



Fra overvektig til normalvektig.

En kvalitativ studie av varig vektnedgang.

Anne-Sofie Sand

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse og omsorgsfag
Det Helsevitenskapelige Fakultet
Universitetet i Tromsø

Mai 2011

Forord

Etter flere år som studiesykepleier og arbeid med forskningsstøtte i den kvantitative forskningens verden var det med stor spenning jeg gikk inn i rollen som kvalitativ forsker og møtet med noen av menneskene bak tallene.

Tema for studien er overvekt og varig vektnedgang. Fem personer som har gått gjennom en slik vektreduksjon har med stor villighet og åpenhet fortalt om sine egne erfaringer. Jeg er svært takknemlig for at de så sporty stilte opp og ville dele sin historie med meg. De har alle bidratt til at min forståelse av prosessen bak vektreduksjon og vektstabilisering har blitt utvidet. Jeg håper at oppgaven også formidler noe av dette videre til leserne.

Veileder Nils Henriksen satte meg raskt på sporet med innsiktsfulle tips om litteratur og mulige innfallsvinkler. Senere ble det "overseas" veiledning via e-post mens jeg befant meg i Australia. Takk for god oppfølging og nyttige korrigeringer!

Mine kolleger ved Klinisk Forskningscenter skal ha en stor takk for sin oppmuntrende, utforskende og entusiastiske innstilling til nye prosjekter og idéer. Et mer inspirerende arbeidsmiljø skal en lete lenge etter. Grundighet, toleranse og et våkent blikk for forbedringer er viktige elementer i vår arbeidskultur og en god ballast å ha med seg både i arbeids- og studiehverdagen. En spesiell takk til tidligere og nåværende ledelse for å ha gitt meg de nødvendige permisjoner for å gjennomføre studien og (endelig) skrive meg ferdig.

Andre som skal takkes er Tromsøundersøkelsen for tilgang til data og velvillig assistanse. Takk til Tom Wilsgaard for hjelp til å finne informanter og Kristin Kanstad for utsending og mottak av forespørsler.

Rolf Jorde skal ha takk for den gode idéen.

Til slutt sendes også en takk til mine tre (nesten) voksne barn for sin positive innstilling til en mor som aldri blir ferdig med å studere, og til Siw Skrøvset og Pia Åhgren Sørum for gode råd, faglige diskusjoner og generell oppmuntring gjennom studieperioden.

Brisbane/Tromsø, april/mai 2011

Anne-Sofie Sand

Sammendrag

Tema for denne masterstudien er varig vekt nedgang og livsstilsfaktorer. Hensikten har vært å få en dypere forståelse av prosessen bak en overgang fra å være overvektig til å forbli normalvektig. Vi ser at antallet overvektige øker dramatisk verden over, men likevel er det noen som går mot strømmen og oppnår en varig, gunstig vekt nedgang. Ved å søke i Tromsøundersøkelsens database ble det funnet personer som gjennom tre runder av Tromsøundersøkelsen har hatt en slik vektutvikling. Gjennom halvstrukturede livsverdensintervju med fem av disse har jeg prøvd å få fram historiene bak denne prosessen med spesielt fokus på livsstilsfaktorer. Analysen ble gjort gjennom å finne viktige faktorer og temaer i materialet. Med utgangspunkt i disse har jeg plukket ut meningsbærende enheter fra intervjuene. Det ble satt opp en matrise med oversikt over tema og informanter. Deretter ble tema for tema diskutert på bakgrunn av empiri i form av meningsbærende utsagn, andre studier og relevant teori.

De viktigste funnene var:

- graden av motivasjon og intendert vekt nedgang varierte betydelig
- stor variasjon også i graden av endringer med hensyn til kosthold og fysisk aktivitet
- kjønn, sivil status, stabilitet, regelmessighet og praktiske forhold var viktige faktorer
- kjønnsforskjellen var særlig tydelig når det gjaldt motivasjon, kosthold, fysisk aktivitet og organiserte opplegg

Signaler fra politikere og fagfolk synes i den senere tid å gå i retning av mindre fokus på enkeltindividet og livsstilsfaktorer når det gjelder overvektsproblematikk. Det er nå en større interesse for samfunnsmessige og økonomiske faktorer som for eksempel matvarepriser og sosiale forskjeller og gradienter i befolkningen. Dette gjelder både for overvektsproblematikk og helseforhold generelt.

Denne studien viser også at det ikke er bare motiverte livsstilsendringer som fører til vekt nedgang. Stabilitet, regelmessighet, familie- og arbeidsforhold, evner til mestring og aktivisering av egne ressurser kan være viktige faktorer. Tilfeldigheter og overganger i livet kan også spille viktige roller. I likhet med flere andre kvalitative studier får studien fram et spekter av erfaringer og holdninger som kan være svært nyttig med tanke på å finne gode strategier for vekt nedgang. Flere studier fra et bredere lag av befolkningen er ønskelig. Det samme gjelder studier som angår helsepersonells rolle i overvektsproblematikken.

Nøkkelord; overvekt, varig vekt nedgang, livsstil, motivasjon, stabilitet, overganger, mestring, kvalitativ studie.

Abstract

There is a worldwide increase in the amount of people being overweight or obese and diseases possible related to these conditions. It is difficult for Health Authorities to find effective treatment for overweight or successful strategies to prevent this development. Permanent weight loss seems especially difficult to obtain. In spite of this a few people manage to find their way from overweight to normal weight and maintain this state. Lifestyle factors are often focused on when weight loss methods are discussed.

This Master thesis is an attempt to better understand the process of these lifestyle changes resulting in weight reductions. By finding persons with a permanent weight loss from the Tromsø Study and invite them to an interview I have tried to achieve better understanding. The data from the interviews have been analyzed by finding important themes and searching for meaningful units. These have been discussed against relevant theoretical work and other studies.

Results from the five interviews indicated that permanent weight loss is about more than intended lifestyle changes. Gender, family and network, regularity, habits and altering transitions in life can play important roles. Other studies and relevant literature are consistent to these findings.

Statements from Governments and Health Authorities now seem to be focusing environmental, socio-economical and cultural factors as well as individual lifestyle habits regarding overweight and obesity.

The results from this study also points out that the general way of living and coping with challenges in life can be important factors when lifestyle changes are wanted. The attitudes and experiences from the persons interviewed provided important information on the often multifactorial nature of weight loss. Qualitative studies seem to be well suitable for highlighting important attitudes and experiences among persons at risk as well as policy makers and health workers and differences between these groups. Hopefully this can lead to a better common understanding of and better strategies for permanent weight loss as well as preventing overweight development among persons at risk. The sample in this study is small and studies from a larger and broader sample would provide more useful information about these important matters.

Keywords; overweight, permanent weight loss, lifestyle, motivation, stability, transitions, coping, qualitative study.

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn for og beskrivelse av studiens tema	6
1.2 Bakgrunn for mitt valg av tema	9
1.3 Noen definisjoner	10
1.3.1 Tromsøundersøkelsen	10
1.3.2 BMI	10
1.3.3 Livsstilsbegrepet	11
1.3.4 Sense of Coherence	12
1.4 Avgrensninger	12
1.5 Oppbygging av oppgaven	13
2. Tidligere forskning og aktuelle teoretiske perspektiver	14
2.1 Generelt	14
2.2 Kvalitativ forskning innen overvektsproblematikk og livsstil	14
2.3 Teoretiske perspektiver	17
2.3.1 Livsstil og mestring	18
2.3.2 Helsearbeid, helseopplysning og helsekampanjer	20
2.3.3 Massemedia og massekommunikasjon	22
3. Metode	22
3.1 Metodevalg	22
3.2 Reliabilitet og validitet. Overførbarhet, kredibilitet og avhengighet.	24
3.3 Forskerposisjonen	25
3.4 Analysen	27
3.5 Utvalget	28
3.6 Etske aspekter	30
4. Resultater, presentasjon	31
4.1 Kort presentasjon av informantene	31
4.2 Kort oppsummering av intervjuene	34
4.3 Presentasjon av hovedtema med matrise (Tabell 1)	36
5. Diskusjon og analyse av resultater	37
5.1 Bevisst/intendert vektnedgang og motivasjon	37
5.2 Kostholds faktorer	43
5.3 Fysisk aktivitet	48
5.4 Stabilitet/regelmessighet	50
5.5 Overganger	52
5.6 Fysiske plager, lett sykdom	53
5.7 Vektssvingninger	54
5.8 Organiserte opplegg	55
5.9 Røykestatus, vaner og holdninger	59
6. Oppsummering	61
Litteraturliste	67

Vedlegg: REK-NORD, godkjenning, Tromsøundersøkelsen: godkjenning og avtale, intervjuguide, informasjonsskriv/samtykke, NSD: godkjenning.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for og beskrivelse av studiens tema

Forekomsten av overvekt er økende over hele verden. I mange industrialiserte land har økningen nådd epidemisk størrelse (Morena-Aliaga, 2005). For eksempel er mer enn en av to australiere nå overvektige (Egger, 2008). Det er ikke bare i vestlige industriland at dette skjer, og mye tyder på at vi står overfor en verdensomspennende epidemi. Forekomsten av fedme i Norge har mer enn doblet seg de siste 20 årene (Ulset, Undheim, & Malterud, 2007).

Tendensen til vektøkning har utviklet seg over flere tiår, og samtidig har vi sett en økning i sykdommer som er relatert til overvekt, så som hjerte/karsykdom, type 2 diabetes, forhøyet blodtrykk, kreft og leddsykdommer (Avenell, 2004). I en norsk studie ble det også påvist sammenheng mellom fedme og angstplager (Tverdal, 2001).

Det var særlig etter årtusensskiftet at denne epidemien fikk en eksplosivt økende oppmerksomhet både blant beslutningstakere i politikken og i media. I de fleste rike land følger utviklingen samme mønster:

- høyest prevalens blant middelaldrende, men berører i økende grad også barn og unge
- flere menn klassifiseres med overvekt og fedme enn kvinner
- høyere prevalens i grupper med lav inntekt
- noe høyere forekomst i områder med lav befolkningstetthet enn i byene

(Swinburn & Bell, 2007 s 201-202)

Utviklingen med økt forekomst av overvekt har stor betydning for sykdomspanoramaet, og som helsepersonell møter vi ofte pasienter med sykdommer knyttet til overvektsproblematikk, og ønske om å gjøre noe med denne situasjonen. Som en følge av utviklingen har utallige strategier og metoder for å oppnå vektreduksjon blitt introdusert. Både offentlige helsemyndigheter og andre aktører er opptatt av problematikken. Informasjon, retningslinjer og ulike vektreduserende opplegg har blitt tilgjengelige for befolkningen.

I forbindelse med fremleggningen av Stortingsmelding nr. 16 2002/2003, ”Resept for et sunnere Norge”, uttalte daværende helseminister Dagfinn Høybråten: Vi sitter og spiser oss til sykdom.

Livsstilsrelaterte sykdommer har enorme kostnader for den enkelte og for samfunnet. Relativt små endringer i kostholds- og mosjonsvaner kan ha stor betydning for en bedre helse og et bedre liv". Hovedmålet med meldingen skulle være "å gjøre det lettere for folk å ta vare på egen helse og å ta de riktige valgene", altså å ta ansvar for egen livsstil (Helse og omsorgsdepartementet, 2003).

Som en oppfølging av dette har vi senere fått "Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)", lansert av daværende Helse og omsorgsminister Sylvia Brustad på vegne av i alt 11 samarbeidende departementer i 2007 (Helse og omsorgsdepartementet, 2007).

Denne planen ses igjen i sammenheng med blant annet Verdens Helseorganisasjons globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse fra 2004, Nordisk Handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet fra 2006 og Stortingsmelding nr 20 (2006-2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Problematikken har altså vært på den politiske dagsorden de siste årene, og har også fått betydelig plass i media. De sosiale og geografiske ulikhetene som kommer fram har også vært gjenstand for debatt, både med hensyn til årsaker og mulige tiltak.

Så langt ser det ut til at tiltakene som er satt i verk for å snu den negative utviklingen har hatt begrenset suksess. Særlig ser det ut til å være vanskelig å opprettholde en allerede oppnådd vektreduksjon over tid. Etter vellykket vektreduksjon gjennom deltakelse i ulike vektreduksjonsopplegg erfarer de fleste å gå opp i vekt igjen allerede i løpet av det første året etter avsluttet opplegg (Riebe et al., 2004).

Individuell respons etter behandling av eller intervensjon i forhold til overvekt ser ut til å variere mye og vi vet lite om hva som kan være gode prediktorer for suksessfull slanking (Morena-Aliaga, 2005).

Det vi vet er at energibalanse, det vil si mengden av konsumerte kalorier i forhold til den mengden vi forbruker, er kjernen i det meste av informasjon om vektreduksjon. De suksessfulle strategiene alltid involverer endring i livsstil (Egger, 2008). I tillegg til faktorer knyttet til livsstil, er det også aktuelt å se nærmere på miljø, psykososiale forhold og fysiologi for å forsøke å forklare dette.

I et doktorgradsarbeid fra Finland, "Prevention of type 2 diabetes with lifestyle Intervention" konkluderer forfatteren Jana Lindström med at livsstilsendring som intervensjon reduserte forekomsten av diabetes 2 i en høyrisikogruppe med 58%. De som gjennomførte studien la vekt på at det å legge om levemåten måtte være enkelt og så komfortabelt som mulig for det enkelte individ (Lindström, 2006). Slike forskningsresultater bidrar i høy grad til interessen for livsstilsfaktorer på individnivå.

Tromsøundersøkelsen er en større helseundersøkelse som har vært gjennomført i alt 6 ganger med 6-7 års mellomrom siden 1974 for et utvalg av befolkningen i Tromsø kommune. Data fra de tre siste Tromsøundersøkelsene viser en klar økning i gjennomsnittlig BMI for både kvinner og menn. Denne databasen gir også en sjelden mulighet til å identifisere personer som har gått mot strømmen og oppnådd varig vektreduksjon. Ved å gå gjennom data fra Tromsø IV (1994-1995) Tromsø V (2001-2002) og Tromsø VI (2008-2009) lot dette seg gjøre. Ved å finne og intervjuer noen av disse personene var håpet å kunne få fram ny kunnskap om hva som kan være effektive faktorer og strategier med hensyn til særlig suksessfull endring i livsstil.

Det måtte tas høyde for at en del av disse personene ikke hadde gått ned i vekt som følge av ønsket vektreduksjon/slankeopplegg og dette måtte det kontrolleres for ved å gjøre et utvalg der en blant annet ekskluderte personer med alvorlig sykdom. Det kan også tenkes at det finnes andre årsaker til vekttap enn aktiv slanking og sykdom, som for eksempel livskriser og omfattende endringer i livssituasjonen. Det vil uansett være av interesse å finne ut mer om hvilke mekanismer som kan ligge bak et permanent vekttap. Dette kan forhåpentligvis være med å utfylle totalbildet av problematikken.

Aktuelle forhold som det var viktig å finne ut av var selvfølgelig kost og aktivitetsvaner, men også sivil status, kjønn, alder, arbeidssituasjon, røykevaner og eventuelle andre faktorer knyttet til livsstil. Litteratursøk viser at det er gjort noe kvalitativ forskning på livsstilsendringer og vektreduksjon, men det er den kvantitative forskningen som dominerer.

Gjennom å intervjuer personer som faktisk hadde hatt en varig, gunstig vektnedgang ønsket jeg å få fram ny kunnskap om hva som kan være viktige faktorer og effektive strategier med hensyn til suksessfull endring av livsstil og vektnedgang.

1.2 Bakgrunn for mitt valg av tema

Mitt utgangspunkt for å velge overvektsproblematikk og livsstilsendringer som tema for masteroppgave var både en generell interesse for feltet og mine erfaringer som sykepleier. Etter å ha jobbet i over 20 år i klinikk, hvorav de siste 15 i en avdeling for klinisk forskning har temaet blitt stadig mer aktuelt i min arbeidshverdag, slik det nok har for de fleste helsearbeidere de senere årene. Forskning der overvekt og sykdomsrisiko er tema er et stadig voksende felt. Gjennom mitt arbeidssted ble jeg også oppmerksom på hvordan Tromsøundersøkelsen kan utgjøre et svært godt egnet utgangspunkt for å studere helsefenomener gjennom sin database med registreringer av helseparametre.

Livsstilsveiledning og enkle metoder for vektnedgang er etterspurt, og selv om de fleste har både kunnskap og tilgang på informasjon er det likevel åpenbart svært vanskelig å få til en varig vektreduksjon i praksis. Historiene bak overvektsutvikling og holdninger til behandling og/eller egeninnsats gjennom livsstilsendringer kan være veldig ulike og varierende mellom individer og grupper. Fra mitt ståsted er det derfor behov også for kvalitativ forskning som går mer i dybden av problematikken, også på individnivå. Jeg mener at det også er et behov for å ruste helsepersonell bedre til å møte overvektsproblematikken i klinikken.

Jeg vil likevel understreke at overvektsproblematikk og livsstilsveiledning ikke er mitt hovedarbeidsfelt. Jeg har heller ikke spesielle kunnskaper innen ernæringsfysiologi eller effekt av fysisk aktivitet ut over min utdanning og erfaring som sykepleier. Min for forståelse er dermed preget av interesse og en viss teoretisk og praktisk kunnskap. Mitt siktemål er å være åpen for ny forståelse. Det kan være vanskelig å legge bak seg all subjektivitet når det gjelder livsstilsaspekter og hvordan en forholder seg til risikofaktorer. De forventninger jeg har hatt til hva som vil være viktige faktorer i intervjuene kommer fram gjennom temaene i intervjuguiden. Jeg har likevel etterstrebt mest mulig åpenhet for faktorer jeg ikke hadde forventet på forhånd.

Jeg kommer tilbake til en klargjøring av forskerposisjonen i metodekapittelet.

1.3 Definisjoner

1.3.1 Tromsøundersøkelsen

I Tromsøundersøkelsen har man kombinert tilbudet om helseundersøkelse med forskning. Undersøkelsen har funnet sted i 6 runder, og en relativt stor del av byens befolkning har blitt invitert til å delta, fra 6595 personer i Tromsø I i 1974, til 27158 personer i Tromsø IV i 1994-5 (se oversikten under). Hensikten var opprinnelig å finne årsak til den høye dødeligheten av hjerte/kar sykdom som en så i den nordnorske befolkningen samt å utvikle metoder for å forebygging av slik sykdom. Etter hvert har undersøkelsen blitt utvidet til også å gjelde annen sykdom og flere helsefaktorer. Ved å gjenta de samme helseundersøkelsene for samme befolkning flere ganger gis det muligheter for å følge utviklingen av risikofaktorer som for eksempel røyking og overvekt over tid. Tromsøundersøkelsen er kjent for sin høye oppslutning. Mer enn 3 av 4 innkalte møter opp hvilket sikrer kvaliteten på undersøkelsen og de vitenskapelige resultatene.

Undersøkelsesår	Undersøkelsens navn	Antall deltakere	Aldersgruppe
1974	Tromsø I	6595 (bare menn)	20-49
1979-80	Tromsø II	16621	20-54
1986-87	Tromsø III	21826	12-67
1994-95	Tromsø IV	27158	25-97
2001-02	Tromsø V	8130	30-89
2007-08	Tromsø VI	12984	30-87

<http://uit.no/tromsundersokelsen>

1.3.2 BMI

Body mass index, BMI, er et uttrykk for vekt i forhold til høyde gjennom formelen kg/m^2 . På norsk brukes også KMI, kroppsmasseindeks. Jeg har her valgt å bruke den internasjonale benevnelsen BMI. BMI benyttes for å følge utviklingen av kroppsvekt i en befolkning. På individnivå er BMI ikke alltid like godt egnet fordi flere andre faktorer spiller inn når det gjelder sykdomsrisiko. Det er holdepunkter for at for eksempel midjemål også kan være en god indikator når det gjelder å predikere sykdom. En utstrakt behandling av blant annet høyt blodtrykk og høyt kolesterol i den vestlige verden gjør det også vanskelig å vurdere økende BMI og helserisiko. Imidlertid er BMI det målet som er mest brukt i populasjonsstudier verden over og sammenhengen med sykdom synes uansett klar (Finucane & al. 2011).

