

**En kvalitativ studie av fire foreldres erfaringer med å gjennomføre
livsstilsendring i familier med overvektige barn.**



Masteroppgave i Helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Stine Trondsen

Juni 2011

Forord

Jeg ønsker å takke mine informanter for deres deltakelse og Aktivitetskolen i Finnmark for hjelp i arbeidet med å rekruttering.

Arbeidet med masteroppgaven er i utgangspunktet en ensom prosess. Uten støtte i fagfellesskapet ved Master i Helsefag, hadde ikke det faglige og sosiale utbyttet i masterforløpets to år vært det samme. Gjennom oppturer og nedturer i møte med praktiske og teoretiske utfordringer har fellesskapet vært en klippe, som har gjort prosessen både positiv og lærerik.

Takk til Nils Henriksen for veiledning i oppgavens start fase. En stor takk rettes også til min veileder Gunn Pettersen som har vært unnværelig i innspurtsfasen. Gjennom veiledning har hun bidratt med kunnskap og støtte som har vært avgjørende for å dra prosjektet i havn.

Takk til familie og venner som har heiet fra sidelinjen gjennom alle deler av arbeidet med oppgaven. Ingen nevnt, ingen glemt.

Tromsø, 15. Juni 2011.

Stine Trondsen

Sammendrag

Denne masteroppgaven har til hensikt å belyse fire foreldres erfaringer i møte med vellykket livsstilsendring i familien. Endringene har til hensikt å redusere overvekt hos barn. Målet med oppgaven er å bidra til økt forståelse om hva som oppleves som viktig for å oppnå ønsket livsstilsendring fra et foreldreperspektiv.

Overvekt er et økende problem i samfunnet, både nasjonalt og internasjonalt. Overvekt representerer en sammensatt problemstilling, og bidrar til økte helseproblemer i befolkningen generelt. Blant barn og unge ser man også bekymringsfull utvikling med hensyn til overvekt. For å endre dagens vektutvikling i samfunnet kreves det tiltak både på individ- og samfunnsnivå. Overvekt i seg selv er ikke en sykdom, men disponerer for sykdommer som blant annet diabetes, hjerte- og karlidelser og psykososiale problemer.

Opgavens metodiske tilnærming er kvalitative forskningsintervju med fire foreldre til overvektige barn. Disse er foreldrene er sammen med sine barn deltakere på studien Aktivitetskolen i Finnmark. I tillegg inngår et utvalg av nasjonal og internasjonal forskning knyttet til området overvekt og barn, og teori om mestring og sosialisering i oppgavens teoretiske fortolkningsramme. Dette danner grunnlag for drøfting av empiriske funn.

Resultat av oppgaven viser at oppfølging utenfra er av stor betydning å oppnå arbeidet endring av familienes kosthold og aktivitetsvaner. Videre viser denne studien at foreldre spiller en svært viktig rolle som ledere av prosessen med endring av adferdsvaner. Endring av kosthold var en viktig faktor for at familien kunne gjennomføre en livsstilsendring og i denne studien omfatter det familien generelt, og barnet spesielt. Endring av aktivitetsvaner var også en viktig faktor for at barnet kunne endre livsstil og i sin tur redusere sin vekt. I denne studien gjaldt aktivitetsendringene i hovedsak barnet, hvor foreldrene bidrar i form av tilrettelegging som kjøring til aktiviteter. Familien for øvrig endret ikke aktivitetsnivå eller vane i særlig grad. Motivasjon og egen tro på å lykkes i forkant av

oppstart samt eierskap til prosjektet var andre viktige faktorer i møte med endringsprosessen sett fra et foreldreperspektiv.

Summary

This Master's thesis examines four parents' experiences through a successful lifestyle change in the family. These lifestyle changes intend to reduce overweight in children. The object of this thesis is to contribute to an increased understanding of what parents consider important in order to achieve a desired lifestyle change.

Overweight is a growing problem in communities around the world, both nationally and internationally. It represents a complex problem, and contributes to increased health problems in the general population. The growing number of overweight children and teenagers is also exposing a worrying trend. In order to successfully reverse the challenges concerning overweight in society today initiatives are required on both individual and society level. Overweight itself is not a disease but is associated with significantly increased risks of conditions such as diabetes, cardiovascular disease and psychosocial problems.

The thesis' methodological approach consists of qualitative interviews with four parents of overweight children. The families participate in the study *The Activity School in Finnmark* (Aktivitetsskolen i Finnmark). In addition to this, a variety of national and international research related to overweight in children is integrated in the theoretical framework of the interpretations. This forms the basis for the discussion of the empirical findings.

Conclusively this study shows that both external follow-up and parental leadership throughout the process of transition is significant in order to change the families' dietary and activity habits.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	2
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	3
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR	4
2. OVERVEKT HOS BARN OG UNGE	5
2.1 FOREKOMST	5
2.2 ÅRSAKER	6
2.3 KONSEKVENSER	7
2.4 BEHANDLING	7
3. TEORETISK FORSTÅELESERAMME	11
3.1 BANDURAS TEORI OM MESTRINGSFORVENTNING	11
3.2 EMPOWERMENT I FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMENDE ARBEID	13
3.3 SOSIALISERING	14
3.4 FAMILIEN SOM UTGANGSPUNKT FOR ENDRING	18
3.5 FORELDREROLLE	19
3.6 VANER	21
4. METODE	22
4.1 METODISK TILNÆRMING	22
4.2 UTVALG	23
4.3 UTVALGSKRITERIER	24
4.4 REKRUTTERING	25
4.5 AKTIVITETSKOLEN I FINNMARK	25
4.6 INTERVJU	26
4.7 ETISKE OVERVEIELSER	28
4.8 STUDIENS TROVERDIGHET OG OVERFØRBARHET	29
4.9 FRAMGANGSMÅTE FOR Plassering i forhold til tidligere forskning	30
4.10 ANALYSE AV DATAMATRIALET	30
4.11 ANALYSE	31
4.12 PRESENTASJON AV INFORMANTENE	33
5. PRESENTASJON OG DISKUSJON AV EMPIRISKE FUNN	35
5.1 Å LYKKES MED LIVSSTILSENDRING.	35
5.1.1 DISKUSJON	38
5.2 KOSTHOLDSENDRING.	40
5.2.1 DISKUSJON	42
5.3 AKTIVITETSENDRING	44
5.3.1 DISKUSJON	46
5.4 MOTIVASJON	49
5.4.1 DISKUSJON	51
5.5 OPPFØLGING	53

5.5.1 DISKUSJON	55
5.6 EIERSKAP TIL PROSJEKTET	56
5.6.1 DISKUSJON	59
6. AVSLUTNING	63
7. LITTERATURLISTE.	66
VEDLEGG	70

1. Innledning

Forekomsten av livsstilsrelaterte helse problemer og sykdommer er et økende problem både nasjonalt og internasjonalt (Folkehelseinstituttet, 2010). Antallet overvektig har økt betydelig i store deler av verden, og Verdens helseorganisasjon (WHO) har slått fast at overvekt og problemer knyttet til overvekt er en av de største og mest hurtigvoksende utfordringene knyttet til helse som verden står ovenfor i dag (Folkehelseinstituttet, 2010). Dette er også tilfelle i Norge, hvor vi den seneste tiden har sett en økning i utvikling av andelen overvektige.

Dette er ikke bare et problem for den voksne delen av befolkningen. Også blant barn og unge er andelen overvektige økt, og ligger i dag på 15-20% av den norske barnebefolkningen (Jørgensen, 2008, Johansen, 2010). Grunnlaget for framtidig helse legges i barne- og ungdoms år. Dette gjør det spesielt viktig å rette fokus mot overvektsproblematikk hos barn og unge. Overvektige barn har større sjanse for å bli overvektig som voksne sammenlignet med ikke overvektige jevnaldrede (Style, 2007), og er utsatt for en ytterligere risiko om også foreldre har et overvektsproblem.

Selv om overvekt i seg selv ikke er en sykdom, disponerer det for sykdom og helserelatert problematikk senere i livet som eksempelvis diabetes, hjerte/kar lidelser og psykososiale problemer. I motsetning til voksne kan barn aldri selv stilles til ansvar for livsstilsrelaterte problemer knyttet til egne adferdsvaner. Av den grunn stiller det krav til samfunnet om å iverksette tiltak til håndtering av problematikken på både individ- og samfunnsnivå. Forebygging av overvekt er et samfunnsansvar, og det må tilrettelegges for helefremmende alternativ knyttet til kosthold og aktivitet (Helsdirektoratet, 2010b).

Å endre levevaner er den mest effektive og skånsomme måten å behandle et overvektsproblem på i et forebyggende og helsefremmende perspektiv knyttet til ending av kostholds og aktivitetsvaner. For barn tilbys det per i dag ikke medikamentell eller kirurgisk behandling av overvektsproblemet i Europa (Flodmark, 2008). Adferdsendring er av den grunn det viktigste behandlingsformen i møte med overvektsproblemet. Til tross for kunnskap om at økt aktivitet og

reduksjon i næringstilførsel bidrar til reduksjon av KMI¹, er det vanskelig å oppnå denne typen endring av levevaner over tid. Kunnskap alene er ikke tilstrekkelig for å oppnå varig endring. Forskning vist at overvekt hos barn lettere lar seg behandle en overvekt hos voksne (Flodmark, 2008).

Barn er underlagt omsorg og ansvar av sine foreldre og kan ikke endre egen adferd uten hjelp. Forskning har vist at livsstilsendring ovenfor barn er mest effektiv om den gjøres innenfor rammen av familien hvor foreldre har den ledene rollen i prosessen (Golan, 2001). For å kunne tilby hjelp til å håndtere problemet, er det nødvendig å ha kunnskap om hva som oppleves som viktig for å oppnå endring fra de som selv har erfaring fra situasjonen. Selv om det er krevende å endre livsstil, er det noen som lykkes. Familier som har gjennomført endring av kostholds og aktivitetsvaner til hensikt å redusere overvekt hos barnet har erfaringskunnskap som kan være nyttig for andre i samme situasjon, og i arbeidet med utvikling av intervensjonsprogram som behandlingstilbud.

1.1 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Tittel:

Fire foreldres erfaringer med å gjennomføre livsstilsendring i familier med overvektige barn.

Problemstilling:

Hva oppleves av foreldrene som har deltatt på Aktivitetskolen i Finnmark som viktig for å oppnå endring av barnets kosthold og aktivitetsvaner med hensikt å redusere overvekt.

¹ KMI er forkortelse for kroppsmasseindeks: "et mål for vekt i forhold til høyde, og benyttes for vurdering av overvekt og fedme. $KMI = \text{vekt}/\text{høyde}^2$ (kg/m²) (Folkehelseinstituttet). KMI tilpasset barnet kjønn og alder betegnes for ISO KMI

1.2 Bakgrunn for valg av tema

I dag er det mange som opplever at de har adferdsvaner som ikke fremmer egen helse, og negative konsekvenser av egne adferdsvaner. Med ønske om å gjøre noe med dette, er det mange som sliter med å endre egen livsstil i forhold til eksempelvis røykeslutt, kostholdsendring og endring av aktivitetsvaner. Bak ønsket om å oppnå endring ligger ofte både kunnskap om hva som bidrar til å fremme endring tilstede og hvilke positive helsegevinst en endring vil kunne bidra med, uten at dette er tilstrekkelig for at et endringsforsøk iverksettes eller vedlikeholdes.

Livsstilsendringen i et sykdomsforebyggende perspektiv kan endring av adferdsvaner helt eller delvis utgjøre behandling for allerede etablert sykdom. Også i tilfeller der livsstilsendring ikke knyttes opp mot sykdom, kan endringen redusere risiko for å oppleve problemer relatert til livsstil i framtiden. Selv om mange innehar kunnskap om behovet for endring av egne levevaner og hva som bidrar til endring, har det vist seg vanskelig å gjennomføre endringen på egenhånd uten hjelp utenifra. Dette støttes i litteratur som har kritisert tradisjonell forebyggende tradisjon basert på påvirkningstenkning i helseopplysning fordi den er for individrettet og fokuserer på at adferd som ikke er helsefremmende er et personlig problem (Torp, 2005). I møte med livsstilsrelatert problematikk hos barn, kan det aldri sees som et personlig problem, da barn ikke kan holdes ansvarlig for egen livsstil eller selv iverksette tiltak for endring uten hjelp.

Jeg ønsket å benytte muligheten som ligger i masteroppgaven, til å fordype meg i livsstilsendring som tema. Livsstilsendring er en utfordrende men god måte for behandling av overvekt og fedme (Johansen, 2010). Jeg ønsker i eget arbeid å se på de som har opplevd positive erfaringer i prosessen med å endre livsstil. Jeg vil fordype meg i erfaringsperspektivet hos fire foreldre til overvektige barn som har oppnådd ønsket endring, og fokusere på deres positive erfaringer fra prosessen. Foreldrene har sammen med sine barn deltatt på Aktivitetskolen i Finnmark, som er en studie og et tilbud til familier som sliter med overvektspromematikk hos egne barn. Formålet med oppgaven er å løfte fram foreldrenes erfaringer om hva som oppleves som viktig for å oppnå varig endring av livsstil i familien for å redusere overvekt hos eget barn.

Gjennom kvalitative forskningsintervju med en av foreldrene til hvert av barna, vil jeg å fokusere på hva som har bidratt positivt inn i møte med endringsprosessen.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven er inndelt i seks hovedkapitler. Kapittel én er viet til innledning, og en innføring i oppgavens bakgrunn og problemstilling. I kapittel to presenterer jeg tidligere aktuell forskning på temaet barn og overvekt og plasserer eget arbeid i forhold til dette. I kapittel tre redegjør jeg for oppgavens teoretiske rammeverk og hvilken forståelse som ligger til grunn i det videre arbeidet. Kapittel fire er viet oppgavens metodologi, hvor oppgavens metodiske grunnlag presenteres sammen med egen forforståelse, prosessens gjennomførelse og etiske overveielser. I kapittel fem presenteres empiriske funn og en fortløpende diskusjon av disse. Det empiriske materiale er inndelt i seks tema. Disse framkom på bakgrunn av analyse av intervjuene med foreldrene. Jeg har benyttet meg av sitater fra intervjuene, og ønsker å presentere leseren for empirien som danner utgangspunkt for analysen. Jeg vil med dette å løfte fram informantens fortellinger, og åpne for at leseren skal kunne følge min prosess fra det transkriberte materiale over i analyse og drøfting. Oppgaven avrundes avslutningsvis med diskusjon av problemstilling og løfter fram områder for videre forskning.

2. Overvekt hos barn og unge

Det finnes mange definisjoner av overvekt og fedme. For å kunne sammenligne overvekt på tvers av landegrenser og over tid har det vært nødvendig å utvikle konsensus om en felles definisjon. Verdens helseorganisasjon har kommet fram til en definisjon av overvekt og fedme hos voksne menn og kvinner hvor overvekt er KMI mellom 25-29,9. KMI større enn 30 er definert som fedme (Dvergnes, 2009). Manglende entydighet om definisjon har tidligere vært med på å gjøre det problematisk å sammenligne studier og data fra ulike land (Júliusson, 2007).

Studien Aktivitetskolen i Finnmark har i sine inklusjonskriterier valgt å bruke ISO KMI som definisjonsgrunnlag for overvekt og fedme og satt større enn 27,5 kg/m² hos barnet som kriterium for deltakelse. Dette er basert på en standard internasjonal definisjon av overvekt og fedme hos barn og unge fra to til 18 år, og er etablert etter Coles definisjon. Denne varierer med alder og kjønn, kalles ISO KMI, og er basert på KMI (kroppsmasseindex) hos barn fra Brasil, Storbritannia, Hong Kong, Nederland, Singapore og USA (Kokkvoll, 2006).

En folkelig forståelse av overvekt, er en person som veier for mye. For eget prosjekt er ikke nøyaktig KMI sentralt for å forstå bruken av ordet overvektig, men foreldrenes opplevelse av at barnet veier mer enn det burde, og hvor reduksjon av overvekt må forstås som at barnet har redusert sitt overvektsproblem, uavhengig av størrelsen på reduksjonen. Jeg velger i eget prosjekt å støtte meg til definisjonen som ligger til grunn for inklusjonskriteriene til Aktivitetskolen i mine utvalgs-kriterier, ved at alle barna hadde hatt en KMI reduksjon eller stagnasjon et år etter oppstart i prosjektet.

2.1 Forekomst

Overvekt er et av de mest hurtigvoksende helseproblemer verden står ovenfor i dag. Det er av WHO har anslått at en milliard mennesker på verdensbasis har et problem med overvekt eller fedme (WHO, 2000). Også i Norge er overvekt et økende problem, og anslås av ca 20-30 % av den voksne befolkningen har et problem med overvekt eller fedme, mens tallet er noe lavere for barnebefolkningen. Det er gjort

mye forskning på å avdekke forekomsten av overvekt blant barn og unge (Dvergnes, 2009, St.meld. nr. 16, 2004 St.meld. 47, 2010), og konsekvenser knyttet til overvekt som komplekse problemer med økt risiko for å utvikle sykdom som eksempelvis diabetes og hjerte kar lidelser.

Etter en periode med begrenset data på vektutviklingen i den norske barnebefolkningen, har nå nye norske studier vist at 15-20 % av norske barn og unge har et overvektsproblem (Jørgensen, 2008, Dvergenes, 2009). Det har vært viktig å skaffe gode og presise data for å dokumentere omfanget av problemet nasjonalt og for det videre arbeidet med problematikken på individ og samfunnsnivå i form av å utarbeide og evaluere forebyggende tiltak. På individ nivå er måling av høyde og vekt egnet for å følge utvikling hos barnet, og avvik kan fanges opp på et tidlig tidspunkt (Helsedirektoratet 2010a). Egenrapportert vekt og høydemåling har vist seg å være avvikende i forhold til målinger gjort av helsepersonell i forhold til at egen estimert vekt er lavere og egen estimert høyde er for høy. Og er av den grunn lite egnet som metode for dokumentasjon av høyde og vekt blant barn og unge. For individrettet helseundersøkelser og nasjonal helseovervåkning har ny retningslinjer for høyde/vekt måling i skolehelsetjenesten blitt innført som øker hyppigheten av høyde og vektmåling fra spedbarnsalder og til 8. klassetrinn (Helsedirektoratet, 2010a).

2.2 Årsaker

Årsaker til overvektsproblemet kan være sammensatt, og har bakgrunn i fysiologiske, psykologiske og samfunnsmessige faktorer (Fredriksen,2001, Jørgensen, 2008). Ulike årsaker kan sammen eller hver for seg disponere for overvekt. Fysiske forhold som eksempelvis redusert mengde fysisk aktivitet i arbeid og fritid, grad av skjermtid (TV, PC) og endring i sammensetning av kosthold kan være faktorer som har innvirking i en overvektsproblematikk. Sammen med psykiske forhold som lav selvfølelse, mobbing og stigmatisering. Også sosiale forhold som utdanningsnivå og inntekt er faktorer som er av betydning for utvikling av overvektsproblematikk.

En fysiologisk tilnærming til overvekt vil være at det er en ubalanse mellom energitilskudd og energiforbruk (Helsedirektoratet, 2010b). Om forbruk er lavere enn inntak lagres overskudd i form av fett, som på sikt kan resultere i overvekt. Forskning holder fram for liten grad av fysisk aktivitet i dagliglivet som en av de viktigste årsakene til overvekt som helseproblem, kombinert med energitett kosthold (Jørgensen, 2008, Júlíusson, 2008). Nasjonale undersøkelser viser at 50 prosent av den voksne befolkningen har et for lavt fysisk aktivitetsnivå (Moe, 2009).

2.3 Konsekvenser

Flere studier har vist at overvektige barn har ti ganger så stor sjanse for å få et overvektsproblem også som voksen, sammenlignet med normalvektige jevnaldrede (Style, 2009, Livingstone, 2006). Overvekt kan disponere for sykdom som gir somatiske og medisinske konsekvenser. Overvekt er en risikofaktor som disponerer for eksempelvis metabolsk syndrom, hjerte- og karlidelser og diabetes type 2. Overvekt i barneårene øker også risikoen for å oppleve psykososiale problemer som en konsekvens av overvektsproblematikken (Gray, 2009, Juliusson, 2008). Også stigmatisering knyttet til overvektige som personer med eksempelvis dårligere helse, dårligere skoleprestasjoner og lav grad av sosial funksjon bidrar til lav selvfølelse og negativt kroppsbilde som en av konsekvensene (Livingstone, 2006, Helsedirektoratet 2010a).

