreldrene indre motivasjon og kontinuitet i mestringsprosessen.

Når det gjelder *forståelse* har jeg tidligere nevnt at foreldrene har et overordnet ansvar for barnets psykiske utvikling hvorav kvaliteten i samspillet og atmosfæren i familien er av stor betydning. De har samtidig ansvar for barnets fysiske utvikling, hvorav måtehold og sunne vaner må innøves da tendensen vanligvis er at ”for meget og for lite, forderver alle ting”. Sett i forhold til Aktivitetsskolens intervensjonsprogram er gruppesamtalene på helsestasjonen en viktig arena hvor foreldrene får mulighet til å sette ord på egne følelser, opplevelser og hva ting betyr for dem. I følge Mia hjelper disse samtalene henne til å bli mer ”bevisst”. Bevisstgjøring av foreldrerollen bidrar blant annet til å skjerpe tanken og å synliggjøre hvor de ønsker å starte. Et uttalt ønske fra foreldrenes side var at barna måtte lære å ta et mer selvstendig ansvar for mat (hva de puttet i munnen) og aktivitet.

Jeg har kommet inn på at det er foreldrenes oppgave å *håndtere* familiens følelser, interesser og behov slik at hjemmet blir et sted for trivsel, likeverd og utvikling. Oppdragelse går ut på at holdninger og verdier blir formidlet gjennom ord og i særdeleshet handling. Studiet viser at Aktivitetsskolens intervensjonsprogram støtter foreldrenes selverkjennelse, selvdisiplin og ressurser. Likeledes støttes foreldrenes faglige og sosiale ferdigheter. Liv trekker inn den følelsesmessige og sosiale dimensjonen med å være i en gruppe når hun uttaler at det gir en ”*kikk-opplevelse*” at flere deltar og at noen forventer at hun kommer. Hun håper at andre barn etter dem får liknende hjelp. Dette fordi hun mener at familier med overvektige barn trenger helsepersonell som stiller opp rundt dem. Hun avslutter med å si: ”*for oss har det vært alfa og omega*”. Liv bekrefter herved at endringsprosessen får et avgjørende vendepunkt når det utvikles en mer gjensidig hjelpende relasjon og når fagpersoner går ut over den rollen som det vanligvis forventes at de har (punkt 5.6.3. & 6.3.1). I tillegg til at foreldrene får påfyll, får familiene øvelse i å være til stede for hverandre. Barna føler seg sett, hørt og bekreftet. Bente formidler at hun er ”*forferdet*” over at sønnen er så fornøyd og positiv når han deltar på gruppeaktivitet. Han er aldri negativ. Jill påpeker at gruppeaktiviteter to ganger i uka er med på å motivere dem, det er *gøy*. Datteren hennes har blomstret opp humørmessig og meddeler: ”... *endelig kan vi gjøre noe sammen*”. Det ser ut til at glade og fornøyde barn bidrar til å minke foreldrenes stressnivå, som igjen er med på å øker familiens motstandskraft.

Som foreldre er det viktig å investere i sosiale relasjoner og finne *mening* i barnas behov for lek, aktivitet, kreativitet, anerkjennelse og kjærlighet. Et tett samarbeid mellom familie, skole og nærmiljø kan forsterke opplevelsen av sammenheng og mening. En av mødrene synliggjør hvilke problemer som kan oppstå når dette samarbeidet ikke fungerer. Politiske føringer vedrørende sunne skolemåltid blir ikke fullt opp på alle barneskolene i Finnmark. Når sosialt utjevne tiltak som skolemåltider og antall timer med fysisk aktivitet ikke blir iverksatt på den enkelte barneskole, understøttes foreldrenes mestringsstrategier. Denne oppgaven avdekker at Aktivitetsskolens intervensjonsprogram for barn med alvorlig overvekt og fedme er en farbar vei til bedre mestring av foreldrerollen. Aktivitetsgruppene er en arena hvor foreldrene opplever å få ekte positive tilbakemeldinger, omsorg og støtte. Disse kvalitetene gis videre til barna og gruppen som helhet. Balansen mellom å få og å gi hjelper foreldrene til å oppleve sammenheng, trivsel og livskvalitet i tilværelsen.