WHO klassifiserer BMI ≥ 25 som overvekt og BMI ≥ 30 som fedme. Anslag viser at om lag 314 millioner mennesker eller 5 % av verdens befolkning, har BMI ≥ 30 (Ulset 2008). Tall fra Tromsøundersøkelsen viser at gjennomsnittlig BMI for kvinner gikk opp fra 24.8 i Tromsø IV til 26.6 i Tromsø V, bare 5-6 år senere. Tilsvarende tall for menn var 25.6 i Tromsø og 26.9 i Tromsø 5 (www.tromsoeundersoekelsen.no).

1.3.3 Livsstilsbegrepet

Det finnes flere definisjoner av og dermed mye usikkerhet omkring begrepet livsstil. Begrepet brukes både på individnivå og i forbindelse med overordnede perspektiver og tilnærminger innen folkehelsearbeid, gjerne ved siden av biologiske eller mer sosioøkologiske perspektiver (Lawrence & Worsley, 2007).

Fokuset på livsstilsbegrepet henger nøye sammen med utviklingen i sykdomspanoramaet og dominansen av kroniske sykdommer og hjerte/karsykdommer. Dette har igjen ført til en økende interesse for risikofaktorer som røyking, inaktivitet og overvekt, og den enkeltes ansvar for å unngå disse. Livsstilsbegrepet har vært kritisk vurdert både med tanke på uklarheter i definisjonen og tendensen til å fokusere på det individuelle uten å ta hensyn til andre faktorer.

WHO sin utdanningsenhet har presentert tre ulike tolkninger av livsstilsbegrepet;

- mønstre i forbruk og generell livsførsel som er relevant for helse
- de vaner og den oppførsel som velges fritt
- generell livsførsel – produktet av levekår og individuelle mønstre av oppførsel gitt ut fra sosiokulturelle faktorer og personlige egenskaper

(Green & Tones, 2010 s 85, min oversettelse)

Alle disse tre tolkningene gir presiseringer av begrepet, den siste tar også høyde for kontekstuelle forhold, noe jeg skal komme tilbake til i analysen. I arbeidet med denne studien mener jeg med begrepet livsstil først og fremst måter å leve på som er antatt å påvirke helse og spesielt vektbalanse. I første rekke gjelder dette kosthold og fysisk aktivitet med et åpent blikk for andre faktorer som informantene måtte bidra med. Mitt hovedfokus har vært endringer i livsstil som har resultert i nedgang og stabilisering av vekt.

1.3.4 Sense of coherence, SOC.

I løpet av oppgaven kommer jeg inn på begrepet stressmestring. Det finnes mange viktige individuelle faktorer og varianter av strategier for mestring, Som en overbyggende forklaringsvariabel brukes ofte “Sense of coherence”, ofte bare benevnt som SOC. Denne teorien ble presentert av sosiologen Aaron Antonovsky i 1987 (Greene & Tones, 2010). Denne innebærer en bred orientering som uttrykker i hvilken grad den enkelte har en sterk, varig og dynamisk følelse av selvtilit som gjør at:

- stimuli som en utsettes for fra ens indre eller ytre omgivelser er strukturerte, forutsigbare og forklarlige
- ressursene er tilgjengelig for å møte de kravene en stilles overfor i henhold til det første punktet
- disse kravene er utfordringer som er verdige investering og engasjement
(ibid.)

Teorien om “Sense of Coherence” har fått stor oppmerksomhet blant helsearbeidere og forskere og det har også blitt utviklet måter å vurdere den enkeltes grad av SOC på. Jeg skal komme tilbake til dette både med hensyn til teori og analyse. Jeg vil heretter bare bruke forkortelsen SOC når dette begrepet omtales.

1.4 Avgrensninger

Jeg vil presisere at denne studien handler om selve endringsprosessen bak en vektnedgang, og ikke en detaljert kartlegging av kosthold og fysisk aktivitet. Spørsmålet om hva som er riktig kosthold for å oppnå vektnedgang tilhører et annet fagfelt og er et stort og omdiskutert tema i seg selv. I den grad det har vært snakk om “riktig” kosthold har jeg stort sett henvist til de råd som har vært gitt gjennom strategier fra myndighetene. Det samme gjelder fysisk aktivitet. Jeg har heller ikke spurt direkte om alkoholvaner i intervjuene.

Studien omhandler moderat vektnedgang fra overvekt til normalvekt, og ikke fedme.

Behandlingsmetoder som for eksempel kirurgi eller medikamentell behandling har derfor ikke vært tema i studien.

Genetikk er heller ikke behandlet som eget tema i denne oppgaven. Gener kan ha stor betydning for enkelte sykdommer, også innen overvektsproblematikk, og dette er et stort tema i

seg selv. Dette vil være mer aktuelt på gruppenivå enn på individnivå, og har ikke vært tema i studien.

En annen viktig avgrensning av studien er at den ikke omhandler sykepleieres eller andre helsearbeideres rolle innenfor overvektsproblematikken spesielt. Jeg kommer inn på studier som har omhandlet dette og avslutningsvis også noen mulige implikasjoner for disse gruppene men bare i form av korte kommentarer. Helsearbeidernes rolle i denne problematikken er et svært relevant tema som bør følges opp i andre studier.

Antonovskys begrep SOC, (Greene & Tones, 2010), bringes inn som relevant teori men det presiseres at det i denne studien ikke har vært gjort noen vurdering av informantenes SOC gjennom spørreskjema eller andre verktøy.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Opgaven kommer etter dette innledningskapittelet til å ta for seg tidligere forskning innen temaet og aktuelle teoretiske perspektiver for analysen i kapittel 2. Deretter følger kapittel 3 som er metodekapittelet. Dette omhandler bakgrunnen for valg av metode og dens styrker og svakheter. Forskerposisjonen i dette arbeidet blir problematisert og jeg vil også redegjøre for hvordan utvalg og analyse er gjort. Det blir også redegjort for etiske aspekter og aktuelle søknader og godkjenningsprosessen for studien. I kapittel 4 blir resultatene presentert gjennom en kort presentasjon av informantene og oppsummering av intervjuene samt en matrise over informanter og hovedtema (Tabell 1). I kapittel 5 blir resultatene utdypet og diskutert gjennom de 9 hovedtemaene som ble presentert i matrisen. I kapittel 6 blir diskusjonen oppsummert og mulige implikasjoner og behov for nye studier presentert.

2. Tidligere forskning og aktuelle teoretiske perspektiver

2.1 Generelt

Det finnes store mengder forskning og dokumentasjon angående selve overvektsepidemien og bakgrunnen for denne. Dette har jeg vært inne på og gitt eksempler på i innledningen. Søk i medisinske databaser på temaet overvekt gir svært høye antall treff.

Denne forskningen har for det aller meste vært kvantitativ forskning. Mange studier utgår fra for eksempel befolkningsundersøkelser, såkalt epidemiologisk forskning og tverrsnittsundersøkelser. En annen viktig gruppe er intervensjonsstudiene, ofte designet som randomiserte kontrollerte studier. Her finner vi intervensjoner med kosttilskudd, medikamenter, kirurgi og livsstilsendringer. Som nevnt i innledningen finnes det også flere studier som viser at oppnådd vektnedgang er vanskelig å opprettholde.

2.2 Kvalitativ forskning angående overvektproblematikk og livsstil

Min studie benytter kvalitativ metode for å se nærmere på varig vektnedgang og livsstil. For å finne tidligere forskning med tilsvarende tema og metodikk gjorde jeg søk på PubMed. Flest treff fikk jeg ved å kombinere søkeordene “weight loss” og “qualitative”, i alt 197 treff. De aller fleste av disse var publisert det siste tiåret. Jeg gikk gjennom de som var spesielt relevante med hensyn til tema og metode og av disse igjen har jeg plukket ut 9 artikler som jeg vil referere kort her. Utvelgelsen er gjort ut fra likhetsaspekter med egen studie og at de også bidrar som både bakteppe og styrking av relevans av egne funn.

Interessant nok hadde 2 av disse artiklene også fokus på helsepersonells rolle og brukte helsearbeidere som informanter. Flere artikler hadde også en avsluttende kommentar om studieresultatets mulige implikasjoner for helsepersonell, behandlere og beslutningstakere.

Susan M. Byrne har i artikkelen “Psychological aspects of maintenance and relapse in obesity” (Byrne, 2002) gjort en oppsummering av studier som gjennom ulike metoder har forsøkt å identifisere karakteristikk som kan assosieres med opprettholdelse og eventuelt

tilbakefall av vellykket vektnedgang hos personer som har hatt fedme. Resultatet av studien viser at en rekke psykologiske faktorer kan spille en viktig rolle. Dette gjelder blant annet det å sette seg urealistiske mål, dårlig mestringsevne og lav selvtillit. Det etterlyses videre forskning for å belyse dette ytterligere.

Ziebland, Robertsens, Jay and Neil (2002) har sett på vektøkning hos middelaldrende i England, det vil si kvinner og menn mellom 35 og 55 år. I alt 72 personer, normalvektige og overvektige, ble intervjuet om egne erfaringer og generelle oppfatninger om vektøkning blant middelaldrende. Resultatet viste at de fleste hadde forsøkt å gå ned i vekt. Det viste seg at også de fleste av dem som nå var normalvektige hadde erfart vektøppgang, noe de var lite fornøyd med. Studiene viser at forsøk på vektnedgang er utbredt også blant de som ikke har noen nåværende helserisiko i form av overvekt definert som BMI > 25. Blant motivasjonsfaktorene var ønsket om et bedre kroppsbilde mer utbredt enn hensynet til egen helse. Kunnskapen om effekten av overvekt på helsen syntes å være begrenset. Det ble avdekket manglende kunnskap spesielt om sammenhengen mellom overvekt og diabetes, Studien konkluderer også med at det er viktigere å finne individene som er på vei inn i en økende overvektsutvikling enn å avskrekke de normalvektige. Det antydes også at små endringer med hensyn til kosthold og aktivitet bør prøves ut da disse er mer realistiske og gjennomførbare.

Byrne, Cooper and Fairburn (2003) har også gjort en kvalitativ studie blant personer med fedme som har oppnådd en vektnedgang, rekruttert via legesentre i Oxfordshire, England. Dybdeintervju og gruppeintervju ble gjort av tre ulike grupper; overvektige som har hatt varig vektnedgang, overvektige som har hatt vektnedgang og gått opp igjen og en gruppe normalvektige. Hensikten var å finne psykologiske faktorer som kan assosieres med suksessfull, varig vektnedgang. Resultatene tydet på at psykologiske så vel som biologiske aspekter må vektlegges. Særlig syntes de som ikke oppnådde sine vektmål, de som hadde tendens til svart/hvitt tenkning og de som møtte utfordringer og stress med å (trøste)spise å være overrepresentert i gruppen som gikk opp igjen etter vektnedgang. En av denne studiens styrker er et rikt materiale som følge av to typer intervjuer, individuelle og i grupper.

de Souza & Ciclitira (2005) har sett spesielt på menn og motivasjon i forbindelse med vektnedgang gjennom diett. De har intervjuet 8 britiske menn som deltok i vektnedgangsopplegg om deres egen erfaring med kostholdsomlegging og deres syn på relaterte begreper som helse og kroppsbilde. Informantene ga uttrykk for at deres

hovedmotivasjon for å delta i vektreduksjonsopplegg var ivaretagelse av egen helse, mens de mente at kvinner er mer opptatt av effekten på utseendet. De ga også uttrykk for at deltakelse i vektclubber og liknende blir ansett for å være en svært kvinnelig aktivitet og at menn dermed trenger mer støtte fra sine nærmeste for å delta. Avslutningsvis peker forfatterne på behovet for en diskusjon som avdekker og utfordrer maskulinitet og holdninger på dette området.

Gough & Conner (2006) viser også til kjønnsforskjeller i en studie fra England der 24 menn ble intervjuet om holdninger til kosthold og helse. Det ble funnet to hovedtyper av barrierer mot sunt kosthold blant menn. Det var for det første opponering mot helse råd fra myndighetene og for det andre en avvisning av sunn mat som mat de ikke likte og som ikke gjorde dem mette. Den motstanden mot kostholds råd som informantene uttrykte knytter artikkelforfatterne til begrepet “reactance”, definert som en negativ reaksjon på handlinger fra andre (myndighetene) som oppfattes som en redusering av den enkeltes valg og frihet. Det konkluderes med at det er et stort behov for ytterligere forskning på maskuline holdninger og menns motstand mot å endre kostholdet for helsas skyld.

Aleksander et al. (2007) har i en amerikansk studie intervjuet 11 allmennpraktikere og 6 indremedisinere om hvordan de diskuterer vekt nedgang med sine pasienter. Resultatet viser at behandlerne har barrierer mot å diskutere vekt nedgang. Det konkluderes med at manglende trening i rådgivning angående vekt nedgang er årsaken til at denne viktige gruppen av helsearbeidere finner det utfordrende og vanskelig å gå inn diskusjoner med pasienter angående deres overvekt.

Paisley, Beanlands, Goldman, Evers and Chappell (2008) har i en studie fra Canada vektlagt ansvaret og rollen til “the significant other”. Det vil si en nærstående person, oftest ektefelle eller partner som de delte sine måltider med. I alt 21 par der den ene har deltatt i vektreduksjonsprogram med kostholdsomlegging har blitt intervjuet. Resultatene viste at kostholds endringen avstedkom en rekke ulike reaksjoner hos den andre. Dette dreide seg blant annet om samarbeid og oppmuntring, men også skepsis og sinne. “Den andres” beskrivelse av egen rolle i kostholdsomleggingen var i hovedsak positiv. I alt 15 personer oppfattet seg selv som positive, mens 2 var nøytrale og 4 negative. Implikasjonen ble at kostomlegging bør promoveres i størst mulig grad som en felles aktivitet.

Thomas, Hyde, Karunaratne, Kausman and Komaseroff (2008) har i en stor kvalitativ studie fra Australia intervjuet 76 personer med fedme om kosthold, vektnedgang og fysisk aktivitet. Resultatet viste at de fleste hadde gjort gjentatte forsøk på kostholdsrestriksjoner, men at få var motiverte for fysisk aktivitet. Det å delta i intervensjoner sammen med andre fra sitt sosiale nettverk syntes å hjelpe. Veiledning og støtte fra fagfolk over lengre tid samt støtte fra sosialt nettverk ble oppgitt som viktige faktorer spesielt med hensyn til fysisk aktivitet. Konklusjonen blir at tiltak fra offentlige myndigheter i større grad bør innhente erfaringer og konsultere dem som lever med overvekt hvis endringer i mønstre virkelig skal oppnås.

Greener, Douglas and van Teijlingen (2010) har sett på divergerende perspektiver på årsaker til overvekt og intervensjon ved overvekt hos tre ulike grupper i England og Skotland ved å intervju overvektige, helsepersonell og politikere. De overvektige fokuserte på det personlige med problemer med motivasjon og daglige utfordringer. Denne gruppen vektla også i stor grad sitt eget ansvar. Helsearbeiderne og politikerne var opptatt av sosiale og miljømessige forklaringer. Når det gjaldt intervensjoner var helsearbeiderne mer orientert mot individrettede opplegg for vektreduksjon. Politikerne mente at miljømessige og sosiale endringer ville være mer effektive men at disse var vanskelige å gjennomføre uten støtte og vilje både i politikken og blant opinionen. Studien avdekker viktige holdningsforskjeller mellom gruppene og de utfordringene dette medbringer i arbeidet med å finne gode løsninger.

Disse artiklene viser at kvalitative metoder kan være godt egnet til å undersøke nærmere og utdype forhold som har med overvektspromatikk å gjøre. Holdninger, motivasjon, psykologiske faktorer, kjønnsforskjeller og forholdet til familie og sosialt nettverk er blant de aspekter som her er utdypet gjennom kvalitative studier. De fleste studiene ser ut til å lede mot nye hypoteser og mer forskning og noen skisserer også implikasjoner for helsearbeidere og beslutningstakere i politikken.

2.3 Teoretiske perspektiver

Her vil jeg presentere teori som vil være relevant for diskusjonen og analysen. Dette gjelder både teori angående individuelle forhold som livsstil og mestring, samt mer overbyggende perspektiver på helsearbeid og aktuelle samfunnsforhold generelt.

2.3.1 Livsstil og mestring

Det tunge fokuset på livsstil kom inn i helsepolitikken internasjonalt på 70 tallet og et eksempel på dette er dokumentet "Prevention and Health: Everybody's business" fra helsemyndighetene i Storbritannia med utpekingen av livsstil som nøkkelfaktor for forbedring av helsestatus (Green & Tones, 2010). Det har også vært hevdet at de 10 vanligste dødsårsakene i USA kan relateres til 3 sentrale risikofaktorer eller -områder når det gjelder livsstil, nemlig røykevaner, kosthold og alkoholforbruk (ibid.) Det problematiske med livsstilsbegrepet ligger som nevnt blant annet i den uklare definisjonen. Forsøk på definisjoner og beskrivelser av livsstil kommer ikke unna kompleksiteten i dette feltet. For å studere livsstil nærmere må en se på mønstre i livsførsel som blir opprettholdt hos aktuelle individer eller grupper over lengre tid. Det er vanskelig å ta høyde for alle variasjoner innen en gruppe og endringer over tid både hos individer og grupper.

I innledningen til siste utgave av boka "Health Promotion, Planning and Strategies" (2010) peker forfatterne Jackie Green og Keith Tones på at fokuset mot individuell adferd og individuelt ansvar i helsepolitikken har vært for tungt. De hevder at helsepolitikken må over i et bredere spor hvor også helhetlige aspekter som miljø, sosiale ulikheter, økonomi og psykososiale forhold må tas i betraktning (Green & Tones, 2010). Denne spenningen mellom det individuelle aspektet og perspektiver som også omfatter omgivelsene rundt individet utgjør en interessant bakgrunn for en oppsummering og mulige implikasjoner av resultatene i min studie.

Deborah Lupton gir i boka "Food, the Body and the Self" (1996) en grundig tverrfaglig gjennomgang av mat og matkultur og hva som påvirker oss som gruppe og som enkeltpersoner. Gjennom både teoretiske perspektiver og henvisning til empiri belyses mange aspekter ved mat og kosthold. Forholdet til familie, oppvekst, emosjoner og valgmuligheter er blant hennes tema. De rituelle og symbolske sidene ved mat og matvaner blir også berørt (Lupton, 1996). Luptons arbeid står sentralt i diskusjonen omkring kosthold og motivasjon i resultatkapittelet.

Pierre Bourdieu viser i boka "Distinksjonen" (1984) både til teori og empiri som omfatter livsstil, smak og sosial klassetilhørighet. Selv om hans utstrakte bruk av diagrammer og tabeller kan synes som abstrakte presentasjoner er hans begreper og tilnærminger innen sosiologien stadig aktuelle. Hans habitusbegrep kan for eksempel brukes til å analysere individets posisjoner i det sosiale rom og egne valg. Egne valg av smak og livsstil avhenger også av andre gruppers valg og kan fungere som avgrensninger av grupper. Dette kan komme til uttrykk gjennom preferanser for for eksempel mat, kultur og presentasjon. Valgene kan være betinget av både nødvendighet og luksus og de største forskjellene mellom grupper var mellom fattig og rik. Mat, spisevaner og smak kan ikke skilles fra den generelle livsstilen, ei heller forhold som for eksempel husholdningsøkonomi og arbeidsdeling mellom kjønnene (Bourdieu, 1984).