2.4 Behandling

Den vanligste måten i dag å behandle overvekt og fedme på er gjennom kostholdsveiledning for å fremme et sunnere kostholdsvaner, og ved å øke aktivitetsnivået (Folkehelseinstituttet, 2010). Tidligere forskning har vist at livsstilsendring som forebyggende strategi for overvekt, er utfordrende og krevende. Det er vanskelig å behandle overvekt, men at det til tross for dette er lettere å oppnå endring hos barn enn hos voksne (Flodmark, 2008, Style, 2009). Flodmark viser i sitt arbeid til at det er fortrinnsvis endring av livsstil knyttet til kosthold og aktivitet, med tyngde på økt aktivitetsnivå, som er sentral i behandling av overvekt hos barn. Utfordringen er å utvikle program som er virksomme i forhold til å fremme endring

av livsstil over tid (Flodmark, 2008). I Foldmarks arbeid holdes familien fram som utgangspunkt for endring, og at eierskapet til prosjektet må være i familien, ikke hos behandler.

Forebyggende og helsefremmende arbeid er den mest samfunnsøkonomiske måten å bekjempe overvekt på (Helsedirektoratet, 2010). Den økonomiske kostnadene ved forebygge er lavere en ved behandling av etablerte problem. Også for enkeltindividet er det mer skånsomt å hindre at sykdom manifiserer seg, framfor å behandle en allerede etablert tilstand da sykdom i seg selv er en belastning.

Helsedirektoratet (2010) skriver i sine retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt hos barn og unge (2010) at overvekt og fedme er en av de tilstander som er krevende å behandle for helsevesenet, og for pasienten. Med det som grunn er det viktig å utarbeide gode strategier for forebygging spesielt rettet mot barn og unge som målgruppe (Helsedirektoratet, 2010). Helsedirektoratet viser også til at det foreligger begrenset oppsummert kunnskap om hva som er den mest effektive behandlingen innenfor området barn og overvekt. Den forskning som finnes på området peker i retning av at overvektige barn, eller barn i risikogruppe, har best resultater fra tidlig intervensjon gjennom individuell oppfølging av barnet og familien (Helsedirektoratet, 2010).

Flere internasjonale studier viser til viktigheten av foreldredeltakelse som del av intervensjon i arbeid med barn og overvekt (Golan, 1998, 2006). Golan m. fl har i sine forskningsarbeid (Golan, 2006, 1998, 2001) knyttet til barn og overvekt skrevet om familien som utgangspunkt for endring, med fokus på foreldre som leder av prosessen. Familiebasert behandling er den best etablerte behandlingsformen vi har i dag. I følge disse studiene er foreldre både rollemodeller og autoriteter i forhold til etablering og opprettholdelse av vaner, samtidig som de har mulighet til å initiere endring i kraft av å være en autoritet. Dette styrker viktigheten av foreldrene som aktive deltakende i endringsprosessen for å redusere overvekt hos barn. Mindre fokus på barnet holdes også fram som viktig, med tanke på spiseforstyrrelse og barnets oppleves av stigmatisering av egen person.

Stewart mfl. (2008) har gjennomført en kvalitativ studie av foreldres erfaring med familiebasert livsstilsbehandling av overvektige barn i Skottland. Studien ser på foreldrenes motivasjon og rolle i sammenheng med livsstilsendring og gjennomføringsfasen, som for flere av barna resulterte i bl.a. KMI-nedgang². Informasjon fra foreldrene er samlet inn gjennom dybdeintervju med den av foreldrene som hadde vært sterkest engasjert i endringsprosessen, til sammen 17 foreldre. Denne studien tok utgangspunkt i barn som hadde deltatt i en seks mnd. lang intervensjon for kostholdsendring. Resultater fra studien viste at foreldrenes motivasjon for å gjennomføre endring hang tett sammen med ønsket om å bedre barnets selvfølelse og livskvalitet. Foreldrene ønsket også at behandlingen skulle ha vart lengre enn de seks månedene som intervensjonen varte. Et annet funn i studien var at foreldrene opplevde at de var alene i prosessen med lite støtte i omgivelsene. Slekt utenfor familie ble tidvis opplevd som et hinder for å lykkes med endring, i form av å ikke støtte opp rundt endringsprosessen. Denne studien er sammenliknbar med eget prosjekt i forhold til valg av bakgrunn, metode og deler av utvalgsriterier. Den har også sett på hva som oppleves som viktig for foreldrene under gjennomføring av livsstilsendring for overvektige barn.

I reviewartikkelen av M. Livingstone (2006) basert på litteratur på område er poengterer viktigheten av å belyse *"the factors responsible for success or failure of population obesity programmes"* (Livingstone, 2006:1126), men konkluderer med at det ikke er mulig å si hva som er den beste behandlingen, og at det er behov for mer forskning på området gjennom eks. kvalitative studier.

Hermansen (2010) har gjort en studie i tilknytning til samme pågående studie som eget prosjekt. Studiens overordnede tema er mestring av foreldrerollen og kartlegger fire foreldres erfaringer med å delta på aktivitetsskole, og betydningen av Aktivitetsskolen i Finnmark (Hermansen, 2010). Resultater fra studien viser at gruppefelleskapet hadde positiv innvirkning i form av å forebygge maktesløshet og

² KMI er forkortelse for kroppsmasseindeks: "et mål for vekt i forhold til høyde, og benyttes for vurdering av overvekt og fedme. $KMI = \text{vekt}/\text{høyde}^2$ (kg/m²) (Folkehelseinstituttet). KMI tilpasset barnet kjønn og alder betegnes for ISO KMI.

følelsen av å være alene om livsstilsendringen. Aktivitetskolen økte foreldrenes bevissthet om eget problem og sosiale integrasjon med andre i samme situasjon. Deltakelse bidro til positiv effekt på selvtillit, motivasjon, kreativitet, trygghet, glede og omsorg. Gruppeaktiviteten ble opplevd som styrkende for å etablere vaner knyttet til økt aktivitet.

Hermansens studie er nyttig for eget prosjekt fordi den gir innblikk i hvordan det oppleves av foreldrene å ha et overvektig barn, og deres erfaringer med Aktivitetskolen i Finnmark. Den belyser også hvordan Aktivitetskolens gruppetilbud har bidratt som en positiv aktør når man står ovenfor en endring.

3. Teoretisk forståelsesramme

3.1 Banduras teori om mestringsforventning

Albert Bandura er canadisk psykolog og har vært med på å utvikle sosial kognitiv teori. Sentralt i hans teori står begrepet om mestringsforventning. Hans teori bidrar til forståelse hvordan sosiale og kognitive faktorer påvirker mennesker helse og sykdom, og hvordan mestringsforventning bidrar til å regulere motivasjon, handling og velvære i møte med endring.

”Mestringsforventning kan defineres som folks vurdering av de evner de har til å organisere og utføre de handlinger som kreves for å få gjennomført spesielle typer oppgaver” (Natvig, 1998;54).

Teorien kan bidra til en helhetlig forståelse av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, og møte med endring som regulering av uheldige adferdsvaner (Bandura, 1998). Bandura viser til hvordan manglete bevissthet om hvordan egne livsstil påvirker helsen gir mennesket liten grunn til å ønske å endre uheldige levevaner som de setter pris på i sitt hverdagsliv. Kunnskap om hva som bidrar til god og dårlig helse er derfor en forutsetning for at individet skal se behovet for å gjennomføre endring av egen livsstil. Kunnskap er viktig ikke bare for å lokalisere hva ved egen livsstil som er problematisk, men det er også en forutsetning om at individet besitter kunnskap om hva som vil være utbyttet av å gjennomføre endring. Tiltross for dette er ikke kunnskap alene tilstrekkelig til at det automatisk bidrar til endring. Banduras teori kan av den grunn ses som en kritikk av strategien bak mange helsekampanjer, som bygger på at kunnskap (Knowledge) fører til en endring av holdning (Attitude), som i neste omgang resulterer i adferdsendring (Practice). Kjent som KAP-modellen (Natvig, 1998).

Foruten kunnskap om hva som bidrar positivt for helsen, er det nødvendig at det ligger til grunne en tro på at man har mulighet til å lykkes med endringen, for å igangsette prosessen og holde fast på valget om en helsefremmende livsstil gjennom hindringer og tilbakeslag som man møter underveis. Uansett hva som ligger bak motivasjonen for endring, må tro på at man besitter den makt som skal til for å

oppnå endring være tilstede. Uten at det er tilstede, vil individet ikke oppleve at det finnes en reel mulighet for å velge å gjøre en endring.

Sentralt i Banduras sosial kognitive teori, er mestringsforventning, troen på at man skal lykkes. Troen på å lykkes påvirkes av fire former for innflytelse (Bandura, 1998). Opplevelse av suksess i møte med en utfordring, styrer egen tro på at man skal klare å gjennomføre en endring. Erfaring om at det man gjør virker, underbygger egen tro på at dette skal man lykkes med. I opplevelsen av å ikke oppnå ønsket effekt, har motsatt effekt, og undergraver troen på å lykkes. Negative erfaringer, eksempelvis fra tidligere forsøk, svekker troen på å lykkes.

Den andre formen for påvirkning som styrer egen tro på å lykkes, er å se at andre i samme situasjon har klart det før deg. Dette er styrkende for egen tro, på at også du kan klare det. Det tredje som har innflytelse på en persons tro på å lykkes er støtte og overbevisning utenifra om at de besitter de egenskaper som er nødvendig for å oppnå suksess, og at de er i stand til å klare det. Det bidrar til at individet selv mobiliserer ressurser for å nå de mål som er skissert. Den fjerde faktoren som viker inn i følge Bandura, er individets oppfattning av fysiske og psykiske egenskapers innvirkning på muligheten for å lykkes. Gjennom å redusere stressfaktorer i prosessen, hindre man opplevelsen av et egen helsemessige forutsetninger oppleves som begrensning for å nå de mål som man har satt seg.

Hvorvidt en person opplever å selv være den som har kontroll over egne helsevaner, påvirker utfallet av endringen. En fremmedgjøring av egen rolle som produsent i forhold vaner, vil bidra negativt inn i endringsprosessen, og svekke opplevelsen om at det er en selv som har mulighet til å velge, og til å velge annerledes enn hva man har gjort tidligere om det foreligger opplevelse om at egen adferd ikke fremmer helse. Det er en faktor som påvirker alle faser av personlig endring, fra motivasjon, til troen på å lykkes, gjennomføring av endring, og opprettholdelse av endring over tid og ved tilbakefall.

3.2 Empowerment i forebyggende og helsefremmende arbeid

Forebyggende helsearbeid omfatter både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Sykdomsforebyggende arbeid har forankring i en naturvitenskaplig forståelse av helse, hvor tiltak rettes inn til hensikt å forhindre eller utsette at framtidig sykdom eller hindre at sykdom på ny manifesterer seg og ytterligere utvikler seg i negativ retning (Mæland, 2005). Sykdomsforebyggende arbeid kan drives på både et individ- og samfunnsmessig nivå. Det helsefremmende arbeidet tar ikke utgangspunkt i sykdom, men har til hensikt å bidra til å fremme helse. Dette gjøres gjennom å styrke ressursene for god helse, framfor å fokusere på risikofaktorer. Helsefremmende virksomhet ble første gang tatt i bruk av Verdens Helseorganisasjon i Ottawa Chartret, og ble formulert som

"Helsefremmende arbeid er den prosess som gjør folk i stand til å bedre eller bevare sin helse. For å nå fram til en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære må et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø". (Natvik, 1998;55).

Helsefremmende arbeid er prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse (Mæland, 2005). Arbeidsmetodene i sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid skiller seg noe fra hverandre, da det i det helsefremmende arbeidet legges stor vekt på brukermedvirkning.

Over tid har idégrunnlaget i helsefremmende arbeid gått fra opplysningsarbeid over til empowerment (Sørensen, 2002). Empowerment kan forstås som en prosess hvor enkeltindivider, grupper eller et helt samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer som eksempelvis å endre egen livsstil. Et nærliggende begrep for å forstå individorientert empowerment knyttet til helse er mestring. Gjennom å styrke en persons ressurser kan dette bidra til mestring av hverdagen og gi mulighet for kontroll i eget liv (Askheim, 2007).

I nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt hos barn og unge har Helsedirektoratet anbefalt tiltak i samarbeid mellom kommune og

spesialisthelsetjenesten. Det er valgt å klassifisere tiltaksnivå på bakgrunn av barnets KMI med fire ulike tiltaksnivåer. Kommunehelsetjenesten inngår i helsefremmende arbeidet i kommunen som lavterskeltilbud, og spesialisthelsetjenesten kobles inn når barnets overvektsproblem er etablert, med en anbefalt grense satt til $KMI > 35$. På dette stadiet vil arbeidet ikke lenger kun ha en helsefremmende karakter, men vil være forebyggende for å unngå framtidige helseproblemer relatert til barnets overvektsproblem.

Tabell 1: Tiltaksnivå i forhold til overvekt for kommune og spesialisthelsetjeneste.

Tiltaksnivå	Klassifisering	KMI	Hovedtiltak
1	Normalvekt	$KMI < \text{iso-KMI } 25$	Systemarbeid med fokus på strukturell og individuell helsefremmende og forebyggende virksomhet i kommunen.
2	Overvekt	$KMI \geq \text{iso-KMI } 25$	Som nivå 1 med tillegg av: Individuell kartlegging og veiledning hos helsesøster
3	Fedme	$KMI \geq \text{iso-KMI } 30$	Som nivå 2 med tillegg av: Tverrfaglig samarbeid og ansvarsgruppe. Utredning hos fastlege. Eventuelt henvisning til spesialist.
4	Alvorlig fedme	$KMI \geq \text{iso-KMI } 35$	Som nivå 3 med tillegg av: Henvisning til spesialist.

Inndelingen sier ingenting om detaljer behandlingstilbudet som tilbys barn og deres familier etter henvisning til spesialisthelsetjenesten.

3.3 Sosialisering

Sosialisering er av betydning for hvordan vi utvikles som personer, og hvordan vi formes av kulturelle og samfunnsmessige forhold i våre omgivelser. Sosialiseringsteori er sentralt i oppgavens sammenheng fordi den plasserer individet inn i en større sammenheng, og viser hvordan vi former og formes i en dialektisk sammenheng med våre omgivelser. I forhold til endring av livsstil for å redusere overvekt hos barn, er kunnskap om familien som arena for sosialisering sentral.

Sosialisering av barn kan defineres som:

”prosessen som former barn til både unike individer og medlemmer av et bestemt samfunn og en bestemt kultur. Sosialisering dreier seg om både samfunnsmessig og individuell danning (Frønes, 2006;26).”

Sosialiseringprosessen er forholdet mellom individ og samfunn, mellom struktur og subjekt. Slik former og formes vi som mennesker og samfunn i en kontinuerlig prosess. Vi påvirker og påvirkes av omgivelsene rundt oss, i en gjensidig forutsetning (Beck, 2009). Sosialisering er prosessen der barnet utvikler seg til å bli et unikt individ, samtidig som det blir en del av sine omgivelser; sitt samfunn og sin kultur (Frønes, 2006). De første av barnets leveår lærer det seg å forholde seg til verden gjennom sine foreldre. Små barn søker trygghet og er helt avhengig av sine foreldre eller omsorgspersoner for å mestre livets første leveår. Familien utgjør barnets trygge havn. De første leveår er familien arena for barnets sosialisering i form av primærsosialisering. Barnet lærer verden å kjenne innenfor rammen av familielivet. På tvers av generasjonene er familiene utgangspunktet for å videreføre normer og verdier til barnet. Gjennom rammen av familien etablerer barnet vaner og kulturforståelse som videreføres inn i voksenlivet.

Primærsosialisering har historisk i litteratur blitt holdt fram som den viktigste sosialiseringformen i barneårene (Frønes, 2011). Barn lærer ikke bare av sine foreldre. I dagens samfunn bruker barn svært mye av sin tid sammen med andre jevnaldrende. De første leveårene er familien den sentrale sosialiseringarena, men etter hvert som barnet vokser til vil det rette seg ut fra familien, og formes av ytre omgivelser i form av både institusjoner som skole, barnehage, idrettslag og medier. I dagens samfunn opplever barn økende grad av institusjonssosialisering (Frønes, 2011). Med institusjonalisering menes det at barn bruker mer av sin tid gjennom oppveksten utenfor familien, i institusjoner som barnehage, skole og organisasjonsliv. I institusjoner er barnet sammen med andre barn og opplever jevnaldersosialisering. Jevnaldersosialisering har i eldre sosialiseringsteori blitt forstått som sekundærsosialisering, hvor familiens rolle i primærsosialiseringen har blitt ansett som den sentrale formen for sosialisering av barnet.

I moderne teorier styrkes betydningen av jevnalderssosialisering i barnets liv. I større grad enn tidligere vektlegges viktigheten av tilhørighet i barnegruppefelleskapet. Barn-barn sosialiseringen skiller seg fra sosialisering voksne-barn i form av gjensidig involvering barn i mellom, mens i barn-voksen relasjon etterstreber barnet å tilpasse seg den voksne. Gjensidigheten i forholdet mellom barn kjennetegner vennsapsrelasjonen som preges av likeverdighet, nærhet og felleskap. Dette kan ikke gjenskapes i relasjonen mellom voksne og barn.

Frønes skriver i sin bok om ulikheter knyttet til barn/barn relasjonen, versus barn/voksen relasjonen (Frønes, 2006). Ulikheter i sosialisering mellom voksne/barn og barn/barn styrker betydningen av at barn får mulighet til sosialisering gjennom begge relasjonsformene.

Tabellen under viser hvordan sosialisering mellom barn, er ulik fra sosialisering mellom voksne og barn, og illustrerer hvorfor det er viktig med begge formene for sosialiseringsprosesser.

Tabell 2: Sosialisering i relasjon mellom barn/barn, og voksen/barn.

Barn/barn relasjon	Foreldre/barn relasjon
Kommunikativt komplekse	Kommunikativt enkle
Tvetydige, mangetydige	Entydige
Relasjoner må oppnås	Relasjoner er tilskrevet
Likeverd, fundamental -likhet i posisjon	Ulikeverd, fundamental -ulikhet i posisjon
Likhet i situasjon	Ulikhet i situasjon
Likhet i utviklingsnivå	Ulikhet i utviklingsnivå
Opplevelse av likhet	Opplevelse av ulikhet
Arena for sammenligning og diskusjon	Arena for tilpassning og instruksjon
Kulturell produksjon	Kulturell reproduksjon

Styrking av betydningen for jevnalderssosialisering svekker ikke familien og foreldrenes rolle i forhold til sosialisering av barnet i oppveksten, men fyller ulike funksjoner i sosialiseringprosessen.

Barn som av ulike grunner faller utenfor dette fellesskapet mister en viktig arena for sosialisering i forhold til sine jevnaldrende. Et sammensatt årsaksbilde kan være grunnen til ekskludering. I litteratur løftes kriminalitet og rusbruk fram som risikofaktorer sammen med fattigdom og barn utsatt for overgrep og omsorgssvikt. Også andre faktorer kan representerer risiko for ekskludering fra sosialisering med andre barn. Funksjonshemming av ulik karakter kan være en slik faktor. Fysiske muligheter har innvirkning på sosiale muligheter. Barn og unge med funksjonshemming kan oppleve å ikke få like muligheter til å oppnå sosial og kulturell erfaringer sammenlignet med andre barn (Frønes 2011). For overvektige barn hvor overvekten er et hinder for å delta sammen med andre i eksempelvis fysisk aktivitet i form av lek og idrett, kan barnet oppleve manglende tilhørighet i et fellesskap med andre barn. At overvekt også gjør at barnet i økt grad enn normalvektige barn er utsatt for mobbing øker overvektige barns sjanse_for å oppleve manglende tilhørighet. Mobbing kan defineres slik:

”En person er mobbet eller plaget når han eller hun, gjentatte ganger og over tid, er utsatt for negative handlinger fra en eller flere andre personer.” (Frønes, 1991;68)

Mobbing forekommer i både direkte og indirekte form. Fra åpne angrep fysisk eller verbalt på den som blir mobbet, til sosial isolering og utestenging fra

gruppefelleskap. For barn og unge er det viktig å inngå i et sosialt barnefelleskap for å føle tilhørighet og oppnå sosialisering sammen med andre barn. Tidligere forskning (Gray, 2009) har vist at overvektige barn og unge er mer utsatt for mobbing enn normalvektige barn.