Selv om teorien om *salutogenese* gir en grunnleggende forståelse for hvordan mestring (definert som OAS) kan skapes, har ikke denne tilnærmingen blitt tilstrekkelig utforsket i

forhold til behandlingen av alvorlig overvektige barn. Som helsesøster drømmer jeg om en mer helhetlig medisin hvor foreldre som strever med barns vekstutvikling kan få det beste både fra naturvitenskapens forklaringer og humanvitenskapens forståelser. Legevitenskapen med sitt medisinske behandlingstilbud kunne da ha blitt kombinert med Antonovskys teorier om egenverd og mestring, slik at begge behandlingsmetodene fremsto som likeverdige og gjensidige. Descartes tidligere oppsplitting av menneskets kropp og sjel hadde endelig blitt sammenføyet, slik at mennesket ble behandlet som et hele. I denne sammenheng er jeg viss på at det ikke finnes noen kropper som ikke også er psyke. Foreldrenes følelser bor i kroppen deres og befinner seg i utallige muskler og celler, samt kroppsvæsker (tårer) og kjemi (kortisol) (punkt 6.1.2). Det er derfor interessant å merke seg at Aktivitetsskolen i Finnmark har to målsettinger for hovedprosjektet. Den ene målsettingen er kvantitativt vinklet med fokus på økt kompetanse i forhold til hvilke metoder og behandlingsformer som er mest virksomme for barn med alvorlig overvekt og fedme. Den andre målsettingen er kvalitativt vinklet med fokus på økt kunnskap vedrørende hvilke påvirkninger som bidrar til endret livsstil hos de involverte familier. Hovedprosjektet legger dermed til rette for et helhetlig behandlingstilbud hvor menneskets kropp og sjel blir forstått som en helhet. Denne masteroppgaven er et bidrag til denne helheten.

I mitt møte med intervjueteksten har jeg som forsker prøvd å være ydmyk, åpen og oppmerksom. Ved å være lydhør for det teksten sier, se for meg mødrenes ansiktsuttrykk og å prøve å sette meg inn i deres følelser og situasjon, har det oppstått en forståelse gjennom relasjonen oss i mellom. Jeg har etterstrebet å se mødrenes erfaringer i et salutogent perspektiv samtidig som jeg intuitivt har prøvd å tolke erfaringene og følelsene deres fra flere forskjellige synspunkt. Jeg er klar over at måten jeg hver gang har tolket og forstått mødrenes erfaringer på, ikke kommer fra erfaringene i seg selv. I denne sammenheng er all min forståelse påvirket av min forforståelse som blant annet består av min sosiale bakgrunn, tidligere erfaringer, personlige evner, egne faglige interesser og teoretiske perspektiv. Jeg har i så måte ikke hatt noen nøytral posisjon overfor informantene, selv om jeg har prøvd å være fullstendig nærværende og åpen i mitt møte med dem.

Inntrykkene jeg sitter igjen med etter å ha analysert, tolket og drøftet intervjuetekstene er mange. Flere av mødrenes fortellinger har berørt meg samtidig som de etisk har engasjert meg. Særlig gjelder dette mors historie vedrørende barneskolens daglige tilbud av sukkerholdig og usunn ernæring (punkt 6.3.2). I møte med informantens erfaringer, gjennom