Bourdieu mente videre at individets eller klassens oppfatning av kropp og tilnærming til mat også styrer utvelgelsen av mat og at dette gir seg utslag i både kjønns og klasseforskjeller. Habitus, evnen til å klassifisere praksiser og distinksjonen mellom disse kan forklare smak og preferanser. Sammenhengen mellom habitus og smak blir grundig gjennomgått av Bourdieu. Dette er også relevant teori med hensyn til kosthold og livsstil generelt. Bourdieu gjennomførte spørreundersøkelser i Frankrike på 1960 og -70 tallet der han fant distinkte forskjeller mellom ulike sosiale klasser når det gjaldt preferanser for mat og matvaner (ibid.). Selv om dagens norske samfunn i langt mindre grad framstår som et klassesamfunn i tradisjonell forstand enn det Frankrike var for nærmere 50 år siden er det viktig å ha en bevissthet rundt kulturforskjeller, generasjonsforskjeller og subgrupper når det gjelder hva som påvirker vårt valg av mat og drikkevarer spesielt og livsstil generelt. Tendensen til sosiale gradienter som kommer fram i "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller" når det gjelder helse, mat og livsstil er en påminnelse om dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Det sterke fokuset på risikofaktorer, livsstil og ikke minst betoningen av den enkeltes valg av livsstil gjør også teorier om mestring mer aktuelle. Green & Tones framhever salutogeneseperspektivet og arbeidet til helsesosiologen Aaron Antonovsky på 80 tallet som fortsatt svært relevant (Green & Tones, 2010). Antonovoskys teori om SOC gir oss en nyttig innfallsvinkel til tolkningen av vårt materiale. Denne teorien omhandler menneskers

ressurser og evne til å tåle stress og motgang. Antonovsky la vekt på 3 forutsetninger for å kunne mobilisere sine personlige ressurser:

- forståelse (comprehensibility); livet er forutsigbart og gir mening
- mestringsevne (manageability); å inneha mestringsressurser for å møte livets krav
- det meningsfulle (meaningfulness); livet er meningsfylt, også på den emosjonelle plan

Komponentene i SOC ble presentert som overbyggende når det gjelder stressmestring. Det kan finnes mange ulike former for strategier for å mestre stress. Det er sentralt i denne teorien å erkjenne stressfaktorer som en uunngåelig del av livet som ikke nødvendigvis er bare uheldig. Suksessfull mestring kan igjen bli en del av ens forsvar og motstandsdyktighet ved senere utfordringer eller påkjenninger i livet. Antonovsky var også kritisk til helsepolitikkenes fokus på sykdom og risikofaktorer og ville heller fokusere på individets tro på egne ressurser (ibid.). Antonovsky ville med andre ord heller fokusere på salutogenese, hvilke faktorer som virkelig fremmer helsen framfor det mer patogenetiske paradigmet med fokus på sykdom og død. Nøkkelelementer innenfor denne teorien er en orientering mot for det første problemløsning og for det andre kapasiteten til å ta i bruk de tilgjengelige ressursene (Lindström & Eriksson, 2005).

I en artikkel av Wainwright et al. (2008) er sammenhengen mellom SOC, livsstilvalg og dødelighet utredet nærmere i en større helseundersøkelse fra England (EPIC-Norfolk). Studien påviste en assosiasjon med 20% redusert risiko for dødelighet uansett årsak blant personer med en sterk SOC, målt gjennom spørreskjema. Livsstilvalg og sosioøkonomisk status kunne forklare 23% av assosiasjonen. Studien viser hvordan vurdering av SOC kan være et potensielt hjelpemiddel til å forstå helseforskjeller (Wainwright et al. 2008).

2.3.2 Helsearbeid, helseopplysning og helsekampanjer

Andre viktige teoretiske perspektiver i denne sammenheng er de som setter helsekampanjer og særlig helseopplysning i et kritisk lys. Her bør det skilles mellom helseopplysning som bærer preg av overtalelse og formynderi og helseopplysning som styrker individet til å handle selv. Det siste kan i beste fall føre til at befolkning og myndigheter drar i samme retning. Det første kan virke som "victim-blaming" som kan provosere individer og grupper og virke mot sin hensikt (Green & Tones, 2010).

Nyere teorier som omhandler dynamikken i helsearbeid og helsepolitikk og ser nærmere på samspillet mellom befolkning, pådrivere og beslutningstakere er også relevante. Viktige pådrivere for slikt samspill kan være helsearbeidere, pasienter/risikogrupper og frivillige organisasjoner som engasjerer seg for saker. Et eksempel på det siste er FOE , “ Fight the Obesity Epidemic”, som er et initiativ fra New Zealand som blant annet arbeider for begrensninger av reklame for usunn mat og en strengere avgiftspolitik for sukkerholdig drikke. Et annet eksempel er “The Parents Jury”, som finnes i England og Australia. Dette er et nettbasert opplegg for foreldre som ønsker å legge til rette for forbedringer med hensyn til kosthold og fysisk aktivitet for barn og unge (Swinburn & Bell, 2007).

Lawrence & Worsley (2007) skisserer også 3 ulike tilnæringsmåter innen offentlig helsearbeid og intervensjoner med særlig vekt på ernæringsaspektet:

- Det sosioøkologiske perspektivet har som utgangspunkt at de sosiale, kulturelle, økonomiske og økologiske omstendigheter som folk lever under i stor grad også influerer på helsetilstanden deres. Resultatet av intervensjoner måles gjerne gjennom like forhold for alle når det gjelder ernæringsmessig helseprofil. Perspektivet refereres også til som en “upstream” tilnærming der ansvaret ligger hos myndighetene sammen med industrien, helsearbeidere, media og samfunnet forøvrig.
- Livsstilsperspektivet baseres på sykdomsforebygging ved å unngå risikofaktorer og “upassende livsstil”. Dette alternativet omtales gjerne som den forebyggende eller “midstream” tilnærmingen. Intervensjoner er gjerne rettet mot livsstilsendringer hos individer som igjen utgjør endringer i risikomønster på populasjonsnivå.
- Det biologiske perspektivet ser på helse som en tilstand uten biologiske avvik eller symptomer som kan lede til sykdom hos individer. Helseproblemer forklares som biologiske avvik. Dette kalles også “downstream” tilnærming eller det medikaliserte alternativet. Denne retningen er også svært individfokusert. Intervensjoner dreier seg gjerne om å rette opp risikofaktorer eller behandle symptomer.

2.3.3 Massemedia og massekommunikasjon

Den viktige men ofte kontroversielle rollen som massemedia og massekommunikasjon har med tanke på påvirkning av livsstil bør heller ikke undervurderes. Media har blitt beskyldt for uheldige påvirkninger gjennom presentasjoner av dårlige rollemodeller og markedsføring av usunne matvarer. På den andre siden utgjør massemedia en unik og effektiv kanal for oppmerksomhet omkring helsespørsmål, spredning av informasjon og positiv påvirkning gjennom så vel underholdningsprogrammer og artikler som rene helsekampanjer. Det er ingen tvil om at media og massekommunikasjon kan påvirke opinionen og derigjennom også beslutningstakerne. Godt planlagte og organiserte kampanjer kan ha en viktig plass i offentlig helsearbeid. Det er likevel viktig å være klar over medias begrensning når det gjelder å kommunisere mer kompliserte budskap og det å formidle budskap som går på tvers med eksisterende normsystemer. (Green & Tones, 2010).

3. Metodekapittel

3.1 Metodevalg

Det jeg ønsket å få mer kunnskap om i denne studien er først og fremst fenomenet varig vektnedgang gjennom livsstilsendringer. For å komme fram til denne typen kunnskap må en se på mer enn tall. Jeg var særlig ute etter å finne de faktorene som gjør den enkelte i stand til å gjøre varige endringer i sin livsstil. Dette var menneskers erfaringer, opplevelser og livsverden jeg ønsket å få tilgang til i undersøkelsen.

Betegnelse livsverden og livsverdensperspektiv er sentrale i den kvalitative forskertradisjonen, og kanskje særlig innen helsefagene. Det teoretiske opphavet til denne forskningstradisjonen finner vi først og fremst innen fenomenologi og hermeneutikk hos Edmund Husserl og flere av hans etterfølgere, deriblant Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty og Hans Georg Gadamer. Det er et hovedpoeng hos disse teoretikerne at mennesker og deres eksistens bare kan forstås fullt ut ved å ta med deres egne subjektive erfaringer og deres egne, levde oppfatninger av kropp, helse, kunnskap og eksistens (Dahlberg, Drew and Nyström, 2001).

En tilnærming gjennom fenomenologi og hermeneutikk gir gode innfallsvinkler til det som har med menneskers livsverden å gjøre, og intervjuer eller narrativer vil være de beste kilder til slike data. I denne studien var jeg også ute etter elementer som motivasjon, holdninger, tanker og ikke minst atferd og hvorfor folk gjør som de gjør. Til dette formålet er også kvalitative metoder godt egnet (Malterud, 1996).

Som nevnt i innledningen er praktiske, virksomme metoder for å oppnå varig vektnedgang gjennom livsstil vanskelig å finne, til tross for et omfattende teoretisk kunnskapsgrunnlag. Når noen individer likevel lykkes med dette er det fristende å forsøke å gå i dybden for å forstå hva det er som skjer. Kvalitative metoder kan også være særlig nyttige med hensyn til å forstå mer av de fenomener og prosesser som i utgangspunktet er vanskelig å forstå eller forklare (Polit & Beck, 2008).

I dette tilfellet valgte jeg å gjøre semistrukturerte kvalitative intervjuer. Dette innebærer at intervjuet er delvis planlagt på forhånd. Det er brukt en kort intervjuguide. Guiden inneholder en kort liste av bakgrunnsfaktorer: alder, kjønn, sivil status, røykestatus og yrkesaktivitet. Deretter skisseres hovedtemaene som er motivasjon, fysisk aktivitet, kost og matvaner og endringer av disse gjennom hele den aktuelle tidsperioden (ca 1994 – 2008). Jeg har også hatt med en kort stikkordsliste; organiserte opplegg med hensyn til vektreduksjon, livssituasjon, spesielle hendelser, arbeidssituasjon, søvn, signaler fra andre, signaler fra helsevesenet og tilbakemeldinger etter deltakelsen i Tromsøundersøkelsen.

Gjennom å bruke denne guiden fleksibelt og uten fast rekkefølge har intervjuene hatt sine individuelle forløp der jeg har forsøkt å la informanten styre samtalen, samtidig som jeg har forsøkt å sikre konsistens mellom intervjuene. Ved hjelp av de fastlagte temaene og det som måtte komme fram i løpet av intervjuene har jeg ønsket å komme i en refleksiv dialog omkring fenomenene vektendring og livsstilsendring. Dette fordrer også høy grad av åpenhet og bevissthet omkring egen forforståelse hos intervjuer. Forforståelsen kan være et hinder for ny forståelse. Den er også en del av det åpne perspektivet i kvalitativ forskning. Vi kan aldri rømme fra vår forforståelse, derfor er det av stor betydning å reflektere over den, forstå den og prøve å holde den under kontroll så godt vi kan (Dahlberg et al., 2001).

Gjennom en balanse mellom struktur og åpenhet i intervjusituasjonen håpet jeg å kunne belyse

og få en større forståelse av hva som kan være nøkkelfaktorer for å oppnå suksessfull og varig livstilsendring. Denne typen intervju sørget for at jeg fikk informasjon om temaet som ble studert gjennom informantens svar samtidig som jeg sikret fleksibilitet. Dermed ble det også åpnet for temaer eller tilnærminger som jeg ikke hadde tenkt på på forhånd. Når jeg oppfattet at informantene nærmet seg tema som er særlig relevante eller nye er det også aktuelt å benytte oppmuntrende kommentarer eller signaler, såkalte prober (Thagaard, 2004).

Prober ble benyttet ved flere anledninger i løpet av intervjuene for nærmere utdyping, spesielt når uttalelser fra informantene var uklare eller overraskende aspekter kom fram.

En åpen og ikke standardisert forskerposisjon som denne intervjumetoden gir vil ha klare fordeler i forhold til et standardisert spørreskjema når jeg ønsker å gå bak tallene og få en dybdeforståelse av faktorene som ligger bak en livstilsendring.

3.2 Reliabilitet og validitet, overførbarhet, kredibilitet og avhengighet i materialet.

For å oppnå god vitenskapelig kvalitet av undersøkelsen er det noen forhold som er særlig viktige med hensyn til følgende to hovedkriterier:

- Pålitelighet eller reliabilitet som viser til konsistens og nøyaktighet i materialet og innhenting og bearbeidingen av dette
- Gyldighet eller validitet av studien som viser til den brede holdbarheten av den, at den har en god tilknytning til teori, ikke inneholder systematiske skjevheter og at den i det hele tatt gir troverdige og relevante svar på spørsmålene og problemstillingene som var utgangspunktet for undersøkelsen

(Polit & Beck, 2008 s 196, min oversettelse)

Begrepene validitet og reliabilitet er høyst relevante også innen kvalitativ forskning. I denne forskertradisjonen brukes gjerne begrepene kredibilitet, avhengighet og overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Overførbarhet brukes om undersøkelsens overføringsverdi. Denne avhenger av gode beskrivelser av utvalg, selve datainnsamlingen og konteksten undersøkelsen foregår i (ibid.). Dette forsøkte jeg å sikre gjennom tidsperioden for datainnsamlingen, standardisering av

intervjusituasjon og utvelgelsen av informanter.

Kredibilitet viser til om en klarer å holde det opprinnelige fokus i undersøkelsen. Fokus i vår undersøkelse er faktorer som har ført til varig vektreduksjon. Dette har jeg forsøkt å sikre blant annet gjennom å strukturere intervjuene noe ved hjelp av intervjuguiden. Avhengighet viser mer til stabiliteten i materialet. Denne ble forsøkt ivaretatt gjennom at intervjuene foregår i en konsentrert tidsperiode og konsistens fra datainnsamlerens side underveis i innsamlingen og i analysen.

I dette tilfelle er alle intervjuene gjort i etterkant av Tromsø VI, som ble avsluttet høsten 2008. Fire av intervjuene er gjort i løpet av februar og mars 2009 og det siste i september 2009. Alle gjort innen ett år etter at Tromsø VI ble avsluttet. Perioden som informantene intervjues fra strekker seg fra gjennomføringen av Tromsø IV i 1994/95 fram til gjennomføringen av Tromsø VI i 2007/08, med deltakelsen i Tromsø V i 2001/02 midt i perioden. Alle de 5 informantene deltok ved alle tre undersøkelsene slik at jeg har sikre BMI data fra disse tre anledningene. Alle intervjuene er dermed også retrospektive, idet de dreier seg om fortida og en tidsperiode på opptil 15 år. Pål Repstad skisserer hvordan et retrospektivt perspektiv kan gi feilkilder og skjevheter først og fremst fordi folk glemmer (Repstad, 2007). Det er naturligvis vanskelig å huske alt fra en såpass lang tidsperiode, og det folk synes å huske best er konkrete hendelser (ibid). Dette er også noe som kommer tydelig fram i mitt materiale, og jeg kommer tilbake til hvordan hendelser eller overganger i livet synes å spille en viktig rolle i flere av intervjuene.

Tidsaspektet og den uunngåelige erindrings og fortolkningsproblematikken er en klar utfordring i dette arbeidet. Aktuelle hendelser og overganger blir sett på i nåtidens lys. Det var likevel mitt klare inntrykk at informantene lot til å ha god oversikt over tidsperioden det var snakk om og de vaner og den livsstil de hadde hatt. Informasjonen kom nokså lett og uten videre nøling. Det er likevel grunn til å være oppmerksom på at framstillingen av det som skjedde for flere år siden preges av nåtidas oppfatninger.

3.3 Forskerposisjonen

Alle intervjuene er gjort ved Universitetssykehuset Nord Norge, Tromsø. Dette ble et praktisk og naturlig møtested fordi det er datainnsamlers arbeidsplass og ledige kontorer der kunne brukes. Sykehuset ligger sentralt i Tromsø og alle informantene syntes det var greit å komme dit framfor å møtes i hjemmet eller andre steder. Dette sikret at det fysiske miljøet var likt for

alle 5 intervjuene. Tidsbruken var på mellom 1 og 1,5 timer. Alle intervjuene forløp uten forstyrrelser.

Ved innledningen av hvert intervju ble hensikten med studien kort gjengitt muntlig slik den også ble presentert i den skriftlige informasjonen som informantene hadde lest på forhånd. Jeg presenterte meg selv som masterstudent og sykepleier. Siden intervjuene ble gjort på min arbeidsplass fortalte jeg også litt om avdelingen innledningsvis. Min posisjon som sykepleier og som representant for sykehuset ble dermed klargjort, og det var viktig å være bevisst denne posisjonen når jeg tolket utsagn fra informantene. Jeg unngikk imidlertid å bruke hvit uniform eller frakk under selve intervjuet. Jeg forsøkte også å understreke at jeg ikke er noen autoritet på området, men derimot en helsearbeider med en genuin interesse for og nysgjerrighet i forhold til dette ofte omtalte og omdiskuterte temaet.

Dette ble gjort for å forsøke å tone ned det preget av asymmetri som forholdet mellom informant og intervjuer ofte har i og med at det er intervjueren som først og fremst definerer situasjonen og som ofte representerer fagmiljøet eller ekspertisen. Ved å snakke litt løst og fast om temaet for studien og om deltakelsen i Tromsøundersøkelsen forsøkte jeg også å sikre en viss intersubjektivitet og referere til en felles forståelse av temaet for intervjuet. Guneriussen (2010) sier det slik: "Hvis vi skal kunne oppfatte, forstå og analysere den subjektive mening aktørene uttrykker gjennom sine utsagn, må vi implisitt eller eksplisitt referere til en (delvis) felles verden av virksomheter, relasjoner og institusjoner" (Guneriussen, 2010 s. 42).

Det er likevel viktig å være klar over at informantenes svar og uttalelser kan være farget av at det var en representant for helsevesenet som intervjuet dem og at intervjuene fant sted på sykehuset. Først og fremst kan dette gi seg utslag i et bevisst eller ubevisst forsøk på å stille seg selv i et bedre lys og at svarene ikke er helt ærlige. Dessuten kan min subjektivitet som forsker og helsearbeider føre til en ubevisst kommunikasjon av forventninger. Disse forholdene kan tenkes å påvirke informantene slik at de utgjør en feilkilde eller bias i resultatene (Polit & Beck, 2008).

Det ble gjort lydbåndopptak og korte notater under alle intervjuene. Det er mange fordeler ved å bruke lydbånd ved forberedte kvalitative intervjuer (Repstad, 2008). Først og fremst gir det intervjueren muligheten til å slappe av og være til stede i samtalen framfor å konsentrere seg om omfattende notatskriving. En får også dokumentert både det som sies og hvordan det sies

samt latter, nøling og andre viktige tilleggsfaktorer (ibid.)

Opptakeren var liten og diskret og ble plassert på bordet mellom intervjuer og informant etter at informanten var informert og hadde samtykket til dette. Dette syntes ikke å virke forstyrrende på intervjusituasjonen. Jeg foretok samtlige intervjuer og transkriberinger selv.

3.4 Analysen

Bearbeidingen av resultatene og analysen er gjort ved å gå nøye gjennom de transkriberte intervjuene og finne koder for de hovedtema som har kommet fram. Under disse har jeg også identifisert noen underkategorier. Jeg har satt opp en matrise over koder (Tabell 1), undertema/kategorier og informanter. Jeg har så gått gjennom hvert enkelt intervju og funnet det som var av relevante eller meningsbærende utsagn under hver kode. Dette gir en viss oversikt over informanter og innhold. Så har jeg gått inn i materialet og funnet aktuelle utsagn eller tekstenheter som er meningsbærende med hensyn til problemstillingen. Disse har jeg så forsøkt å tolke/fortolke ved å sette dem inn i en sammenheng knyttet til hovedtema og relevant teori. Noen ganger har dette også medført sammenlikninger av informanter og andre ganger kontrasteringer mellom dem.

Polit & Beck beskriver analysestiler innen kvalitativ forskning som et utall av varianter langs et kontinuum med noen prototyper (Polit & Beck, 2008). En av prototypene kaller de for “editing analysis style” der forskeren fortolker materialet på søken etter meningsbærende enheter. Så setter man opp oversikter eller skjema med korresponderende koder som kan brukes til sortering og organisering av data (ibid.). Dahlberg et al. viser også til Gadammers hermeneutiske regel om det å se materialet som helhet – deler – helhet. Her er utfordringen gjerne å være sensitiv både overfor helheten og delene, og for meningen av fenomener. Endelig må framstillingen være så klar at den også omfatter den iboende tvetydigheten som ofte ligger i livsverden og dens meninger (Dahlberg et al. 2001). Pål Repstad viser også til lojaliteten overfor informantene og at denne først og fremst handler om å referere på en fair måte det som er faglig vesentlig (Repstad, 2008).

En del av kritikken mot kvalitative intervjuer som forskningsmetode går på at den kunnskapen og meningen som kommer fram er mer en følge av samhandling mellom informant og forsker framfor informantens subjektive uttrykk (konstruktivistisk kritikk). Vi skal heller ikke

undervurdere betydningen av rent språklige utfordringer i intervjusituasjonen (Guneriusen, 2010). Disse aspektene krever også oppmerksomhet og aktsomhet i tolknings og analysesituasjonen.