”Vektrelatert sosial stigmatisering manifesteres som stereotypier og fordommer som kan komme til uttrykk både direkte og indirekte. I en studie av 8210 barn rapporterer 36 % av de overvektige guttene og 34 % av de overvektige jentene at de blir utsatt for vektrelatert erting og mobbing . Den stigmatisering overvektige barn og unge utsettes for fra venner, foreldre, lærere og andre har store psykologiske, sosiale og helserelevante konsekvenser for den enkelte.” (Helsedirektoratet, 2010;25)

Flere studier har vist sammenheng mellom overvekt og mobbing (Gray, 2009, Fox, 2008). Gray viser i sitt forskningsarbeid at overvekten i seg selv ikke er den direkte årsaken til mobbing, men at overvektsproblematikk påvirker barnets selvbilde negativt, og som av den grunn gjør barnet mer utsatt for mobbing (Gray, 2009). Overvekt vil i lys av det være en indirekte årsak til økt mobbeproblematikk for overvektige barn. Negativ tilbakemelding fra omgivelser er med på å forme eget selvbilde, og bidra til negativ vurdering av seg selv (Fox, 2009).

I sosiologisk teori betegnes sosialiseringsrisiko som en prosess, et barns gradvise bevegelse i retning av en ekskludert posisjon (Frønes, 2011). I dagens kunnskapssamfunn har muligheten for å lykkes ofte blitt sett i sammenheng med eksempelvis foreldres utdanningsnivå og inntekt. I forhold til risiko knyttet til sosialisering vektlegges konsekvenser av individuelle og personlige forhold, og ikke bare sosial forhold som kan gå i arv.

3.4 Familien som utgangspunkt for endring

I møte med overvektsproblematikk hos barn får foreldre og familie en sentral rolle i håndtering av problemet og iverksetting og oppfølging av tiltak rettet mot overvektsproblemet. Forskning viser at intervensjoner for å redusere overvekt hos barn har bedre effekt om den inkluderer familien, enn om endringsprosessen kun omfatter barnet (Golan, 2001). Det ligger i barnets natur å være underlagt omsorg av

en eller flere voksne innenfor rammen av familien som omsorgsinstitusjon. Familien har i de fleste kulturer tatt hånd om omsorgsoppgaven for barn gjennom alle tider.

Familien som institusjon har endret seg over tid. På slutten av 1800- og 1900-tallet har familiesammensetningen endret seg fra store familier, med flere generasjoner og mange barn, til en familiemodell mer lik den vi har i dag, bestående av kun foreldre og barn. Familiesammensetningen påvirker omsorgsansvaret ovenfor barna også i dag. Familiens rolle har gått fra å være et arbeidsfelleskap, til å i større grad være preget av gjensidig forpliktende følelsesmessige forhold. (Giddens, 1995) Familien som institusjon er utsatt for store samfunnsendringer, men er samtidig bærer av gamle verdier. Giddens strukturteori baserer seg på strukturens dualitet mellom samfunnsmessige forhold og menneskelig handling. Mennesket blir skapt og formet av samfunnsmessige strukturer, samtidig som de også er med på å skape og opprettholde disse strukturene (Dale, 1993).

Strukturer, forstått som regler og ressurser inngår i all sosial interaksjon. Med utgangspunkt i Giddens strukturteori forstår jeg at man som sosialt individ påvirker, og påvirkes av, omgivelsene rundt seg. Slik kan eksempelvis normer, ideer og vaner produsere og reprodusere i et dialektisk forhold til omgivelsene. Det betyr at foreldrenes adferdsmønster i stor grad påvirker den adferd i forhold til kosthold og aktivitetsvaner som barnet adopterer som sine egne.

Forskning har vist viktighet av familien som utgangspunkt for endring i møte med livsstilsendrende behandling av overvekt hos barn (Golan, 2001). Endringsprosesser har vist seg å være mer effektive når endringen utgår fra familien, hvor foreldrene står fram som rollemodeller - framfor intervensjoner som omfatter kun barnet. Små barn alene kan aldri selv beslutte og gjennomføre endring av egen livsstil, og er avhengig av at voksne omsorgspersoner tar avgjørelser om endring, og gjennomføring av endringsprosessen.

3.5 Foreldrerolle

Familien er den primære arena for oppdragelse av barn, og oppdragelse er et praktisk virke bestående av formidling av reflekterte og ureflekterte ideer og intensjoner fra

foreldre til barnet. Gjennom foreldre formidles og levendegjøres kulturens og samfunnets verdier, normer og roller (Evenshaug & Hallen, 1997). Foreldrerollen har over tid vært preget av ulike idealer, og har endret og utviklet seg. Fra autoritære og religiøse prinsipper for oppdragelsesfilosofi som historisk har hatt en dominerende plass, til en veiledende rolle hvor de voksne gir barna impulser og en hjelpende hånd, men ellers lar barnet utvikle seg fritt uten stor grad av foreldreinnblanding (Frønes, 2004).

Barn er ikke i stand til å ta egne valg på alle livets arenaer, og er underlagt foreldrenes bestemmelse. Det er foreldre som har ansvar for å ta nødvendige valg for barnet, til barnet selv er i stand til å gjøre dette (Evenshaug & Hallen, 1997). Rollen mellom foreldre og barn har endret seg mye i etterkrigstiden. Den moderne foreldrerollen har barnet i sentrum, ikke i periferien som tidligere. Barnet blir hørt, og familien blir sammen enig om hvordan de ønsker at ting skal være. Skille mellom barn og voksen er redusert, og barnet er en medbestemmende part i familien. Gjennom avtaler forplikter familien seg ovenfor hverandre. Denne formen for foreldrerolle kalles i litteratur for forhandlingsfamilien (Frønes, 2011). Foreldrenes autoritet er knyttet til kunnskap, og betegnes som en demokratisk autoritet uten at foreldrene er autoritære i sin utøvelse av foreldrerollen (Frønes, 2011).

Barn og voksne kan ikke være like, og likeverd må ikke forveksles med likhet. Som mennesker er barn og voksne like mye verdt - uten av de av den grunn blir likestilte (Solsvik, 2004). I oppdragelse av barn er grensesetting et aktuelt tema. Gjennom grensesetting kan foreldre regulere uønsket adferd, og sette grenser som tar hensyn til barnet og omgivelsenes behov. Foreldre kan på den måten være både rollemodeller og en autoritet ovenfor sine barn (Golan, 2001). Muligheten for å gjennomføre livsstilsendring rettet mot overvekt hos barnet forutsetter at barnet selv er enig i endringsprosessen, eller at foreldrene er i stand til å gjennomføre endringen mot barnets vilje. Endring mot barnets vilje kan danne grunnlag for konflikt innad i familien, og i forhold til familien og omgivelsene. Hvordan konflikten håndteres kan bli avgjørende for utfallet.

3.6 Vaner

Vaner er repeterende handlingsmønstre i hverdagslivet. Mange av våre vaner har blitt etablert i barndommen og videreføres og utvikles i voksenlivet. Familien, og foreldre spesielt har en sentral rolle i etableringen av vaner hos barn og unge. Dette fordi foreldrene direkte har mulighet til å bestemme barnets fysiske og sosiale miljø, og indirekte påvirke barnet gjennom oppførsel, og videreføre og etablere vaner og holdninger gjennom sosialisering i familien. Vaner er viktig fordi de danner grunnlag for bevisste og ubevisste valg som får innvirkning på hvordan vi lever våre liv. Vaner kjennetegnes ved at det er handlinger som preges av gjentakelse, handlinger som gjøres delvis ureflektert basert på automatikk, og at vaner har en viktig rolle i etablering av en stabil kontekst av gjenkjennelse (Orbell, 2010). Dette medfører at etablerte vaner får stor innvirkning på hverdagslivet, og oppfattes kun delvis som frie valg. Vaner får stor makt ovenfor de valg man opplever å stå ovenfor, og kan bidra til fremmedgjøring av en selv som produsent av egen vaner.

Vaner er av den grunn vanskelig å endre når de først er etablert. Det gjentakende elementet ved noen typer adferd som er helseskadelig, eksempelvis røyking, som preger automatiserte vaner utsetter individet for hyppig eksponering og fare for å utvikle helseproblemer relatert til dette.

4. Metode

4.1 Metodisk tilnærming

Med utgangspunkt i problemstillingen er kvalitativ metode, i form av kvalitative semistrukturerte forskningsintervju, benyttet for innsamling av datamateriale. Bakgrunnen for valg av metode er ønsket om å få kunnskap om informantens erfaringer med livsstilsendring i familien generelt, og for barnet spesielt. Semistrukturerte intervju gjennomføres på bakgrunn av en intervjuguide som omfatter tema, og forslag inneholder forslag til spørsmål (Kvale, 2009). Gjennom åpne spørsmål med fokus på tema i forskningsintervju er målet å innhente kunnskap som kan benyttes for å belyse og besvare egen problemstilling (Kvale, 2009).

Gjennom bruk av kvalitativ metode og forskningsintervju benyttes samtalen som utgangspunkt for å tilegne seg kunnskap om den andres opplevelse og erfaringer innenfor en faglig ramme. Gjennom interaksjon mellom intervjuer og informant i det kvalitative forskningsintervjuet er hensikten å produsere kunnskap i en vid betydning (Kvale, 2009). Samtalen er grunnleggende for samspillet mennesker i mellom. Gjennom samtalen gjør vi oss forstått, og forstår den andre. Slik kan vi lære andre og oss selv å kjenne. Gjennom samtalen får til tilgang til den andres tanker, som ikke er tilgjengelig på annen måte.

Mitt vitenskapssyn i arbeidet med eget prosjekt bygger på en hermeneutisk forståelse av fortolkningslære, og vilkår for dette. Hermeneutikken bidrar med kunnskap om hvordan forstå det vi forstår (Thornquist, 2003). Forståelse ligger til grunn for at vi oppfatter noe som vi gjør i møte med alle inntrykk vi stilles ovenfor, men har sin opprinnelse i fortolkning av skriftlig materiale. Meningsfortolkning skjer i en kontinuerlig frem- og tilbake prosess, mellom de enkelte deler og helheten i materialet (Kvale, 2009). Dette åpner for ny og dypere forståelse gjennom dialog med eget tekstmateriale. Fortolkningsprosessen pågår gjennom hele arbeidet med oppgaven i en hermeneutisk spiral. I en hermeneutisk forståelse søkes det ikke å komme fram til en objektiv mening (Thornquist, 2003). Som forsker påvirker egen forforståelse – mine fordommer- hva jeg ser, og hva jeg ikke ser. Gjennom fortolkning av den andres meninger, forståelse, og handling som uttrykkes gjennom

samtalen, er mitt ønske å tilegne meg kunnskap om foreldrenes erfaringer i arbeidet med å endre livsstil.

4.2 Utvalg

Forskerrollen har historisk hatt et ideal basert på at forskeren nærmet seg feltet som en fremmed. Dette er en posisjon som er vanskelig å oppnå når forskningen gjøres i nære omgivelser. Paulgaard skriver om forskerposisjonens skille mellom ”fremmed” og ”kjent”, ”borte” og ”hjemme”. Hvordan det på hver sin måte åpner og stenger for innsyn.

”En som kommer innenfra, vil ha problemer å oppnå analytisk distanse, mens en som kommer utenfra, vil ha problemer med å komme innenfor hva forståelse angår.” (Paulgaard, 1997; 71).

Mitt forskningsarbeid er gjort på informantenes hjemmebane, av deres erfaringer knyttet til endring av livsstil i en families hverdag. Forskningsarbeidet er ikke gjort i tilknytning til eget fagfelt, men det oppleves av meg likevel en fortrolighet med informantene i forhold til en forståelse av hvordan et travelt hverdagsliv med barn kan fortone seg innenfor rammen av en familie. Likevel deler jeg ikke informantens erfaringer, og er således på bortebane i forhold til å besvare oppgavens problemstilling.

4.3 Utvalgskriterier

Utvalgskriterier til eget prosjekt var følgende:

- Foreldre til barn med overvektspromblematikk, som har gjennomført livsstilsendring med ønsket om å redusere barnets overvektspromblem.
- Foreldre til barn som allerede er med i studien Aktivitetskolen i Finnmark.
- Foreldre til barn som har redusert eller stagnert sin KMI på 1. Års kontroll etter oppstart hos Aktivitetskolen i Finnmark.
- Foreldre til barn i alderen 6-10 år. Både gutter og jenter.

For å besvare problemstillingen ønsket jeg snakke med foreldre til overvektige barn som har gjennomført livsstilsendring i egen familie, for å redusere barnets overvektspromblem. Alle foreldrene er rekruttert fra studien Aktivitetskolen i Finnmark, som er et behandlingstilbud til familier med overvektige barn.

Jeg har i denne sammenhengen valgt å benytte KMI-reduksjon eller –stagnasjon hos barnet på et års kontroll etter oppstart hos Aktivitetskolen som mål på at endringsprosessen har vært positiv i ønsket retning.

Bakgrunn for å inkludere barnets alder i prosjektets utvalgskriterier er for å sikre at foreldrene har så god oversikt over barnets adferdsvaner som mulig, ettersom små barn i større grad enn eldre er underlagt omsorg og bestemmelse fra foresatte. Valget for å snakke med foreldre til barn som hadde positiv KMI-utvikling et år etter oppstart, er for at foreldrene skal ha fått mulighet til å erfare et lengre perspektiv av en positiv endringsprosess.

Etter at intervjuene var gjennomført har jeg måtte endre utvalgskriteriene, da et av barna var eldre ved oppstart i Aktivitetskolen enn det som var satt i de opprinnelige utvalgskriteriene. Barnets alder var ikke kjent for meg før intervjuet var gjennomført, da mine informanter var foreldrene og barnets identitet ikke kjent for meg. I etterkant har ikke barnets alder vist seg å være av så stor betydning, så lenge foreldrene hadde god oversikt over endringsprosessen og hadde den ledende rollen i gjennomføringen. Noe jeg opplever at mor hadde i denne situasjonen. Jeg har ikke valgt å behandle

intervjuet annerledes, eller endre noe på prosjektet, i lys av at inklusjonskriteriene ble justert.

4.4 Rekruttering

Informanter til eget prosjekt ble rekruttert fra studien Aktivitetskolen i Finnmark gjennom et strategisk utvalg. I samarbeid med Aktivitetskolens administrasjon har de bestått med praktisk hjelp i rekrutterings prosessen. Med bakgrunn i Aktivitetskolens datamateriale fra 1. Års kontroller på alle barn som inngår i deres studie, ble det sendt ut brev til de foreldre til barn som fylte utvalgskriteriene. Informasjonsbrev om eget prosjekt og samtykkeerklæring ble sendt fra administrasjonen i Aktivitetskolen i Finnmark, og identitet hos informantene var ukjent for meg til samtykkeerklæring var returnert. Om flere informanter en det eget prosjekt var dimensjonert for returnerte samtykkeerklæring, ville utvalget bestå av de fire første returnerte svarbrev. Dette framgikk av informasjonsbrev, og var kjent for informantene i forkant av samtykke til deltakelse.

4.5 Aktivitetskolen i Finnmark

Informanter i eget prosjekt er rekruttert fra Aktivitetskolen i Finnmark. Egen prosjekt er ikke en evaluering av Aktivitetskolen i Finnmark, men gjennom informantenes fortellinger har Aktivitetskolen en sentral plass i endringsprosessen, og kjennskap til Aktivitetskolens intervensjonsprogram en forutsetning.

Aktivitetskolen i Finnmark er en pågående randomisert studie og er et behandlings tilbud til familier med overvektige barn i alderen seks til tolv år. Tilbudet består av tverrfaglig praktisk og teoretisk veiledning av barna og deres familier med vekt på fysisk aktivitet og sunt kosthold med oppfølging gjennom tre år (Kokkvoll, 2006).

Formålet med Aktivitetskolens studie er å få økt kunnskap og hvilke metoder som er mest effektive i forhold til behandling av overvekt hos barn. Bakgrunn for studien var at overvekt blant barn er et økende problem, og at dagens tilbud til barn og deres foreldre som slet med overvekt opplevdes som ikke tilstrekkelig.

Studien er dimensjonert for å omfatte 100 barn og deres familier, med tverrfaglig behandling og oppfølging av hver familie over en tidsperiode på tre år. Studien er et forpliktende samarbeid mellom spesialist og kommunehelsetjenesten i hver enkelt kommune.

Aktivitetsskolen i Finnmark er en randomisert studie hvor deltakerne fordeles tilfeldig til to ulike behandlingstilbud. Både foreldre og barn inngår i studien, og følges opp vekselvis av helsesøster i kommunen og lege/sykepleier ved barneavdelingen i Hammerfest, som også er tilknyttet prosjektet.

Barna som deltar i studiens **kontrollgruppe** tilbys individuell oppfølging tilsvarende det som representerer dagens tilbud til overvektige barn og deres foreldre. Det består av konsultasjon hos barnelege, veiledning og individuell oppfølging hos helsesøster i hjemkommune og på poliklinikk ved barneavdelingen på Hammerfest sykehus, inkludert samtale med ernæringsfysiolog.

Barna som deltar i studienes **intervensjonsgruppe** tilbys gruppebehandling med et lokalt aktivitetstilbud to ganger i uken i tillegg til konsultasjon hos barnelege, samtale med ernæringsfysiolog, praktisk og teoretisk veiledning og gruppevis oppfølging på helsestasjon i hjemkommune og på poliklinikk. I tillegg inngår det en ukes friluftsskole sammen med de andre foreldrene og barna som også følges opp gruppevis i familiens hjemkommune.

4.6 Intervju

I forkant av datainnsamling til eget prosjekt, valgte jeg gjennomførte et prøveintervju. Hensikten med det var å teste ut intervjusituasjon og intervjuguide for å få kunnskap om hva som fungerte, og hva som ikke fungerte for å styrke det metodiske grunnlaget i oppgaven. Informasjonen fra prøveintervjuet inngår ikke oppgaven, utover det metodiske. Informanten i prøveintervjuet var representativ i forhold problemstilling og utvalgsriterier, og kunne av den grunn bidra i forhold til hvordan intervjusituasjonen og spørsmålene fungerte. Min erfaring i etterkant av

dette intervjuet var at intervjuguide/spørsmål ikke fungerte slik de var tiltenkt. Spørsmålsstilling var i for stor grad lukket, og åpnet ikke for informantens fortellinger. Min erfaring fra prøveintervjuet var også at det ikke fungerte å bruke begreper som ligger fjernt fra dagligtale, som eksempelvis mestring og ressurser.

Jeg gjennomførte semistrukturerte forskningsintervju basert på intervjuguide som var utarbeidet i forkant. Intervjuguide hadde til hensikt å være veiledende for tema under de intervjuene. Semistrukturerte intervju benyttes gjerne der forskeren har et bestemt sett av spørsmål som ønskes å få belyst (Polit, 2008).

Tabell 3: Intervjuguide.