de transkriberte tekstene, har jeg bevisst prøvd å ikke gå for fort frem. Gjennom mange deler og brikker, og mange runder og helheter, ble jeg etter som månedene gikk gradvis fortrolig med det ukjente i deres fortellinger. Til tross for dette opplevde jeg likevel ikke å få den totale oversikt over foreldrenes mestringsprosess. Dette er i tråd med den hermeneutiske spiral, som aldri slutter og aldri begynner (punkt 4.2.1). Jeg har lett etter det unike og det meningsbærende i informantenes erfaringer. Jeg har sett på hvilke faktorer som fremmer psykiske helse og motstandskraft. Disse faktorene har blitt drøftet i forhold til individuelle, familiære og samfunnsmessige forhold. Som forsker har dette vært en ny, krevende og faglig vanskelig situasjon for meg. I møte med informantene merket jeg at mine egne holdninger, kunnskaper og etiske verdier ble utfordret. Foreldrenes erfaringer viste meg at gruppefellesskap minsket foreldrenes opplevelse av maktesløshet og deres følelse av å være alene om omsorgen for barna. Samtidig økte foreldrenes bevissthet og sosiale integrasjon. Foreldrene gav uttrykk for at Aktivitetsgruppen gav økt identitetsfølelse, samhold, motivasjon, kreativitet, trygghet og glede. I tillegg opplevde de gruppeaktiviteten som vanedannende. Studiet har lært meg betydningen av en salutogen tilnærming for å styrke foreldrenes ressurser og psykiske helse. Denne tilnærmingen vil jeg gi økt oppmerksomhet når jeg er tilbake i min stilling som helsesøster. Dessuten har jeg blitt mer bevisst hvordan jeg som helsesøster har et etisk ansvar for at de politiske føringene blir overholdt vedrørende tverrfaglig samarbeid, styrking av foreldrerollen og helsefremmende livsstil.

Tilrettelegging av nye behandlingstilbud for alvorlig overvektige barn er et samfunnsansvar som ikke er ivaretatt godt nok. Som helsepersonell trenger vi kvalitativ forskning for å fremme kunnskapsgrunnlaget om hva som styrker foreldrerollen. En salutogen tilnærming kaster lys over foreldrenes mestringsprosess samtidig som den bidrar til å videreutvikle Aktivitetsskolens intervensjonsprogram.

LITTERATURLISTE

- Andersen, L. B., Harro, M., Sardinha, L. B., Froberg, K., Ekelund, U., Brage, S., et al.. (2006). Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: A cross-sectional study (The European Youth Heart Study). Norway: *Departement of Sports Medicine, Norwegian School of Sport Sciences, Oslo*. Lokalisert 26. april 2010 på www.thelancet.com Vol 368 July 22, 2006.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. Boken er oversatt fra engelsk etter "Unravelling the mystery of health" v/ Amnon, L. København: Hans Reitzels Forlag.
- Berglund, J. (2002). *Det emosjonelle språket*. Lydbok lest av forfatter; 4 CD/5 timers pilletid.
- Christensen, M. K., & Wichmann-Hansen, G. (2004). *Krop og kompetence: Aktuelle begrep innen for pedagogik og sundhed*. Danmark: Forfatterne og FALD's Forlag, Copenhagen.
- Eriksen, T. B. (2006). *Filosofihistorien på 200 minutter*. Lydbok skrevet og lest av forfatteren; 3 CD/4 timers spilletid. Lydbokforlaget.
- Fangen, K. (2009). *Kvalitativ metode*. Forskningsetisk bibliotek. Utgitt 31. mars 2009. Sist oppdatert 07. januar 2010. Lokalisert 12. mars 2010 på <http://www.etikkom.no/no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnaerminger/Kvalitativ-metode/>
- Finnmark Fylkeskommune. (2009). *Regionalt partnerskap for folkehelse i Finnmark*. Nyhetsbrev 1-2009. Lokalisert 25. april 2010 på www.helsenord.no
- Fløistad, G. (2001). *Utfordringer: Studier i langsomhetens filosofi*. (2. utg.). Oslo: Ledelsesfilosofi.
- Folkehelseinstituttet. (2004a). *Internasjonalt: 300 millioner har fedme*. (oppdatert 02. 09. 2008). Oslo: Nydalen. Lokalisert 20. mars 2009 på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4459:1:0:0:::0:0