Det som jeg nå har referert er hovedessensen av den analysetekniske teorien innenfor kvalitative metoder som jeg har forsøkt å holde meg til i dette arbeidet.

3.5 Utvalg

Utvalget av informanter er et strategisk utvalg med hensyn til endringer i BMI status. Utvalget ble gjort ut fra søk i Tromsøundersøkelsen. Søket ble gjort av og i samråd med personell fra Tromsøundersøkelsen. Med strategisk utvalg menes her at jeg finner informanter som kan si oss noe om de faktorer jeg vil finne ut av, nemlig de som har den relevante erfaringen med varig vektnedgang.

Ved å hente ut data fra Tromsøundersøkelsene skal utvalget i utgangspunktet være fra normalbefolkningen. Det ble gjort et utvalg bestående av dem som hadde hatt en nedgang på minimum 1.5 BMI enheter fra Tromsø IV til Tromsø V, og som hadde opprettholdt dette eller fortsatt å gå ned i BMI i Tromsø VI. Personene som har møtt til undersøkelse ved disse 3 anledningene var i alderen 45-70 år ved avslutningen av Tromsø VI og begge kjønn var representert. Det ble ved utvelgelse av informanter gjort eksklusjon av personer med kjent tilstand eller alvorlig/kronisk sykdom som kan tenkes å påvirke vekt og ernæringsstatus, det vil si kreftsykdom, diabetes, KOLS og graviditet på undersøkelsestidspunktene.

Det ble sendt ut forespørsler til alle som fylte disse kriteriene, til sammen 22 personer.

Forespørslene ble sendt ut puljevis for å sikre at jeg ikke fikk flere informanter enn jeg hadde kapasitet til å intervju. I første omgang fikk vi svar fra 4 personer som kunne tenke seg å stille til intervju. Etter noen uker sendte vi ut en påminnelse til 6 personer 2 i puljer og fikk da 2 til som takket ja til henvendelsen. De som responderte ble kontaktet pr telefon, og tid og sted for intervju ble avtalt. Ved denne telefonsamtalen ble hensikten med studien gjentatt for å forsikre om at disse personene hadde hatt vektnedgang gjennom livsstilsendringer og ikke andre forhold som for eksempel sykdom. Søk etter informanter og utsending av forespørsler ble gjort av personale med tilknytning til Tromsøundersøkelsen. Informantenes identitet var dermed ikke

kjent for meg før de hadde sagt seg villig til å være med i studien.

Antallet som responderte positivt på forespørselen var altså i alt 6, og av disse ble 5 intervjuet. Grunnen til at 1 gikk ut var at det ved telefonsamtalen forut for intervju kom fram at vektnedgangen skyldtes sykdom. I kvalitative studier med strategiske utvalg betyr ikke størrelsen på utvalget så mye som i kvantitative studier, materialet kan likevel være rikt og hjelpe oss til å utvikle beskrivelser, begreper og teoretiske modeller (Malterud, 1996). Spørsmålet om hva som er et tilstrekkelig utvalg vil også avhenge mye av om utvalget var plukket ut fra en heterogen gruppe (Repstad, 2007). Gjennom å trekke utvalget fra en stor befolkningsundersøkelse som Tromsøundersøkelsen burde en være sikret noe heterogenitet.

Utvalget består av 3 kvinner og 2 menn i alderen 48 til 72 år. Ved tidspunktet for intervju var 3 av informantene blitt pensjonister, men alle hadde hatt et langt yrkesaktivt liv. Av de 5 hadde 2 bakgrunn fra arbeid i helsevesenet men fra ulike institusjoner og profesjoner. De 3 andre hadde yrkesbakgrunn fra helt andre sektorer. Når det gjaldt sivil status var 3 gift/samboer mens 2 var enslige. På spørsmål om røykestatus oppga 2 at de fortsatt var røykere, 2 hadde sluttet mens 1 aldri hadde røkt. Felles for alle 5 var deltakelse i Tromsøundersøkelsen og den varige vektnedgangen. De hadde alle hatt en nedgang fra BMI på mellom 25 og 30 ved første gangs måling til BMI på under 25 ved andre og tredje gangs måling og hadde også gått over fra å være overvektige til normalvektige. Dette siste var ikke et kriterium i søket etter informanter men et utslag av tilfeldighet.

Et aspekt ved utvalget som jeg skal komme tilbake til er alderen. I utgangspunktet hadde jeg ønsket meg flere yngre informanter og større spredning i alder i utvalget for å få et rikere og mer heterogent materiale. Dette var dessverre ikke mulig da utvalget er hentet fra den gruppen av personer som har deltatt i Tromsøundersøkelses del IV, V og VI. De yngste som ble innkalt til Tromsø IV var den gang 25 år slik at ingen av dem kunne være under enn 40 år i dag. Siden det var såpass få som passet inn under inklusjonskriteriene for BMI og noen som ikke ønsket å bli intervjuet var det dessverre ikke mulig å få et yngre utvalg. Dette er et aspekt som det må tas hensyn til i tolkning og analyse av data fra intervjuene.

Det kom ikke fram noen større sosiale eller økonomiske skiller eller ulikheter mellom informantene, dette var heller ikke et tema i intervjuguiden. De to med bakgrunn fra helsevesenet skiller seg noe ut gjennom lengre utdanning (profesjonsutdanning) og

ledererfaring. Ifølge Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller i Norge, Stortingsmelding nr 20 , 2006-2007 er det en klar sammenheng mellom helsefaktorer og utdanningsnivå (Helse og omsorgsdepartementet, 2007). Dette kommer jeg tilbake til i diskusjonen.

Utvalget er for lite til at funn kan være generaliserbare. Utsagnene er også gitt i den spesielle kontekst som et forskningsintervju er. Jeg håper likevel at de vil gi en rik illustrasjon av viktige tema som kommer opp når fenomenet varig vektnedgang og livsstil utforskes videre.

3.6 Etiske aspekter

Vektproblemer og takling av disse har personlige aspekter og kan ha vanskelige følelsesmessige sider som kan komme fram i intervjusituasjonen. Vektnedgangen kan også ha oppstått som følge av kriser eller traumer. Det var viktig for meg å være forberedt på at slike ting kunne komme opp. Alle tema som ikke er nevnt i intervjuguiden kom fram på informantenes egne initiativ. Informantene ble forsikret om at anonymiteten ble ivaretatt og at data ville bli slettet etter at undersøkelsen var avsluttet. Dette ble selvfølgelig også presisert i det skriftlige informerte samtykket som ble sendt ut til informantene på forhånd og signert umiddelbart før intervjuet slik at også muntlig informasjon og anledning til spørsmål var gitt. Konfidensialiteten har jeg forsøkt å sikre gjennom en nøktern beskrivelse av informantene uten altfor detaljert informasjon. For å få fram viktige likheter, nyanser og kontraster mellom informantene ble det likevel en balansegang å ikke skildre informantene for blast og utfullstendig. Gitt det store antallet deltakere i Tromsøundersøkelsen skulle hensynet til anonymitet og konfidensialitet være ivaretatt. Selv om mye av informasjonen som framkom er av personlig karakter ble de formidlet i det jeg oppfattet som en lett stemning og uten nøling eller vegring av betydning fra noen av informantene.

Alle nødvendige godkjenninger ble gitt våren 2009:

Tromsøundersøkelsen.

Søknad om tilgang til data godkjent i data og publikasjonsutvalget for Tromsøundersøkelsen 23.02.09. Avtale signert 01.04.09.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD).

Godkjent i komitéens møte 23.04.09.

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Tilråding gitt i brev av 16.06.09.

4. Resultater, presentasjon

Det presiseres at informantenes navn er fiktive og at alder er gjort om til omtrentlig alder av hensyn til anonymiseringen.

4.1 Kort presentasjon av informantene

Informant nr 1

Per, ca 50 år, samboer

Per har ikke hatt en bevisst nedgang i vekt men ved ettertanke er han likevel klar over at han har gått ned. Han mener at nedgangen skjedde da han ble samboer og fikk barn like etter tidspunktet for Tromsø IV. Det at andre tok styringen på matstellet og at kostholdet kom inn i en fast rutine med måltider gjorde at det ble slutt på småspising.

Regelmessighet, en lett endring av kostholdet og tilpasning til resten av familien ser ut til å ha spilt viktige roller.

Per er ikke fysisk aktiv i fritiden men har en jobb der han beveger seg mye hele dagen.

Arbeidssituasjonen har vært stabil over lengre tid. Han har begynt å røyke igjen etter å ha hatt noen års pause uten at endring i røykestatus ser ut til å ha påvirket vekten.

Per gir inntrykk av å være avslappet med hensyn til vekt og er helt klar på at han ikke har hatt en bevisst nedgang. Dette har han heller ikke vært motivert for, da han egentlig var mest fornøyd med å være litt tyngre, slik han var i 1994 ved Tromsø IV.

Informant nr 2

Ole, ca 70 år, gift

Ole har ikke hatt en bevisst vekt nedgang, men mener å ha svingt en del i vekt gjennom livet og har en klar formening om den aktuelle nedgangen. Da han var ung var det et poeng å holde vekta fordi han drev med en sport der deltakerne ble delt inn i vektklasser. Senere gikk han ned i vekt i forbindelse med husbygging. Han legger også vekt på at han var plaget med svingende (lavt) blodsukker og kunne bli svimmel og uvel etter matinntak. Dette fikk han også bekreftet ved målinger hos lege. Da han giftet seg på begynnelsen av 90 tallet brakte kona med seg et nytt kosthold som medførte at problemene med svimmelhet i forbindelse med mat nesten forsvant. Han mener at dette var en svært viktig medvirkende faktor til at vekta stabiliserte seg på et normalvektig nivå.

Ole er ikke veldig fysisk aktiv, men liker å gå tur. Dette ble det mindre av da han fikk barn. Da barna ble eldre ble han mer aktiv igjen. Dette kan også være med å forklare at han hadde høyest vekt ved Tromsø IV da han hadde små barn. Endring i kostholdet og fysisk aktivitet i forbindelse med livssituasjonen ser ut til å forklare nedgang og stabilisering av BMI. Han har ikke gått bevisst inn for å gå ned i vekt, og har heller ikke vært motivert for dette. Han gir uttrykk for å ha sett på seg selv som normalvektig hele tida.

Ole har vært røyker men sluttet for mange år siden. Han har hele sitt yrkesaktive liv gått 3-delt skift også med nattevakter. Han mener at disse faktorene ikke hadde noen innvirkning på vekta.

Informant nr 3

Kari, ca 50 år, gift

Kari har bevisst forsøkt å gå ned i vekt og å holde vekta etter flere svangerskap med betydelig vektøkning. Hun ble litt overrasket over at hun hadde vekt nedgang fra Tromsø IV til Tromsø V, mellom 1994 og 2001, men vet med sikkerhet at hun har hatt nedgang fra Tromsø V til Tromsø VI. Den første perioden gikk nedgangen sannsynligvis mest av seg selv på grunn av et hektisk liv med småbarn, mens den bevisste nedgangen og stabiliseringen kom mer etter hvert.

Kari har forsøkt organiserte slankeopplegg og har også plukket opp tips angående vektnedgang her og der. Hun forteller om omlegging til flere mindre måltider og en økende bevissthet omkring gunstig kosthold. Hun har også vært mye fysisk aktiv, både organisert og på egen hånd, mest med turgåing. Hun har et bevisst og positivt forhold til fysisk aktivitet, også i jobbsammenheng. Hun er generelt helsebevisst og har aldri røkt.

Kari gir uttrykk for sterk grad av motivasjon, og framhever også selvdisiplin som helt nødvendig for at hun skal holde vekta. Forfengelighet og fysisk ubehag når hun blir for tung er viktige motivasjonsfaktorer for henne. Hun nevner også en fysisk tilstand, lett grad av muskel/skjelettplager, som en god grunn til å ikke bli for tung. Når hun bevisst prøver å gå ned i vekt og får resultater blir hun ekstra motivert. Hun nevner positiv støtte fra et familiemedlem som en viktig faktor, men er ellers forsiktig med å kommunisere ut at hun slanker seg. Hun er litt redd for nederlag og er også skeptisk til slankepress.

Informant nr 4

Berit, ca 70 år, enslig

Berit har ikke hatt en veldig bevisst nedgang i den aktuelle perioden, men sier at hun alltid har etterstrebt å holde normalvekt. Hun gir uttrykk for å ha mindre svingninger i vekt, men passer på at det ikke sklir ut. Hun mener selv at hun er kostholdsbevisst, også gjennom sin yrkesbakgrunn. Stabilitet ser ut til å være en viktig faktor og det at hun er enslig gjør at hun har kontrollen i dagliglivet selv og unngår å bli fristet av andres dårlige vaner. Kostholdet har hun justert litt, men det grunnleggende har vært svært stabilt gjennom mange år. Hun mener selv at hun er generelt aktiv og har alltid gått turer. Hun begynte med organisert trim først etter at hun ble pensjonist.

Berit gir uttrykk for å være generelt bevisst med hensyn til livsstil. Hun mener at det er mye opp til den enkelte og at vektnedgang handler mest om å bestemme seg. Hun mener at dette kan sammenliknes med røykestopp. Berit røykte også selv i flere år. Hun mener at røykestoppen som nå ligger flere år tilbake i tid ikke hadde innflytelse på vekta.

Informant nr 5

Sigrid, ca 70 år, enke

Sigrid har ikke hatt en veldig bevisst vektnedgang gjennom perioden, men forteller at hun går fort opp og ned og justerer vekta hele tida. Hun har med andre ord sannsynligvis stadige svingninger i vekt. Hun trekker i stor grad hele livshistorien inn når hun forteller om livsstil, vektnedgang og stabilisering. Lett grad av plager/sykdom har åpenbart spilt en rolle, og hun legger også vekt på overganger i livet. Hun omtaler overgangen til pensjonisttilværelse og økt fysisk aktivitet i den forbindelse særlig positivt.

Hun har gjort små justeringer av kostholdet, og graden av fysisk aktivitet har økt betydelig de siste årene. Hun vektlegger betydningen av organisert trimopplegg, men er også opptatt av den enkeltes initiativ. Sigrid gir uttrykk for stor glede ved å være fysisk aktiv.

Hennes viktigste motivasjonsfaktor med hensyn til livsstil var et signal fra fastlegen om å gå ned i vekt i forbindelse med begynnende muskel/skjelettplager for flere år siden. Hun er også opptatt av å ha kontroll og mener å ha lært mye av motgang i livet. Hun mener at hun har lært å sette inn de riktige tiltak når det butter mot. Samtidig vektlegger hun også det å kunne nyte og unne seg ting en gang i mellom. Hun er også moderat røyker og er klar på hun ikke er motivert for å slutte med det. Sigrid nevner fastlegen som en viktig støttespiller i alle helsespørsmål.

4.2 Kort oppsummering av de 5 intervjuene

Vektnedgangen var i mindre grad resultat av bevisst nedgang enn det jeg hadde trodd på forhånd. Siden alle 5 gir uttrykk for å ha svingninger i vekt kan jeg heller ikke uten videre slå fast at de har hatt en kontinuerlig nedgang eller stabilitet gjennom de aktuelle årene. De har likevel alle hatt en gunstig utvikling over tid og går som nevnt mot hovedstrømmen som er stadig økende BMI. De har alle hatt en nedgang fra BMI over 25 til BMI under 25 ved siste måling og ligger dermed under overvektsgrensen.

Historiene deres forteller om hendelser og faktorer som de selv mener har spilt en rolle for vektutvikling og livsstil. Noen tema går igjen, mens andre er særegne for den enkelte

informant. Jeg skal i diskusjonskapitlet gå nærmere inn i historiene og finne meningsbærere som jeg skal gå litt dypere inn i.

Jeg har gjort et utvalg av de mest relevante hovedtema slik de kom fram gjennom intervjuene.

4.3 Presentasjon av hovedtema med matrise

- A. Bevisst/intendert vektnedgang.
- B. Motivasjonsfaktorer
- C. Kosthold
- D. Fysisk aktivitet
- E. Stabilitet/regelmessighet
- F. Overganger
- G. Fysiske plager, lett sykdom
- H. Vektsvingninger
- I. Organisert opplegg
- J. Røykestatus

Tabell 1

Informanter →

Kode/Tema	Kategori	1	2	3	4	5
A. Bevisst vektreduksjon?	Ja			X		
	Nei	X	X			
	Delvis				X	X
B. Motivasjonsfaktorer	Forfengelighet			X		
	Ubehag			X	X	X
	Disiplin/kontroll			X	X	X
	Signaler			X		X
	Yrkesbevissthet			X	X	
C. Kosthold	Endret		X	X		X
	Justert	X			X	
D. Fysisk aktivitet	Trener			X	X	X
	Går tur		X	X	X	X
	Aktiv i jobben	X				
E. Stabilitet/regelmessighet		X	X	X	X	X
F. Overganger	Sivil status	X	X			
	Pensjonist				X	X
	Barnefødsler			X		
G. Fysiske plager			X	X		X
H. Vektsvingninger		X	X	X	X	X
I. Organisert opplegg	Kosthold			X		
	Trening			X	X	X
J. Røyk	Ja	X				X
	Nei			X		
	Tidligere		X		X	

Informant 1; Mann (Per), ca 50 år, samboer

Informant 2; Mann (Ole), ca 70 år, gift

Informant 3; Kvinne (Kari), ca 50 år, gift

Informant 4; Kvinne (Berit), ca 70 år, enslig

Informant 5; Kvinne (Sigrid), ca 70 år, enke

Det er lagt inn en x for de informantene som har gitt ett eller flere meningsbærende utsagn under hver kode og kategori. Leses matrisen loddrett får vi en oversikt over hver informants profil eller hvor fylldige beskrivelser de har gitt. Leser vi matrisen vannrett får vi et visst inntrykk av hyppighet og relevans av og spredning på de enkelte temaene i materialet. Matrisen gir et grovt omriss av materialet og et utgangspunkt for nærmere beskrivelser av både enkeltdeler og helhet

5. Resultater, diskusjon og analyse

Jeg vil her gå gjennom tema for tema slik de ble skissert i matrisen. Her presenteres også meningsbærende enheter fra intervjuene. Disse blir diskutert fortløpende, også opp mot relevant teori.

5.1 Bevisst/intendert nedgang og motivasjonsfaktorer.

Som vi har sett av matrisen og presentasjonen av informantene er de nokså ulike med hensyn til hvor bevisst vektnevdgangen har vært. Vi ser at ulike motivasjonsfaktorer har vært til stede hos noen informanter, mens de hos andre har vært så godt som fraværende. Vi skal se litt nærmere på dette gjennom meningsbærende enheter i materialet.

Det kanskje mest påfallende er at to av informantene fraskriver seg egen motivasjon som bakgrunn for vektnevdgangen, og at dette er de to mennene i utvalget. De tre kvinnene har også betont egen motivasjon forskjellig men har likevel pekt på flere forhold som har med selvdisciplin og motivasjon å gjøre og gitt rike beskrivelser av disse forholdene.

Per svarer for eksempel kontant nei på spørsmål om vektnevdgangen har vært bevisst. Når jeg spør om han er fornøyd med vekta si i dag svarer han:

“Nei, æ synes æ kunne vært litt tyngre”. Han ler og fortsetter... “det er forskjell på å være feit og å være mandig feit” og

“æ syntes at æ så litt skrangelaktig ut” (om perioden han var på det slankeste)

Dermed gir han uttrykk for å ha et litt annet ideal for menn enn for kvinner, og at han faktisk kunne tenke seg å være litt tyngre. Utover i intervjuet omtaler han likevel for eksempel dette med regelmessige måltider som han selv har tilpasset seg som et gode.

“Det folk gjør feil er spising mellom måltidene. Det blir noen kilo i året...da miste dem kontrollen på ka dem spis...hvis æ begynner å spise mellom måltidene, da går æ opp i vekt”

De ulike utsagnene som Per har gitt her gir også uttrykk for en viss tvetydighet. Han uttrykker et visst ønske om å gå litt opp i vekt og sitter også åpenbart på nøkkelen til en slik vekttoppgang selv, men han aktiverer den ikke. Dette forklarer han selv med samspillet med og hensynet til familien:

“...spiser mer av det andre liker, og da spiser en ikke så mye”.....“når æ kommer hjem fra jobb så vet æ jo at det blir middag...og da tar æ mæ ikke et måltid midt på dagen...”