Kan du si noe om hva du generelt tenker at det å lykkes betyr for deg?
Kan du fortelle litt om hvilken motivasjon hadde dere for å gjennomføre livsstilsendring?
Kan du fortelle litt om egen tro på at dere skulle lykkes med endring i forkant av prosjektet?
Hvem sitt prosjekt var livsstilsendringen?
Hadde dere forsøkt å gjøre endringer før dere ble med i prosjektet?
Kan du fortelle litt praktisk om hvilke endringer har dere gjort tidligere i forhold til å redusere overvekt?
Hvilken rolle har de ulike hatt i endringsprosessen?
Kan du fortelle litt om hva som er motivasjonen for å opprettholde endringen?
Kan du fortelle litt om hvilken betydning vektreduksjon eller stagnasjon har?
Var der noe som ble bedre, selv om resultat i forhold til vektreduksjon/stagnasjon uteble?
Hvilken hjelp har du opplevd som positivt for å lykkes/oppnå endring?
I hvor stor grad føler du at dere har lykkes/har dere lykkes med endring?
Hva skulle vært annerledes for at du skulle ha følt at endringsprosessen var vellykket?
Hva er det langsiktige målet for endringen?

Alle fire intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene. I forespørselen om deltakelse kunne informantene velge om de ville at intervjuet skulle være hjemme

hos den enkelte, eller om de ønsket å komme til et sted ordnet av intervjuer. Alle informantene valgte å gjennomføre intervjuet hjemme. At intervjuene ble gjort på informantens hjemmebane, som er et kjent miljø, ser jeg som en styrke for informanten til å oppleve situasjonen som trygg. Jeg som forsker kommer inn på deres kjente arena og ikke motsatt. Før båndopptaker ble skrudd på valgte jeg å informere alle foreldrene om intervjuet med informasjon hentet fra brevet som i forkant var sendt til alle informantene. Her var også min bakgrunn som forsker beskrevet. Samtykkeerklæring ble signert i forkant av oppstart, i de tilfeller hvor dette ikke allerede var gjort. Jeg opplevde at dette var med på å skape en intervjusetting preget av tillit, og som gjorde det naturlig å gå videre i intervjusettingen til gjennomføring av selve intervjuet.

Under intervjuene var det kun intervjuer og informant tilstede i rommet hvor opptak ble gjort. Dette var på forhånd opplyst til informant som et ønske, for å unngå dårlig akustisk kvalitet på opptak og forstyrrelser som kunne distrahere informanten. Intervjuet tok utgangspunktet i en intervjuguide som ikke var kjent for informant, basert på åpne spørsmål knyttet til tema. I de tilfeller hvor informanten naturlig kom inn på tema fra intervjuguide, ble ikke alle spørsmål stilt direkte i alle fire intervjuene. Det var variasjon på intervjuene i forhold til informantens grad av å snakke fritt, og rikholdig beskrive egne erfaringer.

I etterkant av intervjuet snakket informant og jeg som forsker litt generelt rundt tema, før intervjusituasjon ble avsluttet ved at foreldrene ble takket for sin velvilje til deltakelse, og at jeg ønsket de lykke til videre med sitt endringsarbeid.

4.7 Ethiske overveielser

I forkant av prosjektoppstart var det søkt godkjenning for gjennomføring hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektet er godkjent av REK og gjennomført i tråd med deres retningslinjer og de rammer som ligger til grunn for deres godkjennelse.

Deltakelsen er basert på frivillighet, og gjennomføring var i tråd med foreldrenes ønsker for sted og tid. Dette for at belastningen ved å la seg intervjuet skulle bli så

liten som mulig. Likevel vil det for den enkelte deltaker kunne oppleves som tidkrevende i en travel hverdag. På den andre siden kan eget prosjekt sees på som en mulighet for at den enkelte foreldre til å få delt sine erfaringer fra familiens endringsprosess, som kan styrke opplevelsen av å bli sett og tatt på alvor i forhold til deres kompetanse og erfaringer på område. I forkant av intervjuet hadde alle informantene mottatt samtykkeerklæring og beskrivelse av prosjektet, men jeg valgte likevel å gjenta disse før intervjuet for å forsikre meg at alle hadde oppfattet studiens formål, og frivillighet knyttet til deltakelse. Alle informantene ble informert om at de til en hver tid hadde mulighet for å trekke tilbake sin deltakelse, uten å måtte gi en begrunnelse og at dette ikke ville medføre noen form for negative konsekvenser.

Overvekt hos eget barn kan være et sårt tema som kan oppleves ubehagelig å snakke om. Jeg valgte av den grunn å gjennomføre et prøveintervju i forkant av oppstart med en forelder som var representativ i forhold til utvalgsriterier, med den hensikt å få tilbakemelding på spørsmålsstilling knyttet til opplevelse av ordvalg og formuleringer.

Ettersom informantene er informert fra en allerede selektert gruppe er dette med på å bidra til å øke gjenkjenneligheten. Jeg har i mine etiske overveielser derfor valgt å kun kort presentere informantene for å bevare deres anonymitet.

4.8 Studiens troverdighet og overførbarhet

Gjennom kondensering og analyseprosess (tabell 2 og 3), inviteres leseren til å følge gangen gjennom oppgaven som har til hensikt å styrke oppgavens troverdighet.

Prosjektets gyldighet og overførbarhet kan likevel begrenses av antall informanter i den forstand at fenomenmetning ikke er påvist. Selvseleksjon kan også redusere overførbarhet i den forstand at funnene ikke er gyldige for andre foreldre i Aktivitetsskolen som ikke var så opptatte av å fortelle sin historie.

Under intervjuene valgte jeg å etterprøve egen forståelse mot informantens opplevelse slik de formidlet den. Dette gjorde jeg ved å oppsummere etter hvert spørsmål med ”forstår jeg deg riktig at det du sier er at..” og redegjorde for hva jeg hadde forstått at foreldrene snakket om. På denne måten kunne informantene

korrigere innholdet umiddelbart om det var oppstått misforståelse knyttet til meningsinnhold. Dette kan bidra til å styrke resultatenes pålitelighet og troverdighet.

4.9 Framgangsmåte for plassering i forhold til tidligere forskning

Jeg har gjennom søk i databasene, PubMed og SveMed og Eric etter tidligere forskning på området for å nyttegjøre meg tidligere kunnskap og plassere eget arbeid med et ønske om å produsere ny kunnskap. Jeg har benyttet søkeord relevant for tema. Jeg har også benyttet sekundærlitteratur fra relevante forskningsartikler for på den måten undersøke hva som er gjort tidligere. Etter gjennomgang av artiklenes sammendrag velger jeg å redegjøre forskning som kan benyttes for å belyse mitt tema generelt, og mitt forskningsspørsmål spesielt.

4.10 Analyse av datamaterialet

Transkribering av intervju ble gjort fortløpende i etterkant av gjennomføring, i etterkant av hvert enkelt intervju. Gjennom transkribering av intervju fra lydfiler, ble materiale fiksert til tekstform med hensikt å gjøre en videre analyse. (Kvale, 2009) Høy akustisk kvalitet på lydfilene gjorde at det med unntak av et enkelt tilfelle var uproblematisk å høre hva som ble sagt på opptakene. Intervjuene var blitt gjennomført med lite bakgrunnsstøy, og med kun informant og intervjuer tilstede i rommet.

Jeg valgte å selv gjøre transkriberingen for på den måten å bli bedre kjent med materialet. At intervjuene ble transkribert rett i etterkant av gjennomføring, var at egen forståelse av hva som blir sagt skulle tidsmessig ligge nært opptak for å bedre kunne rekontekstualisere intervjusettingen i overføringen til skriftlig form. Teksten ble transkribert i sin helhet, og avbrudd i intervjuet er markert i parentes. Følelsesmessige uttrykk som eksempelvis latter er merket i teksten, i de tilfeller hvor det forekom (Kvale, 2009). Jeg har valgt å utelate intervjuers bekreftende lyder fra transkripsjonen i form av <aaa> og <uuumm>. Dette for at det ikke medførte at informantene stoppet sine fortellinger, slik at det skriftlige materiale skulle bli mer sammenhengende, og framstår med likhet til opptaket. Intervjuene er ikke skrevet

på informantenes dialekt, med unntak av enkelte begrep som ikke er å finne i norsk skriftspråk.

4.11 Analyse

Når alle intervjuene var transkribert framsto de som et samlet tekstmateriale på 120 sider. Jeg har valgt å analysere intervjuene med fokus på informantens fortellinger ved å benytte meg av meningskondensering for å kunne identifisere meningsbærende enheter i tekstmateriale (Kvale, 2009). Gjennom meningskondensering av informantenes utsagn har jeg kommet fram til seks tema. Jeg har latt meg inspirere av Granheim og Lundemans (Granheim, 2004) og har analysert mitt intervjumateriale ved å lokalisere meningsbærende enheter, som er kondensert og gitt en kode. Jeg valgte å begynne analysen uten koder som var utviklet i forveien, og har utviklet koder ved å lese materialet. Metoden beskrives i litteratur som datastyrt kodingsmetode (Kvale, 2009).

Under vises eksempel på kondensering hentet fra intervju på hvordan jeg har gått fram i arbeidet med tekstkondenseringen. Oversikten viser i første kolonne teksten slik den framstår ordrett i det transkriberte materialet. Kolonne nummer to er kondenserte enheter. Kolonne nr tre er min koding av meningsbærende enheter, og kolonne fire er overordnede tema for foreldrenes fortellinger.

Tabell 4: Eksempel på kondensering av intervju med mamma til jente på 9 år.

I: På det med mat?			
<p>M: På det med mat, og godteri og slik. Ikke for det, jeg har alltid vært veldig nøye med at de ikke skal spise godteri mer en gang i uken, utensom slike fest og sånn. Men nå er det mye mindre en før. Og det godtar hun. Og liksom, hun passer på selv også. At når hun er i bursdag, at hun ikke spiser altfor mye kake, og sånn hær. Og hun vet jo når jeg henter henne at jeg spør ”hva har dere spist i dag?” ”Hva fikk dere i bursdag?” Jaja. Så hun er nok bevist på det selv også. Og jeg tror hun selv også, egentlig har hun før vært, hun har aldri vært slik at hun har hatt kompleksser ved det. Jeg ser når vi svarte på alle skjemaene, hun svarte at hun har ikke et ønske om å være annerledes en hun er. Hun har ikke blitt mobbet for det hær. Hun var egentlig veldig fornøyd med seg selv før. Så det har egentlig ikke vært...</p>	<p>Barnet er flink til å passe på hva hun spiser av mat og godteri. Mor har alltid vært nøye med å kun spise godteri en gang i uka, utenom når det er fest. Men nå er det mindre en før.</p> <p>Barnet passer på hva hun spiser selv. Når hun er i bursdag passer hun på å ikke spise for mye kake.</p> <p>Mor spør alltid barnet hva hun spise i bursdag. Barnet passer på hva hun spiser.</p> <p>Barnet har aldri hatt kompleksser. Svarte at hun ikke hadde ønske om å være annerledes når de fylte ut skjema.</p> <p>Barnet har ikke blitt mobbet for overvekten. Hun er fornøyd med seg selv, det har hun alltid vært.</p>	<p>Barnets kosthold: flink til å passe på hva hun spiser.</p> <p>Godteri: kun en gang i uka som tidligere, men nå mindre mengder.</p> <p>Barnets kostholds: passer selv på hva hun spiser, og at hun ikke spiser for mye Nei-mat</p> <p>Rolle i prosjektet: mor og barnet passer begge på hva de spiser.</p> <p>Barnet har aldri hatt kompleksser, er fornøyd med seg selv.</p> <p>Ikke mobbet for overvekten, fornøyd med seg selv.</p>	<p>Barnets kosthold</p> <p>Kosthold: godteri</p> <p>Barnets kosthold</p> <p>Eierskap til prosjektet</p> <p>Barnets selvbilde</p> <p>Barnets selvbilde: Mobbing</p>

Jeg har benyttet meningsfortetning for å forkorte informantenes fortellinger, hvor innholdet i teksten gjenfortelles med færre ord uten at det har til hensikt å miste sitt budskap.

For å få en oversiktelig framstilling av kodene og de kondenserte enhetene fra intervjuene, valgte jeg å sette dette inn i et system. Ved å samle kondenserte enheter fra alle intervjuene som hadde fått samme kode ble det for meg tydeligere å se hva informantene *samlet* hadde brakt fram under intervjusettingen. Dette er også gjort for at leseren bedre kan følge analyseprosessen. På bakgrunn av denne systematiseringen valgte jeg å lage seks tema for framstilling av det analyserte tekstmaterialet.

Under vises eksempel på systematisering av kondenserte enheter fra intervju med mamma til jente på ni år fra temaet ”å lykkes”.

Tabell 5: Eksempel på systematisering av koder fra intervju med mamma til jente på 13 år.

Kondensering	Tema	Kode	Henvisning
Mor mener der å lykkes er å gå ned i vekt og bli sunnere	Å lykkes	Hva vil det si	MJ13;1
Vellykket livsstilsendring er å trene og spise sunnere mat	Å lykkes	Hva vil det si	MJ13;1
Å lykkes vil si å oppnå endring av kosthold og aktivitetsvaner på en ordentlig måte	Å lykkes	Hva vil det si	MJ13;1
Usikker på om de ville lykkes før oppstart	Å lykkes	Tro på å lykkes	MJ13;3
Økt tro på å lykkes etter møte med aktivitetskolen	Å lykkes	Tro på å lykkes	MJ13;3
Mor var i forkant av prosjektet usikkert på om de skulle gå	Å lykkes	Tro på å lykkes	MJ13;4
Mor skulle ønske at de hadde lykkes mer	Å lykkes	Å ikke lykkes	MJ13;12

Formålet med oppsett av koder var å strukturere og konsentrere materialet fra transkribert form - via meningskondensering - til et kortfattet oppsett som gir en oversiktlig framstilling av informantenes meningsbærende utsagn. Ved å merke hver enkelt kode med henvisning har det vært enkelt å gå tilbake til det originale tekstmaterialet i de tilfeller hvor det har vært behov for dette. Dette er valgt for å gi meg som forsker oversikt over eget materiale gjennom systematisering og bidra til at leseren kan følge analyseprosessen fra informantutsagn til koder.

4.12 Presentasjon av informantene

Tabell 6: Presentasjon av prosjektets informanter.

Forelder	Barnets kjønn	Barnets alder	Oppfølgingstilbud
Mor	Jente	9 år	Individuell oppfølging
Mor	Jente	13 år	Individuell oppfølging
Mor	Gutt	10 år	Gruppevis oppfølging
Far	Gutt	10 år	Individuell oppfølging

Jeg velger å gi en kort presentasjon av mine informanter for å bedre leserens forståelse av de empiriske funn som presenteres, og mulighet til å plassere informantene i en større kontekst.

Etttersom informantene er rekruttert gjennom Aktivitetskolen i Finnmark som allerede er en selektert gruppe, er dette med på å øke muligheten for gjenkjennelse. For å sikre at jeg bevarer informantenes anonymitet er gjenkjennbare opplysninger utelatt.

Mine informanter er fire foreldre som alle har erfaring med livsstilsendring som har til hensikt å redusere overvekt hos eget barn. Alle foreldrene har sammen med sine barn deltatt i studien Aktivitetskolen i Finnmark.

Informantene er alle bosatt i ulike kommuner i Finnmark. Alle informantene bor sammen med barnet og deler det daglige omsorgsansvaret med den andre av barnets mor/far. For alle informantene er barnet som omfattes av livsstilsendringen familiens yngste, og har eldre søsken som bor hjemme eller har flyttet ut.

Alle informantene identifiserer seg med barnets overvektsproblem i forhold til selv ha erfart å ønske å gå ned i vekt, eller ved å være overvektig.

5. Presentasjon og diskusjon av empiriske funn

Datamateriale utgår fra fire kvalitative forskningsintervju med foreldre til overvektige barn som gjennomfører en livsstilsendring med hensikt å redusere overvekt hos barnet. Gjennom en datastyrt analyse av informantens utsagn er det empiriske e valgt å presenteres under seks tema.

5.1 Å lykkes med livsstilsendring.

Alle informantene snakket under intervju om ulike sider ved temaet å lykkes med livsstilsendring. Foreldrenes egen forståelse er viktig for å få kunnskap om den egenopplevde hensikten med å gjennomføre endring, hvilket mål endringsprosessen har for en enkelte familien og personlig mestringsforventning, og hva som skal til for at foreldrene selv skal oppleve endringsprosessen som vellykket.

Å lykkes er ikke begrep hvor det er en felles oppfattning om definisjon verken i foreldrenes fortellinger eller i tidligere forskning og teori. Foreldrene forteller under intervju selv hva de legger i begrepet ”å lykkes med livsstilsendring”. Tre av fire foreldrene sier at det oppleves at det å lykkes for dem vil si å bli oppmerksom på barnets og familiens kostholds og aktivitetsvaner. Å lykkes er å oppnå endring av barnets og familienes adferd på disse områdene i positiv retning. På sikt vil et sunnere kosthold, og økt et aktivitetsnivå, resultere i en livsstil som gjør at barnets KMI reduseres eller stagnerer. Barnet kan på den måten vokse seg ut av overvektsproblemet. På sikt oppleves dette som tilstrekkelig for at barnet kan bli normalvektig som ungdom og voksen.

Å lykkes handler om å oppnå ønsket adferdsendring hvor det å redusere eller stagnere vekt er et resultat av endringen. Kun en av fire foreldre sier direkte at det å lykkes handler om vektreduksjon, mens det for de andre kan forstås som en indirekte målsetting som ligger bak ønsket om endring. En av informantene sier at for han er det å lykkes med endring være at barnet kan oppleve å være aktiv sammen med venner, og slippe å stå på sidelinjen slik som han opplever at barnet gjør i dag. Å lykkes handler for ham om sønnens mulighet til å være fysisk og sosialt deltakende i et felleskap med andre barn, og oppleve inkludering i barnefelleskapet.

Pappa til gutt på 10 år forteller dette under intervju om hva han forstår med ”å lykkes”:

”Å lykkes, det må være at gutten skal oppnå å kunne være mer blant sine jevnaldrede, og gjøre de samme tingene som de gjør. For han står 9 av 10 ganger på sidelinjen, for han kan ikke gjennomføre det.”

Alle informantene snakket under intervjuene om egen tro i forkant av prosjekt på at de skulle lykkes med endring. To av informantene fortalte om at de hadde egen tro på at de skulle lykkes med livsstilsendring før oppstart i hos Aktivitetskolen, og hvordan dette ble en forutsetning for deres deltakelse. Begge beskriver at de ikke tror de hadde valgt å starte endringsprosessen, om de ikke i forkant trodde at de skulle lykkes. Begge hadde positiv tro på å at de skulle klare å endre livsstil når de fikk hjelp utenifra i form av muligheten til deltakelse på Aktivitetskolen. Foreldrene fortalte at de trodde at de skulle klare å endre livsstil når de fikk oppfølging og støtte i endringsprosessen. En av informantene fortalte at hun var usikker på om de skulle greie det å endre livsstilen i forkant av oppstart i prosjektet med å endre livsstil. Hun opplevde at hun fikk større tro på å klare det etter at de hadde vært på første møte med Aktivitetskolen. Hun opplevde også at entusiasmen fra lege og sykepleier i prosjektet som smittende, og at dette styrket egen tro på å lykkes.

Mamma til jente på ni år forteller om hvordan hun hadde positiv tro før oppstart på at de skulle klare det:

”Ja, jeg trodde vi skulle klare det. Ellers så tror jeg kanskje ikke at jeg hadde blitt med. Jeg var egentlig ganske sikker på at vi skulle klare det når vi først fikk hjelp.”

I fortellinger som kommer fram i intervjuene snakker foreldrene om egen opplevelse av hva i endringsprosessen de opplever å ha lyktes med og hva de opplever at de langt på vei ikke har lyktes med ennå. I intervju forteller alle foreldrene om erfaringer med å lykkes i å øke aktivitetsnivået hos barna, og med å endre noe på kosthold.

Mamma til gutt på 10 år forteller dette om hvordan hun opplever at de har lyktes:

”Vi kunne ennå ha økt aktiviteten i tilknytning til hjemmet. (...) og jeg sier at vi har lyktes 70% med aktivitetsendring. Med å endre kostholdet har vi har jo også lyktes ganske bra, kanskje 70% der også.”