- Folkehelseinstituttet. (2004b). *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*. (oppdatert 22. 10. 2008). Oslo: Nydalen. Lokalisert 27. januar 2010 på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5670:0:15,2690:1:0:0:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2008). *Overvekt og fedme hos barn og unge – faktaark*. Oppdatert 26. februar 2009. Oslo: Nydalen. Lokalisert 26. februar 2009 på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:70852:::1:5647:48:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Barns vekst i Norge 2008: Høyde, vekt, og livvidde målt blant 3.-klassinger*. Divisjon for epidemiologi. Avdeling for helsestatistikk. Oslo, Nydalen. Lokalisert 27. januar 2010 på <http://www.fhi.no/barnevekst>
- Gadamer, H. G. (2003). *Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Artikkelen er oversatt og hentet fra bind I og II av "Gesammelte Werke" v / Hans Georg Gadamer, 1986/1993. Norge: J. W. Cappelens Forlag, Oslo.
- Gonzalez-Suarez, C., Worley, A., & Grimmer-Somers, K. (2009). School-Based Interventions on Childhood Obesity. *American Journal of Preventive Medicine*. A Meta-Analysis; Am J Prev Med 2009; Volume 37, Issue 5, Pages 418-427. Published by Elsevier Inc.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Poland: Printet by Pozkal.
- Helsedirektoratet. (2004). *Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten*. Oslo: Rapport 1S-1150. Lokalisert 01. januar 2010 på http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/forebygging_og_behandling_av_overvekt_fedme_i_helsetjenesten_2554

Helsedirektoratet. (2007). *Veileder for fysisk aktivitet og måltider i skolen*. Publisert 11. juni 2007. Sist endret 27. oktober 2008. Lokalisert 27. april 2010 på http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/veileder_for_fysisk_aktivitet_og_maltider_i_skolen_75172

Helsedirektoratet. (2008). *Kosthold til barn og unge*. Publisert 14. april 2008. Lokalisert 27. april 2010 på http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/presentasjoner/kosthold_til_barn_og_unge_160224

Helsedirektoratet. (2009). *Nøkkeltall for helsesektoren 2009*. (Utgitt januar 2010). Oslo, Rapport 2009, IS – 1772. Lokalisert 28. januar 2010 på http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/publikasjoner/nokkeltall_for_helsesektoren_2009_667824

Helse- og omsorgsdepartementet. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene*. (Oppdatert 2009). Oslo, Vika. Lovdata FOR 2003-04-03 nr 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Lov om helsetjenesten i kommunene, Kap.1. Alminnelige bestemmelser, merknad til § 1-1. Helsetjenestens formål. Lokalisert 27. januar 2010 på (<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030403-0450.html>)

Hougaard, B. (2005). *Curlingforeldre og servicebarn: En håndbok i barneoppdragelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jakobsen, R. (2003). *Personopplysningsloven: Konsekvenser for forskning*. Bergen: NSD (her sitert i: *Kompendium: Samfunnsvitenskaplig metode SVF-1050, høsten 2008*. Tromsø: Universitetet i Tromsø).

Juul, J. (1996). *Familierådgivning: Bedre samspill med foreldrene* Originaltittel: "Familierådgivning: Perspektiv og proces". København: Det Schønbergske Forlag 1992. Oslo: Kommuneforlaget.

Juul, J. (2000). *Smil – vi skal spise*. Oslo, Pedagogisk Forum.

- Juul, J. (2005). *Livet i familien*. Oslo, Pedagogisk Forum.
- Kaufmann, G. (2006). *Hva er kreativitet?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Kemp, P. (1995). *En mester i filosofi: Hjørdis Nerheim – Norges mest fascinerende filosof*. Anmelder i Morgenbladet; 30. juni – 6. juli 1995, s. 25. Lokalisert 29. juni 1995 på <http://www.oslo.net/historie/MB/utg/>
- Kirkengen, A. L. (2008). En annen kardiovaskulær epidemiologi. Norge: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 19/9 oktober 2008.
- Kokkvoll, A. (2008). *Gir Aktivitetsskolen i Finnmark organisert for barn med fedme og deres familier bedre behandlingsresultat enn dagens behandlingstilbud i barnepoliklinikken?* Forskningsprotokoll til Aktivitetsskolens hovedprosjekt; upublisert.
- Kolstad, H., Langslet, L. R., & Aarnes, A. (1991). *En essaysamling om Gabriel Marcel: Mysteriets tenker*. Gjøvik: Aventura forlag.
- Kvarum, M. (2009). Nytt tilbud for overvektige barn. *Helse Nord RHF*. Lokalisert 02. mars 2009 på <http://www.helse-finnmark.no/aktuelt/nytt-tilbud-for-overvektige-barn-article64245-21.html>
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. Norge: *Sykepleien forskning*, 04/09.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. A Nordic College of Caring Sciences, *Scand J Caring Sci*: 2004; 18, 45-153.
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. Norge: *Fagartikkel i Fysioterapeuten*, nr. 4, april 2009.