Han opprettholder altså matvaner og et måltidsmønster som sannsynligvis medvirker til at han ikke går opp i vekt, og forklarer det med at hensynet til og tilpasningen til familien er viktigst.

Også Ole forteller om endring i forbindelse med ny sivil status:

“...etter at kona kom inn i bildet ble kostholdet forandra med en gang...mer grønnsaker, mindre potet, mer ris, mer hvitløk...”

Ole forteller at han tidligere hadde problemer med å holde stabil vekt på grunn av svingninger i blodsukkeret i forbindelse med matinntak. Råd fra legen om å legge om til hyppigere men mindre måltider samt konas asiatisk baserte kosthold reduserte problemet og dermed bidro til stabilisering av vekt. Videre forteller Ole også om endringer med hensyn til fysisk aktivitet i forbindelse med familieliv:

“...da vi fikk unger ble det mye stillesitting, kona likte ikke å være ute...”

“...da ungene ble større så begynte æ å gå tur og da gikk æ nok ned i vekt, ja...”

Men på spørsmål om han noen gang hadde tenkt å gå ned i vekt svarer han også negativt *“Nei, det har æ aldri gjort”*.

Både Per og Ole forteller altså om faktorer som gjorde at deres livsstil ble endret i mer positiv retning uten at dette egentlig var deres intensjon. For begge innebar dette at andre i stor grad tok styringen over kosthold og matstell. Jeg finner også en viktig forskjell i historiene mellom disse to. For Per ligger endringen først og fremst i det regelmessige

måltidsmønsteret. For Ole ligger endringen mer i selve kostholdet. Dette viser igjen hvordan det å ha ansvaret for kostholdet og måltidene i familien kan ha stor innvirkning på andres helse og velvære på flere plan.

I Oles tilfelle kommer det også fram at familiesituasjonen satte en begrensning på graden av fysisk aktivitet for han. Dette er et eksempel på hvordan familiestrukturen kan være et hinder for en mer aktiv livsstil, i alle fall for en periode.

De tre kvinnene betoner i langt sterkere grad egen motivasjon, selvdisiplin og kontroll.

Kari:

“Det var egentlig veldig enkle grep...men æ måtte være superstandhaftig”

Berit:

“Æ har faktisk ikke gjort noe annet enn å være ganske bevisst...mer hokus pokus er det ikke”

Sigrid:

“Æ vet ka som gjør at æ går opp i vekt og ka æ skal gjøre for å gå ned....æ vet å sette inn de riktige ting”

Til tross for nokså ulike historier har alle tre en klar framstilling av at dette med å holde vekt er noe som ligger i deres egne hender og at metodene er kjente og til dels enkle. Motivasjonsfaktorene er derimot noe ulike og jeg skal komme tilbake til disse. Et interessant trekk er at de to som jobber eller har jobbet i helsesektoren begge gir uttrykk for at livsstilsbevissthet er noe som er integrert i dem gjennom deres yrkesbevissthet.

Kari:

“Aktivitet er grunnleggende.....ligger til grunn for alt, fra å kle på seg, komme seg på jobb også videre” (på spørsmål om hvordan yrkesbakgrunnen påvirker henne)

Berit:

“Æ har alltid hatt et godt øye til det jeg kaller et godt kosthold og har også i yrkessammenheng vært opptatt av dette”

Som jeg har vært inne på i innledningen er det en sosial gradient når det gjelder overvekt, idet overvekt har høyere prevalens i grupper med lav inntekt (Swinburn & Bell, 2007). Det er også påvist forskjeller i flere helsefaktorer når det gjelder utdanning og helse. Grupper med lengre utdanning har ifølge faktaopplysninger i “Handlingsplan for å utjevne sosiale helseforskjeller” også generelt et gunstigere kosthold og er mer fysisk aktive enn de med lavere utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

I dette tilfellet med Kari og Berit er det kanskje både utdanningsnivået og kunnskapsgrunnlaget som helsearbeidere som gjør seg gjeldende. Interessant er det i alle fall hvordan begge disse informantene flere ganger viser til sin yrkesbakgrunn når de snakker om sin motivasjon og sine holdninger til å ivareta egen helse.

Så langt kan jeg si at graden av bevissthet og motivasjon varierer mye. Det ser også ut til at faktorer som familieforhold og yrkesbakgrunn kan spille viktige roller. Jeg skal nå gå litt nærmere inn på de aktuelle motivasjonsfaktorene som kom fram gjennom intervjuene.

Kari har en særlig rik beskrivelse av hva som motiverte henne til vektnedgang. Bakgrunnen beskriver hun selv som massiv vekttoppgang og fysisk inaktivitet i forbindelse med svangerskap i årene like før Tromsø IV. Hun er også den av informantene som har hatt størst vektnedgang. Hun innrømmer gjerne at forfengeligheit men også det hun betegner som fysisk ubehag ved å være for tung har vært de sterkeste pådriverne. Både formuleringer, kroppsspråk og tonefall er med på å understreke at overvekten var noe hun var meget motivert for å gjøre noe med:

“...da tenkte æ at ...vet du hva...dette gidder æ ikke...dette trives æ ikke nåkka med og æ må gjøre nåkka...”

“...så æ tenkte at æ må nok bare ta rev i seilan her!...”

“...vi skal jo ikke være så kroppsfikserte, være fornøyd med den kroppen man har...men æ var ikke fornøyd”

Hun forteller også om perioder da det var litt tungt å holde oppe motivasjonen og kiloene begynte å lure seg på igjen. Dette taklet hun blant annet ved å melde seg inn i en nettbasert vektklubb der du får gode råd og registrerer hva du spiser, hvor mye du trimmer og ikke minst vektoppdateringer. Dette omtaler hun som en suksess med hensyn til å opprettholde motivasjonen:

“...det ble en konkurranse med mæ sjøl....det ble egentlig litt morsomt å følge med...det gikk en liten sport i det”

Hun beskriver også det å oppnå resultater som en sterk motivasjonsfaktor i seg selv og forteller begeistret om at hun er godt fornøyd med egen innsats:

“...æ synes at æ har vært superflink””er imponert over mæ sjøl””når æ får resultater da tenker æ ...”Yess!”

Selv om Kari først og fremst er sin egen kontrollør og er forsiktig med å kommunisere ut at hun slanker seg nevner hun støtteerklæringer fra ektemannen som en positiv og viktig faktor:

“Mannen min sier til mæ...”kor standhaftig du er...er det nødvendig?”

“...og æ svare: “ja, det er nødvendig!””

Dette utsagnet vitner om oppmerksomhet og en anelse beundring fra ektemannen. Kari får bekreftet at hun faktisk gjør en innsats. Viktigheten av et godt samspill med sine nærmeste når en gjennomgår kostholdsendringer blir også belyst og understreket av Paisley et al. (2008).

Også Berit og Sigrid har vist at de har vært drevet av egen motivasjon når de har tilstrebet vektnedgang og ikke minst stabilitet.

Berit: (som svar på direkte spørsmål om motivasjon)

”Æ likte det ikke rett og slett...å kjenne at æ hadde lagt på mæ”

“...både det å legge på mæ og alt det æ visste om overvekt og kosthold....”

Disse utsagnene viser hvordan en følelse av ubehag har spilt inn, men hun nevner også her sin yrkesbevissthet som en viktig faktor. Kanskje er det slik at kunnskap og holdninger fra et langt yrkesliv i en helseprofesjon har vært like viktig som de mer tradisjonelle motivasjonsfaktorene?

Sigrd framhever et signal hun fikk fra fastlegen angående begynnende muskel og leddplager på 70 tallet som den viktigste enkelthendelsen med tanke på det å ivareta helsen og passe vekta. Sigrd vektlegger også sterkt det å ha kontroll selv. På spørsmål om hun noen ganger har tenkt at "nå må jeg gå ned i vekt" svarer hun slik:

"Nei, det har æ aldri tenkt, men æ har vært bevisst"

og fortsetter med referanse til sine muskel og leddplager;

"Hvis æ hadde vært veldig tung i vekt så hadde æ hatt problemer med å bevege mæ"

Det er mange eksempler fra ulike kulturer på at kvinner i sterkere grad enn menn har vært påvirket av selvdisiplin i sitt forhold til mat. Glupskhet har vært ansett som lite kvinnelig og som et bevis på mangel på selvkontroll (Lupton, 1996 ; Bourdieu, 1984). Vi finner også eksempler fra andre studier som viser at menn blir ansett for å være mer avslappet med hensyn til vekt. Dette kan skyldes at det er mer akseptert for menn å være store og muskuløse og at kvinner i større grad aksepterer vektøkning hos sine partnere (Ziebland et al., 2002).

Den internasjonale tendensen til at flere menn enn kvinner nå er overvektige (Swinburn & Bell, 2007) kan også tyde på at forhold knyttet til motivasjon for vektnedgang og livsstilsendring forholder seg ulikt for menn og kvinner.

Den avslappethet som kommer fram gjennom Per og Ole sine fortellinger står i en viss kontrast til Kari, Berit og Sigrd sine betoningar av bevissthet, kontroll og selvdisiplin. Det er også verdt å merke seg at frykt for alvorligere sykdom som hjerte/karsykdom eller diabetes ikke ble nevnt som motivasjonsfaktor av noen av informantene,

5.2 Kostholds faktorer

Teoretiske og faglige perspektiver på mat, kosthold og rutiner som har med spising og måltider å gjøre har blitt stadig mer aktuelle, og det er en økende interesse for disse tingene ut over det som bare angår selve ernæringsaspektet. Deborah Lupton viser til hvordan sosiologer og antropologer også er opptatt av det symbolske ved mat og spisevaner. Faktorer som alder, kjønn, sosioøkonomiske forhold og maktrelasjoner kan også spille viktige roller i spørsmål om mat og kostvaner (Lupton, 1996).

Når Per og Ole forteller om hvordan det å etablere seg med henholdsvis samboer og kone endret deres kosthold og måltidsmønster sier det også noe om hvordan mat og matvaner er sterkt sammenbundet med familiemønsteret. Både det vi har med oss fra barndommen og det vi etablerer som voksne. Dette har også mye med emosjoner og omsorg å gjøre, idet den som har ansvaret for maten (oftest kvinnen) også har et ansvar for at barn og mann skal ha det bra og leve sunt og godt (ibid.).

Kari forteller også at det stort sett er hun som står for planlegging og tilberedelse av hverdagsmaten i familien. Hun forteller hvordan hun har forsøkt å ta hensyn til familien også når hun selv har vært opptatt av egen vektnedgang:

“Æ prøvde å få til at æ ikke hadde så sær kost...det hadde vært dumt av hensyn til ungene...datteren min var i tenåra og da skal man jo ligge litt lavt i terrenget...”

Som kontrast til dette kan vi også merke oss hvordan Berit betoner det å leve alene som en fordel med hensyn til riktig kosthold:

“Siden æ har bodd alene, så har æ ikke hatt noen som har frista mæ ut på glattisen. I en familie kan man bli mer frista av de andre sin mat”.

Det er flere teoretikere som har vist til kjønnsforskjeller når det gjelder matpreferanser og vekt. Bourdieus beskrivelser av mannens kropp gir et bilde av mannen som “mektig, stor og sterk” med sterke, imperative behov spesielt med hensyn til mat. Et slikt syn på mannen og mannskroppen danner også utgangspunktet for generelle kjønnsforskjeller når det gjelder mat og matvaner. Mannen vil ha mer mat og mer drikke, og gjerne også

sterkere varianter av disse. Rødt kjøtt, pølser og sterke oster har blitt ansett som mat for menn mens frukt og fisk ble ansett som lite mettende og ikke tilpasset en manns måte å spise på (Bourdieu, 1984). Andre studier har også referert til uttrykk som "påfyll av drivstoff" når det snakkes om menn og mat (Lupton, 1996).

Et par sitater fra Per kan underbygge beskrivelsen av en slik maskulin holdning til matinntak:

"Da æ bodde alene så kunne æ kjøpe mæ ei pizza og spise den alene"

"Æ la på mæ bevisst...stoppa på bensinstasjonen og kjøpte pølse"

Vi kan også merke oss at Per også forteller at han spiser lite frukt og grønt:

"Æ drikk gjerne cola...æ spis ikke grønnsaker...(latter)...og ikke har æ høyt kolesterol eller nåkka....frukt spis æ veldig lite av, nesten ingenting.... Sikkert ikke mer enn 4 frukter i måneden "...æ synes at frukt e bare vomfyll, magen blir stor av det"

Som eksempler på en mer feminin tilnærming til mat og matpreferanser har vi for eksempel Kari som framhever det som viktig å være disiplinert men også å unne seg noe tidvis, særlig i forbindelse med helger:

"...nåkka tillot æ mæ, for eksempel litt kake", "...baker litt loff og rundstykker men det er ikke hverdagskost..." eller "...litt øl og vin ja, men ikke i store mengder"

Eller Sigrid som forteller om en liten sesongutskeielse:

*"Godt smør på brødkiva og tyttebær og et stort glass melk,... da er himmelen nær!
...det er deilig å unne seg noe en sjelden gang...du skal nyte!.."*

Det synes ifølge Bourdieu og Lupton å være et kjønnskille i den vestlige verden når det gjelder oppfatninger om hva slags mat menn og kvinner foretrekker (Lupton, 1996; Bourdieu, 1984).

Som eksempler på feminin mat regnes sjokolade, kaker, små smørbrød, hvitt kjøtt, fisk, nudler, pasta og salat. Altså søt, lett, melkeaktig og delikat mat. Det vises også til skiller mellom tung og lett mat med referanse til henholdsvis maskulin og feminin mat. Mens "tung" mat gjerne er tungfordøyelig, tyngre å tygge og mer mettende er "lett" mat lettfordøyelig. Mange holder også tung mat for å være usunn mens det motsatte er tilfelle med lett mat (Lupton, 1996).

Foretrekking av enkelte typer mat har også vært forbundet med moralske aspekter som evne til selvkontroll og å unngå fråtsing og sløsing. Det er også grunn til å tro at kvinner i sitt forhold til mat og dietter i større grad påvirkes av ønsker som har sin bakgrunn i både askese og estetikk, også kalt "the food/health/beauty triplex". I tillegg til hensynet til god helse og utsikter til et langt liv kan også ønsket om en ungdommelig og attraktiv kropp være en drivkraft (ibid.) Blant mine kvinnelige informanter var det én som var helt åpen på forfengelighetsfaktoren, og alle tre vektla følelsen av velbehag ved å ikke være for tung.

Utsagnene fra Kari, Sigrid og Per som er sitert her er understøttende til de framstillingene som blir nevnt av Bourdieu og Lupton. De bidrar også til å bekrefte bildet av kjønnsforskjeller når det gjelder holdninger til kosthold, livsstil, kropp og vektkontroll. Imidlertid er det viktig å være oppmerksom på at dette er forhold som er under stadig endring.

Per forteller også om matvaner som bryter noe med de vanlige kostholdsrådene på bakgrunn av egne preferanser, noe han gjør det med et smil om munnen og en liten latter. Han gir ikke uttrykk for noe ønske om å endre på dette. Samtidig legger han som tidligere nevnt stor vekt på regelmessighet, faste måltider og å unngå småspising, og dette har han nokså sterke meninger om både på egne og andres vegne. Det kan se ut som at han har sine faste oppfatninger om mat og kosthold og at han ikke er på søken etter ny kunnskap eller nye metoder. Igjen viser Per en antydning til tvetydighet med på den ene siden en svært avslappet holdning til kost og kostholdsråd samtidig som han opprettholder sine faste vaner og mønstre.

Som vist i matrisen har alle de 5 informantene oppgitt å ha endret eller justert kostholdet sitt noe. Jeg har ikke gått grundig inn i spesifisering av kosthold og kostholdsendringer,

men alle har fortalt litt om hva disse endringene har gått ut på. Noen har begynt med lettprodukter (særlig meieriprodukter), noen spiser mer hvitt kjøtt som kylling, noen spiser mindre potet enn før og noen har kuttet ut sukkerholdig drikke. Overgang til spelt mel og hjemmebakte, grove knekkebrød ble også nevnt av enkeltinformanter. Regelmessighet med hensyn til måltider er nevnt av alle, og noen oppgir å ha gått over til hyppigere men mindre måltider.

Denne typen endringer er også helt i tråd med de endringer som anbefales i for eksempel "Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen" (2007-2011). Gjennom aktiv informasjon håper myndighetene å få til en trend mot et sunnere og magrere kosthold (Helse og omsorgsdepartementet, 2007).

Jeg kan generelt si at informantene i denne studien ser ut til å ha tatt en del av de anbefalte kostholdsradene til etterretning, om enn i noe ulik grad og med ulik bevissthet.

Bourdieu (1984) var også opptatt av habitusbegrepet og livsstilsforskjeller i et større historisk og kulturelt perspektiv. Han argumenterte for at smak og preferanser for mat er like mye del av en kultur som det smaken for kunst er. Forskjellen mellom grupper eller klasser i samfunnet skapes gjennom dialektikken mellom eksistensbetingelser og de internaliserte kulturverdier. Livsstil og matvaner kan ses på som et produkt av habitus. Videre vektlegger Bourdieu nødvendighetens smak og frihetens smak. Bakgrunn og oppvekst påvirker gjerne vårt forhold til matpreferanser og vaner selv om livsbetingelser endrer seg.

Mine informanter er som nevnt relativt homogene med hensyn til økonomi og yrkesaktivitet. Alderen kan tilsa at de er påvirket av en oppvekst med mer begrenset variasjon og valgmulighet når det gjelder kosthold enn det dagens unge vokser opp med. En viss diversitet i kostholdet kommer likevel fram. Større utvalg av matvaner og innflytelse fra utlandet gjør seg også til en viss grad gjeldende.

Vaner, ritualer og forholdet til fellesskapet er også faktorer som informantene har vært inne på. Berit, som er den eneste som hele sitt voksne liv har levd alene, forteller at hun i liten grad har endret kostholdet sitt. Hun har levd svært stabilt med hensyn til både kost og måltidsrytme uten å måtte ta hensyn til andre. Per, Ole og Kari har alle vært inne på familien og samspillet med

sine nærmeste i sine beskrivelser av endringer i kosthold og måltidsrytme. Det å spise dreier seg ikke bare om rent ernæringsmessige forhold. De rituelle, symbolske og relasjonelle aspektene ved kosthold og måltidstradisjoner bør ikke undervurderes (Lupton, 1996).

Den pågående trenden med større interesse for matkultur og gourmetmåltider med tilhørende drikke, primært vin, blant begge kjønn er et eksempel på en sosial endring som sannsynligvis gjør seg sterkere gjeldende blant de litt yngre årsklassene. Mat og matlaging har i større grad blitt en del av det sosiale fellesskapet, noe som blant annet gir seg utslag i de mange underholdningsprogrammene på fjernsyn som omhandler matlaging. Det har nok også skjedd endringer med hensyn til menns interesse for mat og matlaging. Svært mange av dagens mesterkokker er menn og flere av disse har en høy medieprofil og kan tenkes å tjene som forbilder. Likestillingsutviklingen tilsier også at flere menn i dag deltar i matlaging. Aksepten for å være mann og interessert i mat og matlaging synes å være høyere i de yngre årsklasser. Det å utvikle "riktig" smak for god mat og god vin kan også ses på som er resultat av hardt arbeid eller som en utdanningsprosess på linje med å tilegne seg kunnskap og kompetanse innen kunst (Lupton, 1996; Bourdieu, 1984).

Informantene i denne studien syntes ikke å være særlig påvirket av slike trender og dette kan blant annet ha med aldersgruppen å gjøre. I hvor stor grad trender som dette gjør seg gjeldende i dagens Norge er vanskelig å si, men ifølge Vinmonopolets statistikk har salget av svakvin (matvin) gått kraftig opp fra 38.5 millioner liter i år 2000 til 63.4 millioner liter i 2010. Økningen i salg av svakvin har vært relativt større enn for eksempel salget av brennevin i samme periode (www.vinmonoplet.no).