Pappa til gutt på 10 år forteller om egen erfaring med å endre livsstil i familien for å redusere overvekt hos barnet. I begynnelsen erfarte familien at endringen gikk den riktige veien, men som etter deltakelse i to år opplever at positiv utvikling stagnerer. Barnets vektcurve er igjen stigende, og far forteller hvordan motgangen gir ham og barnets mor dårlig samvittighet. Dette til tross for at han opplever at de fremdeles opprettholder et økt aktivitetsnivå hos barnet, og at kostholdet er forbedret i hele familien. Til sammen kan det forstås som en vellykket endring av barnets aktivitetsvaner og familiens kostholdsvaner. Uteblivelse av ønsket resultat gir til tross for gjennomført livsstilsendring en følelse av å ikke lykkes.

Pappa til gutt på 10 år forteller dette om familiens endringsprosess:

”Fra den dagen vi ble med på Aktivitetskolen og vi fikk hjelp til å ta tak i problemet, har snudd vår livsstil. Vi har ikke gjort de store endringene, men mange små. Det resulterte i at sønnen vår hadde en periode hvor han gradvis gikk ned i vekt. (...). Så ble det lengre mellom gangene med oppfølging i Hammerfest og da forsvant også den positive vektutviklingen (...). Han har gått opp over 10 kg bare på den siste tiden.”

Pappa til gutt på 10 år forteller hvordan han opplever sønnens tilbakegang i forhold til oppnådd vektreduksjon, og hvordan dette resulterer i dårlig samvittighet hos både mor og far. Tilbakefall i endringsprosessen oppleves som fortvilende for foreldrene, og påvirker motivasjonen for å fortsette. Egen tro på at de skal lykkes med endringsprosjektet svekkes. Han ser tilbakegangen i sammenheng med det at er lengre mellom hver gang familien er til oppfølging hos Aktivitetskolen i Hammerfest.

Pappa til gutt på 10 år forteller om egen opplevelse av sønnen manglete vektreduksjon:

”Vi sliter med at vi har dårlig samvittighet (...) for avstanden ble så lang til det vi egentlig skulle holde på med” Pappa til gutt på 10 år; 5

Manglende resultat, til tross for endret livsstil, har hos foreldrene resultert i dårlig samvittighet, og en opplevelse av distanse til eget prosjekt.

5.1.1 Diskusjon

Å lykkes viser seg å ikke være et entydig begrep, men et begrep som den enkelte tillegger betydning ut fra egne mål for endringsarbeidet i sin egen familie. Foreldrenes definisjoner av hva det vil si å lykkes er viktig for å bedre forståelsen om hva de ønsker å oppnå med endringsprosessen av barnets og familiens livsstil, og kunne gi hjelp som bidrar positivt for at de skal nå sine mål. Alle foreldrene forteller hva de ønsker å oppnå med livsstilsendringen, og fortellingene er variasjoner knyttet til et ønske om at barnet skal redusere sitt overvektsproblem og plagene som er et resultat av overvekten.

Det finnes ulike adferdsteoretiske perspektiver som kan benyttes for å belyse endring av adferd, i dette tilfellet livsstil. Forebyggende kampanjer bygger ofte på en kunnskapsmodell som tar utgangspunkt i at kunnskap påvirker holdning, og at holdning resulterer i endret adferd (Torp, 2005). Kunnskap alene ikke er tilstrekkelig for å oppnå endring av adferd i familiene i form av kosthold og aktivitetsendring. I foreldrenes fortellinger sier flere at det er forskjell å ha kunnskap om hva som bidrar til endring, og på det å faktisk gjennomføre en endring. Kunnskap er en viktig faktor i forståelsen av et problem, uten at det er automatikk i at kunnskap alene er det som fører til endring. I Banduras sosial-kognitive teori (Bandura, 1998, 2004) er kunnskap en forutsetning for at endring skal oppleves som nødvendig, og en igangsetting av endringsprosess i det hele tatt vurderes. Endring av adferdsvaner handler om å gi avkall på noe du i utgangspunktet setter pris på som eksempelvis røyking av tobakk til fordel for gevinsten av endringen. Tro på å lykkes kan forstås som positiv mestringsforventning, og er definert av Bandura som egne vurderinger av de evner man har til å organisere og utføre spesielle oppgaver (Nativig, 1998).

Uten en tro på at man har makt til å gjøre en endring, og besitter de ressurser som er nødvendig i gjennomførings prosessen, vil ikke et endringsforsøk igangsettes.

I foreldrenes fortellinger kommer det fram at de hadde tro på at de skulle klare å gjennomføre endringsprosessen i familien, og at dette ville ha en positiv effekt på barnets overvektsproblem på sikt. Alle hadde i forkant av oppstart kunnskap om eget problem, og hvordan endring av adferdsvaner ville være positivt for barnets helse. Egen bevissthet om problem er i denne sammenhengen en positiv ressurs i fornat av oppstart med endring av adferdsvaner.

Egen tro på at en skal lykkes med dette er avgjørende for resultatet (Natvig, 1998) og nødvendig for at endringsforsøket gjøres helhjertet. Flere av foreldrene angir at de i forkant av prosjektet hadde god tro på at de skulle mestre oppgaven med å endre barnets livsstil, nå som de hadde fått hjelp. Foreldrene benytter seg av tidligere erfaringer med vektreduksjon hos seg selv og hos eldre søsken som begrunnelse for troen. En viktig faktor som styrker egen tro på å lykkes, er tidligere positive erfaringer (Bandura, 1998). Dette bidrar til positiv mestringsforventning. Motsatt av positiv mestringsforventning, er negativ mestringsforventning. Det baserer seg på tidligere erfaring hvor man innehar erfaring knyttet til det å ikke lykkes. Eksempel på en negativ mestringsforventning kan være om en person har forsøkt å slutte å røyke flere ganger, men aldri klart det, eller alltid begynt på igjen, etter at en har sluttet. Dette kan svekke troen på at en skal lykkes, ved igangsettelse av et nytt forsøk.

Også andre faktor kan virke inn på en negativ mestringsforventning, som eksempelvis at familien ikke opplever at de har et problem, eller at de føler at de mangler de nødvendige ressursene som skal til for å gjennomføre en endring. Natvig viser til Bandura når hun i sin artikkel sier at egne tidligere erfaringer kan sees på som den viktigste kilde til å tro at man skal lykkes med en oppgave (Natvig, 1998). Også andre forhold virker inn på en persons mestringsforventning som oppgavens vanskelighetsgrad, ytre hjelp, og tidligere erfaringer (Natvig, 1998).

Foreldrenes egen tro på at de skal lykkes med endring i forkant av oppstart kan sees på som avgjørende for resultatet. De samme foreldrene opplever etter over et års deltakelse i prosjektet at de har lykkes med å endre barnets livsstil, og at dette har

resultert i at barnet nå har redusert sin KMI og er sterkere og mestrer fysisk aktivitet bedre enn tidligere. En av foreldrene var usikker på om de skulle klare det før oppstart, mens opplevde selv at egen tro på å lykkes var betydelig styrket etter første møte med lege/sykepleier på Aktivitetskolen. I dette tilfellet har hjelp utenifra hatt en positiv effekt på familiens, og mors mestringsforventning. Også i den familien var opplevelsen av å ha lykkes med eget prosjekt tilstede når mor ble intervjuet - over etter år etter oppstart.

Kun en av fire foreldre hadde ikke en opplevelse av å ha lykkes med endring av adferd knyttet til kosthold og aktivitet, og begrunner dette med en opplevelse av manglende resultat mer en ett år etter oppstart. I lys av Banduras teori kan dette sees i sammenheng med at individets motivasjon for endring henger sammen med et ønske om at belønning, i dette tilfellet i form av vektreduksjon, og at belønningen skal komme raskt (Bandura, 1998). Motivasjon for endring styrkes i større grad av effekt som viser seg hurtig, eks. reduksjon av KMI, en helsegevinst i framtiden, som eks. fører til mindre sjanse for hjerte- og karlidelser. KMI-reduksjon til sammenligning med framtidig helsegevinst er et mer synlig og håndfast resultat på at endringsarbeidet har hatt en effekt, og underbygger opplevelsen av å lykkes.

5.2 Kostholdsending.

Kostholdets betydning for etablering av et overvektsproblem og kostholdsending som virkemiddel for å oppnå livsstilsending står sentralt under intervju med alle fire foreldrene. Endring av kosthold er sammen med økt aktivitet kjernen i Aktivitetskolens intervensjonsprogram.

Foreldrene forteller under intervju hvilke praktiske endringer familiene har gjort i forhold til å endre kostholdet i familien generelt, og for barnet spesielt. Alle har kuttet ned på mengden godteri sammenlignet med tidligere, og har begynt å spise mer grønnsaker og grove kornprodukter. Kostholdsendingene omfatter i stor grad hele familien, da utvalget i kjøleskap og middag som serveres er den samme for alle familiemedlemmene. Ikke alle endringer i forhold til kosthold har vært enkle å endre.

Foreldrene forteller om hvilke endringer de har opplev å lykkes med, og hvilke praktiske endringer de selv opplever at ennå gjenstår.

Mamma til gutt på 10 år forteller dette om praktiske endringer av kosthold i egen familie, og hvordan dette omfatter alle i familien:

”Vi har begynt med fullkornspasta. Det har jeg slåss for å få igjennom. (...) Av det blir man fortere mett, og det er sunnere. Og så har vi begynt å bruke mye mer grønnsaker.”

Alle foreldrene forteller at deres rolle knyttet til kosthold er å passe på hva barnet spiser, og tilrettelegge for et sunt kosthold i familien generelt, og for barnet spesielt. Kostholdsendringer som er gjort i familiene beskrives av foreldrene som små, og omhandler økt bruk av grove kornprodukter og reduksjon kosemat som godteri, fettholdig pålegg og sjokoladepålegg i det daglige. Enkelte matvarer har blitt kuttet ut, eller erstattet med sunnere alternativer. Ved kos/høytid/fest har familiene ikke gjort de store endringene, utover at den generelle bevisstheten knyttet til sunt kosthold bidrar til å begrense mengden også i slike situasjoner. Foreldrene forteller at de ikke lengre går til innkjøp av mat de ikke kan/burde spise, for å unngå å bli fristet. Godteri begrenses til lørdager og fest/høytid. Dette angir alle foreldrene.

Mamma til gutt på 10 år forteller hvordan familien tilrettelegger for at barnet og resten av familien skal unngå å falle for fristelsen til å spise usunn mat:

”Det han ikke kan få, det kan vi jo ikke kjøpe.”

To av foreldrene forteller at barnet selv er bevisst på eget kosthold, og hva det bør spise og hva det ikke bør spise. I disse familiene er barnet selv aktivt med i endringsprosessen og har delvis forståelse for betydningen av et sunt kosthold.

I de to andre familiene angir foreldrene at barnet selv ikke har forståelse for endringsprosessen. Foreldrene begrunner barnets manglende forståelse ulik. En mor beskriver at sønnen er for liten til å skjønne betydningen av livsstilsendringen, og at

barnet i utgangspunktet ikke var plaget av egen overvekt, og at han dessuten var fornøyd med seg selv slik han var. Til tross for dette beskrives barnet som positiv til de endringer og aktiviteter som mor iverksetter. Den andre av de to foreldrene som opplevde at barnet selv var deltakende i endringsprosessen forteller om konflikt i egen familie knyttet til barnets kosthold, og det han opplever som at barnet selv ikke har forståelse for i endringsprosessen. Det gjør at hverdagen blir preget av negativitet, hvor foreldrene får en rolle som består i å alltid nekte og begrense barnet i forhold til kosthold.

Alle foreldrene foreller om barn som i utgangspunktet var kresne på mat, hvor foreldrene satt med en opplevelse av at de visste at barnet kanskje ikke spiste helt riktig, men at det tross alt var bedre at barnet spiste feil en at barnet ikke spiste i det hele tatt. Foreldrene angir at barna spiser mer variert etter at de startet i prosjektet, men at det fremdeles gjenstår utfordringer knyttet til kosthold. Barnas manglende vilje til å spise grønnsaker er et tema som alle foreldrene tar opp. Og at dette er noe som i liten grad har blitt bedre.

Som en del av behandlingstilbudet får alle familiene kostholdsveiledning av ernæringsfysiolog sammen med barnet. En mor forteller om deres positive erfaring i møte med ernæringsfysiolog. Mor sier at hun opplevde at ernæringsfysiolog snakket direkte til barnet og lyktes med å formidle kunnskap til barnet som mor ikke tidligere hadde klart. Med nytilkommet kunnskap fra ernæringsfysiologi har barnet i etterkant av møte nyttgjort seg dette i endringsprosessen i form av å bli mer bevisst på egen kosthold.

5.2.1 Diskusjon

En positiv energibalanse over tid vil føre til vektøkning, og på sikt overvekts- og fedmeproblematikk. Forhøyet energitilskudd i forhold til forbruk er en fysiologisk forståelse av overvektsproblematikken (Jørgensen, 2008). I tidligere tider har mat vært mangelvare, og kroppen er konstruert for å lagre energi i fettdepot for å kunne nyttgjøre seg det oppsparte når mattilgangen er begrenset. Kroppens evne til å lagre energi var det som kunne avgjøre om du klarte deg eller ikke. I moderne tid er

mattilgang konstant, og mye mat har høy grad av energitetthet. Samtidig opplever vi at graden av fysisk aktivitet i dagliglivet er redusert (Moe, 2009). Dette er en del av årsaksbilde i den økende problematikken knyttet til overvekt i befolkningen (Fredriksen, 2001). Foreldrene forteller om små, men viktige endringer av familiens adferdsvaner knyttet til kosthold. Matvarer som barnet ikke kan få, velger familien å unngå å kjøpe slik at tilgjengeligheten begrenses. Dette gjør at barnet slipper å bli stilt ovenfor fristelser, og øker familiens sjanse for å lykkes med endring.

Mat er livsnødvendig, og fokus på mat har til alle tider hatt en sentral plass i menneskers liv. Mat er en viktig kulturbærer, og fyller mange funksjoner utover det å gjøre at man blir mett. Å endre kosthold handler ikke bare om å spise annerledes, men å gjøre endringer på bevisste og ubevisste vaner (Orbell, 2010) som omfatter en hel familie og dens omgivelser (Golan, 2001). Mat er forbundet med kos og markering av fest og høytid. Gjennom mat opplever vi skifte i årstider og lokal tilhørighet. Hva vi spiser forteller mye om hvem vi er, og utgjør en viktig del av våre identitet. Familiene forteller at de ikke har gjort de store endringene i forhold til mat i forbindelse med kos og høytid, men at et generelt økt bevissthet knyttet til familiens kosthold gjør at mengden nei- mat begrenses.

Det ligger i barnets natur å være underlagt avgjørelser som tas av foreldrene. Også i forhold til mat er barn underlagt de kostholdsvaner som eksisterer i familien. Foreldre er de som står for innkjøp og tilberedning av den maten som serveres. Av den grunn har foreldrene stor grad av innflytelse på hva barnet spiser. Dette gjør også at foreldre har mulighet til å gjøre endringer i forhold til barnets kosthold og kostholdsvaner. Barn som etablerer uheldige kostholdsvaner i barndommen tar som regel med seg disse inn i det voksne livet. (Style, 2007) Etter hvert som barnet blir eldre, og ikke lengre er underlagt foreldrenes bestemmelse for kosthold, utgjør de vaner som er etablert gjennom oppvekst et viktig grunnlag for individuelle valg. Ved å tilrettelegge for at barnet sammen med familien får et sunnere kosthold, reduseres ikke bare overvektsproblemet, men barnet kan på den måte også etablere nye og helsefremmende vaner som på sikt vil bidra positivt i forhold til barnets helse (Orbell, 2010).

5.3 Aktivitetsendring

Aktivitet er en naturlig del av barns liv. Små barn har normalt et naturlig høyt aktivitetsnivå som en del av sin hverdag, og det er av den grunn ikke noe foreldre må tilrettelegge for. Hos foreldrene som jeg snakket med var aktivitet, og forholdet til aktivitet, viet mye plass under intervjuene. Foreldrene forteller om egne erfaringer med aktivitet knyttet til prosessen med å endre livsstil. I Aktivitetskolen intervensjonsprogram er endring i aktivitetsvaner, sammen med kostholdsendring, sentralt for å redusere overvekten hos barna.

Foreldrene som jeg snakket med beskrev alle sine barn som rolige av natur, med et normalt lavere aktivitetsnivå sammenlignet med sine jevnaldrede. Barna hadde foretrukket rolige aktiviteter helt siden de var små, også før foreldrene beskriver at de opplevde at barnet hadde et overvektspproblem.

Mor til jente på 9 år forteller dette om barnets forhold til aktivitet gjennom oppveksten som at:

”Mitt barn har aldri vært den som løp fortest eller klatret høyest. Siden hun var liten har hun foretrukket rolige aktiviteter som eksempelvis å tegne.”

Til tross for likheter mellom barnas aktivitetsmønster som små, var det variasjon mellom barna i forhold til deltakelse på faste aktiviteter. Tre av fire barn hadde ingen faste aktiviteter før oppstart i prosjektet, mens et av barna allerede gikk på tre faste aktiviteter før hun ble med på Aktivitetskolen. Faste aktiviteter er ulike former for idrett som eksempelvis fotball, håndball, svømming og taekwondo. To av fire barn har økt aktivitetsnivået i hverdagen ved å begynne med fast organisert aktivitet 2-4 ganger i uka. Dette er aktivitet som foreldrene tilrettelegger for i form av påmelding, dugnad og transport. Foreldrene vektlegger egen innsats ved organisering og tilrettelegging av aktivitet som sentral for at barnets aktivitetsnivå har økt. Uten denne innsatsen fra foreldrenes side, ville barnas aktivitetsnivå vært lavere, da foreldrene angir at barna ennå er lite spontant aktive.

Endring i aktivitetsvaner bidrar også til at foreldrene opplever at barna har økt grad av mestring knyttet til fysisk aktivitet og at de blir fysisk sterkere av trening.

Foreldrene opplever at barna nå klarer eksempelvis å springe både fortere og gå lenger. Foreldrene forteller at barna selv synes det er positivt å mestre fysisk aktivitet bedre, og at dette er positivt for lek og samvær med andre barn. Tre av fire foreldre forteller at de på ulike måter belønner at barna er fysisk aktive, og at de opplever at dette gir barna ekstra motivasjon for å være i aktivitet.

Mamma til gutt på 10 år forteller hvordan de benytter seg av premiering når barnet er fysisk aktiv:

”Hver fredag har vi hatt premiering, da henter vi han på skolen og så går vi på kafé. Det er liksom premien for at han går til og fra skolen.”

Foreldrene opplever at økt aktivitet er den viktigste endringen for å oppnå vektreduksjon hos barnet.

Mamma til gutt på 10 år forteller hvordan hun opplever sammenhengen mellom aktivitet og vekt i egen familie:

”Jeg vet jo at mine barn er tynn om de er aktive. For oss er bare det det handler om. Det handler ikke så mye om mat. Det har jeg sett på han eldre søsken også, det er aktivitet som er avgjørende for om de blir overvektige eller ikke.”

Foreldrene forteller om ulike hinder og utfordringer knyttet til barnets mulighet for aktivitet. Det varierer fra at faste aktiviteter faller på samme uke dag, lavt fysisk mestringsnivå, ekstra økonomisk belastning for kjøp av utstyr, til at barnet opplever mobbing når det går i svømmehallen. Barnas mulighet til å være fysisk aktiv er høyt prioritert av foreldrene.

Mamma til gutt på 10 år forteller om hvordan hun opplever det som positivt at barnet velger idrett framfor andre hobbyer når barnet må velge:

”Når taekwondo kom på mandager samtidig med speiding måtte han velge en av delene. Heldigvis valgte han å kutte ut speiding. Det synes jeg er positivt fordi det er mye mer fysisk aktivitet på taekwondo.”

Foreldrene ønsker at barna skal selv skal ønske å være fysisk aktiv, og synes det er positivt når barnet på eget initiativ velger idrett og fysisk aktivitet framfor andre hobbyer.