Myrbakk, T. (2010). Forsker på barn og overvekt. Bodø: *Doktor i Nord*. Medlemsblad for Nordland, Troms og Finnmark Legeforening, 9. årgang, nr. 1/2010.

Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse?* Oslo: Universitetsforlaget.

Neovius, M., Sundström, J., & Rasmussen, F. (2009). *Combined effects of overweight and smoking in late adolescence on subsequent mortality: nationwide cohort study.*

http://www.bmj.com/cgi/content/full/338/feb24_2/b496?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=1&author1=neovius&title=combined+effects+of+overweight&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=date&fdate=1/1/2009&resourcetype=HWCIT

Nerheim, H. (1996). *Vitenskap og kommunikasjon: Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori.* Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Nowicka, P., & Flodmark, C. E. (2006). *Barnövervikt i praktiken: Evidensbaserad familjeviktsskola.* Danmark: Narayana Press.

Olsen, H. (2003). "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? Tendenser i engelsksproget og skandinavisk kvalitativ metodelitteratur. *Sosiologisk tidsskrift* nr. 2, 123-153.

Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold.* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Rohde, P. P. (1961). *Søren Kierkegaard: Et Geni i en Kjøbstad.* Supplementbind til Søren Kierkegaards samlede værker 1-20. Norge: Nordisk Forlag.

Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays.* Oslo: Tanum-Nordli.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.* Norge: Sosial- og helsedirektoratet v/ Trykksaksekspedisjonen, mars 2007.

Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.

Widerberg, K. (2004). *Oppgaveskriving: Veien til lystbetont skrijving og gode rutiner*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ulset, E., Undheim, R., & Malterud, K. (2007): Er fedmeepidemien kommet til Norge?
Medisin og vitenskap. Tema: Sykelig overvekt. Tidsskrift for Den norske
legeforening nr. 1/4. januar 2007; 127:34-7.

VEDLEGG 1

FORMELL TILLATELSE TIL Å DELTA I AKTIVITETSSKOLENS PROSJEKT



HELSE FINNMARK
FINNMARKS DEARVVÁSSUOKIIHA
Prosjekt Aktivitetsskolen


HELSE  NORD

Dekretfelse

Hammerfest 260509

Der bekræftes hermed at mastergrads student i helsefag Anita Hermansen kan delta i forskningsprosjektet Aktivitetsskolen i Finnmark og innhente kvalitative data ved intervju av familier randomisert til gruppebehandling / evt. familier i forprosjektet etter informert samtykke fra disse.

Mvt


Tore Kjekkvoll
Overlege / daglig leder


Trond Flægstad
Prosjektleder

Helsetilsynet i Finnmark
Sveinungsgata 32
9413 - Hammerfest

Kontaktnummer
400 14 07 05

Telefonkontor
Jyvelandsgata 32
9413 - Hammerfest

Dagtid
90A 583 074 880 140

Telefon 78 42 10 02
Telefax 78 42 10 03
Lokalt elektronisk post
post@helse-finnmark.no
HelseFinnmark
www.helse-finnmark.no

Webadresse
www.helse-finnmark.no
Postboks 78 42 10 02

Registernummer
A-000000000
Dato 19.07.2009

Statistisk sentralbyrå
90A 583 074 880 140

VEDLEGG 2

AKTIVITETSSKOLENS BEHANDLINGSTILBUD

METODE 1:

Gruppe 1 Sykehus

- **Tre dagers innleggelse/dagpasientopphold på barneavdelingen i Hammerfest.** Barna innkalles gruppevis med sin familie (gruppestørrelse 8 familier). Medisinsk undersøkelse initialt, praktisk og teoretisk veiledning av barn og voksne i grupper med matlaging, ulike aktiviteter, friluftsliv. Utvelgelse av aktiviteter tilpasses i noen grad tilbudet i hjemkommunen, skal ivareta mestring og være morsomt. *Representant fra kommunens aktivitetsteam til stede ved deler av opphold.*
- **Oppfølging på barnepoliklinikk** gruppevis etter 3 mnd og 1, 2 og 3 år (sluttkontroll). Individuelle samtaler med familiene, foreldre i gruppesamtaler, barna i aktivitetsgrupper og felles samlinger for hele gruppen.
- **Friluftsskole 4 dager** etter 6-8 måneder. Friluftsskolen fungerer som en leirskole for barn og foreldre. De får ingen teoretisk veiledning. Formålet er å styrke gruppens samhold og øke familiens frilufsinteresser.

Gruppe 1 Kommune

- **Oppfølging på helsestasjon** etter 1, 2, 5, 7, 10, 15, 18, 21 og 30 mnd: Enkeltkonsultasjoner med hver familie (30 min), deretter samling i hhv. foreldre og barnegruppe (1 time). Eget program med tema for foreldregruppa, i barnegruppa organiserer man lek – aktivitet. Åpne for at annenhver kontroll er kun gruppesamlinger dersom individuell oppfølging blir for ressurskrevende. *Representant for barneavdelingens team bistår lokalt team med kontrollene minst en gang i hhv. første og andre år.*

METODE 2:

Gruppe 2 Sykehus

- **Utredningskonsultasjon på barnepoliklinikk** med medisinsk undersøkelse, utredningsprøver, spørreskjema, kondisjon, som gruppe 1. Veiledning, råd om livsstil endring ved barnelege og klinisk ernæringsfysiolog.

- **Oppfølging på barnepoliklinikk** individuelt, familievis etter 3 mnd. 1. 2. og 3 år.

Gruppe 2 Kommune

- **Oppfølging på helsestasjon** individuelt, hver familie for seg, på helsestasjon etter 1, 2, 5, 7, 10, 15, 18, 21 og 30 mnd. (konsultasjon ca. 30 min.).

Intensiv oppfølging av familiene i begge grupper gjelder de to første årene, siste kontroll tre år etter oppstart.

VEDLEGG 3

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Fire foreldres erfaringer med Aktivitetsskolens prosjekt for alvorlig overvektige barn.

"Aktivitetsskolen i Finnmark"

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Jeg er helsesøster og har i mange år arbeidet med barn og unge. Gjennom mitt arbeid på helsestasjonen har jeg fått kjennskap til *Aktivitetsskolen i Finnmark*. For tiden er jeg student ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med en masteroppgave i helsefag. I den forbindelse ønsker jeg å foreta en intervjuundersøkelse hvor formålet er å sette meg nærmere inn i hvordan det oppleves å være foreldre til barn med alvorlig overvekt. Siden ditt barn deltar/har deltatt på Aktivitetsskolen, er dette en forespørsel om du kan tenke deg å delta i dette prosjektet.

Hva innebærer studien?

Aktivitetsskolen i Finnmark innebærer blant annet medisinsk oppfølging, samarbeid og deltagelse i grupper.