Det er viktig å ha med seg at trender og andre aspekter ved kosthold og kostholdsendringer alltid er tids og kulturavhengige, og at også kjønnsforskjeller må omtales med varsomhet ettersom også kjønnsrollemønsteret har vært og er i stadig endring. Jeg kan slett ikke utelukke at yngre aldersgrupper vil kunne gi informasjon om andre vaner og holdninger enn de som kommer fram blant mine informanter.

5.3 Fysisk aktivitet

Terskelen for å drive med fysisk aktivitet og trening kan for en del overvektige, og særlig for de alvorlig overvektige (BMI \geq 30) synes høyere enn terskelen for kostomlegging.

Årsaken til dette kan blant annet være at de er ubekvemme med å vise fram kroppen sin (Thomas & al. 2008). Mine informanter var alle lettere overvektige, det vil si med BMI mellom 25 og 30 ved første måling (Tromsø 4), og det kom heller ikke fram at de hadde denne typen motforestilling mot fysisk aktivitet.

Om vi går til matrisen ser vi at 3 av informantene driver med aktiv trim i tillegg til turgåing. Én driver bare med turgåing og én er fysisk aktiv på jobb. Det viser seg også her å være et kjønnskille idet det er de tre kvinnelige informantene som driver med aktiv trim gjennom organiserte opplegg. Jeg skal senere gå nærmere inn på de organiserte oppleggene men først skal vi se litt mer på hva informantene har opplyst om sitt aktivitetsnivå generelt.

Fire av fem informanter har nevnt turgåing som en viktig del av det å være aktiv. Dette innebærer alt fra toppturer til å gå hjem fra jobben. Skigåing, bærturer og lufting av hund hører også inn under kategorien. Det som går igjen er hvordan informantene nevner turgåing som en helt naturlig og positiv del av livet.

Ole forteller at han til tross for at han egentlig ikke liker å bli svett *“elsker å gå tur”*, at han gjerne går 3 dager i uka og i godvær opptil flere timer av gangen, også på ski om vinteren.

Kari forteller at hun opprettholder daglig turgåing ved lufting av familiens hund og at hun går hjem fra jobb. Treningen som foregår ved organiserte treningssentre kan det gå litt mer opp og ned med:

“Æ e en sånn periodetrener og finn på 1000 unnskyldninger...”

Kari har som nevnt en positiv vektlegging av aktivitet gjennom sin yrkesstatus, og betegner også seg selv som en aktiv person som blir rastløs når hun sitter for mye i ro;

“...man utvikler seg når man er i aktivitet...”

Berit forteller hvordan hun mens hun var yrkesaktiv måtte legge trimming mest til helgene og at det da var mest turgåing det gikk i.

Sigrid priser også det å gå tur;

"...og så går æ så ofte æ kan, helst hver dag. Er veldig aktiv!.."

Å gå tur framstår gjennom disse utsagnene fra 4 av 5 informanter som en naturlig del av livet som faller lett inn i dagliglivets rutiner. Det er også verdt å legge merke til hvor lystbetont denne aktiviteten omtales.

Berit og Sigrid forteller om at de etter at de ble pensjonister nå også er fysisk aktive på formiddagstid, både organisert og på egen hånd.

Per er altså eneste informant som ikke oppgir å være fysisk aktiv i fritida. På den andre siden er han mye i aktivitet på jobb;

"...æ stabler, løfter og går hele dagen..."

Det å være i aktivitet på jobb bør ikke undervurderes, da dette kan utgjøre aktivitet av betydelig omfang. I dette tilfellet kan det også se ut som om det dreier seg om en jevn og naturlig form for aktivitet slik det beskrives i dette utsagnet:

"...jobbe mæ varm, men ikke svett..."

Oppsummert kan jeg slå fast at i mitt materiale er det også når det gjelder fysisk aktivitet kjønnsforskjellen som slår tydeligst ut. Som flere andre studier har vist ser det ut til at kvinner i større grad er generelt helsebevisste enn menn (Gough & Conner, 2006; de Souza & Ciclitira 2005; Swinburn & Bell, 2007). Imidlertid fant Gough & Conner at særlig flere yngre menn var mer engasjert i sport og trening og ga uttrykk for at dette var en mer naturlig måte for dem å ta vare på kropp og helse på enn gjennom diett og kostrestriksjoner. Mine to mannlige informanter var heller ikke inaktive, og følte kanskje at de fikk ivaretatt aktivitetsnivået gjennom henholdsvis jobb og turgåing.

Videre ser det ut til at utdanningsnivå og overgang til pensjonisttilværelse har betydning når det gjelder graden av fysisk aktivitet. Turgåing framheves som en lystbetont og mye brukt lavterskelaktivitet. Jeg skal komme tilbake til temaet fysisk aktivitet under delkapitlene om overganger og organiserte opplegg.

5.4 Stabilitet og regelmessighet, herunder også søvn

Stabilitet og/eller regelmessighet har blitt nevnt som en viktig faktor i forbindelse med vektnedgang av alle informantene. Dette gjelder både regelmessighet med hensyn til daglig måltidsrytme og stabilitet over lengre tid, med hensyn til arbeidsforhold. Det å ha måltider til faste tider blir nevnt av alle informantene som en naturlig og viktig faktor. Tilpasning til arbeidssituasjon og familie legger selvfølgelig noen premisser, men det kommer tydelig fram at alle 5 har funnet en rytme som de betegner som positiv, forutsigbar og viktig.

Sigrid:

"...det med regelmessige måltider, det er alfa og omega for meg..."

Per:

"...når æ kommer hjem fra jobb, så vet æ jo at det blir middag..."

Ole:

"...kroppen er innstilt på det..." (om regelmessige måltider).

Stabilitet i arbeids og livssituasjon er også en faktor som blir betont. Alle informantene har hatt en rimelig stabil arbeidssituasjon som gjør det lettere å etablere regelmessighet med hensyn til kost og måltider.

Temaet søvn ble tatt opp i intervjuene da dette også er en faktor som kan tenkes å påvirke appetitt og vekt. Flere studier viser at det parallelt med overvektsepidemien har vært en epidemisk utvikling av forkortet søvnlengde (eller søvnmangel) i befolkningen. Det er

også påvist sammenhenger mellom forkorting av nattesøvnen og overvektsutvikling (Patel & Hu, 2008). Mekanismene bak denne forholdsvis nye risikofaktoren for overvekt er fortsatt uavklart. Kronisk tretthet som gjerne følger med forkortet søvnlengde som igjen fører til nedsatt fysisk aktivitet kan være én faktor. Forstyrrelser i hormonene som styrer appetitten kan være en annen. Det synes også klart at yngre aldersgrupper er mer utsatt for søvnforkorting enn eldre (ibid.).

Det viste seg at to av informantene hadde hatt større problemer med søvn. Én på grunn av en periode med arbeidsforhold som vanskeliggjorde normal søvnrytme. Den andre på grunn av en tendens til "problemløsning" for seg selv og andre etter leggetid. De hadde begge overkommet problemene, den første ved å tilpasse seg et liv med mindre søvn, den andre ved hjelp av medikamenter. En tredje informant har hele sitt yrkesaktive liv jobbet i tredelt turnus med regelmessige nattevakter, men likevel opprettholdt en høy grad av regelmessighet med hensyn til mat og livsførsel ellers.

Ingen av informantene ga uttrykk for langvarige eller kroniske problemer med søvn, og sammenhengen med vektutviklingen var heller ikke åpenbar for informantene selv. Det de tre informantene forteller om her mener jeg gjerne kan omtales som en form for stressmestring. Søvnmangel og uregelmessig søvn er en påkjenning som kan påvirke både generell helsetilstand og vekt. Det finnes altså mange måter å møte problemet på, og uten å ta stilling til hva som er gode eller dårlige strategier ga mine informanter i alle fall uttrykk for å takle problemene slik at det ikke gikk for mye ut over livsførsel og stabilitet ellers.

Det å opprettholde regelmessighet, stabilitet og konsistens gjennom livets ulike faser og utfordringer kan også knyttes opp mot følelsen av harmoni, forutsigbarhet og meningsfullhet i hverdagen slik det beskrives i Antonovskys teorier om SOC. Dette blir igjen assosiert med større motstandskraft mot stress og påkjenninger som vi uunngåelig utsettes for i løpet av livet (Green & Tones, 2010). Slike ferdigheter kan igjen gjøre det lettere å ta vare på helse og livsstil. Jeg skal komme tilbake til dette i oppsummeringen.

Men først skal jeg se litt nærmere på hvordan endringer og overganger i livet også kan spille avgjørende roller og ikke bare i negativ retning.

5.5 Overganger

I alle 5 historiene finner jeg beskrivelser av overgangsfaser i livet i forbindelse med livsstilsendringer. Som nevnt i metodekapittelet skal vi være oppmerksomme på at hukommelse kan være en kritisk faktor når vi ber folk fortelle om en såpass lang tidsfase (14-15 år). Da er det også slik at hendelser og ting som betyr mye ofte huskes lettere enn det som skjer i dagenes mer rutinepregede løp. Dette kan være årsaken til at overganger har vært såpass sentrale i historiene. Jeg mener likevel at det er grunn til å feste lit ved at de aktuelle overgangene faktisk har hatt en viktig betydning for livsstilsendringer.

For Per og Ole er det overgangen fra å bo alene til å etablere familie som har vært det sentrale. Jeg har allerede sagt en del om hvordan disse overgangene medførte endringer med hensyn til kosthold, matvaner og fysisk aktivitet.

Overgangen til pensjonisttilværelse har spilt en viktig rolle for to av tre pensjonister blant informantene, nemlig Berit og Sigrid. De har begge begynt med organisert trening i forbindelse med denne overgangen, og begge begrunner dette med at de nå har tid og overskudd til mosjon på en helt annen måte enn før. Deres historier er på flere måter nokså ulike. Begge har vært yrkesaktive, men den ene har levd alene og uten større overganger og svingninger mens den andre har levd med barn, ektemann og senere samboer og har opplevd flere større og til dels dramatiske overganger i livet. De har likevel en svært lik beskrivelse av den nye friheten som det å være pensjonist gir.

Berit:

“Da æ jobba så var det jo mest i helgene at jeg fikk trimmet”.

Sigrid:

“...men da æ slutta å jobbe, da fikk æ orden på ganske mye...”

Karis historie om vektnedgang begynte etter barnefødsler og svangerskap med vektøkning. Dette er også en overgang i livet som påvirker livet dramatisk på flere måter, både fysisk og mentalt. Hverdagen blir dramatisk endret og rutiner ofte forandret når man får barn. Ikke minst blir døgnrytmen påvirket. For mange kvinner kan også den

naturlige vektøkningen i forbindelse med svangerskap være begynnelsen til en overvektsutvikling.

Sigrd forteller om viktigheten av å sette inn ressurser for å opprettholde normalt liv og normal vekt etter påkjenninger som sykdom og død i familien. Det å skrive dagboknotater ble for henne en slags terapi eller mestringsstrategi i en slik overgangsfase:

“Æ skrev det fra mæ”.

Og om det å lære av livets påkjenninger og erfaringer:

“...er en litt fandenivoldsk type...gir mæ ikke...de skal ikke få ta meg...det gir et godt liv, selv om det av og til kan se svart ut...”

5.6 Fysiske plager eller lett sykdom

Vi ser i matrisen over hovedtema at 3 av informantene har nevnt fysiske plager eller lett sykdom som en bakgrunnsfaktor for livsstilsendring.

Kari, om lette muskel/skjelettplager og vektnedgang:

“...joda, æ tenkte jo på at det ville være bra for meg med denne tilstanden.....og æ syntes at æ fikk mindre plager...” (på spørsmål om andre helsegevinster også hadde vært en motivasjonsfaktor)

Sigrd, om muskel/skjelettplager:

“...begynte å plages med dette på 70 tallet”...

“Legen sa til meg; “du har én ting å gjøre og det er å holde deg lett i kroppen””

Hun forteller hvordan hun husker dette øyeblikket:

“...husker enda ordene hennes....har det i hodet....hun la hendene på skuldrene mine da hun snakket...dette gjorde noe med mæ...”

Siden har Sigrid også fått påvist andre helseplager og risikofaktorer. Det er likevel debuten med leddplager og signalet fra fastlegen den gangen som står for henne som selve vendepunktet med tanke på det å ivareta egen helse og opprettholde normalvekt.

Ole om svimmelhet og svingninger i blodsukker;

“på 70 tallet, da blei æ plaga med at da æ spiste så holdt æ på å svime av”

“legen fant ut at æ hadde det motsatte av sukkersyke (lavt blodsukker)”

“fikk beskjed (av legen) om at æ ikke måtte spise for mye på en gang, men oftere”

Som tidligere nevnt ble konas asiatiskbaserte kosthold en redning for Ole når det gjaldt dette problemet. Her forteller han hvordan han fortsatt kan få disse symptomene hvis han skeier ut;

“...her om dagen spiste æ mye potet til middag” (noe som vanligvis ikke inngår i hans nåværende kosthold) ...”og merket med en gang at æ ble svimmel og rar, måtte ta mæ for”

Disse eksemplene viser at allerede eksisterende helseplager også kan være viktige årsaks og motivasjonsfaktorer bak livsstilsendringer.

5.7 Vektsvingninger

Alle informantene oppgir å ha svingt noe i vekt. Per, Ole og Kari kan fortelle nokså detaljert om hvordan de har gått opp og ned i vekt i perioder, gjerne forbundet med andre hendelser eller forhold i livet.

Kari;

“...av og til så lurer det på seg et kilo igjen...”

Berit og Sigrid mener begge å ha hatt svingninger gjennom mange år uten at de kan knytte dette til spesielle hendelse eller faser, bortsett fra forbigående ting som for eksempel reiser med mye mat og lite fysisk aktivitet. Noen av informantene forteller også om evne til å korrigere:

Berit:

“...når skjørtelinningen ble for trang... når det ble for mye kake...når æ ikke har passa ordentlig på, så har æ vel tatt et tak...”

Sigrid:

“...når æ går opp så vet æ det...da har æ slørva med spisinga...men æ går ned igjen etterpå, det går ikke lang tid...”

For andre synes svingningene å skyldes andre, ytre forhold som for eksempel husbygging (Ole).

Historiene forteller oss at informantene ikke nødvendigvis har helt stabil vekt og at svingninger ikke nødvendigvis bærer helt galt av sted. Det finnes mange former for individuell mestring av slike utfordringer. Felles for alle fem var at dette med vektsvingninger og mindre vektjusteringer åpenbart var en del av livet som de syntes å ha et nokså avslappet men likevel bevisst forhold til.

5.8 Deltakelse i organiserte opplegg

Det er egentlig bare én av informantene som oppgir å ha brukt organiserte opplegg over tid med hensyn til både slanking og trim, og det er Kari. Også Berit og Sigrid følger organiserte opplegg med hensyn til trim, men de har begge begynt med dette relativt nylig, etter at de ble pensjonister.

Dette er et funn som er verdt å merke seg, da jeg i utgangspunktet hadde forventet at dette ville være en viktig faktor for dem som har hatt en suksessfull vektnedgang.

Det at Kari er den som i størst grad har benyttet seg av organiserte tilbud kan nok også tenkes å ha sammenheng med at hun er av de yngste av informantene, nærmere 20 år

ynge enn Berit, Sigrid og Ole. Den store bølgen med organiserte slanke- og treningsopplegg har nok kommet mer og mer de senere årene, og det kan nok tenkes at slik deltakelse er mer utbredt blant hennes jevnaldrende. For eksempel ble treningskjeden SATS etablert i Norge i 1995. I markedsføringen ble det lagt vekt på at kjeden “ønsket å tilby et inkluderende miljø for vanlige mennesker”. Tre år etter oppstart hadde kjeden 49 sentre i Norge og fem år etter 100 sentre i Skandinavia (www.sats.com./no/start/om-sats1/Historikk).

Det at Kari har høyere utdanning og tilknytning til helsesektoren er også faktorer som gjør det naturlig at hun som er “oppsøkende” med hensyn til kunnskap og metoder til vektnedgang.

Jeg skal gå litt nærmere inn på hvordan Kari har hatt nytte av organiserte opplegg. Kari nevner tidlig i intervjuet at “Grete Roede kurs” (Roede-metoden) var noe hun vurderte å prøve, men som hun unngikk fordi hun følte at det var et nederlag:

“...æ ville ikke gå på Grete Roede kurs, det ble liksom et nederlag....æ måtte klare dette selv!..”

Det hun da gjorde var å “intervjue” en nærstående person som gikk på et slikt kurs om hva opplegget egentlig gikk ut på:

“...æ forhørte meg om hva dette gikk ut på....og det som æ ikke hadde gjort før var å spise ofte....kunne gå tima mellom...så æ begynte å spise oftere og mindre og æ trur det var det som gjorde susen!....forståelsen av å opprettholde forbrenninga...”

Roede-metoden har hatt stor utbredelse som slankeopplegg i Norge gjennom flere år. I presentasjonen på nettstedet www.greteroede.no legges det vekt på følgende hovedfaktorer; matglede, mosjon, motivasjon & mestring og medmennesker. Under matglede gis følgende råd i stikkordsform; spis regelmessig (minimum hver 3-4 timer), spis nok, spis variert, ingen matvare er forbudt, men..., spis grove brød og kornvarer, spis fisk, rent kjøtt, magre meieriprodukter, frukt & grønt (6 om dagen) og drikk nok vann (www.greteroede.no/omgreteroedeas/).

Opplegget innebærer selvsagt aktiv deltakelse med egeninnsats som veiing av mat, registrering av aktivitet og oppskrifter og nærmere angivelse av "riktig mat". Det er interessant at Kari klarte å hente ut essensen av dette og oppnådde suksess helt på egen hånd, nærmest som gratispassasjer. Det forteller noe om hva som er mulig når motivasjonen og evnen til å skaffe seg kunnskap er sterk nok.

Videre skisserer Kari medlemskapet i en nettbasert vektklubb fra en helt annen arrangør som en stor suksess, særlig med hensyn til å holde oppe motivasjonen slik tidligere nevnt. Et nettbasert opplegg gir også fordeler med hensyn til å ivareta sin anonymitet, noe som kan ha vært viktig for Kari siden hun ga uttrykk for at det å delta på Roede kurs ble som et nederlag.

Kari har tidligere hatt klippekort ved et treningssenter men innrømmer å ha vært litt slapp til å bruke det. Hun foretrakk heller en ordning med klippekort fordi hun var realistisk med hensyn til oppfølging og ville unngå å være "støttemedlem". Imidlertid har hun i den senere tid investert i medlemskap med årsavgift ved et annet senter (SATS). Hun meddeler at hun så langt har vært flink og trener fast to til tre ganger i uka. Som begrunnelsen for dette tiltaket oppgir hun først og fremst at hun mener at dette gir en generell helsegevinst, ikke minst opprettholdelse av muskelstyrke. Som et argument for akkurat dette valget oppgir hun at senteret ligger "midt i løypa" for henne slik at det er enkelt å komme seg dit. Lange åpningstider og muligheten for å trene før arbeidstid er også et moment.

Tilknytningen til to ulike treningssentre og ett nettbasert opplegg forteller om litt "shopping" i markedet. Hun har med sitt siste valg av opplegg gitt en klar referanse til at det rent praktiske og brukervennligheten spiller en viktig rolle.

Som tidligere nevnt er det turgåingen det virkelig har vært kontinuitet over. Dette rimer også godt med beskrivelsen som Kari gir av fysisk aktivitet som helt grunnleggende for dagliglivet, noe hun også hevder ut fra sin yrkesbakgrunn.

Berit og Sigrid har begge startet opp med organisertrimopplegg etter at de ble pensjonister. Den nye livssituasjonen har som tidligere nevnt gitt rom for å delta i organiserte trimopplegg, noe de begge betoner som positivt og lystbetont;

Sigrid:

"hvis æ en dag ikke går på trimmen....da kommer æ mæ ikke til noen ting...men når æ kommer fra trimmen klokka halv to da kan æ gjøre ting....har masse energi...ingen behov for å hvile middag....når æ har trent, da e æ "der oppe"..."

Trimoppleggene Berit og Sigrid fulgte foregikk på formiddagstid, noe som forteller hvordan fristillelse av tid som ferske pensjonister opplever kan gi nye og bedre muligheter for å være fysisk aktive.