Alle foreldrene angir at den vanskeligste aktivitetsendringen har vært å øke aktivitetsnivået i tilknytning til hjemmet, utenfor faste organiserte aktiviteter for på den måten øke barnets generellere aktivitetsnivå i hverdagslivet. Fysisk lek og aktivitet i og tilknytning til hjemmet har ikke økt av betydning, til tross for at barna har økt sitt generelle aktivitetsnivå.

En av foreldrene opplevde at barnet ble mobbet på grunn av sin overvekt. Dette hadde innvirkning på barnets selvfølelse, og på muligheten for å drive aktivitet. Far opplevde at mobbing kommer fra både voksne og andre barn, og var direkte rettet mot overvektsproblemet.

Pappa til gutt på 10 år forteller hvordan han opplever mobbing av overvektsproblemet knyttet til fysisk aktivitet:

”Det er rett og slett ubehagelig. Vi har vært mye i bassenget de siste årene. Der sitter far og sønn å kniser og ler. Det hender folk roper ut for noen tjukke og feite griser vi er.”

Far opplever at barnet ønsker at de skal være aktive og gå på svømming, men at mobbingen som han opplever blir til et hinder. Barnet kommer i en situasjon hvor han på den ene siden ønsker å være aktiv, men på den andre siden opplever at han blir mobbet når han går i svømmehallen. Mobbing er en del av situasjonsdefinisjonen knyttet til aktivitet, og blir styrende for handlingsvalget.

Pappa til gutt på 10 år forteller hva sønnen selv sier om mobbing:

”Pappa, jeg har så lyst i gå i bassenget, men jeg kan ikke fordi det er så mye mobbing der”.

Barnet kommer i en situasjon hvor han på den ene siden ønsker å være fysisk aktiv, men på den andre siden opplever at aktiviteten kan resultere i at han blir mobbet.

5.3.1 Diskusjon

Å være i fysisk aktivitet har fra tidligere tider ikke vært et mål i seg selv, men var en naturlig del av folks hverdagsliv både i forbindelse med arbeid og fritid (Moe, 2009). I dag er den generelle graden av fysisk aktivitet i befolkningen redusert både for voksne og barn. Med fysisk aktivitet menes her i en vid forståelse, all

kroppsbevegelse som medfører energiforbruk større enn ved hvile. (Moe, 2009) Norske anbefalinger for et minimumsnivå av fysisk aktivitet er satt til 30 min per dag for voksne og barn og unge. (Folkehelseinstituttet, 2008).

For å redusere overvekt er økt grad av fysisk aktivitet nødvendig (Helsedirektoratet, 2010). Også foreldrene løfter fram viktigheten av økt aktivitetsnivå som begrunnelse for at de har lyktes med å redusere barnets overvektsproblem. Kun et av fire barn var aktiv i organiserte aktiviteter i forkant av prosjektet, mens tre av fire driver med organisert aktivitet flere ganger i uken et år etter oppstart. Dette betyr at fokuset på faste organiserte aktiviteter har økt betydelig etter oppstart i prosjektet. Økt grad av aktivitet som omfatter kun barnet er den største endringen av familiens aktivitetsvaner. Foreldrene beskriver hvordan er det enklere å få barna til å være aktive i idrett sammenlignet med daglig aktivitet i hverdagslivet. Dette kan ha sammenheng med at barnets faste aktiviteter ikke krever en endring som omfatter hele familien, men kan kun omfatte barnet med tilrettelegging fra foreldrene i form av organisering og transport.

At barna ikke øker sitt aktivitetsnivå i og i tilknytning til hjemmet i form av lek og aktivitet med andre barn, er det punktet på endring av aktivitetsvaner som foreldrene i begrenset omfang opplever at de har lyktes med å endre. Alle foreldrene angir at de skulle ønske at barna var mer spontant aktive enn det de er. Dette støttes av forskning som viser til at barns aktivitetsmønster har endret seg med mindre grad av spontan aktivitet (Júliusson, 2008) sammenlignet med tidligere. Foreldrene får av den grunn en svært sentral rolle i barnets økte aktivitetsnivå. Dette understreker viktighetene av foreldres engasjement og deltakelse i endringsprosessen. Dette understøttes også av forskning, som vektlegger betydningen av foreldres engasjement og oppfølging for å lykkes.

Hvordan familiene har forholdt seg til aktivitet i hverdagen er viktig for hvilke aktivitetsvaner som overføres til barnet (Orbell, 2010). Foreldrenes beskrivelser av aktivitetsnivået i familiene forut for endringsprosessen er ulik. En mor beskriver at de trives godt hjemme, og opplever det selv som at de aldri har vært av den typen familie som har hatt behov for å være spesielt aktiv i det daglige livet. Dette kan være et argument for at foreldredeltakelsen i endringsarbeidet er svært viktig, ikke

bare som tilrettelegger - men også som aktiv deltaker. Om også foreldrene deltar aktivt med å endre egne aktivitetsvaner, vil familien sammen oppnå en endring som kan bidra til varighet.

Mobbing hadde en plass i alle foreldrenes fortellinger. Det var ulik erfaring i forhold til mobbing i sammenheng med overvektsproblemet til barnet. Mobbing knyttes sammen med fysisk aktivitet og prestasjonsnivå. I foreldrenes fortellinger er det et skille mellom de som opplever barna som godt sosialt integrert med fravær av mobbing i barnets liv, og motsatt erfaring der barnet blir mobbet og ekskludert fra barnefelleskap sett i sammenheng med barnets overvektsproblem. De foreldrene som opplevde at barnet ikke ble mobbet, hadde en oppfatning av at situasjonen knyttet til overvekt ville vært mye verre om barnet var utsatt for mobbing. Størrelsen på barnets overvektsproblem kan ha betydning for barnets mulighet til sosial integrering i form av deltakelse i fysisk aktivitet. Flere av foreldrene angir at de ikke opplever eget barns overvektsproblem som så omfattende. Det kan bety at overvektsproblemet i stor grad ikke er et fysisk handikap som hindrer barnet fra å delta i fysisk felleskap med andre barn, eksempelvis på fotballbanen og i skisporet.

Det barnet som opplevde mobbing, opplevde mobbingen som et hinder for fysisk aktivitet og for tilhørighet med andre barn. Barnet sto ofte på sidelinjen når andre barn var sammen rundt aktiviteter, hvor det overvektige barnet ble ekskludert fra å delta på bakgrunn at barnet ikke mestret aktiviteten grunnet sitt overvektsproblem. Det ble sammen med mobbing ved aktivitet en hinder for barnet å oppnå jevnaldersosialisering med andre barn gjennom fysisk aktivitet. Sosialstruktur forstås i denne sammenheng som et følelsesmessig forhold av tilhørighet og anerkjennelse i sosiale grupper som bidrar til å forme våre oppfatninger, identitet og selvforståelse (Beck, 2009).

For små barn er den viktigste formen for sosialisering primærsosialisering basert på avhengighet og søken etter trygghet hos foreldre. For større barn er tilhørighet i barnefelleskap viktig for å oppnå jevnaldersosialisering. Barn kan av ulike årsaker utelukkes helt eller delvis fra denne typen felleskap med andre barn. Mobbing kan være et eksempel på en ekskluderende faktor som hindrer barn fra å oppleve tilhørighet i gruppe med andre barn, og bidra til mangelfull jevnaldersosialisering.

Tidligere forskning har vist at overvektige gir økt risiko for å bli utsatt for mobbing eller erting som barn, sammenlignet med normalvektige barn (Griffiths, 2005). Nyere forskning har hevdet at overvekt i seg selv ikke er en direkte faktor til mobbing, men kan sees på som en indirekte faktor da man har sett sammenheng mellom overvekt og lavt selvbilde, og at personer med lavt selvbilde er mer utsatt for mobbing (Fox, 2009).

Mobbing i forbindelse med overvekt hos barn er et hinder for å oppnå jevnaldersosialisering. I tillegg kan lav grad av mestringsfølelse grunnet handikaket som overvekten representerer ved fysisk aktivitet være et hinder for barnets mulighet til å være aktiv sammen med andre barn. Mobbing ved aktivitet, eksempelvis i svømmehallen, er et annet hinder for å lykkes med å øke aktivitetsnivået hos barnet. Økt grad av fysisk aktivitet er sammen med kostholdsending kjernen for å oppnå livsstilsending med tanke på å redusere overvekt. Barnets situasjon kan sees på som en negativ spiral, hvor det kan bli vanskelig å bryte ut av et etablert mønster til tross for at der er et ønske og en vilje til å oppnå endring.

Overvektig er for mange forbundet med noe negativt, og overvektige opplever stigmatisering i form av holdninger knyttet til at personen er lat, har dårlig helse, og er mindre smart enn andre (normalvektige). Negativ tilbakemelding på egen person fra omgivelsene over tid bidrar til etablering av et dårlig selvbilde.

5.4 Motivasjon

I forkant av deltakelse i Aktivitetskolen hadde alle foreldrene gjort seg opp tanker hva som var deres motivasjonen for å gjennomføre endring.

Å redusere barnets overvekt i form av vektreduksjon/stagnasjon er en overordnet målsetting for prosjektet, og er et ønske som alle foreldrene deler når de valgte å starte på prosessen med å endre livsstil. Alle foreldrene hadde i forkant av oppstart i prosjektet sett en vektutvikling hos sitt barn som de opplevde å ikke være positiv, og som over tid resulterte i at barnet var blitt overvektig. Alle foreldrene ønsket ved deltakelse å snu denne negative vektutviklingen i form av vektreduksjon eller stagnasjon. Ønsket om vektreduksjon er i foreldrenes fortelling knyttet til muligheten

for å bedre barnets helse og fysikk. Kosmetisk betydning av vektreduksjon er ikke vektlagt i noen av foreldrenes fortellinger.

Underveis i prosjektet har foreldrene fått erfare hvilken betydning vektreduksjonen/stagnasjonen har hatt for dem som foreldre - og for deres barn - som faktor for opprettholdelse av motivasjons. Foreldrene forteller at vektreduksjon bidrar positivt inn i endringsprosessen ved å styrke deres opplevelse av det arbeidet de gjør fungerer, og at det gjøres på en riktig måte. Foreldrene angir at også barna merker og er fornøyd med at de blir slankere, i form av at de ser at klær passer bedre og de får positive tilbakemeldinger fra omgivelsene. Vektreduksjonen/stagnasjonen merkes også på barnets styrke og utholdenhet ved fysisk aktivitet, og foreldrene opplever at barna mestrer fysisk aktivitet bedre. Foreldrene angir at dette er noe barna selv også ser og setter pris på.

Mamma til jente på 9 år forteller om hvilken betydning vektreduksjon har hatt å si for hennes datter:

”Jeg synes hun er blitt mye lettere til beins og det merker hun selv også. Hun sier at hun klarer å gå mye lengre og fortere (...).”

Alle foreldrene hadde vektreduksjon eller vektstagnasjon som mål for å starte gjennomføring av livsstilsendring da alle barna slet med overvekt. De forteller at barna var tunge, og at det av den grunn var fysisk tungt å være aktiv. Alle foreldrene ønsket at barna skulle slippe å ta med seg overvektsproblemet inn i ungdomstiden og voksen alder. Langsiktig mål var at endringen skulle resultere i en helsefremmende livsstil med sunt kosthold og økt grad av fysisk aktivitet. Tidsperspektivet for endringsprosessen er for foreldrene at dette skal inkorporeres som en naturlig del av barnets liv også i framtiden, for å unngå en videre negativ vektutvikling og øke barnets sjanse for å bli normalvektig på sikt.

Mamma til jente på 9 år forteller om hva hun opplever at dere langsiktige mål for endringen er:

”Målet er at hun skal komme ned på normalvekt. Det er spennende å se hvordan det har gått etter de tre årene (...) Da tror jeg ikke det bare er å kutte ut aktivitet og kostholdsendringer. Da er det blitt en livsstil.”

Foreldrenes mål er at barna skal bli normalvektig på sikt, og det er også motivasjonen for å starte prosjektet med å endre barnets og familiens livsstil.

Mor til gutt 10 år forteller om erfaring med overvekt fra barnets eldre søsken, og hvilken belastning hun opplever at de har hatt knyttet til overvekt. Hun ønsker ikke at sønnen skal bli overvektig:

”Som du ser på bildene på veggen der så har jeg tre voksne barn, og de har slitt med vekt. XXX er 12 år yngre en den yngste av de. Jeg visste hva som kom, for han gikk i det samme mønstret som de andre ungene hadde gått i. Jeg ville unngå det, for jeg så hvor de slet fra tolvårsalder og opp til voksen alder. Det var det som gjorde at jeg ikke ville at han skulle komme i samme situasjon.”

Foreldrene forteller at det oppleves viktig for opprettholdelse av motivasjon at de ser at arbeidet de gjør virker. At barnet blir sterkere fysisk, mestrer aktivitet bedre, og reduserer eller stagnerer i vekt er for foreldrene håndfast dokumentasjon på at arbeidet de gjør i forhold til livsstilsendring har effekt. Alle foreldrene er positiv til at barna gjennom Aktivitetskolen følges opp i forhold til kontroll av vekt, KMI og løpstester slik at det er mulig å følge med barnets utvikling. Foreldrene beskriver at barna også selv synes oppfølgingen fra Aktivitetskolen er positiv, i form av tilbakemelding og muligheten til å se resultater. Positiv utvikling fungerer for å opprettholde motivasjonen i endringsarbeidet for foreldrene, og tre av fire foreldre angir at også barna motiveres av dette. Uten oppfølging av vekt og KMI angir foreldrene at det er vanskelig å være sikker på at det de gjør faktisk fungerer.

Mamma til jente på 9 år forteller hvordan hun opplever at oppfølging og motivasjon henger sammen:

”Oppfølgingen fra Aktivitetskolen har hatt veldig mye å si, det er nok det som er motivasjonen for å fortsette sammen med at vi ser at det hjelper”.

5.4.1 Diskusjon

Alle våre handlinger iverksettes bevist eller ubevist av motivasjon om måloppnåelse. Motivasjon er sentralt i Banduras sosial kognitiv (1998) teori anvendt på adferdsendring av kosthold og aktivitetsvaner. En forutsetning for motivasjon er . I dette tilfellet kunnskap om hvilke adferdsvaner som bidrar til dårlig helse og hva

utbyttet av en endring vil kunne medføre av positive konsekvenser. Foreldrene forteller at de hadde bevissthet om barnets overvektsproblem, og ønsket om endring hadde opprinnelse hos foreldrene. At foreldrene har gjort seg opp tanker om hva de ser for seg som mål for endringsprosessen, forutsetter kunnskap.

Motivasjon forutsetter også at individet har tro på at en er i besittelse av makt til å gjennomføre endring og besitter tilstrekkelig ressurser for å lykkes med en gjennomføring. Uten at disse momentene er tilstede, vil individet aldri oppleve nødvendigheten av å gjennomføre en endring, eller tro at det har en hensikt å forsøke å endre adferdsvaner.

Ettersom et barn ikke har samme forutsetning sammenlignet med en voksen i forhold til kunnskap. I dette tilfeller er det snakk om kunnskap om hva som bidrar til en uheldig livsstil, og hva som vil være utbyttet av en endring. På bakgrunn av denne typen kunnskap bygger en beslutning om hvorvidt en endring skal gjøres med tanke på livsstil i forhold til å redusere overvekt. Barnet kan ha en opplevelse av hva det vil si å være overvektig, og hvordan dette påvirker livet sett fra et barns ståsted, uten av den grunn lokaliserer hva som bidrar til dette. Dette kommer fram i foreldrenes fortelling, om hvordan noen av barna opplevde overvekten som et handikap, og at det var bakgrunnen til at de barna hadde et ønsket om at det skulle gjøres noe i forhold til å redusere problemet.

Med bakgrunn i teori av Bandura, mangler derfor barn en av de forutsetningene som må ligge til grunn for å et endringsforsøk skal kunne gjennomføres. Dette beskrives i flere av foreldrenes fortellinger om barnets manglende ønsket om endring, bygget på at barnet var for lite til å ha forståelse av problemet. Barnets manglende mulighet til selv å ha kunnskap om behovet for endring, og mulighet til å igangsette en endringsprosess styrker foreldrenes sentrale betydning i alle deler av prosessen med å endre livsstil i familien, for at barnet skal ha mulighet til å redusere sitt overvektsproblem.

Styrkende for motivasjonen gjennom hele endringsprosessen er opplevelsen av suksess. Å se at de tiltak som settes i verk, gir det resultatet man ønsker bidrar positivt inn i prosessen, og styrker motivasjonen for å fortsette (Bandura, 2008).

Flere av foreldrene forteller hvordan det at klær passer bedre og at barnet mestrer fysisk aktivitet bedre, oppleves som et bevis på at endringen de gjør er gjort riktig, og har hatt den effekten som de ønsker at det skal ha. Synelig og håndfaste resultater endring, har i større grad en bedre helse i framtiden, positivt effekt på motivasjon i en oppstartsfase (Bandura, 2008).

I motsatt fall, oppleves manglende resultat som svekkende for motivasjonen (Bandura, 2008). Dette beskrives av pappa til gutt på 10 år. Han forteller hvordan han opplever at sønnens positive vektutvikling det første året av prosjektet var styrkende for både foreldrenes og barnets motivasjon. At de nå opplever vektoppgang til tross for at de har endret livsstil, bidrar negativt inn prosessen. Livsstilsendringen i seg selv, i form av bedre kosthold og økt aktivitet er ikke i seg selv tilstrekkelig for å opprettholde motivasjonen og vedlikeholde opplevelsen av at det de gjør er riktig i møte med tilbakefall og motgang. De sitter med en følelse av håpløshet, og skjønner ikke hvordan de skal klare å redusere barnets overvektspollem. Dette til tross for at familien holder fast ved at de fremdeles opprettholder en livsstilsendring, i form av bedre kosthold og økt aktivitet.

5.5 Oppfølging

Det kommer fram under intervju med foreldrene at de som foreldre gjør en stor jobb i forhold til å følge opp barna knyttet til kosthold og aktivitet. Alle foreldrene angir at de ikke tror at de hadde lykket med endring om de ikke hadde gjort dette. Slik kan foreldrenes innsats sees på som en forutsetning for å oppnå endring med positivt resultat. Oppfølging består i fortellingene av tilrettelegging for aktivitet i form av påmelding på faste aktiviteter, transport og fysisk aktivitet sammen med barna (som å gå tur, dra på svømming og dugnadsvirksomhet). Der barna har gruppevis oppfølging i prosjektet har foreldrene på omgang ansvar for foreldrestyrt aktivitet en gang i uka.

Foreldrene forplikter seg også til oppfølgingsprogrammet i Aktivitetskolen når barnet meldes på prosjektet, hvor foreldrene inngår sammen med barna i studien.

Oppfølging av kosthold består av tilrettelegging for sunt kosthold i hjemmet, og å hjelpe barnet til å ta sunne kostholdsvalg også utenfor hjemmet. Foreldrene beskriver at overvektsproblemet er foreldrenes ansvar, og at en naturlig konsekvens i prosjektet er oppfølging av barnets kosthold og aktivitetsvaner i lys av livsstilsendringen.

I foreldrene fortellinger om motivasjon belyses Aktivitetskolenes viktige betydning i forhold til oppfølging av livsstilsendringen. Motivasjonen henger tett sammen med tilbakemelding fra lege og sykepleier gjennom prosjektets oppfølgingsprogram. Foreldrene forteller om ulik erfaring knyttet til oppfølging fra Aktivitetskolen. Tre av fire foreldre hadde barn som ble fulgt opp individuelt, mens en hadde gruppevis oppfølging. Alle fire foreldre fortalte at de ved påmelding til Aktivitetskolen ønsket å bli trukket til gruppevis oppfølging.

Mamma til jente på 9 år forteller hvilke erfaringer hun har gjort seg med å ha oppfølging gjennom en prosess med å endre livsstil:

"Jeg vet at det hjelper om man får hjelp underveis i prosessen. Når du har noen som kan hjelpe å passer på og følge deg opp. Du har noen andre utenfor som kan støtte deg og som du kan snakke med om du har behov, komme innom og veie og måle. Det vet jeg jo fra egen erfaring."