I denne sammenheng ønsker jeg å få vite noe om hvordan du som forelder opplever å være på Aktivitetsskolen sammen med barnet ditt? Derfor vil jeg blant annet be deg om å tenke igjennom følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for at du valgte å la barnet ditt bli med i Aktivitetsskolens prosjekt? Hvilke erfaringer har du med Aktivitetsskolen? I hvilke situasjoner opplever du at Aktivitetsskolen gir størst motivasjon og mening? I hvilke situasjoner opplever du at Aktivitetsskolen gir minst motivasjon og mening? Deltagelse i dette prosjekt vil i hovedsak innebære et intervju på ca. en til to timer. Du bestemmer selv hvor mye du vil si og hva du skal svare på. Hvis det skulle oppstå uklarheter i ettertid, er det fra min side ønskelig med tlf. kontakt (evt. et nytt intervju). Intervjuet vil foregå med lydbåndopptaker. Deretter vil intervjuet bli nedskrevet på PC og anonymisert, slik at historiene ikke kan identifiseres.

Mulige fordeler

Fordelene med prosjektet er at det kan gi ny informasjon og økt forståelse om familier med overvektige barn. Kunnskapen kan blant annet overføres til familier med lignende problemstillinger og til helsepersonell som jobber med forebyggende og helsefremmende arbeid.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet avidentifisert. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er avidentifisert. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Resultatene vil bli publisert slik at ikke identiteten til inkluderte kommer frem. Prosjektet er planlagt avsluttet høsten 2010. Etter avsluttet prosjekt vil alle navnelister og identifiserbare opplysninger slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst mens prosjektet pågår, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for familiens videre kontakt med Aktivitetsskolen eller helsestasjonen lokalt.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på denne siden. Du beholder selv det ene eksemplaret av dette brevet som informasjon og returnerer det andre eksemplaret av brevet i underskrevet form. Bruk den vedlagte og ferdigfrankerte konvolutten. Svarfrist snarest, og senest innen 3 dager. Når jeg har mottatt samtykkeerklæringen din vil jeg ta kontakt for å avtale dato, tid og sted for intervjuet (helst innen november 2009).

Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte helsesøster og masterstudent Anita Hermansen på tlf. nr. 92466164 eller mailadresse; anita.beckhaug@gmail.com Det gjøres oppmerksom på at jeg har taushetsplikt.

Masteroppgaven er godkjent ved Universitetet i Tromsø, og Regional etisk komite 26.10.09. Daglig leder, stipendiat og overlege Ane Kokkvoll har gitt tillatelse til at jeg kopler meg på Aktivitetsskolens forskningsprosjekt.

**Vennlig hilsen masterstudent
Anita Hermansen**

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien ”**Fire foreldres erfaringer med Aktivitetsskolens prosjekt for alvorlig overvektige barn**”, og har lest innholdet i forskningsprosjektet.

NAVN:

ADRESSE:

TLF. MOBIL.

E-POST.

DATO.....STED.....

UNDERSKRIFT-----

(Signert av prosjektdeltaker)

VEDLEGG 5

GODKJENNING FRA REGIONAL ETISK KOMITE (REK)

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Dokumentreferanse: 2009/754-10

Dokumentdato: 04.11.2009

AKTIVITETSSKOLEN I FINNMARK - PROSJEKTET GODKJENNES

Vi viser til prosjektleders tilbakemelding av 29.10.2009 med vedlegg.

Vi gjør oppmerksom på at det i avsnittet **Hva skjer med informasjonen om deg?** står at alle opplysninger vil bli behandlet anonymisert.

Så lenge det finnes en kode som knytter deltaker til opplysninger gjennom en navneliste blir opplysningene behandlet avidentifisert, ikke

anonymisert. Dette må rettes i forespørselen.

Vi ber om å få revidert forespørsel merket med dato til vårt arkiv.

Etter fullmakt er det fattet følgende

Vedtak:

Prosjektet godkjennes

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er "vesentlige", må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

Det forutsettes at forskningsdata oppbevares forskriftsmessig.

Godkjennelsen gjelder til 31.08.2010

Prosjektleder skal sende sluttmelding i henhold til helseforskningsloven § 12.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg.

Eventuell

klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
Sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare
Førstekonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-NorgeREK NORD Postadresse: TANN-bygget, Universitetet i

Tromsø, N-9037 Tromsøtelefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post rek-nord@fagmed.uit.no

<http://helseforskning.etikkom.no>

Til:

Torunn Hamran

torunn.hamran@uit.no