Sigrid har det siste året også gått toppturer i regi av opplegget "Ti på topp". Hun forteller begeistret om sin deltakelse der;

..."har gått 8 toppturer i år"..."har fått masse skryt for dette"..."

Hun takker den organiserte trimmen for at hun er i god nok form til å gå ordentlige fjellturer;

..."det kan æ takke trimmen for... det blir en livsstil, bli sånn der "trenoman"..."

Opplegget som kalles "Ti på topp" arrangeres av bedriftsidretten i Tromsø, men liknende opplegg finnes mange steder. Det er i utgangspunktet et individuelt mosjonsopplegg der man kjøper en pakke bestående av enkle rutebeskrivelser og kontrollkort for en del utvalgte fjelltopper i nærområdet. Turkasse med gjestebok er utplassert på toppene. På arrangørens nettsted omtales opplegget slik:

"...et godt tilrettelagt fjellvandringstilbud for folk i alle aldre og et lystbetont bidrag til god helse". Hensikten skal være: "på lengre sikt å skape varig motivasjon for fysisk aktivitet og styrke befolkningens fysiske form og helse" (<http://www.tromso.turlogg.no>).

Sigrids entusiastiske omtale av sin deltakelse i de organiserte oppleggene viser ekte mestringsglede, noe som kanskje er det mest slående ved hennes historie.

Det er også interessant å merke seg hvordan tre av de mer suksessfulle organiserte oppleggene, i hvert fall med hensyn til oppslutning, nemlig Roede-metoden, SATS og “Ti på topp” presenterer og markedsfører seg. Verdier som matglede, treningsglede, et inkluderende miljø og det sosiale aspektet står sentralt. Dette er snakk om tre helt ulike foretak, både med hensyn til innhold, organisering og økonomi. Ut fra det som har vært nevnt av informantene kan det virke som om det felles folkelige preget og vekten på det enkle, brukervennlige og ikke minst lystbetonte har slått godt an i markedet når det gjelder disse tre oppleggene.

5.9 Røykestatus, vaner og holdinger

Røykestatus ble opprinnelig tatt med i intervjuguiden fordi røykestatus og endringer av denne kan tenkes å påvirke vektutviklingen. Det synes å være en utbredt oppfatning at røyking kan være en måte å regulere vekt på. Sammenhengen mellom røyk og BMI er imidlertid både kompleks og omstridt. I en review artikkel viser Chioloro et al. (2008) at sammenhengen mellom røyking og dynamikken i vektendringer er uklar og at flere studier er ønskelig for å avklare dette bedre. På den ene siden kan røyking forhindre vekttoppgang fordi røyking øker energiforbruket samtidig som appetitt og matinntak reduseres. På den andre siden er røyking assosiert med flere andre negative helsefaktorer som dårligere kosthold og lavere nivå av fysisk aktivitet. Det er også vist positive sammenhenger mellom røyking og høyere midjemål og økende risiko for metabolsk syndrom og diabetes, riktignok hos storrøykere (Chioloro, Faeh, Paccaud and Cornuz, 2008).

Av mine 5 informanter var det 4 som oppga å ha røkt, hvorav 2 fortsatt er røykere og 2 sluttet før tidspunktet for Tromsø 4. Det var ingen av dem som mente at røyking og røykeslutt hadde hatt særlig innvirkning på vekta. Til tross for den uavklarte sammenhengen mellom røyk og vekt har jeg likevel valgt å ta røyking med som tema i denne studien fordi røykestatus også kan fortelle noe om livsstil og holdninger som kan være interessant. Røyk og kampanjer for røykestopp har dessuten ofte blitt brukt som

positive eksempler på hvordan helsepolitiske virkemidler kan brukes i kampen mot overvekt (Swinburn B & Bell C, 2007 ; Helse og omsorgsdepartementet, 2006).

I mitt materiale kan jeg for eksempel vise til Berit som røykte i flere år, i sin “ville ungdom” som hun selv sier. Det å slutte å røyke var ikke noe problem for henne.

“...æ tror alle klarer det (om vektreduksjon)... en må bare ta en bestemmelse... det sitter i hodet – akkurat som å slutte å røyke...”

Fort Berit var det altså etter eget utsagn like lett å slutte å røyke som det er å holde vekta.

Ole sluttet å røyke momentant etter at røykinga påførte han en fysisk plage. Etter å ha røkt i noen år, oppdaget at han at det var en sammenheng mellom røyeaktiviteten og neseblødninger som han var plaget med;

“...æ oppdaga at æ fikk blødning i nesen når æ røykte, så æ kutta ut med én gang....fikk skrekken...”

Denne historien er enda et eksempel på hvordan fysiske ubehag eller symptomer kan virke svært motiverende for endringer i livsstil.

Sigrid, som er en av to informanter som stadig røyker, sier at hun slett ikke er motivert for å slutte å røyke. Hun viser til at hun er i god form og lever sunt ellers, og når legen spør hvorfor hun ikke slutter å røyke så svarer hun dette;

“...æ sier til legen at han kan ikke bestemme om æ skal slutte å røyke for det bestemme æ sjøl!” (i bestemte ordelag). Hun fortsetter; “døden skal en årsak ha, og er det tobakken så la det være det”....”det kan jo også bli noe helt annet...røyken hindre mæ ikke mye, æ går jo på toppturer!”

Som vi har nevnt tidligere er Sigrid opptatt av å ha kontroll, og det kan se ut som at dette gjelder på dette punktet også. Hun oppgir å røyke nokså moderat, 5-6 sigaretter om dagen, og føler at dette har hun kontroll på.

Per er fortsatt røyker, uten at han gjør noe stort nummer ut av det. Han sluttet riktignok da han fikk barn, men begynte igjen. Han forteller;

“Det underlige var at æ slutta å røyke da æ fikk barn...men fortsatte å gå ned i vekt...og så begynte æ igjen etter noen års røykestopp og siden har æ røkt...”

Han mener at det ikke virket inn på vekta hverken den ene eller andre veien da han begynte å røyke igjen. Som nevnt tidligere kan Per være noe tilbakeholden når det gjelder å følge alminnelige helseråd, blant annet når det gjelder inntak av frukt og grønt. Han driver heller ikke med noen form for mosjon i fritida. På tross av en livsstil som går litt på tvers av det anbefalte holder han vekta og det virker som han også ellers er fornøyd med helsa, noe som kanskje kan tilskrives regelmessighet i dagliglivet og den mosjonen han får gjennom jobb.

Det Sigrid og Per forteller om her om å motsette seg røykestopp minner om den motstanden som noen har mot å bli overstyrt eller fratatt bestemmelsen over egne liv og egne valg som har vært nevnt i forbindelse med andre studier. Et eksempel er den motstanden mot helseråd fra myndighetene og den medfølgende begrensningen i frihet som informantene i studien til Gough og Conner uttrykte nemlig "reactance" (Gough & Conner 2006). Et annet aspekt ved røyking som heller ikke skal underslås er at røyking også kan fungere som en måte å mestre stress på. Å røyke vil i så måte være en helt rasjonell respons sett fra den det gjelder (Green & Tones, 2010).

6. Oppsummering

Informantene i studien har fortalt sine historier om egen opplevelse av vektregulering og vektnedgang. Informasjonen jeg var ute etter var lett tilgjengelig og informantene fortalte velvillig og åpent om sin "vekthistorie" som en del av sin livsverden. Ingen ga uttrykk for større problemer med å huske forhold omkring vektutvikling, livsstil og andre relevante forhold i den aktuelle tidsperioden.

En del av informasjonen som kom fram bekreftet noe av det jeg hadde forventet, mens andre forhold var mer overraskende. Overraskelsesmomentene lå særlig i følgende:

- Vektnedgangen var i mindre grad intendert og bevisst enn det jeg hadde trodd på forhånd.
- Graden av endring av kosthold og aktivitetsnivå var varierende og hos noen nokså beskjeden.
- Faktorer som kjønn, sivil status, stabile arbeidsforhold, regelmessighet i dagliglivet og praktiske forhold ser ut til å spille en større rolle.
- Det var en tydelig kjønnsforskjell i materialet særlig når det gjaldt motivasjon, kosthold, fysisk aktivitet og organiserte opplegg.

Holdningene til livsstil og ivaretagelse av helsa varierte blant informantene. Alle 5 hadde likevel tanker og bevissthet omkring sitt eget kosthold, grad av aktivitet og andre helseforhold. Kun 1 av informantene (Kari) uttrykte sterk grad av motivasjon og intenderte endringer i livsstil med tanke på vektnedgang. Det var ingen informanter som uttrykte uttalt frykt eller bekymring for alvorlig sykdom som hjerte/kar sykdom, diabetes eller kreft som motivasjonsfaktor for å holde normalvekt. Det som var et mer framtrædende trekk ved historiene var en nokså avslappet men likevel bevisst holdning, et regelmessig dagligliv, god selvinnsikt, trygghet omkring egne valg og ikke minst hensynet til ens eget velvære. Et par av informantene uttrykte skepsis eller motstand mot enkelte helseråd. Det kom fram at alle informantene hadde tro på egne ressurser og evnen til å mobilisere disse når det gjaldt å ta vare på helsa. Det å opprettholde normalvekt dreide seg vel så mye om det totale levesettet og de betingelser, den stabilitet og forutsigbarhet som livssituasjonen innebærer som aktive, motivasjonsdrevne handlinger.

Når det gjelder fysisk aktivitet og opplegg for dette er det viktig å merke seg hvordan lavterskeltilbud med et folkelig og lystbetont preg utad og enkel egenaktivitet som turgåing framstod som de mest attraktive.

Den viktige rollen som familieforhold og kjønnsforskjeller spiller kommer også fram i andre studier. deSouza & Ciclitira (2005) og Gough & Conner (2006) viser hvordan menn som deltar i vektnedgangsopplegg skiller seg ut fra kvinner som gjør det samme når det

gjelder holdninger og motivasjon. Paisley & al. (2008) gir som nevnt et utfyllende bilde av hvordan nærstående personer, eller "significant others", kan spille en viktig rolle overfor den som prøver å gå ned i vekt. Lupton (1996) og Bourdieu (1984) har også både teorigrunnlag og empiriske funn som støtter opp om at dette er viktige faktorer. Imidlertid er det klart at stadige endringer i samfunnsutviklingen når det gjelder kjønnsforskjeller og rollefordeling kan gjøre det vanskelig å generalisere og overføre funnene. Mer forskning omkring disse forholdene i et bredere lag av befolkningen er derfor ønskelig.

Vektleggingen av individets valg av livsstil kan lett knyttes opp mot teorier om mestring og mestringsstrategier. Disse viser til tilstander der individet er i stand til å ta avgjørelser på egne vegne. God selvfølelse og det vi kan kalle livsferdigheter kan også bidra til at individet har makt over egen helse (Green & Tones, 2010). Dette ses igjen i sammenheng med de livsbetingelser og de strukturelle forhold som omgir individet. Jeg har presentert Antonovskys Sense of Coherence (SOC) som en overbyggende teori når det gjelder strategier for stressmestring og tilpasning til blant annet helsemessige utfordringer. SOC blir av mange sett på som en disposisjon for fleksibilitet og tilpasningsdyktighet som gjør individet bedre i stand til å mestre stress og påkjenninger i livet. Det er lansert hypoteser om at mennesker med en høy SOC scorer godt på helseparametre og med større sannsynlighet er fysisk aktive og kostholdsbevisste. Funnene fra Wainwright et al. (2008) sin studie om SOC, livsstilsvalg og mortalitet indikerer også at det er en positiv sammenheng mellom det å ha en høy SOC, målt ved validerte spørreskjema, og helseforhold. Ikke minst støtter studien opp om hvordan SOC kan være en markør som hjelper oss til å forstå hvorfor vi finner helseforskjeller innen ellers like befolkningsgrupper (Wainwright et al., 2008). Blant mine informanter kan vi merke oss at særlig forutsigbarhet (stabilitet og regelmessighet), mestringsressurser og evnen til å håndtere fysiske plager, søvnproblemer, vektsvingninger og overganger i livet syntes å være framtrede faktorer.

Andre studier har vist at personer som har klart å opprettholde en vekt nedgang synes å ha lettere for å mestre uventede hendelser i livet (Byrne, 2002). Intervjuer med personer som ikke klarer å opprettholde vekt nedgang har også vist at svart/hvitt tenking og trøstespising er mer utbredt hos disse enn hos de som klarer det (Byrne et al., 2003). Det kan være verdt å utforske videre hvordan mestringsevner og mestringsstrategier som de som er presentert

i teorien om SOC kan spille en rolle og eventuelt brukes som markører for helsetilstand og risikofaktorer i en befolkning.

Litteratur som omhandler livsstilsbegrepet har ofte hatt fokus på forholdet mellom risikofaktorer og sykdom, altså et syn som vektlegger patogenese mer enn salutogenese. I et mer salutogenetisk perspektiv vil en heller vektlegge aspekter ved livsstilen som faktisk fremmer helsen (Green & Tones, 2010). Mine informanter syntes ikke å være veldig bekymret for alvorlig sykdom, men la mer vekt på sitt generelle velbefinnende som motivasjon for å holde normalvekt. Lettere eller moderate fysiske plager spiller en viss rolle som motivasjonsfaktor for noen av mine informanter. Dette er også en påminnelse om Antonovskys kritikk av det patogenetiske perspektivets tendens til å klassifisere folk som enten friske eller syke. Det samme gjelder synet på stressfaktorer som utelukkende negative (ibid.).

Både politikere og helsepersonell har etter hvert blitt mer oppmerksomme på at strategier og intervensjoner i forbindelse med overvektsepidemien må vurderes i lys av flere faktorer. Det synes vanskelig å finne effektive individrettede tiltak gjennom livsstilsendringer. Flere har imidlertid påpekt viktigheten av at slike tiltak må ta mer hensyn til individtilpasning og til det de overvektige selv mener om de skal lykkes (Lindström 2006; Thomas & al. 2008).

Det hevdes av flere at intervensjoner for å hindre eller behandle overvekt ikke bare må være individrettede, men også ta høyde for sosiale, kulturelle og økonomiske forhold. Som nevnt i teorikapittelet kan det også synes som om det i helsepolitikken har vært en dreining bort fra vekten på livsstil og individuell adferd til mer helhetlige tilnærminger som også omfatter omgivelsene. I litteratur om globale ernæringsspørsmål og helsepolitikk, deriblant overvektsepidemien, blir det gjerne vist til at denne har sider som berører mange samfunnsforhold, også sosiale, økonomiske og politiske (Green & Tones, 2010). Dette blir igjen understreket av de tre tilnæringsmåtene som er skissert innen folkehelsearbeid av Lawrence og Worsley, nemlig den sosioøkologiske, vektlegging av livsstil og vektlegging av biologi (Lawrence & Worsley 2007). Den vekten som har vært lagt på individuelle forhold som livsstil og biologiske avvik synes å ha blitt avløst av et mer sosioøkologisk perspektiv. Dette innebærer også en erkjennelse av at det finnes store

sosiale forskjeller når det gjelder helsefaktorer, også innenfor nasjonale grenser. Ansvar for folkehelsen synes i større grad å være ansett som et kollektivt ansvar der også politiske føringer spiller en viktig rolle.

Et eksempel på en dreining fra individnivå til et mer helhetlig fokus så vi i forbindelse med et møte for flere WHO land angående livsstilssykdommer i Oslo høsten 2010. Helsedirektør Bjørn Inge Larsen uttalte i forkant av møtet følgende til avisen Dagbladet etter å ha nevnt pris og avgiftspolitik på tobakk og alkohol:

“Når det gjelder inaktivitet og overvekt er det vanskeligere. Der går utviklingen i feil retning i alle land. USA har ikke funnet fram til tiltak som virker, og jeg tror ikke velmente råd vil ha den nødvendige effekten. Det kan handle om en annen dialog med dem som produserer matvarene og en annen prispolitikk på matvaner” (Larsen 2010).

Uttalelsen fra helsedirektøren vitner om et annet fokus enn det vi tidligere har sett i meldinger fra myndighetene, for eksempel “Resept for et sunnere Norge” (Helse og Omsorgsdepartementet 2003) som retter seg mot livsstilsfaktorer og det å hjelpe folk til å “velge rett”. Vi ser at perspektiver innen helsearbeid og helsepolitikk skifter mellom det individuelle aspektet og perspektiver som også omfatter systematiske samfunnsendringer eller kombinasjonen av dem.

Flere har påpekt at det faglige og politiske arbeidet når det gjelder overvektsepidemien har vært lite løsningsorientert. En har prøvd å finne ut hva epidemien skyldes heller enn å se på hva kan vi gjøre. Genetiske faktorer og et stillesittende yrkesliv kan vi for eksempel vanskelig gjøre noe med (Swinburn & Bell, 2007). Mangel på dokumentert effekt eller evidens har kanskje også virket som en barriere for å iverksette tiltak. Det er et faktum at det vil ta lang tid å innhente forskningsresultater og etablere evidensbaserte tiltak i dette komplekse feltet. I tillegg finnes det mektige aktører som vanskeliggjør endringer i forbruksmønstre “over natta”, som for eksempel den multinasjonale sukkerindustrien (ibid.). Det å iverksette systemendringer har både samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser som krever grundig forarbeid og dessuten politisk kløkt, mot og vilje. Et annet aktuelt fenomen som ser ut til å ha sammenheng med overvektsutviklingen er forkorting av søvnlengde særlig blant de yngre årsklassene (Patel & Hu, 2008). Det bør

ses nærmere på hvilke trekk i samfunnsutviklingen det er som forårsaker denne trenden, og hva kan gjøres for å rette opp dette.

Studiene til Greener et al. og Alexander et al. viser at helsepersonell ofte føler at de har begrensede ressurser og begrenset kompetanse til å drive med livsstilsveiledning. Samtidig nevnes langtidsoppfølging i en eller annen form som en viktig del av intervensjoner. Thomas & al. (2008) fant også at mange av de overvektige følte at primærhelsetjenesten, som regel fastlegen, var den beste til å hjelpe dem. Av mine informanter er det 2 som har nevnt at de har fått viktige signaler når det gjelder livsstil og kosthold fra fastlegen. Det kan se ut som at helsepersonell og særlig leger i primærhelsetjenesten eller andre som jobber med behandling, oppfølging og/eller forebygging av overvekt er godt posisjonerte til å gi livsstilsråd, men at kompetansen på dette området kan styrkes. Kontroll på epidemien vil kreve en multifaktoriell tilnærming. Også opinionsgrupper, offentlig press og massemedia kan bli viktige aktører (Swinburn & Bell, 2007). For å få til en god offentlig debatt om tiltak må det også tilstrebes å nå en større grad av felles forståelse for kompleksiteten i feltet.

Kvalitative studier som denne og andre jeg har nevnt synliggjør viktige holdningsforskjeller. Dette gjelder både i befolkningen generelt, blant de overvektige, helsearbeidere, beslutningstakere og mellom disse gruppene. Flere slike studier kan være av stor nytte på veien mot mer kunnskap, nye hypoteser, større grad av felles forståelse og utviklingen av mer effektive behandlingsmetoder.

Funnene i studien gir et signal om at det er viktig å legge vekt på positive faktorer som folks egne ressurser, engasjement og mestringsglede. Med støtte i flere andre studier er det viktig å merke seg at kjønn, familieforhold, stabilitet og mestringsressurser skiller seg ut som svært viktige faktorer når det gjelder vektnedgang og opprettholdelse av normalvekt. Dette bør undersøkes videre i flere større studier og i et bredere lag av befolkningen.

Litteraturliste.