Oppfølgingen fra lege og sykepleier i Hammerfest var i alle fire foreldres fortellinger positive. Foreldrene forteller at de opplevde å alltid ha økt motivasjon i etterkant av at de hadde vært i Hammerfest. Viktigheten av å ikke være alene om prosjektet var vektlagt hos foreldrene. De opplevde oppfølgingen som viktig for resultatet, og for opprettholdelse av motivasjonen. Den siste av foreldrene, der barnet ble fulgt opp individuelt, forteller om positiv erfaring fra helsesøster i egen kommune, og hvordan dette sammen med oppfølging fra Hammerfest er viktig for at de har kommet så langt som de har gjort. Også denne mammaen ønsket i utgangspunktet gruppevis oppfølging, men sier at hun nå føler at de har fått den hjelpen de har hatt behov for ved individuell oppfølging.

Mamma til jente på 9 år forteller om ønsket om oppfølging i gruppe:

”Jeg hadde jo håpet at vi skulle komme med på gruppe, for det hørtet veldig spennende ut. Der var det litt mer tilrettelagte aktiviteter og man kunne reise og være sammen med andre i samme situasjon. Vi ble valgt til individuell gruppe. Jeg synes egentlig at det hjelper når man får hjelp av noen som har kunnskap(...) hvor man kommer innom å snakker med, og blir oppmuntret av”.

Alle de familiene som har individuell oppfølging ønsket alle før oppstart å delta på Aktivitetskolens gruppetilbud. I foreldrenes fortellinger er gruppefelleskap og tilrettelegging for aktivitet de viktigste begrunnelsene for at de i utgangspunktet ønsket den formen for behandlingstilbud.

Alle foreldrene snakket om åpenhet knyttet til familiens deltakelse i Aktivitetskolen. De fortalte at de hadde valgt for egen del å ha åpenhet om deltakelse til sine omgivelser. Ingen hadde negativ erfaring i forhold til dette, og foreldrene fortalte at også barna syntes at det var uproblematisk at andre enn familien visste om at de er med i prosjektet. En mamma forteller at hun opplever at de får positivt tilbakemelding med at de er med på Aktivitetskolen, at familien har valgt å ta tak i overvektsproblemet og velger å gjøre noe med det.

5.5.1 Diskusjon

Oppfølging oppleves av foreldrene som helt sentralt for å lykkes med gjennomføringen av livsstilsendringen i familiene. Støtte og hjelp utenifra er også i banduras teori sentralt, og bygger opp under mestringsforventing. Sammen med positiv egen erfaring, er støtte og oppmuntring utenifra et viktig element for å mobilisere krefter til å gjennomføre endring. Oppfølging har ikke bare som formål å overbevise individet om at man faktisk kan klare å gjennomføre endring, men også bidra positivt for å stake ut kursen på endringsprosessen.

I foreldrene forteller hvordan de opplever at den oppfølgingen de får fra kommunehelsetjenesten ikke oppleves like positivt som den oppfølgingen de får fra Aktivitetskolens lege og sykepleiere ved barneavdelingen i Hammerfest. Intervensjonen til Aktivitetskolen bygger på et program hvor det skifter mellom møter med helsesøster i kommune og Aktivitetskolens lege og sykepleiere.

Åpenhet ovenfor barnets omgivelser knyttet til deltakelse i Aktivitetskolen, og erkjennelse av barnets overvektsproblem, kan bidra til at endringsprosessen får drahjelp av ressurser utenfor familien. Foreldrenes fortellinger involverer både slekt og skole, og barnets venner er involvert i endringsprosessen - til tross for at den samlede opplevelsen er at prosjektet eies av familien. Dette kan bidra til økt trygghet og forutsigbarhet for barnet, som kan være til hjelp i positiv retning. For å lykkes med endring må familiene legge ned stor innsats knyttet til kosthold og aktivitet, og da er det viktig at dette støttes av omgivelsene i form av at man drar i samme retning. Overvekt er i dag et stigma i samfunnet, og et tema som man ikke med letthet snakker om. Dette kan være en mer belastning for den som opplever å være overvektig, samtidig som det kan være sårt at det blir satt fokus på et sårt tema for den det gjelder. En av foreldrene forteller at barnet selv kan spøke med overvektsproblematikken. Likevel tror mor at barnet opplever en sårhet knyttet til eget overvektsproblem. At omgivelsene kjenner til problemet er en måte å redusere stigma rundt overvekt på. At familiene opplever positiv tilbakemelding på deres valg om å være åpen om problemet, gir mulighet for støtte fra omgivelsene.

Alle foreldrene gir tydelig uttrykk for at de er seg bevisst det oppfølgingsansvar som foreldrene selv opplever i lys av livsstilsendringen.

5.6 Eierskap til prosjektet

Eierskap til prosjektet henger sammen med foreldrenes opplevelse av eierskap til barnets overvektsproblem. Alle de fire foreldrene som jeg snakket med fortalte om egen bevissthet knyttet til barnets overvektsproblem. Ingen av foreldrene angir at det var noen andre utenfor familien som gjorde dem bevisst på at barnet var overvektig, men at dette var noe som de selv gradvis hadde sett komme. Foreldrene beskriver det som positivt at det var de selv som først var blitt bevisst på at deres barn hadde et problem. Tre av fire foreldre forteller at de hadde sett at barnet begynte å legge på seg fra 4-5 års alderen, mens en av fire forteller om bevissthet knyttet til problem først ved 10-årsalderen. To av fire foreldre hadde vært i kontakt med helsesøster/fastlege med hensikt å få hjelp til barnets overvektsproblem, uten at det

hadde resultert i konkrete hjelpetilbud. En av mødrene forteller om egen erfaring fra eldre søsken som også har slitt med overvekt, og hvordan det gjorde at hun var bevisst på barnets problem fra første overvektige kilo.

Størrelsen på den enkelte barns problem oppleves ulikt for foreldrene. To av foreldrene sier at de opplever egne barn som ikke så veldig overvektige, og setter dette i en direkte sammenheng med hvorfor de har opplevd å lykkes med endring. De angir at de tror det å komme i gang tidlig med endring gjør at det er lettere å lykkes, fordi problemet ennå er håndterbart.

Mamma til gutt på 10 år forteller om hvordan hun opplevde sønnens overvektsproblem:

”Han var ikke så stor når vi begynte. Målet mitt var at han ikke skulle bli noe særlig større i forhold til vekten, og det har vi klart”.

En av foreldrene forteller hvordan barnets overvekt oppleves som et handikap i forhold til fysisk aktivitet, og angir selv at han føler at barnet er betydelig overvektig. Det gjør at veien til å bli normalvektig føles lang. Foreldrene sitter med en opplevelse av at de ikke har lykkes, så lenge vektnedgangen ikke er det, og barnet igjen opplever å gå opp i vekt.

Alle informantene forteller at endringsprosjektet eies av familien, og at endringer som gjøres omfatter hele eller deler av familien. To av fire foreldre som begge er mødre forteller at det er de, sammen med barnet, som endringen hovedsakelig omfatter, men at også resten av familien er delaktig i prosessen fra sidelinjen. Barna framstår i fortellingene som hovedpersonen i prosjektet sett fra foreldreperspektivet. Barnets egen rolle i prosjektet varierer. To av fire foreldre forteller at barnet selv er en aktiv part i endringen, og bevisst på prosjektets intensjoner og dermed selv ønsker å bidra positivt inn i prosjektet. Barna har selv ønske om å spise sunt og være fysisk aktiv, og følger opp dette utfra de forutsetninger som et barn selv er i stand til å ha.

De to andre foreldrene forteller at barna ikke selv er aktive deltakere i endringsprosjektet. En av disse to foreldrene beskriver årsaken til dette å være at barnet ikke selv opplevde overvekten som et problem, og at han er for liten til å skjønne viktigheten av endring. Til tross for dette beskriver mor barnet som positiv

til aktiviteter og kostholdsendringer som iverksettes av familien generelt, og mor spesielt. Det andre barnet angis av foreldre å være uforstående til viktigheten av endring, selv om barnet selv har bevissthet om eget overvektsproblem, og opplever det som problematisk. Barnet angis å selv være plaget både fysisk og psykisk av de konsekvenser som overvektsproblemet medfører. Til tross for at barnet angis å selv ønske vektreduksjon, viser barnet liten eller ingen forståelse for viktigheten av å endre livsstil, spesielt i forhold til behovet for å endre på kostholdet.

Alle de tre informantene som er mødre angir at de selv innehar den ledende rollen i prosjektgjennomføringen, og at de anser seg selv for å være primus motor i egen familie. Uten egen innstas som leder for prosjektet, angir alle at de ikke tror resultatet hadde blitt like bra uten.

Mamma til jente på 9 år forteller hvordan hun opplever egen rolle i prosjektet:

”Jeg har vært den som har vært primus motor i dette. Datteren min er klar over at hun er hovedpersonen i prosjektet. (...) Om jeg ikke hadde vært så deltakende da hadde endringen ikke blitt så vellykket”.

Utover familien angir informantene at det ikke er så mange som har hatt en aktiv deltakende rolle i prosessen, men for tre av fire opplever de støtte i slekt og venner, og angir at ingen ”motarbeider” prosessen. En av fire foreldre forteller at de opplever stor grad av støtte i en bekjent som er i samme situasjon, og som også har et barn deltakende på Aktivitetskolen.

En av fire foreldre forteller om slekt i nære omgivelser som ikke har forståelse for prosjektet, og at dette er et problem i endringsprosessen. Personer i slektskap med familien velger å handle mot foreldrenes ønske relatert til kosthold knyttet til barnet. Familien opplever at de arbeider hardt for å oppnå kostholdsendring hos barnet i hjemmet, men at positiv utvikling ødelegges ved at barnet ofte spiser nei-mat hos andre. Foreldrene har forsøkt å ta dette opp med sine slektninger, uten at de blir møtt med forståelse. Endringsprosjektet har blitt en konflikt innad i familiens slekt. Dette oppleves som en belastning for foreldrene, og angis å være en viktig faktor i forhold til at positiv vektutvikling har avtatt, og barnet igjen har begynt å legge på seg.

Pappa til gutt på 10 år beskriver konflikten i familien på denne måten:

"Jeg har sagt til XXX, at hun trenger ikke å ha is i fryseboksen. For hun klarer ikke å si nei (...). Og da blir det krangel igjen. Jeg kan ikke hindre han i å ha kontakt med XXX. Men det er vanskelig når du opplever null respekt for at vi kjemper en kamp syv dager i uka, og så skal det ødelegges med det han spiser borte (...)."

5.6.1 Diskusjon

Eierskap til prosjektet beskrives av foreldrene som viktig for å oppnå endring. Selv om alle foreldrene som jeg har snakket med, var deltakere i et større prosjekt, var opplevelsen at problemet og endringsprosessen var forankret i familien. Selv om familien mottar hjelp til å gjennomføre livsstilsendringen i form av deltakelse på Aktivitetsskolen, må det praktiske arbeidet gjøres innenfor rammen av hjemmet, i den enkelte familien.

Familien har stått ovenfor en moderniseringsprosess hvor foreldre er mer likestilt i forhold til ansvar og oppfølging av barna i nyere tid. Fra 70-tallet har kvinnelig yrkesaktivitet skutt fart. Det nye familiemønstret, hvor begge foreldrene har yrkeskarriere utenfor hjemmet, gjør at begge parter i prinsippet stiller likt når det kommer til familiens indre liv og den daglige omsorgen for barna (Frønes, 2011).

Dette ligger til rette for en indre likestilling av kvinner og menn relatert til roller i familien. I de fortellingene som kommer fram i intervjuene jeg har gjort kan det se ut som familiene fremdeles holder fast ved en tradisjonell ansvarsfordeling i forhold til omsorg og oppfølging av barna. Familiens rollefordeling kan framstå som tradisjonell i forhold til mor og fars omsorgsområde. Tre av fire, som selv er mødre, mener at det er de som er primus motor for endringsprosjektet i egen familie. Uten mors innsats ville ikke utfallet av prosjektet ha vært det samme tror de selv. Mødrene angir at de opplever at barnets overvektsproblem er foreldrenes ansvar, og at tett oppfølging av barna gjennom prosjektet er en naturlig konsekvens av dette. Mødrene beskriver at de føler et stort personlig ansvar knyttet til barnets problem. Dette støttes av forskning - som viser at det ennå er et stykke igjen før kvinner og menn er likestilt i forhold til roller i familien. Kvinner er fremdeles mindre yrkesaktive enn menn, og bærer et større omsorgsansvar i på generell basis.

Foreldrene er viktige for å oppnå endring av livsstil med hensikt i å redusere overvekt hos barn, endringen må være foreldre styrt i lys av et familieperspektiv (Style, 2007, Golan, 2001). Minst en av barnets foreldre må inngå sammen med barnet i endringen. Som foreldre legger du grunnlag for barnets kostholdsvaner, både i form av hvilken mat som er tilgjengelig, hva som blir servert, måltidets form og matens funksjon. Til sammen er dette faktorer som påvirker de vaner barnet etablerer relatert til kosthold. Foreldre fungerer som rollemodell for sine barn, og barns preferanser springer ofte ut fra de vaner som er presentert gjennom familielivet.

Hvor autoritære foreldre er i sin rolle ovenfor barn, kan også ha innvirkning på familiens mulighet for endring i de tilfeller hvor barnet selv ikke ønsker dette. Autoritær i dette tilfellet må forstås vilje og mulighet til å gjennomføre endring, mot barns vilje i. Barn velger ofte basert på lyst, og øyeblikkets tilfredsstillelse. Som voksen har man mulighet og ansvar til å se overvektspørsmålet i lys av et større perspektiv, enn hva et barn kan klare. Voksnes valg er oftere basert på langsiktig vinning basert på kunnskap, framfor kortsiktig glede motivert av lyst. Av den grunn vil foreldre kunne oppleve overvekten som et problem for barnet, selv om barnet selv ikke opplever det slik.

Flere av foreldrene fortalte at barna ikke opplevde egen overvekt som problematisk, og derfor ikke hadde noen grunn til å ønske endring eller var for liten til å ha noen forståelse av problemet. I de tilfeller hvor barnet oppleves som ikke å være samarbeidsvillig ovenfor endringsprosessen, er foreldre avhengig av å ha beslutningsmyndighet og vilje for å gjennomføre endring mot barnets vilje. Som forelder er det en del av hverdagslivet sammen med barn, at man tar beslutninger som omfatter barnet, uavhengig av barnets egen vilje.

Ved hjelp av foreldreautoritet kan endring gjennomføres også i de tilfeller hvor barnet ikke selv ønsker og samarbeider i prosessen. En av foreldrene forteller om en endringsprosess hvor barnet ikke alltid selv har ønsket endringen, men at mor i kraft av sin posisjon som forelder likevel har bestemt at endring skal gjennomføres. Mor sier at barnet innfinner seg med dette fordi det er vant til at mor er det som til syvende og sist bestemmer. Mor angir at hun tror at dette hadde vært vanskeligere å få til om barnet hadde vært eldre når prosessen startet.

Slik kan barnets alder få betydning for hvor stor grad av selvbestemmelse barnet selv har. For små barn tilrettelegges alle områder av både kostholds- og aktivitetsvaner fra foreldrene, som muliggjør foreldrestyrt endring uten at barnet selv trenger å være aktiv i prosessen. Forskning viser til viktigheten av tidlig intervensjon knyttet til barn og overvekt. Dette fordi problemets størrelse, og graden av manifestasjon, er mindre om man kommer i gang med endring tidlig. Barn er også i en fase av livet hvor vaner ikke fullt ut er etablert, og er av den grunn er mer mottakelig for endring.

Som utgangspunkt vil alle foreldre det beste for sine barn, og gjennom foreldrerollen gir vi barna kjærlig omsorg på bakgrunn av kunnskap og erfaring fra det livet vi har med oss. Når barn opplever å slite med problemer og har det vondt, er dette en påkjenning for alle foreldre. Foreldre påtar seg i stor grad ansvaret for de problem barna opplever og bærer på en følelse av dårlig samvittighet og skyld for barnets problem.

Alle foreldrene gir uttrykk for at de føler seg ansvarlig for barnets problem i sin opprinnelse. I møte med overvektsproblematikken følte foreldrene at dette var av en slik karakter at de ønsket hjelp til å gjøre problemet håndterbart. Alle foreldrene forteller at det var de selv som først var blitt bevisst på barnets overvektsproblem. Ingen forteller at utenforstående gjorde de oppmerksom på at barnet var overvektig. Foreldrene angir at de ble oppmerksom på barnets tendenser til overvekt før skolealder, og over en periode hadde sett at vektutviklingen gikk den gale veien. Foreldrene beskriver det som en gradvis prosess hvor de som foreldre tidlig hadde bevissthet om barnets tendenser til overvekt, men ikke opplevde at de ikke hadde lykkes å snu utviklingen uten hjelp utenifra.

Erfaring med overvektsproblematikk hos eldre søsken eller hos seg selv er erfaringskunnskap som foreldrene benytter når de belyser hvordan overvekten som problem håndteres i egen familie. Bevissthet om problem er en forutsetning for muligheten til å iverksette tiltak både med og uten hjelp utenifra, og en forutsetning for å gjennomføre endring (Bandura, 1998). Om foreldre av ulike årsaker ikke opplever at barnet er overvektig, eller ikke opplever overvekten som et problem, er det vanskelig for utenforstående å iverksette tiltak. Forskning viser til at det er et

skille mellom foreldre som selv er bevist på barnets overvektsproblem, og de som ikke er det (Stewart, 2007) - til tross for at barnet har en KMI tilsvarende overvekt eller fedme. De foreldre som ikke opplever at barnet har et problem knyttet til vekt, vil ha behov for hjelp og kunnskap for å øke egen bevissthet knyttet til dette i forkant av oppstart. Aktivitetsskolens hjelp til familiene vil bygge opp under opplevelsen av problemets håndterbarhet. Aktivitetsskolen bidrar med konkrete endringsforslag, som den enkelte kan tilpasse til egen familie.

6. Avslutning

Denne studien har hatt til hensikt å gi kunnskap om hva foreldre opplever å være viktig for oppnå endring av kosthold og aktivitetsvaner for å redusere et allerede etablert overvektsproblem hos barnet.

Å endre etablerte vaner knyttet til kosthold og aktivitet er kjernen i prosessen med å endre livsstil i familiene. Vaner danner grunnlag for reflekterte og ureflekterte valg som virker inn på livsstil, og man kan bli fremmedgjort som produsent i møte med vanens makt. Av den grunn kan vaner oppleves som vanskelig å endre. Endringsarbeidet er gjort i et familieperspektiv, som har til hensikt å omfatte både foreldre og barn. Vaner i denne sammenhenger er knyttet til kosthold og aktivitetsendring. Gjennom å endre etablerte vaner i en positiv retning er målet på slik å bidra til å redusere barnets overvektsproblem i form av vektreduksjon eller stagnasjon.

Et barn alene vil aldri kunne stå ansvarlig for problemer relatert til egen livsstil, og har heller ikke mulighet til å gjøre endringer uten aktiv foreldredeltakelse. Barn er underlagt omsorg og ansvar fra sine foreldre, og er avhengig av at foreldrene lokaliserer problemet og ser behovet for å gjøre noe med det. Av den grunn får foreldrene den ledende rollen i alle deler av endringsarbeidet, fra lokalisering av problem, til gjennomføring og opprettholdelse av endring over tid. Foreldrenes innsats er helt avgjørende for det egenopplevde resultatet. Det gjør at barnet er i en sårbar posisjon om foreldre ikke skulle oppleve nødvendighet av endring, eller opplever å mangle det som skal til for å lykkes med en endring.

Funnene viser at kostholdsendring ble av foreldrene opplevd som sentralt for å oppnå endring av livsstil. I foreldrenes fortellinger omfatter kostholdsendring hele familien generelt, men barnet spesielt. Dette varierte på bakgrunn av om foreldrene hadde en opplevelse av at hele familien hadde behov for endring, eller om det var barnet spesielt. I de tilfeller hvor barnet hadde søsken som ikke hadde behov for kostholdsendring, var det gjort tilpassninger som medførte at endringene kun påvirket barnet. Alle foreldrene fortalte at det ikke var de store endringene som var blitt gjort i forhold til kosthold, men at små endringer opplevdes som tilstrekkelig for

at familiens kostholdsvaner var forbedret i positiv retning. Mor er den som er hovedansvarlig for endringen som er gjort, og er den som er hovedansvarlig for å igangsette og følge opp familien og barnets kosthold og aktivitetsvaner.