- Alexander, S.C., Ostbye, T., Pollak, K.I., Gradison M., Bastia, L.A., & Brouwer, R.J. (2007) Physicians' beliefs about discussing obesity: results from focus groups. *Am J Health Promot.* 2007 Jul-Aug;21(6):498-500.
- Avenell, A., Broom, J., Brown, T.J., Poobalan, A., Aucot, L., Stearns, S.C., Smith, W.C.S., Jung, R.T., Campbell, M.K., & Grant, A.M. (2004) Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technology Assessment* 2004; Vol. 8: No. 21
- Bourdieu, P. (1984) *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge Keagan & Paul
- Byrne, S.M. (2002) Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research* 53 (2002) 1029-1036
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. Weight maintenance and relapse in obesity. A qualitative study
Intentional Journal of Obsity (2003) 27, 955-962
- Chiolero, A., Faeh, D., Paccaud, F., & Cornuz, J. (2008) Consequenses of smoking for body weight, body fat distribution and insulin resistance. Review Article.
Am J Clin Nutr 2008;87:801-9.
- Dahlberg, K., Drew, N., & Nyström, M. (2001) *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Egger, G. (2008) Helping patients lose weight – what works?
Australian Family Physician, Vol. 37, No1/2, January/February 2008.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006) Antonovsky's sense of coherence scale and the relation of health: a systematic review.
J. Epidemiol. Community Health 2006;60;376-381
- Finucane, M.M., Stevens, G.A., Cowan, M.J., Goodarz, D., Lin, J.K., Paciorek, C.J., Singh, G.M., Gutierrez, H.R., Lu, Y., Bahalim, A.N., Farzadfar, F., Riley, L.M., & Ezzati, M., on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Colaborating Group (Body Mass Index), (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants.
www.thelancet.com published online February 4, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(10)62037-5
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness.
Nurse Education Today (2004) 24, 105-112.

- Green, J., & Tones, K., (2010) *Health Promotion. Planning and strategies*.
Second Edition. London: SAGE publications Ltd.
- Greener, J., Douglas, F., & van Teijlingen, E., (2010) More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers.
Social Science and Medicine 70 (2010) 1042-1049
- Gough, B., & Conner, M.T. (2005) Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine* 62 (2006) 387-395
- Guneriussen, W. (2010) *Samtale, språkbehandling og sosialt liv i Gjørum, R.G. Usedvanlig kvalitativ Forskning – metodologiske utfordringer når informanter har utviklingshemming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007) Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oppskrift for et sunnere kosthold.
Lokalisert på
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Pressesenter/pressemeldinger/2007/Oppskriftfor-et-sunnere-kosthold.html?id=445592>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. (Stortingsmelding nr. 20, 2006-2007)
Lokalisert på
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-/6.html?id=449586>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003) Resept for et sunnere Norge.
Stortingsmelding nr 16 (2002-2003)
Lokalisert på
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2002-2003/Stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>
- Larsen, B.I. (2010, nov 24). 38 WHO land samlet i Oslo. Skal drøfte tiltak mot livsstilssykdommer.
<http://www.dagbladet.no/2010/11/24/tema/helse/kreft/hjertesykdom/diabetes/14433813/>
- Lawrence, M., & Worsley, T. (2007) *Public Health Nutrition, from principles to practice*.
Crows Nest NSW Australia: Allen & Unwin Publishers.
- Lindström, J. (2006) Prevention of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention – Emphasis on Dietary Composition and Identification of High-Risk Individuals
Publications of the National Public Health Institute; Finland 18/2006
- Lupton, D. (1996) *Food, the Body and the Self*.
London: SAGE Publications Ltd.

- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Tano Aschehoug
- Moreno-Aliaga, M.J., (2005) Does weight loss prognosis depend on genetic make-up? *Obesity Reviews Volume 6 Issue 2 page 155-168, May 2005*.
- Paisley, J., Beanlands, H., Goldman, J., Evers, S., & Chapell, J. (2008). Dietary Change: What are the Roles of Significant Others? *J Nutr Educ Beav. 2008;40:80-88*
- Patel, R.P., & Hu, F.B. (2008) Short sleep duration and weight gain: a systematic review *Obesity (Silver Spring). 2008 March ; 16(3): 643-653. Doi:10.1038/oby.2007.118*.
- Polit, D.E., & Beck, C.T. (2008) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Eight Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Repstad, P. (2007) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Riebe, D., Blissmer B, Greene, G., Caldwell, M., Ruggiero, L., Stillwell, K.M., & Nigg, C.R.(2004) Long –term maintenance of exercise and healthy eating behaviors in overweight adults. *Preventive Medicine 40 (2005) 769-778*.
- Roede metoden
www.greteroede.no/omgreteroedeas/
- SATS Norge
www.sats.com/no/start/om-sats1/Historikk/
- de Souza, P., & Ciclitira, K.E. (2005) Men and Dieting: A Qualitative Analysis. *J Health Psychol 2005 10: 793 DOI: 10.1177/1359105305057314*
- Swinburn, B., & Bell, C. (2007) *Obesity Prevention in Lawrence, M & Worlsey, T. (2007) Public Health Nutrition, from principles to practice*. Crows Nest NSW Australia: Allen & Unwin Publishers.
- Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas, S.L., Hyde, J., Karunaratne, A., Kausman, R., & Komesaroff, P. (2008) “They all work...when you stick to them”: A qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. *Nutrition Journal 2008, 7:34 doi:10.1186/1475-2891-7-34*
- Ti på topp.
www.tromsoturlogg.no
- Tromsundersøkelsen.
<http://uit.no/tromsundersokelsen>

- Tverdal, A. (2001) Forekomsten av fedme blant 40-42 åringer i to perioder.
Tidsskr Nor Lægeforening nr. 06/2001; 121:
- Ulset, E., Undheim, R., & Malterud, K. (2008) Er fedmeepidemien kommet til Norge?
Tidsskr Nor Lægeforen nr. 1, 2007; 127:34-7
- Wainwright, N.W.J., Surtees, P.G., Welch, A.A., Luben, R.N., Khaw, K-T., & Bingham, S.A.
(2008). Sense of coherence, lifestyle choices and mortality.
J Epidemiol Community Health 2008;62:829-831.
- Ziebland, S., Robertson, J., Jay, J., & Neil, A. (2002) Body image and weight change in
middel age: a qualitative study
International Journal of Obesity (2002) 26, 1083-1091

Anne-Sofie Sand

anne-sofie.sand@unn.no

Deres ref.:

Vår ref.: 200804854-6/KST017/400

Dato: 05.05.2009

P REK NORD 159/2008 FRA OVERVEKTIG TIL NORMALVEKTIG, EN KVALITATIV STUDIE AV LIVSSTILSENDERINGER VED VARIG VEKTNEDGANG - PROSJEKTET GODKJENNES

Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD) i møtet 23.04.09. I referatet heter det:

Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD) i møtet 13.11.2008. I referatet heter det:

Forekomsten av overvekt er økende globalt sett, og særlig i industrialiserte land. Faglitteraturen vitner imidlertid om manglende kunnskap om forebygging og behandling av overvekt. Formålet med prosjektet er å oppnå en bedre forståelse av faktorer som kan bidra til varig vektnedgang hos overvektige voksne personer. Det skal gjøres en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av personer som gjennom livsstilsendringer har forandret sin vektstatus fra overvekt til normalvekt.

Informantene velges ut på bakgrunn av data fra Tromsø 4, 5 og 6, som gir tilgang til personer som har hatt varig vektnedgang. Intervjuene vil skje i sluttfasen av Tromsø 6.

Komiteen klassifiserer prosjektet som ikke-terapeutisk annen helsefaglig forskning på friske voksne. Studentprosjekt.

Komiteen har følgende merknader:

Det planlegges å innhente data fra Tromsø VI. Ledelsen for Tromsø VI har i brev til komiteen bedt om at søknader som har sitt utspring i Tromsø VI ikke behandles i komiteen før søknaden er ferdig behandlet av styrende organ i Tromsø VI. Dette er også arbeidsbesparende for REK fordi komiteen ikke trenger å ta stilling til søknader som Tromsø VI ikke vil godkjenne. Det er også praktisk at søker sender inn en forespørsel/informasjonskriv/samtykkeerklæring som er utarbeidet i samråd med Tromsø VI.

Forespørsel/informasjonskriv/samtykkeerklæring

Forespørselen om deltakelse i forskningsprosjektet må utformes i samsvar med retningslinjene til de forskningsetiske komiteene. De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Datatilsynet, Statens legemiddelverk og Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag er gått sammen om å anbefale mal for informasjon og samtykke. Denne ble det obligatorisk å bruke fra 1.juli. Komiteen ber om at forespørselen revideres i tråd med denne. Se <http://www.etikkom.no> Ut fra prosjektets karakter skulle det ikke være nødvendig å bruke vedleggene kapittel A og B, men ta med alle nødvendige opplysninger i hovedskjemaet.

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE
REK NORD**

Postadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77 62 07 58 e-post rek-nord@fagmed.uit.no
www.etikkom.no

Komiteen gjør oppmerksom på at det ikke aksepteres at de forespurte skal måtte avgi et nei-svar på forespørselen om deltakelse. Denne rubrikken må utgå fra samtykkeerklæringen.

Det forutsettes at det til enhver tid ikke leveres ut flere forespørsler enn det antall man ønsker eller mangler i prosjektet.

Vedtak:

Komiteen avventer ytterligere behandling til saken er behandlet av styrende organ i Tromsø VI. Eventuelt reviderte prosjektdokumenter bes sendt inn i tolv eksemplarer med tydelig markerte endringer og merket med dato eller versjon nummer innen komiteens alminnelige frister.

Til dette møtet har prosjektmedarbeider sendt inn svar på komiteens merknader, revidert forespørsel datert 30.03.09 og revidert prosjektbeskrivelse datert 29.03.09.

Vedtak:

Prosjektet godkjennes

Komiteen ber om å få tilsend revidert forespørselskriv, merket med dato eller nummer på versjonen til sitt arkiv.

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av andre aktuelle instanser før det settes i gang. Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger komiteen har basert sin avgjørelse på. Komiteen ber om å få melding dersom prosjektet ikke blir slutført.

Komiteens vedtak kan påklages av en part eller annen med rettslig klageinteresse i saken jf. fvl. §28. Klagefristen er tre uker fra det tidspunkt underretning om vedtaket er kommet fram til vedkommende part, jf. fvl. § 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, men en eventuell klage skal rettes til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord Norge. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19. For nærmere informasjon om klageadgang og partsinnsynsrett se nettadressen <http://www.etikkom.no/REK/klage>

Vi benytter samtidig anledningen til å informere om at De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) fra 5. mai 2009 etablerte fullelektronisk saksbehandling og arkivering. Dette betyr at korrespondansen mellom REK og eksterne kontakter fra nå av vil foregå *elektronisk*, og at det ikke lenger skal sendes inn papirversjon i tillegg til elektroniske filer. SPREK, vår nye saksportal, finner du på vår nye nettside <http://helseforskning.etikkom.no> All post til REK skal fra nå av sendes via denne siden. For å få tilgang til skjema for innsending av ny søknad, tilbakemelding til komiteen eller for å melde prosjektendringer må du opprette deg som bruker av saksportalen. Se for øvrig under "Kontaktinformasjon" på den nye nettsiden.

Dette brevet sendes bare som vedlegg til elektronisk post.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
Rådgiver/sekretariatsleder



UO - offl. § 26, 4

Anne-Sofie Sand
Klinisk forskningspost
9038 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.: 2009/1960 MAL001/476

Dato: 01.04.2009

**VEDRØRENDE SØKNAD OM TILGANG TIL DATA FRA
TROMSØUNDERSØKELSEN.**

Data og publikasjonsutvalget for Tromsøundersøkelsen har i møte 23032009 behandlet din søknad og fattet følgende vedtak:

Prosjektet godkjennes. Utlevering av data vil skje så snart kvalitetssikring av data fra Tromsø 6 er ferdigstilt.

Prosjektet er opprettet i EUTRO og har fått prosjektnr: 7000.00002. Har du spørsmål vedrørende utlevering, ta kontakt med Tom Wilsgaard, ISM.

Vedlagt følger kontrakt. Signer 1 eksemplar og returner det til undertegnede i pdf.format eller per post.

Vennlig hilsen

Merete Albertsen
førstekonsulent

Avtale

mellom

Tromsøundersøkelsen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i

Tromsø

og

Anne-Sofie Sand, mastergradsstudent ved IKM, avd for
sykepleie/helsefag

om utlevering av forskningsdata fra Tromsøundersøkelsen

Prosjekttittel:

Fra overvektig til normalvektig. En kvalitativ studie av livsstilsendringer ved varig vektnedgang..

Avtalen bygger på skriftlig søknad med prosjektbeskrivelse og publikasjonsplan, samt godkjenning i Arbeidsutvalget for Tromsøundersøkelsen. Det forutsettes at arbeidet med data skjer i henhold til *Retningslinjer for tilgang til forskningsdata fra Tromsøundersøkelsen*, datert 24.01.2005.

En avidentifisert datafil sendes til **Anne-Sofie Sand**, UNN . Prosjektleder kan la samarbeidspartnere som er nevnt i prosjektsøknaden få analysere på datafilen, så fremt arbeidet holder seg innenfor rammen for prosjektbeskrivelsen og publikasjonsplanen. Prosjektleder har ansvar for datasikkerheten og at data oppbevares forsvarlig i hht lover og forskrifter.

Retten til data gjelder for **3 år**. Når analysene er fullført, skal datasettet slettes og bekreftelse om dette sendes skriftlig til Tromsøundersøkelsen. Dette skal ikke skje senere enn 26.01.2012 med mindre ny avtale om forlengelse er inngått. Eventuelle nye data skal tilbakeføres til Tromsøundersøkelsen, jfr. pkt. 10 i retningslinjene.

Denne avtalen er undertegnet i to eksemplarer, hvorav hver av partene beholder ett.

Sted, dato

Tromsø, 01.04.09

Anne-Sofie Sand
prosjektleder

Sted, dato

Tromsø, 1/4-09

Ulvis B. Røed
For Tromsøundersøkelsen

Intervjuguide til mastergradsoppgaven "Fra overvektig til normalvektig, en kvalitativ studie".

Bakgrunnsfakta pr i dag:

Alder:

Kjønn:

Sivil status:

Røyk/ikke røyk:

Yrkesaktiv:

Hovedtema:

* Du har hatt en gunstig og varig nedgang i vekt. Hvordan forklarer du selv denne nedgangen?

* Hva var det som motiveret deg til å starte med og gjennomføre endringer i livsstil/levevaner?

* Dersom du mener at vektnedgangen skyldtes endringer i forhold til fysisk aktivitet, kan du beskrive denne endringen nærmere?

* Dersom du mener at vektnedgangen skyldtes endringer i forhold til kost og matvaner, kan du beskrive denne endringer nærmere?

* Er det andre forhold eller endringer du vil trekke fram i forbindelse med vektreduskjonen?

Stikkord:

- organisert vektreduksjonsopplegg
- livssituasjon
- spesielle hendelser
- sivil status
- arbeidssituasjon
- søvn/søvnproblemer
- signaler fra andre
- signaler fra helsevesenet
- tilbakemelding fra Tromsøundersøkelsen
- egen motivasjon
- annet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Fra overvektig til normalvektig, en kvalitativ studie av livsstilsendringer ved varig vektnedgang ”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie der vi prøver å finne faktorer som kan ligge bak en varig vektreduksjon.

Overvekt og fedme er i ferd med å bli et av vår tids aller største helseproblemer. Det er vanskelig å finne effektive metoder for vektnedgang, og særlig varig vektnedgang. Endring av livsstil er sentralt i denne problematikken.

Årsaken til at vi henvender oss til deg i denne forbindelse er at du har deltatt i de tre siste Tromsøundersøkelsene og hatt en varig vektnedgang. Vi ønsker å intervju deg angående de faktorene som kan ha medvirket til dette. Forhåpentligvis kan dette bidra til å øke forståelsen av hvilke faktorer som er viktige i forbindelse med varig vektnedgang og livstilssendringer. Dersom du har gått ned i vekt av andre årsaker enn livstilssendringer beklager vi at du har fått denne henvendelsen og ber deg om å se bort fra den. Resultatene fra intervjuene vil danne grunnlag for en Mastergradsoppgave i Helsefag ved Universitetet i Tromsø.

Hva innebærer studien?

Deltakelsen i studien innebærer et intervju av ca 1-2 timers varighet. Intervjuet vil arte seg som en samtale angående din egen opplevelse av vektnedgangen og livsstils faktorer i forbindelse med denne.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke være noen forventede fordeler eller ulemper med å delta i studien.

Intervjuguide til mastergradsoppgaven "Fra overvektig til normalvektig, en kvalitativ studie".

Bakgrunnsfakta pr i dag:

Alder:

Kjønn:

Sivil status:

Røyk/ikke røyk:

Yrkesaktiv:

Hovedtema:

* Du har hatt en gunstig og varig nedgang i vekt. Hvordan forklarer du selv denne nedgangen?

* Hva var det som motiveret deg til å starte med og gjennomføre endringer i livsstil/levevaner?

* Dersom du mener at vektnedgangen skyldtes endringer i forhold til fysisk aktivitet, kan du beskrive denne endringen nærmere?

* Dersom du mener at vektnedgangen skyldtes endringer i forhold til kost og matvaner, kan du beskrive denne endringer nærmere?

* Er det andre forhold eller endringer du vil trekke fram i forbindelse med vektreduskjonen?

Stikkord:

- organisert vektreduksjonsopplegg
- livssituasjon
- spesielle hendelser
- sivil status
- arbeidssituasjon
- søvn/søvnproblemer
- signaler fra andre
- signaler fra helsevesenet
- tilbakemelding fra Tromsøundersøkelsen
- egen motivasjon
- annet

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, ansvarlig for gjennomføringen, dato)

Ansvarlige for studien;

Anne-Sofie Sand
Sykepleier/Masterstudent, Klinisk forskningssenter, UNN

Nils Henriksen
Dr Polit, Avdeling for Helsefag, IKM, Universitetet i Tromsø

Inger Njølstad
Professor, ISM, Universitetet i Tromsø, leder for Tromsøundersøkelsen.

Denne forespørselen er sendt ut av administrativt personale ved Tromsøundersøkelsen.

Svarslipp.

(Klippes ut og sendes i vedlagte svarkonvolutt dersom du ønsker å delta.)

Ja, jeg vil gjerne bli kontaktet for et eventuelt intervju.

Navn:

Telefon:

Eventuell e-post adresse:



Nils Henriksen
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
9037 TROMSØ

Vår dato: 16.06.2009

Vår ref: 22058 / 2 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.05.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22058	<i>Fra overvektig til normalvektig. En kvalitativ studie av livsstilsendringer ved varig vektnedgang</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Nils Henriksen
Student	Anne-Sofie Sand

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

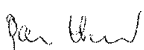
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

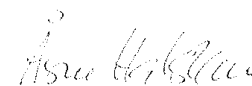
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Anne-Sofie Sand, Tuftebakken 50, 9016 TROMSØ



Prosjektets formål er å få en dypere forståelse av prosesser knyttet til suksessfull og varig vektnedgang gjennom livsstilsendring hos voksne personer. Informantene hentes fra Tromsø-undersøkelsen ut fra registreringer av BMI.

Personvernombudet forutsetter at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen av informanter til prosjektet. Dette innebærer at masterstudent ikke får kjennskap til aktuelle informanternes identitet før de eventuelt har samtykket til det. Vi legger derfor til grunn at personale ved Tromsø-undersøkelsen foretar trekking av utvalg ut i fra relevante kriterier, samt sender ut informasjonsskriv. Informanter som ønsker å delta melder direkte tilbake til student. Det vil gjennomføres personlig intervju med 3-6 personer.

Personvernombudet finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ og 9 a) (samtykke). Det vil bli registrert sensitive personopplysninger om helse, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8, c).

Personvernombudet har mottatt godkjenning av prosjektet fra REK.

Personvernombudet har mottatt informasjonsskriv og finner det tilfredsstillende forutsatt at følgende endres/tilføyes:

- Det må stå hvem som er behandlingsansvarlig institusjon (Universitetet i Tromsø, Det medisinske fakultet)
- Det bør forklares hvem som formidler kontakten med utvalget, og understrekes at studenten ikke kjenner de som forespørres sin identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse.
- Dato for prosjektslutt (01.07.2011) må oppgis og at datamaterialet vil være anonymisert senest innen denne datoen.

Personvernombudet ber om at revidert informasjonsskriv ettersendes før utvalget kontaktes.

Prosjektslutt er angitt til 01.07.2011. Senest ved prosjektslutt skal datamaterialet anonymiseres i henhold til informasjonsskriv. Anonymisering innebærer for det første at lydfilet og navnelisten (koblingsnøkkelen) slettes. For det andre at det skriftlige materialet anonymiseres ved at eventuelle indirekte identifiserbare opplysninger som framgår av intervjuutskriftene, slettes eller omskrives på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.