Alle foreldrene forteller om aktivitetsendringer som er gjort etter at de startet prosessen med å endre livsstil. Barna, med unntak av et, var tidligere ikke aktiv på fritiden, men har etter oppstart i Aktivitetskolen startet på en eller flere faste aktiviteter. Foreldrene er aktiv i forhold til oppfølging av barna aktiviteter, men angir ikke selv at eget aktivitetsnivå har økt av betydning. Dette betyr at familiens aktivitetsvaner ikke i betydelig grad er endret, selv om barnet nå er mer aktiv. Aktivitet i forhold til hjemmet, utenfor faste avtaler, er noe som alle opplever at det fremdeles kunne vært mer av.

Økt aktivitet angis av foreldrene å være det viktigste elementet for at de opplever at de har lykket med å endre barnets livsstil, og at barnet har gått ned i vekt etter at de startet endringsprosjektet. At aktivitetsendring hovedsaklig omfatter barnet i større grad enn foreldrene, bidrar til at livsstilen knyttet til aktivitetsvaner i familien framstår som uendret, men at barnet har økt sitt aktivitetsnivå.

Motivasjon for å gjennomføre endring er ønsket om at barnet skal slippe å slite med et overvektsproblem i ungdomstiden og inn i sitt voksne liv. Foreldrene relaterer seg til barnets overvektsproblem, i form av selv å ha slitt med overvekt eller hatt et ønske om å redusere egen vekt tidligere i livet. Å redusere barnets overvektsproblem i form av KMI reduksjon eller stagnasjon er hovedmotivasjonen for å starte prosjektet. Underveis i prosessen oppleves også dette som en svært viktig faktor for foreldrene, som en bekreftelse på at den innsatsen de legger ned fungerer, og at utviklingen går i riktig retning. Barna selv motiveres også av at overvektsproblemet blir mindre. Ved å oppleve økt grad av fysisk mestring motiveres barnet til å øke aktivitetsnivået ytterligere, som kan beskrives som en positiv spiral.

Resultatet av denne studien viser at oppfølging utenifra gjennom endringsprosessen oppleves som sentralt for å oppnå endring. Opplevelsen av å ikke være alene om jobben, og få kunnskap og hjelp på veien, styrker foreldrenes tro på at de skal klare det. Familiene som har endret sin livsstil beskriver at endringsarbeidet ikke har en sluttdato, men må vedlikeholdes kontinuerlig for å hindre tilbakefall til gamle vaner. Livsstilsendringen har et langsiktig perspektiv, med et ønske om at barnet på sikt

skal adoptere nye levevaner, og gjøre de til sine egne. Målet er at barna skal redusere sin overvekt, og slippe å slite med et overvektsproblem i framtiden. For å lykkes med en varig endring, er tidsperspektivet på prosessen sentralt. Dette er også en utfordring for mange. Vedlikeholding av motivasjon over tid, og å holde fast på nye etablerte levevanene er viktig for å lykkes med endringen også i framtiden.

Foreldrene opplever stor grad av eierskap til eget problem, og til endringsprosjektet. Endringen eies av familien, men ledes og gjennomføres i tre av fire familier jeg har snakket med av mor som primus motor. Mor har hatt den ledende rollen i alle delene av prosjektet, fra påmelding, til gjennomføring og vedlikehold av endring. Mødrene selv angir at de ikke tror utfallet hadde blitt det samme, om ikke de hadde hatt den ledende rollen i gjennomføringen. Foreldrene opplever i stor grad støtte utenfor familien, uten at endringsarbeidet av den grunn bæres av andre enn familien og oppfølgingen de får gjennom Aktivitetskolen.

Alle foreldre ønsker det beste for sine barn. Overvektsproblematikken har også en innvirkning på barnets livskvalitet. Dette har vært et viktig aspekt for å gjennomføre endringen i familien, med tanke på barnets problem. Livskvalitet handler i dette tilfellet om hvordan barnet har det med seg selv, forholdet til sine omgivelser og opplevelsen av å mestre de utfordringer som barnet gjennom det daglige livet står ovenfor. Foreldrene ønsker at barna skal ha muligheten til å kunne være fysisk aktiv sammen med venner, og ikke oppleve utestengelse fra barnefellesskapet og i ytterste konsekvens oppleve å bli mobbet på grunn av overvektsproblemet.

Denne studien har rettet søkelyset mot overvekt som er et komplekst problem. I en mulig oppfølgingsstudie kunne det vært interessant og intervjuet begge foreldrene. En annen vinkling kunne være å ta utgangspunkt i erfaringer fra et behandlerperspektiv for å se hvorvidt det er samsvar eller forskjeller med hensyn til et "foreldreperspektiv" og hva det eventuelt består i. Flere kvalitative studier er nødvendig, og disse kan danne et godt utgangspunkt for en større kartlegging av f.eks virksomme faktorer med hensyn til livsstilsendringer. Også Aktivitetskolen i Finnmark vil kunne bruke resultat fra studien i sitt videre arbeid i forhold til hva foreldrene selv opplever som viktig for å oppnå endring.

7. Litteraturliste.

- Akselbo, I. (2009) *Mødre til barn med overvekt- erfaringer og utfordringer. En kvalitativ studie*. Masteoppgave i helsevitenskap. NTNU.
- Askheim, O.P, Starring, B. (2007) *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Bandura, A. (1998) *Health promotion from the perspective of social cognitive theory*. Psychology and health 1998:13;623-649
- Bandura, A. (2004) *Health promotion by social cognitive means*. Health education & behavior, 2004:4;143-164
- Beck, C. W (2009) *Hypersosialisering*. Oslo: Oplandske Bokforlag.
- Dale, B. (1993j) *En kort introduksjon til Anthony Giddens struktureringsteori*. Forelesningsnotat 1993, revidert 1994. Geografisk institutt Trondheim.
- Dvergsnes, K., Skeie, G. (2009) *Utvikling I kroppsmasseindeks hos fireåringer I Tromsø 1980-2005*. Tidsskrift Norsk Lægeforening nr.1, 2009;129:13-6
- Evenshaug, O., Hallen, D. (1997) *Familiepedagogikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Folkehelseinstituttet (2008) Fysisk aktivitet –faktaark.
<http://www.fhi.no/artikler/?id=56857> (08.07.2011).
- Folkehelseinstituttet (2010). Overvekt og fedme hos barn og unge – faktaark.
www.fhi.no/artikler?id=70852 (19.05.2010).
- Fox, C.L, Farrow, C.V (2009) *Global and physical self-esteem and body dissatisfaction as mediators of the relationship between weight status and being a victim of bullying*. Journal of Adolescence 2009;32:1287-1301.
- Flodmark, C.E, Ohlsson, T. (2008) *Childhood obesity: from nutrition to behaviour*. Proceedings of the Nutrition Society. 2008:67;356-362.
- Fredriksen, P.M, Pettersen, S.A. (2001) *Aspekter ved overvekt hos barn og unge*. Fysioterapeuten, 2001;12:11-16.
- Frønes, I (1991) *Oppvekts, kriminalitet og samfunn*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Frønes, I, Wetlesen, T.S (2004) *Dialog, selv og samfunn*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Frønes, I (2006). *De likeverdige. Om sosialisering og de jevnaldrendes betydning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Frønes, I. (2011) *Moderne barndom*. Latvia: Cappelen Damm AS.

- Giddens, A. (1995) *Sociologi : en kort, men kritisk introduction*. København : Hans Reitzels Forlag.
- Griffiths, L.J, Wolke, D., Page, A. S., Horwood, J.P (2006) *Obesity and bullying: different effects for boys and girls*. Arch Dis Child 2006;91:121–125
- Golan, M., Weizman, A. Apter, A., Fainaru, M. (1998) *Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity*. The American journal of clinical nutrition. 1998;67:1130-1135
- Golan, M., Weizman A. (2001) *Familial approach to the treatment of childhood obesity: Conceptual model*. Journal of nutrition education. 2001;33:102-107.
- Golan, M. (2006) *Parents as agents of change in childhood obesity- from research to practice*. International journal of pediatric obesity. 2006;1: 66-76
- Granheim, U.H, Lundeman, B.(2004) *Qualitative content analyses in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today. 24:105-112.
- Gray, W.N, Kahhan, N.A., Janicke, D.M (2009) *Peer victimization and pediatric obesity: A review of the literature*. Psychology in the Schools 2009;46; 720-727.
- Helsedirektoratet (2010) *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*, Nasjonale faglige retningslinjer.
- Helsedirektoratet (2010a). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet (2010b). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten.
- Hermansen, A. (2010) *Fire foreldres erfaringer med Aktivitetsskolens prosjekt for alvorlig overvektige barn*. Universitetet I Tromsø.
- Johansen, V., Andreassen, R. (2010) *Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening*. Tidsskrift for kognitiv terapi. 2010;4:7-13
- Júliusson, P.B., Roelants, M., Eide, G.E., Houspie, R., Waaler, P.E., Bjerknes, R. (2007) *Overweight and obesity in Norwegian children: Secular trends in weight-for-height and skinfolds*. Foundation Acta Pædiatrica/Acta Pædiatrica 2007;96: pp: 133-1337.
- Júliusson, P.B, Bjerknes, R. (2008) *Sekulær økning i vekt hos barn og unge*. *Pediatrisk endokrinologi* 2008;22:16-24.
- Jørgensen, M.V, Knag, T., Danielsen, Y., Júliusson, P.B. (2008) *Behandling av fedme hos barn og unge*. *Pediatrisk Endokrinologi* 2008;22:64-69.

Kokkvoll, A. (2006) *Prosjektrapport Aktivitetskolen i Finnmark. Samarbeidsprosjekt mellom Hammerfest kommune og barneavdelingen, Helse Finnmark*. Upublisert.

Kvale, S. Brinkmann, S (2009) *Det Kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lindström, B., Eriksson, M., “Continuing professional education- Salutogenesis”: *J Epidemiol Community Health* 2005;59:440-442

Livingstone, M.B.E, McCaffrey, T.A, Rennie, K.L (2006) *Childhood obesity prevention studies: lesson learned and to be learned*. Public Health Nutrition: 9 (8A), 1121-1129.

Moe, S (2009). *Fysisk aktivitet og social ulikhet: Hvordan forstå ulik innvolvering i fysisk aktivitet*. Fysioterapeuten, 2009;7:17-22.

Mæland, J.G, (2005) *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Natvig, G.K (1998). *Tro på å lykkes fremmer atferdsendring*. Sykepleien 1998;14;54-56.

Orbell, S., Verplanken, B.(2010) *The automatic component of habit in health behavior: Habit as cue-contingent automaticity*. Health psychology 2010 vol 29: 4; 374-383

Paulgaard, G. (1997) *Feltarbeid i egen kultur –innenfra, utenfra eller begge deler? I: Fossaskåret et al (red): Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Polit, D.F, Beck, C. T. (2008) *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia.

Solsvik, A. (2004) *Likeverd I barneoppdragelsen. I: Wetlesen, et al (red): Dialog, selv og samfunn*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A.R, Poustie, V., Reily, J.J (2008) *Parents' journey through treatment for their child's obesity: a qualitative study*. *Arch Dis Child*, 93:35-39.

St.meld. nr. 16 (2003) *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken.

St.meld. nr. 47. (2010) *Samhandlingsreformen*. Folkehelsepolitikken.

Styles, J.L, Meier, A, Sutherland, L.A, Campbell, M.K (2007) *Parents' and caregivers' concerns about obesity in young children. A qualitative study*. Fam

community Health, 30:4;279-295.

Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, *et al.* *Interventions for treating obesity in children.* Cochrane Database Syst Rev 2003;(3):CD001872.

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K., Enger-Karlsen, T., Narum, T., Nybø, A. (2002) *Empowerment i helsefremmende arbeid.* Tidsskrift Norsk Lægeforening. 2002:24;2379-2383.

Torp, S. (2005) *Atferdsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel- og skjelettplager.* Fysioterapauten 2005;4:16-21

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

Verdens helseorganisasjon WHO (2000) *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation.* Geneva: WHO.

Vilimas, K., Galvin, K., Donovan, M.L *Overvekt hos åtte- og 12åringer i Oslo i 2004.* Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3088-9.

Vedlegg

Vedlegg 1: Avtale mellom Aktivitetskolen i Finnmark og Stine Trondsen

Vedlegg 2: Godkjenning fra Regional Etisk Komité

Vedlegg 3: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Godkjenning Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

Vedlegg 1:

Avtale

mellom

Aktivitetsskolen

og

masterstudent Stine Trondsen

Prosjekttittel:

Fire foreldres erfaringer med livsstilsendring i familier med overvektige barn.

Avtalen bygger på prosjektbeskrivelse datert 28. Mai 2010 (vedlegg 1). Avtalen bygger også på godkjenning i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (vedlegg 2).

Aktivitetsskolen har godkjent samarbeidet i forkant av oppstart, og stilt seg positiv til gjennomføring.

Rekruttering av informanter

Masteroppgaven er et selvstendig prosjekt i utforming og gjennomføring, hvor Aktivitetsskolen fungerer som rekrutteringsinstans for informanter til kvalitative forskningsintervju av foreldre til barn som inngår i studien.

Det vil bli sendt ut 10 forespørsler (vedlegg 3) om deltakelse til de oppfyller prosjektets utvalgskriterier fra administrasjon i Aktivitetsskolen. Kun Aktivitetsskolen er kjent med informantenes identitet, fram til samtykkeerklæringen er returnert av fire foreldre.

Publisering

Mastergradsoppgaven vil bli publisert etter universitetets retningslinjer. Publisering utover dette forutsetter medforfatterskap til PhD student Ane Kokkvoll eller andre i hovedprosjektets ledelse. Aktivitetsskolen har i tråd med godkjenningen fra REK adgang til å benytte seg av masteroppgaven i sitt videre arbeid om det skulle være ønskelig.

Dersom mastergradprosjektet ønskes utvides utover det som er skissert i denne avtalen må dette avklares med daglig leder i hovedprosjektet Ane Kokkvoll eller prosjektleder Trond Flægstad.

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

Sted/dato

Sted/dato

Stine Trondsen

Ane Kokkvoll

Mastergradstudent i helsefag
leder

PhD student, overlege og daglig

Vedlegg 1 Prosjektbeskrivelse

Vedlegg 2 Godkjenning av REK

Vedlegg 3 Informasjonsskriv til infomanter

Vedlegg 4 evt intervjuguide om ikke dette står beskrevet i prosjektbeskrivelsen

Vedlegg 2:

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Til: Nils Henriksen nils.henriksen@uit.no

Dokumentreferanse: 2010/2297-5 Dokumentdato: 12.11.2010

EN KVALITATIV STUDIE AV HVA FORELDRE HAR OPPLEVD SOM POSITIVE RESSURSER FOR Å OPPMÅ LIVSSTILSENDRING HOS OVERVEKTIGE BARN. - GODKJENNING AV PROSJEKT

Vi viser til tilbakemelding av 29.10.2010 vedlagt revidert forespørsel og intervjuguide, merket versjon 2, 29.10.10

Etter fullmakt er det fattet slikt vedtak

vedtak:

Med hjemmel i helseforskningsloven § 10 og forskningsetikklovens § 4 godkjennes prosjektet.

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

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

Det forutsettes at forskningsdata oppbevares forskriftsmessig. Godkjenningen gjelder til 13.05.2011 Prosjektleder skal sende sluttmelding i henhold til helseforskningsloven § 12.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll Beate Solbakken sekretariatsleder førstekonsulent

REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK, NORD- NORGE REK NORD Besøksadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø

telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post: post@helseforskning.etikkom.no

Vedlegg 3:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hva oppleves som viktige resurser for foreldrene, for oppnå varig endring av barnets kosthold og aktivitetsvaner for å redusere overvekt?

Bakgrunn og hensikt

I forbindelse med deres deltakelse i studien Aktivitetskolen i Finnmark, vil jeg invitere deg som forelder til å delta i en forskningsstudie. Studien gjennomføres som en del av min masteroppgave i Helse, ved Universitetet i Tromsø. Jeg har bakgrunn som sykepleier.

Deltakelsen består i et forskningsintervju med en av foreldrene, til barnet som er med i studien Aktivitetskolen i Finnmark. Disse planlegges gjennomført høsten 2010. Mitt samarbeidet med Aktivitetskolen i Finnmark, er godkjent av prosjektleder dr. Ane Kokkvoll.

Studiens hensikt er å bedre forstå om hva som oppleves som viktige resurser når man har gjennomført livsstilsendring, og har oppnådd ønsket resultat.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer et intervju med en av barnets foreldre om deres erfaring med å endre livsstil som har resultert i vektreduksjon eller stagnasjon hos barnet. Gjennomføring av intervjuet vil ta ca en time. Det er opptil foreldrene, i familier med to foreldre, hvem av dere som skal delta. Intervjuet vil bli gjennomført på tidspunkt og sted i forhold til det som passer deg som skal delta. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker, for å sendere bli skrevet ut anonymt i fullstendig form.

Hva skjer informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Frivillig

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Stine Trondsen, tlf. 95108749/ mail: stine@trondsen.net, eller veileder Nils Henriksen, mail: nils.henriksen@uit.no. Samtykkeerklæring returneres i vedlagte konvolutter som er ferdig frankert. Når jeg har mottatt ditt svar om at du ønsker å delta, vil jeg kontakte deg for å avtale tid og sted.

deltakelse

Utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Kriterier for deltakelse i studien er at du, og ditt barn er eller har vært deltaker i studien Aktivitetskolen i Finnmark, hvor ditt barn etter omlegging av kosthold og aktivitetsvaner, opplevde vekt nedgang, eller vektstabilisering.
- Prosjektet utgår fra intervjuer med fire foreldre. Forespørsel om deltakelse vil bli sendt ut til ti foreldre, hvor deres barn oppfyller utvalgsriteriene. Det vil kun være de fire første som returnerer samtykkeerklæringen som vil bli intervjuet i dette prosjektet. Om flere en de fire foreldrene som prosjektet er dimensjonert for returnerer samtykkeerklæring, vil disse motta et brev hvor det takkes for velviljen til å delta, med informasjon om at det i denne omgangen ikke vil bli aktuelt med intervju.
- Studien gjennomføres som en del av min masteroppgave i Helse, ved Universitetet i Tromsø. Jeg har bakgrunn som sykepleier.
- Intervjuene planlegges gjennomført høsten 2010. Nærmere bestemt tidspunkt til bli avtalt med bakgrunn i når det passer best for deg som informant.
- Mulige fordeler vil være at du som forelder for mulighet til å dele dine tanker og erfaringer med endring av livsstilen hos ditt barn, og din familie. Mulige ulemper vil være at dette beslaglegger litt av din tid, i en ellers travel hverdag.
- Du som deltaker, skal ikke ha noen utgifter i forhold til deltakelse.

Personvern

Opplysninger som registreres om deg vil være anonymisert i det skriftlige materiale, og vil etter at lydopptak er slettet, ikke lenger mulig å identifisere.

Vedlegg 4:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Nils Henriksen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 30.11.2010

Vår ref: 24897 KH/RF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ INNSENDT MELDESKJEMA

Vi viser til meldeskjema for prosjektet

24897

En kvalitativ studie av hva foreldre har opplevd som positive ressurser for å oppnå livsstilsendring hos sine overvektige barn.

Det opplyses i e-post av 29.11.10 at prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Personvernombudet tar dette til orientering, og ber om å få tilsendt en kopi av godkjenningen fra REK. Godkjenningen fra REK er tilstrekkelig for å sette i gang prosjektet. Personvernombudet har derfor ikke realitetsbehandlet prosjektmeldingen.

Ved prosjektslutt vil personvernombudet ta kontakt vedrørende status for behandling av personopplysninger.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Kopi: Stine Trondsen, Bjørnøygata 28 b, 9007 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uib.no

